

Marco Normativo en Salud y la Agenda Legislativa

Bases preliminares para una revisión sistemática de la inequidad en la legislación vigente



Ministerio de Salud
Argentina

Marco Normativo en Salud y la Agenda Legislativa.

Ministerio de Salud

Secretaría de Equidad en Salud

Subsecretaría de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria

Dirección Nacional de Integración del Sistema de Salud

Dirección de Estrategias de Integración del Sistema de Salud

Buenos Aires, septiembre 2022

Índice

Introducción	5
Hipótesis	6
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	7
Consideraciones metodológicas	7
Consideraciones conceptuales	8
El marco normativo en salud	8
El concepto de Equidad en Salud	11
Resultados: selección de casos testigo	15
Caso 1: el Plan Médico Obligatorio, limitaciones y judicialización	15
Caso 2: Diferencias por régimen en los aportes y contribuciones	19
Caso 3: Inscripción de Obras Sociales Nacionales	23
Caso 4: Aportes al Fondo de Redistribución Solidaria	25
Caso 5: Recupero de Costos en el Régimen HPGD	27
Conclusiones	30
Referencias Bibliográficas	33

Equipo de trabajo

Dr. Bielsa, Hilario; Mg. Zerbino, María Clara; Lic. Pont Vergés, Martín; Arilla, Julieta; Dr. Torroba, Santiago; Dra. Ordenavia, Josefina; Gaggino, Lionel; Dr. Gerosa, Alejo.

Agradecimientos

Al Dr. Fabían Puratich y al Bioq. Gastón Moran, por su continuo acompañamiento; a Analía Imperioso y Romina Alí, por sus aportes en el diseño de tablas e infografías; a Silvia Pfarherr, por los valiosos consejos.

Introducción

Históricamente, el despliegue de las capacidades, atributos y modalidades de intervención del Estado nacional estuvo íntimamente relacionado a las principales cuestiones que la sociedad percibía como fundamentales (Oszlak, 2007; López Alvez, 2000). La “conquista del orden” durante la fase de organización nacional, seguidos por la inmigración masiva y la esperanza del progreso ilimitado, el desarrollo de la clase obrera en el marco de la industrialización, las experiencias de la crisis del 30 y las guerras mundiales, entre tanto otros fenómenos, fueron moldeando las capacidades del Estado de diversas maneras, prefigurando distintos niveles de centralidad en relación a su dimensión material y planificadora (Sabato, 2019; Botana, 1988; Rapoport, 2006). En 2020, ante la existencia de una amenaza real y concreta contra la vida de la población, la intervención del Estado —merced a la imposición de restricciones a la movilidad, la adquisición de insumos/vacunas y otras definiciones y políticas públicas— alcanzó dimensiones que algunos llegaron a comparar con aquellas desplegadas en el marco de un contexto bélico (Bernhard, 2020; Gugushvili et al.; 2022, y Varma, 2020; Cárdenas et al., 2011).

Sin embargo, en el corto plazo, la pérdida del peso relativo de la pandemia en la agenda pública y de gobierno no debe soslayar los importantes desafíos que la salud, en nuestro país y en todo el mundo, enfrenta de manera creciente (Iserson, 2020). La crisis provocada por la irrupción del COVID-19 —hoy relativamente contenida, principalmente como consecuencia del aumento creciente del porcentaje de vacunación de la población mundial— parece dirigirse hacia una fase resolutive, aunque con toda probabilidad dará comienzo a una nueva realidad. La transición demográfica, el costo creciente de tecnologías y medicamentos, el deslizamiento epidemiológico hacia las enfermedades no transmisibles y la demanda creciente de acceso universal e irrestricto a la salud como consecuencia del acceso a la información (Glassman et al., 2021), en combinación con la posibilidad de nuevos eventos infecto-contagiosos de grandes proporciones —incluso más severos que el actual— (Tahir et al., 2021; Hatchett, 2021) configuran un escenario en los que la intervención y planificación estatal adquieren dimensiones estratégicas. En ese sentido, cualquier planificación estratégica deberá disponer, desde una perspectiva sistémica, de una adecuación y preparación de los subsistemas y servicios de salud a fin de que sean capaces, por un lado, de brindar una respuesta ordenada, planificada y sostenible, aún en circunstancias excepcionales, ante las demandas sanitarias -tanto de carácter ordinario como emergente- y, por otro lado, de enfrentar la posible aparición de una segunda pandemia. Por todo lo anterior, el fortalecimiento de los sistemas de salud representa una cuestión de interés estratégico nacional.

Cualquier política debe partir de un diagnóstico que identifique a aquellos elementos, situaciones e interacciones que actualmente afectan de manera negativa al funcionamiento del sistema en su conjunto, y a aquellos que, al contrario, cuenten con potencial para optimizarlo. Las experiencias, aprendizajes y consensos desarrollados al calor de la pandemia tienen mucho para aportar, tanto sobre las debilidades y deudas pendientes de nuestro sistema sanitario como sobre los mejores cursos de acción para saldarlas.

En este marco, los debates sobre la estructura normativa de nuestro sistema de salud adquieren una centralidad insoslayable. Como sistema jurídico —en tanto refleja la estructura política adoptada en la organización interna (estado federal) y externa (normativa internacional que se incorpora a nivel constitucional en Argentina)—, se encuentra severamente limitado a la hora de proyectar una “estructura normativa del sistema de salud” unificada y coherente. Esto se explica por el desarrollo paulatino, segmentado y a veces contradictorio de normativas, siempre tensionadas por el principio de autonomía de las jurisdicciones provinciales y los compromisos internacionales asumidos en materia de derechos humanos (particularmente en la concepción del derecho a la salud, caracterizado por la interpretación extensiva que la considera “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”¹, y no sólo la ausencia de enfermedad), que se organizan sobre los principios de progresividad y no regresividad.

Este trabajo se propone contribuir a dichos debates, con el propósito de aportar a la consagración de una visión política estratégica de la salud que, asentada en la vocación de construir un sistema de salud más integrado, accesible, equitativo y de calidad, sea capaz de dar un sentido dirigido y cohesionado a la legislación vigente. Para tal fin, se busca identificar aquellos aspectos paradigmáticos de la normativa que pueden estar provocando —de manera directa, indirecta o implícita— mayores niveles de inequidad en el sistema a través del análisis de casos y la recopilación de las iniciativas de sistematización existentes.

Hipótesis

Existen elementos del marco normativo en salud de la República Argentina que, en su conformación vigente, contribuyen a la perpetuación de inequidades, ya sea por sus contenidos explícitos, su vaguedad o su incumplimiento sistemático.

Objetivos

Objetivo General

Analizar sistemáticamente el marco normativo en salud argentino a fin de identificar aquellas normas nacionales, provinciales e instrumentos internacionales ratificados por nuestro país e incorporados a nuestra Constitución Nacional que, por sus características, relación con otras normas, o nivel de aplicación efectiva, promuevan la consumación de diferencias evitables, injustas o remediables entre habitantes de la República Argentina debido a sus circunstancias sociodemográficas.

Objetivos Específicos

1. Realizar evaluaciones de casos testigo en los que la normativa vigente afecte negativamente el desempeño de equidad en salud, determinando los causantes, incentivos y factores sistémicos que explican su persistencia.

¹ [Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales](#), artículo 12.

2. Analizar casos testigo en los que la falta de cumplimiento de la normativa vigente aumente los niveles de inequidad en salud, determinando los causantes, incentivos y factores sistémicos que explican su persistencia.

Consideraciones metodológicas

Universo

Normativa constitucional, nacional, provincial actualmente vigente.

Método

Se aborda el objeto de estudio a través del análisis exhaustivo de casos testigo considerados paradigmáticos, en los que se identifican y grafican tres categorías particulares:

1. Inequidad por lo expresamente establecido por la norma (IEEN).
2. Inequidad por vaguedad normativa² o vacío legal.
3. Inequidad por incumplimiento sistemático de la norma.

A los fines de reconocer esas tres categorías de inequidad y poner a prueba la hipótesis esbozada por este trabajo, se empleó una serie de abordajes cualitativos y cuantitativos. Por un lado, se recurrió a la recopilación, sistematización y análisis de la normativa vigente (provincial, nacional, constitucional e internacional) y de fallos judiciales de interés. Al mismo tiempo, se pudo acceder a minutas de reuniones de planificación, documentos de trabajo, memorias de procesos administrativos que permitieron contar con una perspectiva integral sobre el estado de situación y las principales problemáticas que caracterizan al universo estudiado.

Por otro lado, una gran parte del trabajo exigió un análisis cuantitativo de corte comparativo. El mismo se utilizó para la identificación de inequidades en regímenes impositivos y regímenes de cobertura (comparando aportes y contribuciones), el abordaje de la cuestión de la judicialización (sistematizando temas, demandados y veredictos) y el diagnóstico de la seguridad social (estratificando las obras sociales según magnitud y nivel de ingresos per cápita).

² Entendida por tal la imprecisión terminológica, la omisión reglamentaria efectiva y/o las prácticas de aplicación de normas, inefectivas.

Consideraciones conceptuales

El marco normativo en salud

En términos generales, un marco normativo puede entenderse como la síntesis de los consensos alcanzados entre representantes y factores de poder, producto de la puja por la atribución de derechos y obligaciones entre las corporaciones de la sociedad civil en un momento dado. En términos específicos, se trata de un conjunto de normas, leyes, reglamentos y cualquier otro instrumento de carácter legal que, una vez aplicados, permiten sustentar y legitimar todas las actuaciones y actividades para el desarrollo de acciones tendientes a alcanzar determinados objetivos propuestos.

En particular, tal como explica el Informe acerca del Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional (MSal, 2022), el derecho en materia sanitaria conforma una rama jurídica que no fue sistematizada de manera correspondiente; por el contrario, se trata de una especialidad que se ha legislando de forma fragmentada (Garay, 2017). En consecuencia, esto ha generado un ordenamiento jurídico vigente en donde traslucen las falencias propias de la falta de visión estratégica, donde los cambios sociopolíticos, históricos y culturales que fueron prefigurando la emergencia de nuevas normativas se fueron superponiendo entre sí a lo largo de los años, incluyendo incluso a aquellas emanadas durante gobiernos de facto. Por otro lado, el derecho sanitario actual constituye una rama del derecho poco conocida y comprendida por nuestra propia sociedad. Esto resulta especialmente relevante, dado que conforma el marco normativo que regula derechos fundamentales de las personas humanas, tales como el derecho a la salud y a la vida. En este débil dominio de la legislación en materia sanitaria como disciplina, yace parte de la dificultad relacionada con la falta de conocimiento y de manejo de la información en diferentes entornos (Garay, 2017). La sumatoria de todos estos factores ha hecho de esta rama jurídica una especialidad compleja e inaccesible, con escasa claridad respecto a los derechos y a las garantías que reconoce y concede.

En este sentido, en el año 1998, por decisión legislativa, se dispuso la elaboración del Digesto Jurídico Argentino (DJA), donde la legislación en materia de salud no fue incorporada como una categoría independiente del derecho nacional, tal como evidencia el art. 7 de la Ley 24.967.³ Este error intentó ser subsanado al incorporar al Digesto Jurídico Nacional la "Categoría Administrativo – Salud (ASA)", a través del art. 7 de la Ley 26.939 del 2014⁴.

Otra cuestión importante que menciona, reflexiona y desarrolla el informe, está relacionada con que la normativa no ha sido pensada ni diseñada teniendo en cuenta un enfoque político - estratégico de la salud, es decir, el sistema de salud no fue legislado como un todo integral. Por el contrario, nuestra normativa de salud vigente presenta falencias de conformación. Entre ellas se destacan:

³Art. 7, Ley 24.967, *Digesto Jurídico Argentino. (1998)*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/50000-54999/51470/norma.htm>

⁴ Art. 7, Ley 26.939, *Digesto Jurídico Argentino. (2014)*

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/231154/norma.htm>

1) normas sanitarias emanadas de períodos de gobiernos no democráticos; 2) normativa expedida en etapas históricas en que las sociedades se mostraban como portadoras de patrones simbólicos diferentes a los que expresa la sociedad argentina en estos años iniciales del siglo XXI; 3) legislación fragmentaria; 4) vacíos legislativos en algunas jurisdicciones de nuestro país federal (Nación, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las veintitrés provincias); 5) normas derogadas implícitamente; 6) desconocimiento de la legislación en Salud en su conjunto; 7) gran dispersión normativa”.⁵

En consonancia con lo manifestado anteriormente, y siendo la autoridad rectora en salud, el Ministerio de Salud de Nación ha venido asumiendo la responsabilidad y el desafío de repensar el derecho sanitario argentino, colocando a la persona humana en el centro del derecho sanitario y de la salud pública. En este sentido, pensarlo como un derecho fundamental de las personas humanas, y a sus normas como instrumentos indispensables para hacerlos valer, implica dar un paso importante hacia la reorganización del espacio normativo en esta materia.

Para el logro de tal fin, se buscó ordenar de forma sencilla y sistemática todas las leyes que forman hoy la base normativa del derecho sanitario argentino, con el objetivo de poder brindar a la sociedad un sitio oficial que centralice y ponga a su alcance y disposición, la legislación que ordena el sistema de salud.

Por ello, tanto el Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional como el Diccionario Enciclopédico de Legislación en Salud, fueron creados para que todos los/as ciudadanos/as tengan acceso a una comprensión clara y sencilla de las leyes que rigen en materia sanitaria; y para que los/as actores de este sector, sean personas físicas y/o jurídicas, conozcan y cumplan en tiempo y forma, lo establecido por dicha normativa.⁶

A pesar de todos los avances mencionados, estos aún resultan insuficientes, volviéndose menester repensar un diseño de estructura normativa en materia de salud con perspectiva global e integral. Teniendo presente que, cuando hablamos de “derecho”, no solo hacemos hincapié en lo que dictan las normas, sino también en la interpretación y aplicación que realiza un juez al momento de emitir una sentencia. En ese sentido, la jurisprudencia en materia de salud revela cómo la judicialización del derecho a la salud colabora en la profundización y ensanchamiento de la inequidad sanitaria.

En relación con lo antedicho, Pujol (2017) expresa que la judicialización de la salud no se trata únicamente de acceder a la justicia en forma rápida y efectiva, sino que se convierte, para los usuarios del sistema de salud, en una alternativa ante la vulneración de sus derechos por parte de los prestadores, convirtiendo a la acción de amparo en una opción y una herramienta para garantizar el respeto de este derecho humano.

En este sentido, luego de la reforma constitucional de 1994 se introduce a la Constitución Nacional Argentina, otorgándole la misma jerarquía, un conjunto de Instrumentos Internacionales que reconocen derechos y principios basados en el respeto y garantía de los Derechos Humanos. Y además, se incorporan nuevas herramientas procesales, entre ellas la

⁵ Garay, 2017

⁶ MSaI, 2022

Acción de Amparo, con el fin de garantizar a las personas una vía judicial rápida y expedita ante la vulneración de los derechos constitucionalmente reconocidos.

Es así, señala el autor, que la mayoría de los casos individuales comenzaron a utilizar la vía del recurso de amparo a los fines de dirimir las controversias suscitadas en esta materia. Sin embargo, en la actualidad se cuenta con escasos datos cuantitativos en relación a esta temática. En su trabajo (2017), Pujol cita y desarrolla una investigación realizada por estudiantes de posgrado en el marco de una tesis de doctorado. Esta se focaliza en los motivos de los reclamos efectuados; qué actores se encuentran involucrados, qué características presentan cada uno de estos reclamos, sus fundamentos y finalmente, la resolución judicial dictada.

El análisis se realizó sobre aquellos litigios tramitados ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Se estudiaron aquellos casos vinculados al acceso a prestaciones de salud presentadas por personas humanas o jurídicas, individuales o colectivas entre el plazo temporal que abarca los años 1994 - 2013. Se trata de reclamos por falta de prestaciones contra el Estado, Obras Sociales, y/o Empresas de Medicina Prepaga. Para el método de búsqueda, fue utilizada la página web de la Corte Suprema, la cual ha informatizado todas las sentencias dictadas a partir de 1994. En este sentido, aclara que la razón por la cual solo fueron analizadas las sentencias dictadas por la CSJN es que no se cuenta con información de casos tramitados ante otras instancias judiciales.

Los criterios utilizados en la búsqueda de sentencias están basados en las siguientes palabras claves: "Obras Sociales", "medicinas prepaga", "medicamentos", "programa médico obligatorio", "fertilización asistida", "derechos de incidencia colectiva", "discapacidad". También, aclara que se utilizó en el análisis, el boletín de Jurisprudencia sobre derecho a la Salud publicado por la CSJN, el primer Tratado de Derecho a la Salud y la base de datos de sentencia de la Revista "La Ley".

En esta línea, se registraron un total de 125 causas: 84 de ellas fueron obtenidas del sitio web de la CSJN, 13 del Boletín de Jurisprudencia sobre derecho a la salud, 26 del cuadro de jurisprudencia del tratado de derecho a la salud y 2 de la Revista jurídica "La Ley".

Finalmente, el estudio concluye que:

"[...] Entre 1994 y 1997 no se identificaron sentencias. A continuación se describen los datos relativos a la categoría "magnitud del litigio por acceso a la atención de la salud tramitado ante la Corte". Las primeras sentencias fueron las dictadas en 1998 (3 sentencias). Durante esos 15 años (1998 a 2013) se dictaron en promedio 8 sentencias por año. Entre 2003 y 2006 se dictaron el 48% de las sentencias. Excluidos estos años de alta actividad, entre 1998 y 2013 los mínimos y máximos anuales de producción de sentencias fueron de 3 y 11 respectivamente.

El 87% de los casos fueron promovidos como amparos, proceso con rango constitucional caracterizado como expedito y rápido, previsto para la tutela de derechos vulnerados por actos u omisiones públicos o privados. Las reclamaciones fueron promovidas por personas físicas individuales en el 88% de los casos, la mitad personas con discapacidad, con una adscripción a la seguridad social y la medicina prepaga en un 64% de los casos.

Los datos indican que el 87% de las reclamaciones promovidas a través de los litigios gira en torno a la reclamación de cobertura prestacional, y que una cuarta parte de las mismas reclamaba la cobertura de prestaciones del PMO (20 litigios), 6 de las 20 reclamaciones fueron promovidas por o contra entidades de medicina prepaga que discutieron la obligatoriedad del cumplimiento del PMO por esas entidades del sector de seguros privados. Los otros 14 litigios fueron promovidos contra obras sociales (12 casos), el Ministerio de Salud de la Nación (1 caso) y una entidad de medicina prepaga (1 caso). En estos casos se discutió la interpretación de las prestaciones de salud cubiertas y excluidas por el PMO.

En cuanto a los litigios por cobertura del PMO, la Corte equiparó las prestaciones que deben prestar las empresas de medicina prepaga con las de la seguridad social o mutuales, también se estableció el concepto dinámico del plan médico obligatorio. Las sentencias no fijaron un fuerte precedente para la interpretación del mismo y si bien se propuso fijar normas claras para la cobertura del PMO, fue sólo propuesto por la minoría y no aceptado por la mayoría (...).⁷

El concepto de Equidad en Salud

A partir de la reforma constitucional de 1994, el concepto de igualdad en su concepción clásica, fue complementado con un enfoque que concibe a la desigualdad estructural como un elemento coadyuvante para consagrar una real igualdad en el trato. En este sentido, se tiene especialmente presente los instrumentos de DDHH que han adquirido, con la mencionada reforma, jerarquía constitucional. Entre los que se destacan:

- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la cual en su art. XI reconoce 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, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo art. 25 inc. 1 prescribe que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”*
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su art. 9 establece que *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”*. Por su parte, el art. 12 inc. 1 anuncia *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el art. 17 sostiene que *“Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás”*. Mientras que su art. 25, desarrolla en profundidad la cuestión de salud, estableciendo que:

⁷ *Judicialización de la Salud: El caso del PMO* | Trabajo Final de Graduación | Pujol, Miguel J. 2017. - Pág. 74

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud (...)

Posteriormente, describe detalladamente en seis ítems (a. a f.) cada una de las obligaciones a la que se someten los Estados partes.

- Protocolo de San Salvador, cuyo art. 9 prescribe acerca del Derecho a la Seguridad Social:

“1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.

2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.”

Mientras que en su art. 10, desarrolla sobre el derecho a la salud:

“1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”

En línea con esta nueva concepción de igualdad se encuentra el concepto de Equidad en Salud, en tanto refleja una connotación ética (Whitehead, 1992) relacionada con principios de justicia distributiva. Así la define la OPS:

“La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas”.

Cabe destacar que para que una diferencia sea juzgada como justa o injusta tiene que tomar en cuenta el contexto social en el cual ocurre dado que los juicios de valor sobre las situaciones que son injustas varían en el tiempo y entre las geografías. En este sentido, resulta necesario definir un criterio para dar contenido operativo a la noción de justicia y, en esta búsqueda, cobra relevancia la capacidad de elección que tienen las personas y su libertad para ser y hacer aquello que valoran.

El concepto de equidad en salud se refiere a generar iguales oportunidades en el acceso y control sobre los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud. Nos estamos refiriendo a los determinantes sociales de esas inequidades, como, por ejemplo, tener acceso a alimentos, vivienda, a ambientes sanos, educación, información, trabajo remunerado, tecnologías y servicios.

Si las personas tienen poca capacidad de elección sobre las condiciones de vida es más probable que las diferencias de salud resultantes sean consideradas más injustas respecto de las que resulten de condiciones de vida riesgosas para la salud pero que fueron elegidas por los individuos voluntariamente. En este marco, es necesario que quienes diseñan políticas públicas contemplen una distribución de recursos justa y eficiente, pero al mismo tiempo implementen mecanismos para lograr reducir las desigualdades sociales en búsqueda de mayor equidad en Salud.

Una forma de abordar el tema es considerar que existe inequidad cuando se presentan desigualdades que resultan injustas según un determinado criterio de justicia, que involucra un juicio de valor ético. La Organización Mundial de la Salud (1999) afirma que la equidad significa que las necesidades son las que deben orientar la distribución de las oportunidades en la población para alcanzar el bienestar. Al mismo tiempo sugiere que cada sociedad debe alcanzar un nivel suficiente de consenso acerca de lo que se entiende por equidad y, posteriormente, tomar acciones efectivas que reduzcan las inequidades detectadas.

La equidad en salud puede ser entendida como una forma de alcanzar la igualdad a partir del reconocimiento de una desigualdad preexistente que es necesario compensar para lograr en definitiva la igualdad de oportunidades de todas las personas, independientemente del punto de partida. Cada persona debe tener la oportunidad de acceder a aquellas medidas sanitarias y sociales necesarias para proteger, promover y mantener o recuperar la salud⁸.

A nivel institucional, el Decreto 50/2019⁹ consagró la nueva estructura organizativa del Ministerio de Salud de la Nación, en la que quedan reflejadas las prioridades de política que se le han encomendado: el acceso, la calidad y la equidad en salud. Cada uno de estos ejes de política pública cuenta con una Secretaría de Estado responsable de instrumentar las acciones que conduzcan al logro de esos objetivos.

⁸ Barbieri, Tarragona, & de la Puente, 2004.

⁹ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/224026/20191220>

De esta manera, por primera vez en la historia institucional Argentina, una Secretaría de Estado pasa a contemplar a la Equidad en salud dentro de sus ejes rectores, mediante la creación de la Secretaría de Equidad en Salud (SES). Entre sus objetivos se destacan para el caso:

“4. Entender en el diseño de políticas estratégicas de carácter federal y territorial para el aumento de la equidad en salud y definir el modelo de financiamiento y gestión de la salud, contribuyendo a la articulación e integración de subsistemas de salud, programas sanitarios y redes de atención.

9. Entender en el diseño y desarrollo de la evaluación y el monitoreo del acceso equitativo a servicios de salud entre los distintos subsistemas de salud”.

Esta reorganización institucional se instrumenta mediante el siguiente organigrama:

Figura 1: Organigrama simplificado del MSAL a septiembre de 2022



Resultados: selección de casos testigo

Caso 1: el Programa Médico Obligatorio, limitaciones y judicialización

Tipo de caso	Inequidad por lo expresamente establecido por la norma; inequidad por vaguedad o vacío legal; inequidad por incumplimiento sistemático.
Normativa específica	Ley N° 23.661; Ley N° 24.754, Ley N° 26.682; Decreto N° 9/93; Decreto N° 492/95; Res. N° 247/96 DNU N° 486/02; Res. N° 201/02.; Res. N° 1991/05, Res. 1714/2007.
Categoría de Normativa principal	Salud Pública.
Resumen	La configuración normativa del Programa Médico Obligatorio (es decir, su naturaleza jurídica de origen y las características de su ampliación), contribuye a la perpetuación de inequidades en tres planos: en primer término, por promover la inequidad librando el diseño del PMO a las presiones sucesivas de los diferentes sectores de la sociedad civil o los factores de poder que demandan servicios específicos; en segundo término, por promover diferencias entre quienes pueden acceder a una solución judicial o legislativa para las demandas vinculadas a la cobertura prestacional y quienes no cuentan con efectivo acceso a las mismas; en tercer término, por promover diferencias entre usuarios de acuerdo a la naturaleza de su financiador.

Una primera aproximación al Programa Médico Obligatorio (PMO) permite distinguir **tres dimensiones** generales a través de las cuales se perpetúan **situaciones de inequidad**:

1. Problemas ligados a la forma de ampliación del catálogo prestacional del PMO.
2. Diferencias entre quienes acceden a una solución judicial y quienes no lo hacen.
3. Diferencias entre beneficiarios de diferentes financiadores.

Figura 2: Dimensiones de inequidad del Plan Médico Obligatorio



Las mismas se desarrollan a continuación:

1. Problemas ligados a la forma de ampliación del catálogo prestacional del PMO

De acuerdo al Decreto N° 9/93, el diseño del PMO resulta normativamente delegado en el Ministerio de Salud de Nación. Sin embargo, el Congreso de la Nación Argentina está facultado a sancionar leyes que contemplen las prestaciones médico-asistenciales ligadas al tratamiento de afecciones de salud y garanticen su incorporación efectiva al PMO. De esta forma, la ausencia de un criterio consistente, centralizado, basado en el uso racional de la tecnología médica y el análisis de costo-efectividad, promueve la inequidad librando el diseño del PMO a las presiones sucesivas de los diferentes sectores de la sociedad civil o los factores de poder que demandan y ofrecen servicios específicos. Esta inequidad se enmarca en un contexto de limitación en la capacidad financiera de los Agentes del Seguro Nacional de Salud y un acelerado desarrollo de la ciencia y la industria médica y farmacéutica, lo que impulsa un incremento en los costos de atención.

Así, se torna necesario delinear un sistema o criterio de selección que prevenga una cobertura irrestricta de tecnologías sin un sustento científico sólido y fundamentado en la eficacia, la efectividad y la costo - efectividad. A su vez, que respete sustancialmente el derecho a la salud reconocido por los pactos internacionales (art. 25, inc. 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el art. 12, inc. 2, ap. d, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), de jerarquía constitucional (art 75 inc. 22 de la Constitución Nacional).

Por otra parte, la falta de actualización periódica del PMO -la última actualización integral del PMO data del año 2004¹⁰- produce falta de certeza suficiente por parte de la población, los médicos, abogados y de los propios jueces.

2. Diferencias entre quienes acceden a una solución judicial y quienes no lo hacen

El PMO se trata, en esencia, de una norma taxativa meramente enunciativa: implica la fijación de un piso prestacional que debe ser garantizado por los agentes del Seguro de Salud comprendidos en la Ley N° 23.660 (art.1), aunque sin prefigurar un límite en términos de acceso a servicios de salud. Esta especial naturaleza de origen, sumada a la consagración del derecho a la salud desde 1994¹¹, a nivel constitucional, por la incorporación de diversos tratados internacionales de derechos humanos, redimensiona y fortalece las bases de un sistema propenso a la judicialización. En efecto serán los beneficiarios del sistema lo que buscarán, con una mayor amplitud, el reconocimiento jurisdiccional de su derecho: tanto por incumplimiento de prestaciones contempladas expresamente en el PMO, como por el otorgamiento de prestaciones no contempladas, pero justificadas por el derecho afectado, fundándose su cobertura a partir de los compromisos internacionales asumidos por el Estado Nacional.

La jurisprudencia analizada es coincidente al sostener que:

¹⁰ Ministerio de Salud, [Resolución 310/2004](#).

¹¹ Desde la reforma Constitucional del año 1994.

"(...) entendiendo que el PMO fija un piso mínimo y básico de prestaciones, no puede establecerse como principio la limitación de estas coberturas argumentando que dicho Programa establece un techo en materia sanitaria, lo que deriva en una clara afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas; máxime cuando la ley N° 23.661 creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud con el objetivo de proveer el otorgamiento de prestaciones de salud integrales que tiendan a la protección de la salud con el mejor nivel de calidad disponible." Es que "el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional, no puede limitarse la tutela judicial efectiva al Programa Médico Obligatorio".

En tal sentido, son numerosos los fallos en los que se sostiene que:

"(...) resulta necesario tener como principio rector la calidad de vida del paciente, lo que lleva concluir que las personas tienen el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, garantía que se obtura al negarle al actor el acceso al tratamiento aconsejado por su médico tratante".

Reiteradamente se ha sostenido que es el médico tratante el llamado a determinar si su paciente realmente necesita un medicamento o un tratamiento determinado, con qué grado de urgencia y en qué estadio de la enfermedad, debiéndose privilegiar la orden otorgada por el especialista que atiende al paciente¹². Así, con dicho fundamento los jueces disponen la obligatoriedad de la cobertura, aún cuando el tratamiento no se encuentra expresamente previsto en el PMO. Es que:

"cuando están en juego el derecho a la vida o a la salud e integridad física de una persona, las instituciones que integran el sistema nacional de salud deben extremar al máximo los servicios que proporcionan (...), incluso más allá de las exigencias del PMO, dado que éste fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que se deben garantizar (piso prestacional), que no puede derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas (primer derecho de la personas garantizado por la Constitución Nacional y tratados internacionales), valor fundamental respecto del cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental."¹³

En efecto, se ha sostenido reiteradamente que "el hecho de que la prestación solicitada por la actora no se encuentre dentro del PMO (Programa Médico Obligatorio), no resulta por sí causa suficiente para eximir a la demandada de su obligación de prestar un adecuado servicio de salud".

La Corte de la Provincia de Buenos Aires, por su parte ha consagrado como criterio rector que:

"Cuando están en juego el derecho a la vida o a la salud e integridad física de una persona, las instituciones que integran el sistema nacional de salud deben extremar al máximo los servicios que proporcionan a fin de lograr la recuperación del paciente, incluso más allá de las exigencias del Programa Médico Obligatorio, dado que éste fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que se deben garantizar (piso prestacional), que no puede derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas (primer derecho de la persona

¹² Rubinzal Online; 38067/2015; RC J 3336/19- ; STJRS4 Se. 116/19 "MOSCHETTI".

¹³ Conf. CSJN, Fallos 323:3229 y 324:3569, Superior Tribunal de Justicia de Río Negro, "MOSCHETTI" y otros.

garantizado por la Constitución Nacional y tratados internacionales), valor fundamental respecto del cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental” (cf CS, fallos 323:3229; 324:3569).

La problemática de la excesiva judicialización y sus consecuencias no pasó desapercibida. En ese sentido, la SSS creó, en el año 2016, el Registro Nacional de Amparos de Salud. Al primer cuatrimestre de 2017, contaba con 1.433 registros cargados y según el informe presentado, el 56% de los amparos se deben a irregularidades de afiliación, el 23% a problemas prestacionales, el 17% a reclamos sobre discapacidad, el 4% a medicación, y menos del 1% a salud mental. Respecto a las irregularidades, casi el 30% es por la negativa de afiliación especialmente a los monotributistas, 21% a problemáticas de opción, 16% a la negativa de afiliación a Empresas de Medicina Prepaga (EMP), y casi 10% al aumento de cuotas, entre otros temas. En cuanto a los reclamos según problemas prestacionales, el incumplimiento del Plan Médico Obligatorio (PMO) ocupa el primer lugar con casi el 34%, seguido por fertilización asistida con el 27%, coseguro y cambio de planes alrededor del 10%, reintegros con un 7% (Registro Nacional de Amparos, 2017).

La importancia de la información que puede colectarse con esta nueva normativa permitirá evaluar no sólo la cantidad de los conflictos en materia de amparos, sino también su calidad. La difusión de esos datos permitirá la generación de nuevos elementos para evitar que las decisiones judiciales se transformen en el establecimiento de políticas sanitarias. La imposición normativa de registrar los juicios, no obliga a las empresas de Medicina Prepagas. De allí que la resolución en análisis proponga invitarlas a adherir a las presentes disposiciones.

En lo que puede ilustrar acerca de la efectividad de las acciones intentadas, especialmente por cuanto analiza decisiones de tribunales superiores de justicia, un estudio refiere que “de los 11 casos de amparos de salud realizados entre el 2006 y el 2016 por la CSJN, la SCJBA y cortes de otras jurisdicciones, la enorme mayoría (81%) tuvieron dictamen favorable de acuerdo a los intereses del solicitante” (Pujol, 2017, p.84). A ello deben sumarse las decisiones jurisdiccionales de tribunales inferiores, sin que se haya podido acceder a una estadística en la materia. En un análisis, del año 2017, sobre la situación de amparos presentados en la jurisdicción de la Pcia. de Buenos Aires se señaló que el amparo por cobertura ocupa un cómodo primer puesto en el podio del uso.

Desde el mundo sanitarista se ha alertado sobre la inequidad que está provocando la permanente judicialización de toda cobertura prestacional, en tanto “no es saludable que las Obras Sociales se encuentren sometidas a exigencias judiciales que sobrepasan los objetivos y obligaciones para las cuales fueron estatuidas [...]”. Sería conveniente que existieran otras instancias donde la Justicia accediera a opiniones técnicamente fundadas que ampliaran su campo de información, permitiéndole acceder a una decisión equilibrada entre los principios y las consecuencias de la justicia sanitaria. Enriquecer normativamente y presupuestariamente las instancias que instaurasen conflictos de jurisdicción y responsabilidad prestacional continúa siendo un desafío (Portela, 2017, p. 62).

En la práctica, todo lo anterior implica el establecimiento de diferencias entre quienes logran demandar y quienes no lo hacen. Una consecuencia de ello es perder la oportunidad de

profundizar mecanismos de priorización del gasto basados en criterios científico-técnicos que estén orientados a maximizar el beneficio y proveer a toda la población de forma racional en un marco de restricción financiera. Resulta deseable que dichos criterios funcionen en la práctica de tal modo que sea menos necesario para los pacientes recurrir a sede judicial.

Es sabido que el acceso a la jurisdicción se frustra y dificulta por diversas causas, entre ellas por cuestiones económicas: los costos, los gastos del proceso; sociales: el desconocimiento acerca del derecho y, esencialmente, la confianza en la justicia y en la obtención de una respuesta rápida.

Todos estos elementos marcan una frontera entre quienes accederán en tiempo oportuno a su reclamo y quienes siquiera lo intentarán; entre quienes obtendrán un beneficio de salud acorde y quienes resultarán excluidos.

3. Diferencias entre beneficiarios de diferentes financiadores

Estas asimetrías, también reconocerán otras causas: el Decreto N° 492/95 establece la obligatoriedad de las OSN y las EMP a prestar, como mínimo, el paquete prestacional establecido por el PMO.

De este modo, el resto de los financiadores del sistema (PAMI, OSP, OS de regímenes especiales, SP), al no quedar comprendidos expresamente por la mentada normativa, no ven compelidos a garantizar el mismo piso prestacional a sus beneficiarios de un modo automático o “no discutible”, como sucede con el resto de los beneficiarios del sistema. Como se puede concluir de la lectura de la jurisprudencia de diversas instancias, con variados fundamentos las sentencias romperán esta asimetría y terminarán, en la mayoría de los casos, condenando a los financiadores a otorgar el tratamiento o beneficio reconocido por el PMO. Sin embargo, nuevamente será la judicialización -y la brecha que determina entre quienes litigan y quienes no lo hacen- la que consolidará el establecimiento de asimetrías de derechos básicos entre beneficiarios de diferentes subsistemas.

Caso 2: Diferencias por régimen en los aportes y contribuciones

Tipo de caso	Inequidad por lo expresamente establecido por la norma.
Normativa específica	Acordada CSJN 1/2022, Ley 23.660/88, Ley 24.977/98, Ley 19.932/71, Ley 24.741/96, Decreto 2284/91, Resolución Conjunta ANSES 138/94 y DGI 9/94, Ley 26.565, Normativas provinciales.
Categoría de Normativa principal	Obras Sociales y Seguro de Salud.
Resumen	La normativa relativa a los montos y el destino de los aportes y contribuciones a las obras sociales produce efectos inequitativos al: determinar distintos niveles de aportes y contribuciones de acuerdo a la normativa que regule el régimen de cobertura (inequidad entre regímenes de cobertura); Fijar diferentes niveles de aportes y contribuciones según nivel de ingresos, al establecer un tope de aportes (inequidad intra régimen de cobertura); establecer montos invariables para monotributistas, afectando su aceptación efectiva por parte de obras sociales (inequidad intra régimen laboral).

Al analizar el estado de situación normativa en lo relativo a aportes y contribuciones, se identificaron tres aspectos especialmente llamativos que, por establecer diferencias sustanciales tanto entre regímenes de cobertura como entre regímenes laborales, ponen en riesgo los principios de solidaridad y equidad del sistema.

1. Incongruencias e inequidad entre regímenes (de cobertura)

El sistema de salud argentino se organiza en tres subsistemas: el subsistema público, el subsistema de la seguridad social y el subsistema privado, y se financia a través de tres grandes fuentes troncales:

1. El tesoro público (ya sea nacional, provincial o municipal);
2. Las contribuciones salariales y aportes patronales;
3. Los pagos de bolsillo.

Dentro de la seguridad social encontramos distintos marcos normativos que determinan la creación de distintas instituciones cada una con su grupo de afiliados.

Entre los distintos regímenes que tienen los trabajadores del país, los aportes y contribuciones que realizan al sistema de salud presentan variabilidad como puede verse en la siguiente Tabla.

Tabla 1: Aportes y contribuciones según normativa.

Nombre	Ley	Aporte de los trabajadores	Contribución del empleador	Total	Cantidad de beneficiarios
OSN	Ley 23.660	3,0%	6,0%	9,0%	14.926.874
PAMI	Ley 19.032	Aportes de trabajadores activos y pasivos , más aportes del Tesoro			5.062.914
OS Universitarias	Ley 24.741	3,0%	6,0%	9,0%	300.000
IOSFA	DNU 637/2013	6,0%	8,0%	14,0%	600.000
O.S.P. Buenos Aires (IOMA)	Ley 6.892/87	4,5%	4,5%	9,0%	1.949.370
O.S.P. San Juan (DOS)	Ley 4.680/79	3,5%	6,0%	9,5%	135.302
Fuente: elaboración propia.					

Como se puede observar, existe una variabilidad relevante entre diferentes coberturas dentro de un mismo subsistema –el de la seguridad social–, que invita a preguntarse sobre los criterios empleados y el grado de justicia en el que ello redundaría. Distintas normativas determinan distintos niveles de aportes y contribuciones para el sostenimiento de su obra social: un afiliado de IOMA debe aportar el 4,5% de su salario; si la misma persona, en cambio, se encontrara afiliada a una Obra Social Nacional, aportaría el 3%. De igual manera, un empleador debe contribuir un 6% para OS universitarias, pero un 8% para IOSFA y 4,5% en IOMA.

2. Inequidad dentro de regímenes (de cobertura)

Topes a aportes y contribuciones

Dentro de las Obras Sociales Nacionales (OSN) la ley 23.660 establece en su Artículo 16 los aportes y contribuciones. Por su parte, la Resolución Conjunta ANSES 138/94 y DGI 9/94 Art.1 establece mínimos y máximos a la base imponible que se actualizan periódicamente, en su última actualización mediante la Resolución 247/2021 determina las bases imponibles mínima (\$9.787,95) y máxima (\$318.103,83) a partir del período devengado diciembre de 2021. Por este motivo, trabajadores con distintos niveles de retribución terminan aportando diferentes porcentajes de sus salarios para el sostenimiento del sistema de obras sociales. Aquellos trabajadores con ingresos superiores al máximo determinado aportan una menor proporción de su renta con respecto a aquellos con menores niveles salariales.

Tabla 2: Aportes para el sostenimiento de la obra social.

Trabajador	Salario bruto	Aporte sin tope	Aporte con tope	Aporte real
A	\$796.348,20	\$23.890,45	9.543,11	1,20%
B	\$494.080,98	\$14.822,43	9.543,11	1,93%
C	\$133.294,00	\$3.998,82	3.998,82	3,00%
D	\$105.533,00	\$3.165,99	3.165,99	3,00%
E	\$50.000,00	\$1.500,00	1.500,00	3,00%

Fuente: Elaboración propia.

3. Inequidad dentro de regímenes (laborales): monotributistas

En el caso de los trabajadores independientes que se encuentran enmarcados en la Ley 26.565 de Régimen simplificado para pequeños contribuyentes, el origen de la inequidad al interior del régimen surge a raíz de las diferencias proporcionales de aportes. De acuerdo a la normativa, independientemente de la categoría de ingresos el monto que aportan en el componente obra social es fijo. Actualmente el monto es de \$1.775,18 para los aportantes entre categorías A y K, mientras que en el caso de monotributo social el aporte es de \$887,59. Esto ocasiona que la proporción de los aportes sobre el nivel de ingreso sea regresivo dado que aquellos que cuentan con mayores ingresos aportan proporcionalmente menos al sistema.

Tabla 3: Aportes de monotributistas según tipo de categoría, a partir del 1/1/2022.

Categorías	IIBB estimados por mes	Total de aportes	Aportes OS	% de aportes de OS sobre el ingreso mensual	% de aportes de OS sobre el total de aportes
Social	38.850,13	887,59	887,59	2,3%	100,0%
A	38.850,13	3.334,24	1.775,18	4,57%	53,24%
B	57.750,20	3.728,29	1.775,18	3,07%	47,61%
C	80.850,28	4.190,06	1.775,18	2,20%	42,37%
D	111.300,38	4.907,34	1.775,18	1,59%	36,17%
E	147.000,50	5.936,55	1.775,18	1,21%	29,90%
F	183.750,63	6.825,92	1.775,18	0,97%	26,01%
G	220.500,75	7.772,01	1.775,18	0,81%	22,84%
H	273.000,93	13.445,60	1.775,18	0,65%	13,20%
I	305.551,04	19.328,05	1.775,18	0,58%	9,18%
J	350.176,19	22.197,62	1.775,18	0,51%	8,00%
K	388.501,32	25.090,13	1.775,18	0,46%	7,08%

Fuente elaboración propia a partir de datos de AFIP 2022.

Mientras un monotributista de Categoría A aporta el 4,57% considerando que cuenta con un Salario Máximo Mensual estimado de \$38.850,13, un monotributista Categoría H aporta un 0,65% de su ingreso (considerando el tope máximo de la categoría \$273.000,93).

Caso 3: Inscripción de Obras Sociales Nacionales

Tipo de caso	Inequidad por vaguedad normativa o vacío legal.
Normativa específica	Ley N° 23.660/88 (Art.1) ; Ley N°23.551/88 (Arts. 21, 31 inc. f); Decreto N°576/93; Res. INOS N°488/90.
Categoría de Normativa principal	Obras Sociales y Seguro de Salud.
Resumen	La vaguedad normativa en torno a la apreciación de los requisitos para obtener el alta de inscripción de nuevas obras sociales habilita la existencia de un universo disperso y desigual de obras sociales, afectando severamente la equidad en la cobertura efectiva y la sustentabilidad y solidaridad del subsistema de seguridad social.

Las OSN se encuentran estrechamente vinculadas a los niveles de actividad económica y a los vaivenes en el mundo del trabajo, repercutiendo, por su peso, en todo el sistema de salud. A pesar de estar comprometidas a cubrir las prestaciones del mismo Programa Médico Obligatorio (PMO), no solo las diferencias de recursos disponibles entre ellas es extremadamente amplia –en el entorno de 11 a 1 entre extremos–, sino también las brechas entre cantidad de beneficiarios por institución. Como consecuencia, muchas no tienen la capacidad financiera necesaria para garantizar la efectiva atención de sus beneficiarios.

La vaguedad normativa -entendida como imprecisión terminológica, falta de reglamentación y/o prácticas que atentan contra su efectividad- respecto al sistema de inscripción de nuevas obras sociales y a los mecanismos de solidaridad dentro del subsistema de seguridad social, produce efectos inequitativos cuando, entre otras razones, se reconoce sin condiciones ni limitaciones, el derecho de las asociaciones gremiales de administrar sus obras sociales.

La Ley N° 23.551 de Asociaciones Sindicales (art 31 inc. f) reconoce como uno de los derechos exclusivos que tienen las asociaciones sindicales con personería gremial, el de *“administrar sus propias obras sociales (...)”*.

Por su parte la Resolución INOS N° 488/90 para la inscripción de nuevas O.S, no establece, entre sus requisitos, importantes limitaciones para su apertura (art.1).

Entre los requisitos relevantes exigidos para la inscripción de nuevas Obras Sociales Nacionales, se dispone la obligación de presentar: a) Estimación de la recaudación mensual, en concepto del art. 16° de la ley 23.660; b) Explicitar en qué forma se habrá de garantizar la financiación equitativa para el otorgamiento de las prestaciones médico-asistenciales; c) Acreditar que la población que pretende cubrir no se encuentra obligatoriamente integrada a alguno de los Agentes del Seguro en los términos de la ley 23.661; d) Indicar la remuneración promedio mensual, por beneficiario titular cotizante, de la Obra Social cuya

inscripción se solicita; y, por último, e) acompañar el Padrón de beneficiarios, discriminando titulares y grupos familiares primarios.

Sin embargo, no parecieron existir normas que establezcan factores de exclusión de alta exhaustivamente determinados. Así, la ponderación de las referidas condiciones para dar el alta a nuevas obras sociales luce problemático a la luz de los resultados verificados: el 45% del total de las entidades de la seguridad social cubra tan sólo al 3.5% de la población beneficiaria del total del subsector.

En efecto, no se fijan limitaciones en cuanto al mínimo de afiliados que se requiere para poder registrar una nueva Obra Social. Esto conlleva a que, en la actualidad, del universo de obras sociales (290 activas a la fecha), solo un 42% tienen un ingreso promedio que cubre el costo estimado del Programa Médico Obligatorio (\$2,996,10 a marzo 2021). La población de beneficiarios comprendidos en el 59 % de las OOSS que no lo llega a cubrir, son casi 9 millones de beneficiarios, o sea el 61 % del total.

El 45 % del total de OOSS presta servicios al 3,5 % de la población beneficiaria, conformando exiguos grupos de riesgo que no permiten economías de escala. Existe un excesivo número de agentes (Obras Sociales), con manifiesta desproporción de aportantes entre ellas, con una concentración del 83,4% beneficiarios en las primeras 65, y el 16,6 en los 226 restantes (SSS, 2020). Además, hay un predominio de instituciones en riesgo financiero (217 sobre 291), 107 de ellas elevado o muy elevado (SSS, 2020), propiciando la insustentabilidad y el progresivo desfinanciamiento de las entidades por insuficiencia estructural de aportes.

Tabla 4: Estratificación de Obras Sociales Nacionales según dimensión e ingresos per cápita

		Monto mensual por beneficiario			
		Hasta 2.304	2.034 hasta 2.924	2.925 hasta 4.113	Más de 4.113
Muy pequeñas (hasta 1.000 benef.) 	Cantidad de OS	4	3	3	10
	Beneficiarios	1.066	1.504	1.165	5.854
	Monto mensual promedio/ beneficiario	1.876	2.660	3.433	6.833
Pequeñas (entre 1.001 y 10.000 benef.) 	Cantidad de OS	31	29	23	32
	Beneficiarios	169.122	155.299	131.734	117.702
	Monto mensual promedio/ beneficiario	1.608	2.589	3.499	7.782
Intermedias (entre 10.001 y 100.000 benef.) 	Cantidad de OS	29	29	35	24
	Beneficiarios	822.092	1.051.996	1.199.864	964.512
	Monto mensual promedio/ beneficiario	1.876	2.607	3.485	5.397
Grandes (más de 100.000 benef.) 	Cantidad de OS	9	11	11	7
	Beneficiarios	3.869.984	2.145.874	2.399.528	1.889.578
	Monto mensual promedio/ beneficiario	2.013	2.578	3.298	6.450

Fuente: Elaboración propia en base a Maceira (2020), Isalud y Prosanity (2021) y datos de Ministerio de Salud PUCO Diciembre 2021 y AFIP (2021).

Caso 4: Aportes al Fondo de Redistribución Solidaria

Tipo de caso	Inequidad por lo expresamente establecido por la norma.
Normativa específica	Ley N° 26.682/11; Ley N° 23.660/88; Dec. N°1991 y 1993/11 (reglamentarios 26.682); Dec. N°9/93.
Categoría de Normativa principal	Medicina Prepaga.
Resumen	El hecho de que el monto adicional destinado a alcanzar planes superadores o de adhesión voluntaria a partir del monto derivado de aportes a obras sociales no realice aportes al Fondo Solidario de Redistribución, promueve la inequidad del sistema, al afectar su solidaridad y contribuir a exacerbar los efectos del “descreme” de las obras sociales.

El Decreto 9/93 y su modificatorio 1301/97 consagraron el derecho a la libre elección de cobertura de salud por parte de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. De este modo, se da origen al marco normativo que habilita que las contribuciones recaudadas compulsivamente al empleado y al empleador sean derivadas para satisfacer, total o parcialmente, un plan de servicios de salud ofrecido por una entidad de medicina privada u otra obra social. Por otro lado, el derecho a la libre elección propicia el fenómeno de descreme, entendido como la migración de los sectores relativamente más pudientes y con menor riesgo sanitario desde el subsector de la seguridad social hacia el de la medicina privada, y dentro del subsector de la seguridad social, desde las entidades con peores servicios hacia las de mejores servicios.

“(…) la población asalariada de mayores ingresos aprovecha sus aportes y contribuciones para sustituir o complementar el pago de primas mensuales y acceder a la cobertura de empresas privadas de aseguramiento en salud”.¹⁴

Esto implica que los sectores relativamente menos pudientes y con mayor riesgo sanitario tiendan a concentrarse en las entidades de origen, quienes al aumentar la proporción relativa de su población de riesgo, aumentan el riesgo total de su propio sistema con la consecuente insostenibilidad financiera. Dentro de ese marco, la Ley N° 26.682 establece expresamente que:

“Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales”.¹⁵

¹⁴ TOBAR, Federico; OLAVIAGA, Sofía; SOLANO, Romina (2012), Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. CIPPEC.

¹⁵ Ley N° 26.682, art. 23.

De esta forma, la normativa impide el atenuamiento de los efectos del descreme, evitando que se preserve el componente solidario que permite redistribuir cargas en el seno del subsector de la seguridad social a través del Fondo Solidario de Redistribución.

En ese sentido, resulta pertinente realizar una estimación del impacto económico que supone que el excedente entre el monto derivado de aportes desde la seguridad social hacia el de la medicina prepaga no realice aportes al Fondo Solidario de Redistribución.

Para el cálculo, se partió de los datos del ingreso medio familiar de la Encuesta Permanente de Hogares (1er trimestre 2021), la proporción de gasto adicional a los aportes para la obra social en hogares con al menos una persona que tiene prepaga, por quintil (ENGHO 2017-2018) y los hogares con al menos una persona con prepaga por obra social, por quintil (ENGHO 2017-2018).

En base a estos datos se calculó en primera instancia el ingreso familiar destinado al gasto adicional por quintil, luego se calculó el gasto adicional total en millones de pesos y la proporción del 15% que no se dirige al Fondo Solidario de Redistribución.

Tabla 5: Estimación del impacto económico de la exclusión de prepagas en los aportes al FSR.

Ingreso familiar medio	Gasto en % por quintil en cuota adicional a la OS	Ingreso familiar destinado "Adicional"	Hogares c/ al menos 1 persona con prepaga por OS por quintil*	Total gasto "Adicional" por quintil, en millones
\$33.677,50	0,73%	\$245,85	59.986	\$14,75
\$64.660,00	2,86%	\$1.849,28	65.640	\$121,39
\$95.135,50	1,49%	\$1.417,52	129.118	\$183,03
\$139.475,00	1,63%	\$2.273,44	280.721	\$638,20
\$275.939,00	1,65%	\$4.552,99	446.878	\$2.034,63
Total de gasto "Adicional", en millones de pesos				\$2.992,00
Proporción del gasto total "Adicional" no destinado al FSR				\$448,80
* en los 31 aglomerados analizados por el INDEC				

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, INDEC. Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHO), INDEC.

Cabe aclarar que estas estimaciones se realizaron en base a información del INDEC, recolectada en 31 aglomerados urbanos, por lo cual este cálculo presupone sólo una representación aproximada al impacto económico real en el sistema de salud.

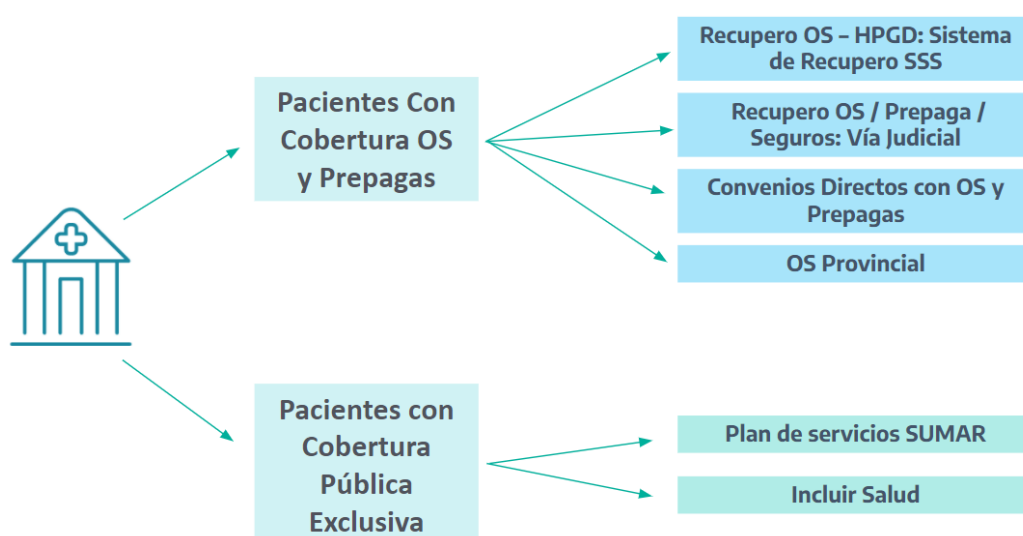
Caso 5: Recupero de Costos en el Régimen HPGD

Tipo de caso	Inequidad por vaguedad o vacío legal; inequidad por incumplimiento.
Normativa específica	Decreto N° 939/00; Res. MS N° 487/2002, 1081/11 y 635/15; Res. MS N° 1230/08 y 226/09; Decreto N° 26/2017; Res. MS N° 2410/20; Res. MS N° 1702/20; Res. SSS N° 584/21.
Categoría de Normativa principal	Institucional.
Resumen	La exclusión del régimen HPGD, implícita o explícita, de la mayoría de los actores del sistema de salud (al contrario de lo determinado por el decreto de creación) produce efectos inequitativos porque sostiene subsidios cruzados con los que los subsistemas privado y de seguridad social derivan costos y riesgos al subsistema público sin la compensación correspondiente.

La existencia de coberturas diferenciadas y, en ocasiones, superpuestas, implica un desafío de coordinación dentro del sistema de salud. Para evitar la existencia de *subsidios cruzados*, donde un subsistema absorbe costos que le corresponden a otro subsistema sin obtener el debido reintegro, resulta fundamental contar con mecanismos eficaces de recupero de costos.

Como se observa en la Tabla 1, el recupero de costos se lleva adelante a través de diferentes interacciones. Los efectores pueden tramitarlo judicialmente según regímenes propios, por el programa SUMAR, convenios con prepagas, PAMI u OS o bien mediante el propio régimen HPGD.

Figura 3: Canales de recupero de costos para establecimientos



Fuente: *Estrategias para recupero de costos*, Ministerio de Salud de la Nación.

Dentro del universo de mecanismos de recupero de costos, el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) permite que los establecimientos públicos y las instituciones descentralizadas que cuentan con personería jurídica realicen convenios y cobren de manera automática por las prestaciones brindadas a terceros aseguradores. El Decreto N° 939/2000 indica que los HPGDs podrán

Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes, de medicina laboral u otras similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y de acuerdo a las obligaciones en materia prestacional que fije la normativa vigente (Decreto N° 939, art. 8°).

Sin embargo, y a pesar de la letra de la ley, hoy el régimen cubre tan solo a obras sociales nacionales y PAMI (que, sin embargo, cuenta con nomenclador propio y realiza convenios con la mayoría de los hospitales, por lo que el HPGD sirve tan sólo como instrumento de última instancia). La normativa posterior se refiere únicamente a estos dos sectores, dejando afuera al resto de los actores determinados en el art. 8° 939/00.

Por ejemplo, la resolución 635/2015, que establece el requerimiento de presentación del DNI, señala en sus considerandos:

Que en dicha norma se establecieron una serie de lineamientos que regulan el procedimiento de facturación y cobro de las prestaciones efectuadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a favor de los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

De manera similar, el decreto 26/2017 indica:

Artículo 1°.- Establécese que el mecanismo operativo para el pago de las prestaciones brindadas por los HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA, a favor de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, será a través de una plataforma electrónica, de uso obligatorio, que permitirá la interacción en forma automática entre los Agentes del Seguro de Salud, los HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA y la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD al solo efecto de posibilitar el cobro de la facturación.

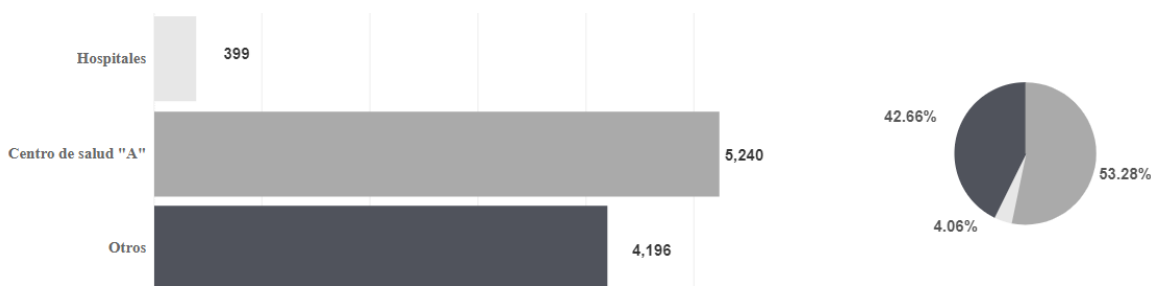
De esta manera, la explicitación selectiva de los actores que se consideran terceros pagadores redundaría en la exclusión implícita de algunos de ellos en lo que refiere a recupero de costos. La superposición de coberturas y la heterogeneidad y descoordinación en relación a los mecanismos de recupero de costos contribuyen a perpetuar la existencia de subsidios cruzados que perjudican severamente la equidad y la eficiencia del sistema de salud en su conjunto.

A través de la *Encuesta Nacional de Efectores* realizada en el 4to trimestre del 2021 (SUMAR, 2021), en la que fue relevado el 68,96% del total de efectores públicos inscriptos al programa SUMAR, sabemos que menos de la mitad de los efectores relevados utilizan mecanismos de recupero de costos de manera consistente (45,17%). Mientras que en hospitales su empleo es mayoritario (78,1%), tanto los centros de salud como las postas sanitarias presentan serias dificultades en su implementación, en virtud de una menor capacidad administrativa, con un 40,7% y 45,3% de uso respectivamente. De los 12.679 establecimientos públicos del

país¹⁶, 2.844 efectores —el 22,4% del total— se encuentran inscriptos al régimen de HPGD. Durante el año 2020, se registraron alrededor de 900 establecimientos que solicitaron al menos un expediente de recupero de costos frente a la SSS (31,73% de los inscriptos; 7,1% del total de los establecimientos públicos)¹⁷.

El régimen HPGD por lo tanto, emerge como un mecanismo estratégico “de última instancia”, capaz de garantizar automáticamente el recupero de costos para aquellos actores que no cuenten con sistemas o convenios propios. En el 4to trimestre de 2021, al menos 1600 establecimientos HPGD hicieron presentaciones de recupero de costos frente a la SSS. Esta cifra equivale al 12,8% del total de los establecimientos públicos del país y, tras la puesta en funcionamiento pleno de la Plataforma Online, es de esperar que dicho número se amplíe considerablemente. Por lo tanto, existe una porción considerable (y en crecimiento) de establecimientos que *podrían estar realizando recupero de costos frente a entidades de medicina privada, OS especiales y seguros y no lo están haciendo* debido a impedimentos atribuibles a la normativa vigente.

Figura 4: Efectores públicos NO inscriptos en el HPGD (mayo 2022)



Fuente: Recupero de Costos Programa Sumar (2022). Análisis de la situación de inscripción de efectores al Registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).

Cabe destacar que los efectores de primer nivel son los principales afectados por las deficiencias en el recupero de costos. Al no contar con personal administrativo especializado, infraestructura necesaria ni capacitación adecuada, la facturación a terceros pagadores se encuentra con serias dificultades. En este sentido, una deficiencia administrativa (en camino a solucionarse, tras la Res. 584/21 - SSS) tiene efectos sobre la equidad del sistema, al vincular la capacidad de percepción de ingresos a la capacidad administrativa y ubicación geográfica del establecimiento.

Por lo dicho, la ausencia de una base mínima de recupero de costos que sea aplicable para todos los financiadores se traduce en un sistema más inequitativo, dado que favorecer la persistencia de subsidios cruzados con los que el subsistema público, que constituye la

¹⁶ Registro Federal de Establecimientos de Salud (2021). Dentro del concepto “establecimientos públicos” figuran categorías tales como vacunatorios, ópticas, “otros” y “en blanco”. Decidimos incluir a todos ellos por no contar con un criterio útil de ponderación. Esto puede representar un sesgo a la hora de extraer conclusiones a partir de la cifra relativa de establecimientos inscriptos en el HPGD.

¹⁷ REFES (enero 2022). Resulta pertinente aclarar que el registro de establecimientos públicos inscriptos al régimen HPGD difiere entre la SSS y el MSAL (el primero cuenta con alrededor de la mitad de establecimientos en comparación con el segundo).

única fuente de cobertura para el 42% de la población, termina absorbiendo riesgos y costos de los otros subsistemas sin la retribución correspondiente.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo, se han podido identificar algunos de los casos más representativos de los problemas del derecho sanitario argentino. El análisis extensivo de dichos casos da cuenta de situaciones evidentes de afectación de la equidad en el sistema de salud debido a falencias del marco normativo.

El Programa Médico Obligatorio, debido a su ordenamiento normativo (es decir, su naturaleza jurídica de origen y las características de su ampliación), cuenta con importantes falencias que redundan en la perpetuación de inequidades en tres dimensiones diferentes: al plantearse como un piso mínimo de prestaciones sin un establecimiento refinado de sus propias limitaciones, promueve diferencias entre quienes pueden acceder a una solución judicial para las demandas vinculadas a la cobertura prestacional y quienes no cuentan con efectivo acceso a las mismas; al librar el diseño del PMO a las presiones sucesivas de los diferentes sectores de la sociedad civil o los factores de poder que demandan servicios específicos, conduce a un reconocimiento desigual de los derechos y necesidades de la población; y, por último, al circunscribirse al ámbito de las obras sociales nacionales y las entidades de medicina privada, promueve asimetrías injustificables en el acceso a derechos básicos según la pertenencia a diferentes subsistemas.

La normativa relativa a los montos y el destino de los aportes y contribuciones a las obras sociales tiene efectos inequitativos. Aquí, se grafican tres ejemplos concretos: distintas normativas determinan niveles de aportes y contribuciones según la obra social a la que el beneficiario se encuentre adherido (en IOSFA se paga 6% de aportes y en las OS Universitarias, 3%; el empleador contribuye 4,5% en IOMA y 6% en las OS Nacionales); el tope de aportes dentro de cada régimen genera una situación regresiva, donde aquellos trabajadores con ingresos superiores aportan proporcionalmente menos que aquellos con menores ingresos (un salario de \$50.000 aporta el 3% de su sueldo, mientras que uno de \$800.000 aporta solo el 1,2%); el establecimiento de montos invariables para monotributistas no solo tiene efectos sobre la equidad dentro del régimen (un categoría H aporta siete veces menos que un categoría A), sino también sobre las posibilidades de acceso a coberturas de calidad para las personas inscritas en él.

La vaguedad normativa en lo que respecta a la inscripción de obras sociales nacionales (OSNs), por su parte, habilita la existencia de un universo disperso y desigual de obras sociales, afectando severamente la equidad en la cobertura efectiva y la sustentabilidad y solidaridad del subsistema de seguridad social. El 45% de las OSNs brindan servicios a tan solo el 3,5 % de la población, mientras las primeras 20 acumulan casi el 60% de los beneficiarios (Maceira, 2020). Al mismo tiempo, el 59% de las OSNs reportan no poder cubrir la totalidad del PMO.

La combinación entre la Ley de Entidades de Medicina Privada y la Libre elección perjudica la solidaridad del sistema de seguridad social al recortar los ingresos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). El hecho de que el monto adicional destinado a alcanzar planes

superadores o de adhesión voluntaria a partir del monto derivado de aportes a obras sociales no realice aportes al FSR, promueve la inequidad del sistema y exagera los efectos del “descreme” de las obras sociales.

Por último, la exclusión del régimen HPGD, implícita o explícita, de la mayoría de los actores del sistema de salud (al contrario de lo determinado por su decreto de creación) produce efectos inequitativos porque, frente a la ausencia de una base mínima de recupero de costos que sea aplicable para todos los financiadores, sostiene subsidios cruzados con los que los subsistemas privado y de seguridad social derivan costos y riesgos al subsistema público sin la compensación correspondiente.

La experiencia del proceso de investigación, caracterizado por la dispersión, complejidad o en casos ausencia de la información, permite, a su vez, extraer conclusiones de forma: existe una notable falencia en el acceso al derecho sanitario, que no solo dificulta las tareas de investigación, sino también la elaboración de análisis profundos y efectivos que alimenten políticas públicas adecuadas, por un lado, y la concientización de la población con respecto a sus derechos y obligaciones en el ámbito de la salud.

La fragmentación de la normativa sanitaria y la falta persistente de sistematización de la información, especialmente en lo que respecta a la realidad económica del sector privado de la salud y las obras sociales especiales, presenta serios desafíos, pero también una oportunidad de transformación en el sendero hacia una mayor integración del sistema de salud en la Argentina. Más allá de la importancia del fortalecimiento continuado del Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional y el Diccionario Enciclopédico de Legislación en Salud, cabe destacar que existen ámbitos naturales de discusión como el Consejo Federal de Salud, el Consejo Federal Legislativo de Salud y las comisiones de salud del Senado de la Nación y la Cámara de Diputados, desde los que es posible comenzar a encauzar las modificaciones necesarias para la consolidación de un derecho sanitario más equitativo.

Dicha vocación se asienta en un principio fundamental: la construcción de un marco normativo cohesionado que se ordene en función de las consideraciones estratégicas definidas por la sociedad (a su vez, asentados en las características propias del sistema y las necesidades de la población) permitirá fortalecer un entorno de gobernanza en el cual las decisiones referidas a la salud estén guiadas por definiciones técnico-políticas basadas en la equidad, la costo-efectividad y la evidencia científica, y no por la deriva circunstancial de los intereses particulares de algunos de los actores del sistema.

Referencias Bibliográficas

- Aprile, M., Cetrángolo, O., Curcio, J., Goldschmidt, A. y San Martín, M. (2019). "Caracterización de los sistemas de recupero de costos por parte de los establecimientos públicos de salud en jurisdicciones provinciales", Informe Final, FCE-UBA.
- Belmartino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina en *Salud Colectiva* 1(2), pp. 155-171, La Plata .
- Bernhard, A. (30/4/2020). "Covid-19: What we can learn from wartime efforts" en *bbc.com* <https://www.bbc.com/future/article/20200430-covid-19-what-we-can-learn-from-wartime-efforts>
- Botana, N. (1988). *El orden conservador*. Sudamericana: Buenos Aires.
- Canale, S., De Ponti, H. y Monteferrario, M. (2016). "Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica", DAAPGE, año 16, N° 26 (ene-jun), pp. 225-250. Santa Fe: UNL.
- Cárdenas, M., Eslava, M. y Ramírez, S. (2011). External wars, internal conflict and state capacity: Panel data evidence. Working paper Brookings Institution.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 13, 145-183.
- Cortesi, M. C. (2010). Los amparos judiciales por prestaciones de salud y su impacto en los financiadores. *Utsupra*.
- Cifras del Registro Nacional de Juicios de Amparos en Salud*. Aseguradosaldia.com. (2017). 16/3/2022 <https://www.aseguradosaldia.com/cifras-del-registro-nacional-de-juicios-de-amparos-en-salud/>.
- DELS (2022). *Institucional | DELS*. 6/3/2022, <https://www.salud.gob.ar/dels/node/176>.
- Fleury, S., Belmartino, S. y Baris, N. (2000). *Reshaping Health Care in Latin America A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. International Development Research Centre, Ottawa.
- Garay, O. E. (2012). *Tratado práctico de la legislación sanitaria*. Buenos Aires: La Ley.
- Garay, O. E. (2017). *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina, carta fundacional*.
- Glassman, A., Giedion, U. y Smith, P. C. (2021). *¿Qué cubrir y qué no? Cómo diseñar planes de salud para lograr la cobertura universal en salud*. <https://criteria.iadb.org/sites/default/files/2021-03/Que%20cubrir%20y%20que%20no%20-%207%20octubre-3.pdf>
- González, R. A. (2000). Las obras sociales y los topes máximos de aportes y contribuciones. *Revista Actio Noticias* Nro. 285, p. 1.
- Gugushvili A, Mckee M. (2022). "The COVID-19 pandemic and war", *Scandinavian Journal of Public Health* ;50(1):16-18.
- Hatchett, R, (27/12/2021). "Prepare to prevent: developing pandemic-busting vaccines against 'Disease X', *un.org*.

- Iserson, K. V. (2020). "The next pandemic: prepare for Disease X", *Western Journal of Emergency Medicine Jul*; 21(4): 756–758.
- Lal, A., Erondu, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2021). Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, 397 (10268), 61–67.
- López-Alves, F. (2000). *State Formation and Democracy in Latin America 1810-1900*. Durham: Duke University Press.
- Maceira, D. (2003). *Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 14(Sep), 155–179.
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Acerca del DLSN | Digesto de la Legislación Sanitaria Nacional*. 16/3/2022, <http://www.msal.gov.ar/dlsn/acerca-de-digesto-de-legislacion-sanitaria-nacional-dlsn>.
- Novick, G. E. (2017). Health Care Organization and Delivery in Argentina: A Case of Fragmentation, Inefficiency and Inequality. *Global Policy*, 8, 93–96.
- Oszlak, O. (2007) "Formación histórica del Estado en América Latina: elementos teórico-metodológicos para su estudio", en Acuña, C., H. (comp.)(2007) *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*, Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros, Buenos Aires.
- PAHO (2022). *Equidad en Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. 16/3/2022, <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>.
- Palacios, A., Espinola, N., & Rojas-Roque, C. (2020). Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina.
- Portela, J. (2017). "El amparo bonaerense, diagnóstico de una garantía esencial" en *REDEA. DERECHOS en ACCIÓN | Año 2 N° 3*. UNLP.
- Programa Sumar (2022). Análisis de la situación de inscripción de efectores al Registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD). <https://public.tableau.com/app/profile/martinlombardo/viz/AnalisisRegistrodeHPGD-Mayode2022/PresentacionHPGD>
- Pujol, M. (2017). *Judicialización de la salud: el caso del PMO*. Universidad Siglo XXI.
- Rapoport, M. (2006). *Historia económica, política y social de la Argentina*. Ariel: Buenos Aires.
- Ricciardi, M. (s.f.). "Equilibrio distributivo de recursos en las Obras Sociales: cuando la Justicia Sanitaria puede desencadenar desigualdades" en *Revista Médicos N°25*.
- Saita, A. V. (2020). *Aportes y Contribuciones de la Seguridad Social, Base Imponible*. KPMG International.
- Sabato, H. (2019). *Historia de la Argentina, 1852-1890*. Siglo XXI: Buenos Aires.

- Tahir, M. J., Sawal, I., Essar, M. Y., Jabbar, A., Ullah, I., & Ahmed, A. (2021). Disease X: A hidden but inevitable creeping danger. *Infection control and hospital epidemiology*, 1-2. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.342>
- Tobar, F., Olaviaga, S., & Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: Las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino* (Análisis 108.). CIPPEC.
- Torres, R., Jorgensen, N., & Robba, M. (2020). *Mitos y realidades de las Obras Sociales*. Ediciones ISalud.
- Varma S. (2020). "A pandemic is not a war: COVID-19 urgent anthropological reflections", en *Social anthropology: the journal of the European Association of Social Anthropologists*.
- Whitehead M. (1992). "The concepts and principles of equity and health" en *International Journal of Health Services*, 22(3):429-45.

ANEXO 1

Cuadro resumen de la normativa analizada.

Caso	Causa de inequidad	Normativa	Categoría Normativa	Resumen
Programa Médico Obligatorio	Por lo expresamente establecido por la norma; Por vaguedad o vacío legal; Por incumplimiento sistemático.	Ley N° 23.661; Ley N° 24.754, Ley N° 26.682; Decreto N° 9/93; Decreto N° 492/95; Res. N° 247/96 DNU N° 486/02; Res. N° 201/02.; Res. N° 1991/05, Res. 1714/2007.	Salud Pública.	La configuración normativa del Programa Médico Obligatorio, contribuye a la perpetuación de inequidades en tres planos: ampliación arbitraria del catálogo prestacional; diferencias entre quienes acceden a una solución judicial y quienes no lo hacen; diferencias entre beneficiarios de diferentes financiadores.
Diferencias por régimen en los aportes y contribuciones	Por lo expresamente establecido por la norma.	Acordada CSJN 1/2022, Ley 23.660/88, Ley 24.977/98, Ley 19.932/71, Ley 24.741/96, Decreto 2284/91, Resolución Conjunta ANSES 138/94 y DGI 9/94, Ley 26.565, Normativas provinciales.	Obras Sociales y Seguro de Salud.	La fragmentación de normativas diferentes produce diferencias sustanciales e injustificables tanto entre regímenes de cobertura como entre regímenes laborales, poniendo en riesgo los principios de solidaridad y equidad del sistema
Inscripción de Obras Sociales Nacionales	Por vaguedad normativa o vacío legal.	Ley N° 23.660/88 (Art.1) ; Ley N°23.551/88 (Arts. 21, 31 inc. f); Decreto N°576/93; Res. INOS N°488/90.	Obras Sociales y Seguro de Salud.	La vaguedad de requisitos para la inscripción de obras sociales habilita la existencia de un universo disperso y desigual de obras sociales, afectando severamente la equidad en la cobertura efectiva y la sustentabilidad y solidaridad del subsistema de seguridad social.
Aportes al Fondo de Redistribución Solidaria	Por lo expresamente establecido por la norma.	Ley N° 26.682/11; Ley N° 23.660/88; Dec. N°1991 y 1993/11 (reglamentarios 26.682); Dec. N°9/93.	Medicina Prepaga.	El monto adicional destinado a planes superadores o de adhesión voluntaria no realiza aportes al Fondo Solidario de Redistribución. Esto promueve la inequidad del sistema, al afectar su solidaridad y contribuir a exacerbar los efectos del "descreme" de las obras sociales.
Recupero de Costos en el Régimen HPGD	Por vaguedad o vacío legal; Por incumplimiento.	Dec. N° 939/00; Res. MS N° 487/2002, 1081/11 y 635/15; Res. MS N° 1230/08 y 226/09; Dec. N° 26/2017; Res. MS N° 2410/20; Res. MS N° 1702/20; Res. SSS N° 584/21.	Institucional.	A pesar de lo indicado por el decreto de creación, el régimen incluye en los hechos solo a obras sociales nacionales y PAMI. La ausencia del resto de los financiadores produce efectos inequitativos porque sostiene subsidios cruzados.