



Documento Estratégico de FAOSDIR

El presente documento tiene por objeto poner a disposición de los distintos públicos de interés la posición de la Federación respecto de los principales problemas que afectan al sector.

Historia

La Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección (FAOSDIR) se constituyó como una asociación sin fines de lucro con personería jurídica bajo en número de registro 1.519.492, el 12 de mayo de 1992.

Misión

Fue creada por iniciativa de las Obras Sociales de Personal de Dirección, ante la necesidad de contar con una entidad representativa, a través de la cual se pueda ejercer la defensa de sus derechos y promover acciones de interés común, en beneficio de sus asociados y de la comunidad en general.

Entidades que la conforman

FAOSDIR agrupa a 25 Obras Sociales de Personal de Dirección, que participan del Sistema Nacional de Obras Sociales como Agentes del Sistema de Salud y brindan cobertura médico asistencial a más de **3 millones de beneficiarios** dentro de la seguridad social de la República Argentina.

Las Obras Sociales que componen la Federación son las siguientes: **AMPAR, APDIC, APDIS, APSOT, ASE, CAMPSIC, FRUTOS DEL PAÍS, LUIS PASTEUR, OPDEA, OSAF, OSCICA, OSDE, OSDEPYM, OSDIC, OSDIPP, OSEDEIV, OSIM, OSMAD, OSMISS, OSMITA, OSPREME, OSRM, SERVESALUD, WILLAM HOPE y OBRA SOCIAL YPF**

Características de las instituciones

- Conforman un segmento de la seguridad social creado en el año 1972. Actualmente regidas por las leyes 23.660/61
- Constituyen asociaciones civiles sin fines de lucro con elección de sus autoridades por sus afiliados, según sus estatutos.
- Aportan al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) el 20% de los aportes y contribuciones a la obra social.
- Las entidades se encuentran afectadas por distintos impuestos nacionales, Provinciales y Municipales (excepto el impuesto a las ganancias)
- Están sujetas a contralor de la Superintendencia de Servicios de Salud y demás órganos de aplicación (AFIP, IGJ, Ministerio de Salud)
- Solo pueden operar con bancos públicos



Este trabajo ha sido realizado por consenso entre todas las entidades que pertenecen a FAOSDIR, con la intención de unificar los rasgos principales que hacen a la sustentabilidad del sistema de las Obras Sociales en nuestro país.

A continuación, identificamos los principales temas que consideramos de interés, como así también una serie de propuestas:

- a.- Financiamiento**
- b.- Carga tributaria**
- c.- Judicialización**
- d.- Programa Médico Obligatorio (PMO)**
- e.- Agencia de evaluación de tecnología sanitaria**
- f.- Discapacidad**

a.- FINANCIAMIENTO

Los mecanismos principales de financiación de la protección social de la salud son las cotizaciones obligatorias y voluntarias al seguro de salud y los recursos provenientes de rentas generales. La financiación insuficiente es la causa principal de los déficits en materia de atención esencial de salud y da lugar a un mayor riesgo de dificultades económicas y a la falta de acceso efectivo a servicios sanitarios adecuados.

La seguridad social en la Argentina tiene un importante subsector denominado **Sistema Nacional del Seguro de Salud**, donde descansa la protección médico asistencial de gran parte de la población (16 millones de beneficiarios aproximadamente, incluyendo Obras Sociales Sindicales, De Personal de Dirección y PAMI).

Para respaldar este sistema es necesario que la fuente de financiamiento existente, que hoy se circunscribe a las cotizaciones aportadas por el trabajador y el empleador, sea complementado con otros recursos, ya que el estancamiento en la evolución del mercado de trabajo impide hacer frente a los costos crecientes del sistema de salud. Sumado a ello existen desvíos de estos escasos recursos que impactan negativamente en la aplicación de dichos fondos al pago de las prestaciones requeridas.

Uno de estos desvíos es la carga impositiva que recae sobre estas Entidades. La otra causa de los desvíos de recursos es la judicialización de las prestaciones, en la que los representantes del poder judicial se terminan convirtiendo en verdaderos diseñadores de distintos programas de salud, ajenos a los establecidos por la Autoridad de Aplicación, sin suficiente fundamento científico.

Ambas causas serán tratadas en este documento, con lo que restaría concluir que el aporte del Tesoro de la Nación podría ser utilizado en nutrir un Fondo de Enfermedades Catastróficas, que hoy no son posible de solventar por el Fondo Solidario de Redistribución, y de esta manera liberar recursos al sistema a través de una reasignación de fondos de este pilar del sistema solidario en la Argentina.

b.- CARGA TRIBUTARIA

Tal como se expresó anteriormente, uno de los desvíos que impactan negativamente dentro de este sistema de la seguridad social es la carga impositiva que recae sobre estas Entidades.

En distintos momentos, hemos señalado como principio rector, que la salud no debería estar gravada con impuestos de índole alguna, ya que la prestación médico asistencial cubierta por las Obras Sociales es una actividad propia e indelegable del Estado Nacional por imperio constitucional y, por ende, exento de cualquier gravamen.

Así, desde el impuesto a los débitos y créditos bancarios, el impuesto al valor agregado sobre medicamentos importados, prótesis y material descartable y las cuotas de los planes de afiliados que voluntariamente acceden al sistema, las tasas municipales o los impuestos a los sellos son algunos de los gravámenes que distorsionan la finalidad de las cotizaciones que ingresan los afiliados, para hacer frente a las distintas contingencias médicas. Las necesidades fiscales que pueda tener un Estado no deberían cercenar el derecho a la salud, que resulta preexistente a toda legislación positiva y un verdadero derecho natural.

b.1 Impuesto sobre débitos y créditos bancarios

El impuesto a los débitos y créditos bancarios, cuya tasa es de 2,50‰ por cada ingreso y egreso bancario, constituye a las OOSS en el único sector de la seguridad social alcanzado por esta imposición.

Con motivo de la pandemia, el Estado redujo a las organizaciones de salud las alícuotas del impuesto sobre los créditos y débitos bancarios, de modo de asimilar todo el sistema de salud al tratamiento vigente para obras sociales. Así lo refieren en los “considerandos” de los distintos decretos. Sin embargo, cuando se menciona en los motivos “...*asimilar a todo el sistema de salud...*”, se comete un error dado que las OOSS, siendo exentas de Ganancias, no pueden utilizar, usar o aplicar ese impuesto como pago a cuenta, a diferencia de lo que pueden computar el resto de los contribuyentes, incluso los de salud, transformándose para nuestras entidades en un costo.

Propuesta: Atendiendo que el Poder Ejecutivo Nacional cuenta con la potestad suficiente para eximir a ciertas actividades del mencionado impuesto, sin necesidad de intervención del Congreso Nacional (25.413 art 2°), es que podría modificarse esta inequidad e injustificada desigualdad con otros sectores de la seguridad social (por ejemplo, las ART) mediante el dictado de un decreto que exima a las OOSS de este gravamen.

b.2 IVA Crédito fiscal no computable

Cuando el legislador desarrolló el Impuesto al Valor Agregado (IVA) como un *impuesto indirecto*, lo definió mediante la creación del sistema del débito y crédito fiscal, y su compensación automática.

Luego, viendo que podrían generarse saldos de créditos fiscales constantes, y a los efectos de no dañar el patrimonio o la riqueza del sujeto pasivo, se permitió trasladar ese saldo a favor para siguientes ejercicios económicos, o aplicarlo como pago a cuenta de otros tributos del sistema nacional.

En el caso de las OOSS, los afiliados voluntarios se encuentran alcanzados por el impuesto al valor agregado IVA con una tasa del 10.5%, sin embargo, no todas las prestaciones y compras de insumos médicos realizadas por las OOSS tiene la exención del IVA. Este crédito fiscal del IVA generado de estas compras, quedan totalmente sin aplicarse (en caso de IVA por compras asignadas directamente a un afiliado obligatorio) o parcialmente sin poder aplicarse (en caso de IVA por compras que puedan asignarse directamente a un afiliado voluntario),

Claramente, para poder obtener el beneficio impositivo buscado, se debió generar también la exención del IVA a todas las compras de una Obra Social o aumentarse el monto del IVA computable y así tener la posibilidad de aplicar el saldo a su favor.

Propuesta: A fin de no generar perjuicios tanto financieros como económicos, se solicita se otorgue la posibilidad de compensar los saldos a favor que surgen de la DDJJ del Impuesto al Valor Agregado, como pago a cuenta de las sumas que, por las contribuciones a los patronales sobre la nómina salarial con destino a los subsistemas de Seguridad Social regidos por las leyes 19.032 (INSSJP), 24.013 (Fondo Nacional de Empleo), 24.241 (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones), y 24.714 (Régimen de Asignaciones Familiares), deban abonar las Obras Sociales, no pudiendo generar dicha compensación saldos a favor de la O.S. en cada uno de los períodos fiscales objeto de la misma.

Vale aclarar que este tipo de compensaciones entre ambos sistemas de recaudación no resulta novedoso ya que compensaciones de similares características (pero en sentido inverso) se encuentran contemplados en las previsiones establecidas por el Decreto 814/01 y sus normas modificatorias y complementarias.

b.3 Ingresos Brutos

Es un impuesto directo de las Provincias que se calcula sobre la Facturación. Si bien las OOSS tenían exenciones en cada una de las Provincias, en los últimos 15 años, distintas jurisdicciones han modificado sus códigos fiscales incorporando el pago del impuesto a las OOSS y aumentando la tasa significativamente, todo esto cambiando el criterio de imposición del gravamen.

Primero fue sobre la facturación de la cuota de los planes de los afiliados voluntarios y hace unos años fueron un poco más allá agregando a la base imponible, la facturación por la diferencia de plan que abonan los afiliados obligatorios (pago adicional por precio sobre los aportes y contribuciones de obra social). El argumento se basa en la inclusión de los planes superadores en la Ley N° 26.682 de Medicina Prepaga y por consiguiente su equiparación en el tratamiento fiscal.

Adicionalmente, los regímenes de retenciones y percepciones sancionados por cada una de las jurisdicciones agravaron la situación del impuesto con la posibilidad de generación de saldos a favor cuando las alícuotas aplicables o la base alcanzada no guarda relación con la magnitud de la actividad desarrollada en cada provincia y, por consiguiente, el saldo del impuesto a pagar.

Propuesta: Solicitamos dejar sin efecto este gravamen ya que las OOSS no poseen fines de lucro y por tanto deben encontrarse exentas de su tributación en todas las jurisdicciones provinciales.

b.4 Tasas Municipales

Conceptualmente, las tasas municipales se diferencian de los impuestos por tener un fin específico al cual aplicarlas. Así fueron desarrollándose tasas diversas, como las tasas para Alumbrado, Barrido y Limpieza (ABL) o tasas para Seguridad e Higiene. Sin embargo, en el afán de recaudar, se desvirtuó el concepto de *tasa* y los municipios empezaron a desarrollarlo como otro impuesto más, análogo al impuesto de los Ingresos Brutos (IIBB).

Propuesta: Solicitamos promoverse la exención de las OO.SS. de estas tasas en cada una de las jurisdicciones.

b.5 Impuesto a los sellos

Si bien la mayoría de las provincias mantienen la exención de este impuesto para las OOSS, algunas han comenzado a modificar el criterio y gravan los contratos celebrados. Solo para citar algunos casos se puede mencionar las provincias de Corrientes, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Santa Cruz, San Juan, San Luis.

Propuesta: En base a ello es que el Poder Ejecutivo Nacional debería gestionar la exención de este impuesto en las jurisdicciones mencionadas.

c.- JUDICIALIZACION

El fenómeno creciente de judicialización de la medicina en el país es un síntoma de la falla en la determinación de los criterios de cobertura. Ante una necesidad en materia de salud, la cual es ilimitada, los representantes del poder judicial, muchas veces sin determinar suficiente evidencia científica, ordenan brindar coberturas fuera del menú prestacional establecido por el Programa Médico Obligatorio (PMO) y que las Obras Sociales deben hacer frente con los recursos ordinarios que administran, produciéndoles un desequilibrio económico-financiero que muchas veces las condena al quebranto. Se produce entonces un enroque donde quien debería haber tomado las decisiones, no lo hizo, y quien sí las toma, lo hace con información y recursos limitados.

La conformación de un sistema sanitario sin un marco jurídico claro y homogéneo, deja un vacío estructural en cuanto a quién debe hacerse cargo de las prestaciones, sobre todo las que como dijimos, no están incluidas específicamente en el PMO. Lo cierto es que la judicialización de los problemas sanitarios trae varios efectos colaterales. En primer lugar, va *a contrario sensu* de la justicia distributiva, ya que aquellos que tengan un mayor acceso a la justicia, lograrán mayor cobertura fuera del PMO y los recursos se destinarán a algunos pocos pacientes. Entonces, la judicialización sí constituye un problema, ya que se acaba reemplazando la promoción de la salud por la promoción de la litigiosidad y el resultado que se obtiene es la retrogradación del conocimiento donde la medicina basada en la evidencia deja lugar a la medicina basada en la sentencia.

Propuesta: Una manera de evitar la judicialización es estableciendo procesos previos o especiales de sustanciación de los reclamos como puede ser la vía previa administrativa obligatoria ante la Superintendencia de Servicios de Salud, ampliando los alcances de la Resolución 075/98 o bien, con la creación de Tribunales Arbitrales en Salud, recogiendo la experiencia que surge de países limítrofes al nuestro (Chile).

Es necesario también la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria (AgNETS), como lo expresaremos más adelante en el presente documento.

d.- PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

El Programa Médico Obligatorio (PMO), canasta básica de prestaciones obligatorias para todas las OOSS a las que tiene derecho todo afiliado del Sistema Nacional del Seguro de Salud mediante el ingreso de las cotizaciones de obra social, fue complementada en distintas oportunidades.

La Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud aprobó por ejemplo 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 1 de la Ley N° 23.660.-

También, a lo largo de estos años, distintas patologías han sido incluidas en las prestaciones obligatorias mediante leyes especiales, ampliando la cobertura y consecuentemente el gasto prestacional, sin especificar su financiamiento.

Por otro lado, el PMO debería ser considerado el techo de la cobertura de nuestro sistema. Sin embargo, a partir de una decisión judicial, se consideró el piso de las obligaciones, haciendo inexistente el límite de la cobertura del PMO. La incorporación de prestaciones que se han hecho en el mismo no ha tenido un criterio de eficacia ni de análisis de las posibilidades financieras de las entidades que se ven obligadas.

“El Programa Médico Obligatorio, no solo es un listado de prestaciones. Por el contrario, es un instrumento regulatorio que proporciona un mecanismo de amplio alcance para asignar recursos, establecer estrategias de atención y cobertura promoviendo una tendencia hacia la equidad del sistema de aseguramiento social y privado” (Maceira et al., 2012). Converger a un PMO consistente y universal requiere un esfuerzo conjunto de las autoridades sanitarias nacionales, y un plan de convergencia entre los distintos subsistemas, entre ellos los provinciales.

La comparación internacional de nuestro PMO, tanto en términos de patologías incorporadas como en los procedimientos de diagnóstico y tratamientos garantizados, no logra ser superado por una gran mayoría de países.

Propuesta: Esta ineficacia y la falta de financiamiento que describimos amerita decisiones que potencien la acción regulatoria del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Servicios Salud, como autoridades de aplicación, y una visión distinta de la salud por parte del Poder Legislativo. Ello involucra la

inclusión de nuevos mecanismos de prevención en el paquete de garantías, facilitar la presencia de economías de escala, y la asignación de recursos de otra índole, provenientes del Tesoro de la Nación.

e.- AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA.

La creación de un Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AgNETS) permitiría reducir dramáticamente la judicialización de la salud ya que aportaría independencia, profesionalidad y prestigio. Conformada por figuras notables, para que sus dictámenes, basados en un análisis técnico de la eficacia y costo-beneficio de las nuevas tecnologías sean una referencia previa, necesaria y obligatoria al dictado de las sentencias judiciales en todos los procesos en los que el objeto de la litis sea la salud.

Esta sería una herramienta concreta para mejorar los resultados en salud de la población, fin último de todo sistema sanitario. Lo nuevo debe probarse a través de herramientas científicas que permitan aseverar los resultados y eviten la incorporación de supuestas ventajas que lo único que terminan aportando son ineficacia en la asignación de recursos y mayores costos sin financiamiento.

La agencia debe responder al interrogante sobre la verdadera utilidad de una tecnología, identificando la calidad de la evidencia que sostiene su supuesta efectividad. Pero, también debe responder qué aporta esa tecnología en comparación con las actuales.

Una vez reconocido el beneficio, la AgNETS debe analizar cuál es el costo de este beneficio, puntualmente, en comparación con el de las tecnologías que conforman las opciones diagnósticas y/o terapéuticas disponibles hasta ese momento. Luego, deberá valorarse si el beneficio justifica los costos de la nueva tecnología y, por último, si estamos en condiciones de financiarlo

La agencia proveerá reglas claras para todos los actores del sistema: financiadores, prestadores, pacientes, industrias y, hasta jueces, con el claro objetivo de evitar que alguien deje de acceder a una prestación que necesite, pero también evitando que acceda aquel que no se beneficia con ella.

Es momento de dejar atrás la falsa creencia de que más es mejor y centrar los esfuerzos en identificar aquello que, además de nuevo, representa una mejora concreta, confiable, con soporte en la evidencia científica y cuyos beneficios justifican los costos incrementales que siempre suponen.

Propuesta: Consideramos imprescindible la creación de la AgNETS, entidad de consulta obligada, que debería poseer la potestad para determinar no solo las

nuevas tecnologías en el menú prestacional, sino también cuales se deberían incorporar al PMO, de acuerdo a las fuentes de financiamiento disponibles.

f.- DISCAPACIDAD

f.1 Mecanismo de integración

La ley 24.901 establece las prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, debidamente acreditada con el certificado único de discapacidad (CUD). Estas prestaciones (de rehabilitación, terapéuticas, educativas, asistenciales, etc.) son financiadas directamente por la Superintendencia de Servicios de Salud a través de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución de conformidad con lo establece la res. 406/16 SSS.

Precisamente, dos de las coberturas que desfinancian al sistema descrito son de carácter social y ajenos al subsistema de salud. Ellas son las de educación y las de transporte.

En virtud de lo dispuesto en la Ley Federal de Educación *“Es a los Estados Provinciales a quienes les compete asegurar el derecho a la educación de carácter gratuito y sólo en caso de inexistencia, el Estado Nacional a través del Ministerio de Transporte, Ministerio de Educación o de la Agencia Nacional de Discapacidad responden en forma subsidiaria”*.

Así, la Ley 24.195 establece que el derecho constitucional de enseñar y aprender queda regulado por dicha ley. En los artículos 27, 28 y 29 de dicho cuerpo normativo, se regula la educación especial estableciendo la responsabilidad de las Provincias y Ciudad de Buenos Aires de garantizar la atención de las personas con necesidades educativas especiales y brindar una formación individualizada, normalizadora e integradora, orientada al desarrollo integral de la persona y a una capacitación laboral.

También la ley 24.901 y la resolución 428 Ministerio de Salud complementando la ley 24.195, fija el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad e incluye las prestaciones de carácter educativo que no cuenten con oferta educacional estatal. Así también, la ley 24.901 establece que *“...únicamente los beneficiarios que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario”*.

El problema de financiamiento de las Obras Sociales, entonces radica en que la cobertura que se impone se refiere a lo social y no a lo prestacional y sin embargo hoy está 100% en cabeza de nuestras entidades, como si fuera una prestación de salud.

Por lo tanto, en el mecanismo de Integración (sistema de pago adoptado por la Superintendencia para la cancelación de las prestaciones por discapacidad con recursos del FSR), se ve afectado muy fuertemente ya que el **50% del gasto corresponde a transporte y educación.**

Propuesta: El sistema actual, para dar respuesta a la ley 24.195 (Ley Federal de Educación) debe estar diseñado para que el Ministerios de Educación de la Nación o la Agencia Nacional de Discapacidad acudan subsidiariamente a suplir aquellas deficiencias o insuficiencias que puedan tener los Estados Provinciales en materia educativa para las personas con discapacidad, excluyendo de esta cobertura a las Obras Sociales.

Con relación al tema transporte, debería acudir al Ministerio de Transporte y/o a la Agencia Nacional de Discapacidad en aquellos casos en que el afiliado no pueda gozar del beneficio de utilizar el transporte público en forma gratuita establecido por la 24.901.

f.2 Prestaciones sociales de Geriátricos y cuidador.

Cuando la cobertura de geriátricos está prevista en el propio CUD, gasto netamente social no incluido en el Nomenclador Nacional, o bien cuando a través de mecanismos judiciales ordenan su cobertura, haciendo una interpretación abusiva de la ley 24.901 se afecta nuevamente la sustentabilidad del sistema de salud atento los altos costos de estas prestaciones. Esta prestación de neto carácter social debería contar con una fuente especial de financiamiento por parte del Estado a través de la Agencia Nacional de Discapacidad.

ACLARACIÓN:

Consideramos a estos temas de alto impacto tanto en la planificación estratégica de las entidades como en la gestión política de la Federación, sin desatender otros temas que acá no se abordaron como son la despapelización y la transformación digital de los procesos administrativos ya que, esta Federación se encuentra fuertemente comprometida en la sustentabilidad y la regeneración del medio ambiente y acciones como las mencionadas han demostrado un fuerte impacto en la reducción de la deforestación, la desertificación y la menor generación de gases de efecto invernadero.

