

SEGURO SOCIAL DE SALUD O SEGURO ESTATAL

por el *Dr. Emilio A. Poccioni*

1. *Aclaraciones previas.*

Antes de examinar algunos de los rasgos del proyecto sobre el seguro nacional de salud, todavía en debate en el Congreso, conviene señalar que si bien en la organización de la seguridad social no pueden descartarse los llamados principios técnicos (universalidad de sujetos, unidad de gestión, intermediación, etc.), dicha organización como obra humana, cultural y política depende sobre todo de la aplicación sincera de los principios básicos o esenciales, esto es, la dignidad de la persona y sus libertades individuales, los derechos sociales de los ciudadanos y de las instituciones intermedias, la solidaridad social y profesional, y el principio de subsidiariedad, que “exige que los grupos sociales no sustraigan al individuo lo que éste puede hacer por sí mismo, ni que las entidades mayores (por ej. El Estado) se apropien de cometidos de las menores” (H. A. Podetti, *Las obras sociales sindicales y los principios del der. colectivo del trabajo y de la seg. social*, D. T. 1976, pág. 152). Esto último porque se ha comprobado que el bien común antes que un orden de distribución, es un orden de producción de los bienes, que para ser tal requiere que los sujetos sociales (los ciudadanos y sus agrupaciones intermedias) *actúen por derecho propio*. En segundo lugar, toda extensión o profundización de la seguridad social que incida negativamente, o que pretenda reemplazar las funciones de los presupuestos económicos que determinan el nivel de los salarios y beneficios (productividad, ahorro, inversión), o es un desatino, o un intento de someter la economía a injustas exacciones que conducen inevitablemente a la socialización de las rentas y de los bienes de producción.

2. *El sistema nacional del seguro de salud.*

El proyecto en discusión, propone un *sistema nacional*, a objeto de procurar el pleno goce del derecho a la salud, “a todos los habitantes

del país sin discriminación social, económica, etc. (art. 1). El seguro o sistema según la misma norma, “se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema”. Correlativamente “se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones (provinciales) y demás entidades que adhieran (mutuales) (art. 2), todas las cuales deberán cumplir las disposiciones de la ley y su reglamentación, y “las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación y la Administración Nac. del Seguro de Salud (arts. 2 y 8).

Apretando el rigor del sistema, las susodichas resoluciones, es decir el Seguro, deberán adecuarse a las políticas que se dicten a través del Ministerio de Salud y Acción Social, “encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los *prestadores privados en un sistema de cobertura universal*, (art. 3). A fin de asegurar el sistema se previene en el art. 26, que “los servicios propios de los agentes del seguro estarán disponibles para los demás beneficiarios del sistema, de acuerdo con las normas generales que se establezcan al respecto y las particulares de los respectivos convenios”. Asimismo las obras sociales deberán otorgar obligatoriamente las prestaciones que establezca y actualice periódicamente la Anssal (art. 28), y con estricta sujeción a las modalidades operativas de contratación y de pago que norme el organismo estatal.

3. *Órganos de la sistematización.*

Aunque según los proyectos de seguro nacional de salud y de obras sociales, éstas quedan bajo el control de dos autoridades de aplicación, (Secret. de Salud y Dir. Nac. de Obras Soc.), de prosperar el criterio sistematizador, todos los agentes del seguro serán también fiscalizados por sindicaturas oficiales, con facultad de observar cualquier resolución de órgano o funcionario. La decisión de la Anssal sobre la observación en caso que el agente del seguro haya recurrido oponiéndose a la impugnación, es irrecurrible en *sede administrativa* (art. 20). Entre las numerosas funciones, facultades y atribuciones monopolizadas por la autoridad estatal, cuyo integral análisis se omite en obsequio a la brevedad, figuran las de reglar y autorizar la ampliación de capacidad instalada que quieran efectuar los agentes; sancionar las infracciones, consistentes incluso en el “incumplimiento de directivas de la autoridad de aplicación” con multas (hasta 100 veces el haber mínimo jubilatorio), suspensión o cancelación de inscripción en el Registro Nac. de Prestadores; y

requerir del Poder Ejecutivo la *intervención* de la obra social (arts. 40/45). El hecho que esta intervención, típica del derecho administrativo, no sea en el proyecto objeto de recurso ante el órgano judicial encargado de revisar las otras sanciones, remarca aún más la subordinación jerárquica administrativa de las obras sociales.

Por último, el cúmulo de funciones y atribuciones referenciadas grosso modo, son concentradas en el proyecto, en manos del Estado nacional (Sec. de Salud), quien actúa por medio de la Anssal, instituida como entidad estatal autárquica de der. público (art. 7) integrada por un presidente, (subsecretario de estado) y once directores 6, 3, 1 y 1 en representación del Estado, trabajadores, empleadores y jubilados respectivamente.

4. *Instrumentación de los agentes y prestadores.*

Dada la cantidad y calidad del poder institucional centralizado en las autoridades administrativas de la Nación, las obras sociales más allá del rótulo que el proyecto les coloca so color de su participación en la gestión directa de las prestaciones, (no en el gobierno y administración del sistema), pasan a ser en la iniciativa meros entes instrumentales en manos del Estado nacional, que desarrollan una función estatal, no como actividad propia sino sometida al Estado en términos y condiciones que son propios del derecho administrativo. Igual que las obras sociales, los prestadores (médicos y sanatorios) quedan a merced de las resoluciones y directivas de la administración nacional por los siguientes motivos: a) deben ajustarse a las normas que establezca la Anssal (art. 32); b) deben acatar las modalidades, nomencladores y valores retributivos para la contratación que fije la Anssal (art. 34), ya que si no se alcanza acuerdo unánime en la Comisión de Concertación se impone el laudo del Ministerio de Salud y Acción Social; e) deben incorporarse al sistema de cobertura universal (arts. 3, 25 y 32). De manera que si aquellos valores no fueren justos podría darse el caso de que sus bienes y actividades sufrieran una suerte de servidumbre administrativa y carga pública.

Los derechos de las autonomías provinciales tampoco son reconocidos, pues si las Provincias desean administrar el seguro en sus jurisdicciones, deben adherir al sistema, articular sus planes y programas con los determinados por la autoridad nacional, cumplir las normas técnicas y administrativas del Seguro, y otorgar las prestaciones a los trabajadores autónomos (locales y nacionales) y a las personas que carezcan de tareas remuneradas o beneficios previsionales.

5. Conclusiones.

El proyecto define más que un seguro social, un seguro estatal de "alud, atento a que lo organiza como un servicio público del derecho administrativo, conducido y administrado por el Estado nacional, sobre la base de considerar que la función de cuidar la salud personal de cada ciudadano es formalmente de competencia estatal. La participación que el proyecto da a las obras sociales y prestadores, significa en verdad una desconcentración funcional de actividad; o sea que los sujetos que por profesión (médicos), y por función social (asociaciones profesionales y mutuales) atienden por derecho propio la salud personal (en el marco del der. social y también del privado), podrán seguir haciéndolo pero a través de una relación de dependencia jerárquica-administrativa, que hace de los agentes del seguro entes instrumentales. La instrumentación de la cobertura universal puesta en conexión con la plétora profesional, hace pensar razonablemente en la posibilidad que médicos y sanatorios pueden quedar expuestos a cargas públicas si las normas y valores retributivo se fijan en definitiva por laudo. En lugar del concepto de seguro estatal que traduce el proyecto, el art. 14 bis de la Const. nacional garantiza "el seguro social" a cargo de *entidades administradas por los interesados* con participación del Estado (o sea minoritaria), en consonancia con la autonomía colectiva de las asociaciones profesionales y derechos individuales y sociales.

Las autonomías políticas también son avasalladas, puesto que el proyecto no tiene en cuenta que según la Constitución, las Provincias pueden y *deben* aplicar por medio de sus propios organismos provinciales jurisdiccionales (administrativos o judiciales) la legislación de fondo que dicte la Nación, (art. 67 inc. 11). El dictado de norma nacional no altera las jurisdicciones locales, por lo que compete a las provincias la aplicación de aquella por medio de sus órganos propios.

Para corregir la inconstitucionalidad del sistema, manteniendo firme el buen propósito de "cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responde a la organización federal (art. 3) debe seguirse el camino inverso al adoptado por el proyecto, esto es, debe organizarse el sistema con un criterio social y no estatal, estructurándolo desde abajo (desde las bases) hacia arriba, partiendo del hecho irrefutable de las autonomías provinciales, autonomías sociales de las asociaciones profesionales de trabajadores y empleadores, y de los derechos de los prestadores y sus entidades, colocando a quienes titularizan una función indiscutible (privado-social) en el área de la salud en los órganos de gobierno y administración del seguro de salud.