



PROYECTO DE RESOLUCIÓN

LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN

RESUELVE

Expresar rechazo a la decisión del Gobierno Nacional que, a través de la Resolución 3934/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud, habilitó a las obras sociales y entidades de medicina prepaga comprendidas en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660 a limitar la cobertura de salud de las y los afiliados con planes de cobertura de tipo cerrados, impactando negativamente en la equidad en el acceso a la salud de las y los usuarios y afectando a los y las profesionales de la salud en el libre ejercicio de su profesión.

Firma: Dip. Mónica FEIN
Acompaña: Dip. Esteban Paulón

FUNDAMENTOS

Sr. Presidente:

El día 25 de octubre la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) publicó la Resolución 3934/2024, a partir de la cual, según informa oficialmente el Gobierno Nacional, *“se establece un nuevo marco normativo orientado a regular la presentación de planes de salud por parte de los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660”*¹.

Dicha Resolución habilita a las obras sociales (OOSS) y las entidades de medicina prepaga (EMP) a limitar la cobertura de salud en sus planes cerrados en tanto restringe la posibilidad de que las y los usuarios accedan a cobertura, subsidios o reembolsos de medicamentos y prácticas médicas que no hayan sido prescritos por prestadores de cartilla.

Entendemos que esta decisión no es aislada sino que se toma en un contexto en el que los valores de los planes de las EMP aumentan mes a mes², en el que el Ministerio de Salud libera los precios de los medicamentos -que aumentan a mayor ritmo que la inflación-, en el que la SSS habilita a las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud a que rechacen como afiliados a los beneficiarios del régimen del monotributo y a los pequeños contribuyentes³, entre muchas otras decisiones que se han tomado desde que este gobierno inició su gestión.

Asimismo, resulta fundamental describir la situación que hace años atraviesa el sistema de salud en relación a los prestadores, a los efectos de profundizar el análisis de las posibles consecuencias de la (ya) entrada en vigencia de la Resolución 3934/2024.

¹ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nuevas-medidas-para-el-uso-eficiente-de-los-recursos-del-sistema-nacional-del-seguro-de>

² Varias empresas de medicina prepaga ya anunciaron a sus clientes que aplicarán nuevos incrementos a partir del mes de noviembre, aumentos que oscilan entre el 3,9% y el 6,9%, por lo que superarían la inflación proyectada de octubre y la medida por el Indec para el mes de septiembre -3,5%-, en total incumplimiento del acuerdo al que habían arribado con el gobierno nacional en el primer semestre del año.

“Si bien los aumentos son todos por debajo del 10% y no se comparan con los que hicieron las prepagas a comienzos de año, el Gobierno Nacional detectó que muchas empresas duplicaron la inflación el último mes”, explicaron fuentes oficiales. <https://www.infobae.com/economia/2024/10/27/uno-por-uno-los-aumentos-de-tarifas-y-servicios-que-llegaran-en-noviembre/>

³ Decreto 955/2024. Ver en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/316112/20241028>

No es novedad que los diferentes financiadores experimentan una reducción constante de prestadores, es decir, que los y las profesionales se ven obligados a dejar de trabajar con algunos planes de las OOSS y las EMP o bien optan por abandonar directamente la prestación del servicio en su totalidad. La reducción de prestadores se traduce en una gran dificultad para conseguir turnos producto de la poca oferta de especialistas en el centro médico y en cartilla o bien directamente en la necesidad de tener que recurrir a la consulta particular por no contar en la cartilla con el especialista que se necesita.

Otra cuestión que no podemos perder de vista es que esta medida implica que muchos ciudadanos y ciudadanas deberán abandonar a sus médicos de cabecera, que no necesariamente formaban parte de la cartilla, o abonar los medicamentos y estudios sin ningún tipo de descuento.

Demás está decir que la situación es aún más grave si contemplamos los casos de aquellas personas que no pueden ver interrumpido su tratamiento.

Es más que evidente que la decisión del gobierno atenta directamente contra las y los usuarios/as. Pero además, va en detrimento de las y los profesionales de la salud que en un contexto de salarios a la baja y cierre de hospitales, se verán obligados/as a aceptar las condiciones de los financiadores o dejar de atender.

Un gobierno que se jacta de ser el abanderado de la libertad, toma decisiones que afectan a los y las profesionales de la salud en el libre ejercicio de su profesión.

Como respuesta a las profundas preocupaciones que esta Resolución ha generado, el Gobierno Nacional, a través del superintendente de Seguros de Salud, Gabriel Oriolo, ratificó en diversos medios que el objeto de la normativa es exclusivamente evitar que quienes no conocen la historia clínica de las y los usuarias/os prescriban fármacos de alto costo; pero que no buscan afectar la prescripción de medicamentos comunes, habituales o crónicos⁴.

⁴<https://www.infobae.com/salud/2024/10/29/planes-medicos-y-cobertura-de-medicamentos-como-afecta-a-los-farmacos-mas-recetados/>

Al ser consultado sobre las personas que mantienen su médico/a hace años en un sistema cerrado de una prepaga u obra social, Oriolo afirmó que *“si ese médico prescribe medicamentos habituales que no son de alto precio, no va a tener ningún inconveniente, esté o no en la cartilla, en realidad, el problema no es el medicamento habitual”*.

Sin embargo, el ARTÍCULO 5º de la Resolución 3934/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud es bastante claro al afirmar que las medidas establecidas (en sus artículos 2⁵ y 3), *“son de cumplimiento obligatorio **para toda solicitud de cobertura, subsidio o reintegro de prácticas médicas y medicamentos, incluyendo aquellas que se presenten por vía administrativa o judicial”***.

En el mismo sentido los considerandos sostienen *“Que es fundamental **controlar que, en los planes cerrados, las prácticas y medicamentos indicados a los beneficiarios sean prescriptos exclusivamente por los médicos incluidos en las cartillas del Agente del Seguro de Salud correspondiente, para evitar inconsistencias en la prestación y mitigar riesgos financieros”***.

En relación a la cuestión del financiamiento, ni la insuficiencia presupuestaria ni cualquier otro factor considerado unilateralmente alcanzan a explicar la insatisfactoria evolución de la salud en Argentina.

Es necesario promover un abordaje más amplio, en el marco del diálogo entre actores vinculados al sector, con un Estado Nacional que ejerza su rol rector y promueva debates, acuerdos, coordinación y participación alrededor de un proyecto común que tenga como principal objetivo asegurar que las prestaciones se den en condiciones de equidad y universalidad. Al contrario, estamos ante la presencia de funcionarios que tienen la decisión política de dejar en manos del mercado la organización del sistema sanitario, desfinanciando políticas públicas en

⁵ ARTÍCULO 2º.- Establézcase que, en el marco de los planes de salud cerrados, la cobertura médico-asistencial de prácticas y medicamentos, será otorgada exclusivamente sobre la base de prescripciones realizadas por los médicos que integren la cartilla del Agente del Seguro de Salud correspondiente.



general y políticas de salud en particular, dejando por fuera cada vez a más ciudadanos y ciudadanas.

Por todas estas razones, solicitamos a nuestros pares que acompañen la aprobación del presente proyecto.

Firma: Dip. Mónica FEIN
Acompaña: Dip. Esteban Paulón