

Algunas consideraciones sobre el fundamento normativo y constitucional del derecho a la Salud, estructura del sistema, contenidos del Plan Médico Obligatorio (Unidad VI).

Derecho a la Salud

El derecho a la salud ha sido definido por la Organización Mundial de Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Es decir, no es la mera ausencia de enfermedad.

Es un derecho fundamental unido escindiblemente al derecho a la vida y resulta imprescindible para el ejercicio de la autonomía personal porque una persona enferma no puede optar por su propio plan de vida.

Cuenta con un amplio respaldo normativo y constitucional, en las Constituciones nacional y provincial y en documentos internacionales con referencia específica a este derecho humano que integran nuestro bloque de constitucionalidad.

En la **Constitución nacional**: preámbulo: bienestar general, en el **artículo 33** que expresa que “las declaraciones, derechos y garantías mencionados en la Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados”. Se considera un derecho implícito, pues el ejercicio de derechos reconocidos requiere necesariamente de él. **Con la reforma constitucional de 1994 el artículo 41** que refiere al derecho de todos los habitantes a un ambiente sano y equilibrado. El **artículo 42**: en relación a la protección de los consumidores “tienen derecho en relación al consumo a la protección de la salud”. El **artículo 75 inciso 22**: los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. IX); Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 3, 25); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12.1); Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (arts. 11 y 12); Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 23 y 24); Convención de Derechos de personas con discapacidad (art. 13).

En la **Constitución provincial**: **artículo 7**: principio de la dignidad, **artículo 19**: La provincia tutela la salud como un derecho fundamental del individuo; **artículo 21**: también hace referencia al mencionar las condiciones de vida de los habitantes a los cuidados médicos.

Es un derecho que tiene dos dimensiones: como derecho individual y derecho colectivo (ej. ambiente sano, agua potable, etc.).

Algunas breves consideraciones como **derecho colectivo**: les menciono algunos fallos: 1) (C.S.J.N. “Defensor del Pueblo de la Nación c/Estado nacional y otra”). En el año 2007 ante la acción interpuesta por el defensor del pueblo contra el Estado Nacional y la Provincia del Chaco, por la situación en la que se encontraba la comunidad toba de falta de acceso al agua

potable y a los puestos sanitarios, la Corte Suprema de Justicia de la Nación hizo lugar a la acción. 2) (C.S.J.N. “N.N. o U.”;12.06.2012) Teniendo en cuenta la política de prevención en materia de salud y el interés superior del niño ante la negativa de los padres de suministrarles las vacunas del plan de vacunación obligatorias, decisión que involucra el derecho a la salud del menor, se consideró la prevalencia de estos derechos por sobre los de los padres en ejercicio de la patria potestad (fallos CSJN). 3) Uso de agroquímicos. En la causa Peralta, se ordenó el cese por la Sala Segunda de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Santa Fe, atento a que afecta el medio ambiente y derecho a la salud de los habitantes vecinos del fundo.

Estructura del sistema de salud en nuestro país.

***Sistema público: Sistema Nacional del Seguro de Salud:** (de prestaciones universales, igualitarias, regulado por la ley 23661. Prestaciones a través de los **Hospitales**. Acordarse art. 1°).

***Obras sociales: Agentes naturales del Seguro (ley 23.660).** Esta calidad de agentes naturales del sistema significa que deben adecuarse las prestaciones de salud a las normas que se dicten.

***Sector privado: Medicina prepaga (ley 26.682)**

***Mutuales.**

Obligaciones de las Obras Sociales. Las prestaciones prioritarias de salud en un 80% de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución.

Programa Médico Obligatorio:

Es el contenido mínimo de las prestaciones medico asistenciales que deben brindar los agentes del seguro a sus beneficiarios.

El artículo 28 de la ley 23661 dispone la actualización permanente del Programa Médico Obligatorio.

Jurisprudencia: “Cambiaso Peres de Nealón” (CSJN). En esta causa se discutía si las empresas de medicina prepaga debían hacerse cargo de las prestaciones previstas en la ley 24901 sobre Protección integral de personas con discapacidad. El alto Tribunal fundó su decisión, entre otros argumentos, en el artículo 28 de la ley 23661, expresando que el PMO es un piso prestacional mínimo de carácter obligatorio, que se actualiza permanentemente; analizó que la ley 24901 no había excluido a estas entidades, que si bien la actividad tiene rasgos mercantiles protege la garantía constitucional a la vida, a la salud.

Sujetos obligados: Obras sociales, Empresas de medicina prepaga, Mutuales.

Programa Médico Obligatorio:

Tres niveles , se incluyó listado de medicamentos genéricos.

En síntesis:

- 1) atención primaria, plan materno infantil, odontología preventiva, consultas medicas ambulatorias, programa de enfermedades oncológicas.
- 2) secundaria: internación, siquiatria, sicología, odontología incluyendo ortodoncia, laboratorio, imágenes, prótesis, rehabilitación.
- 3) Terciaria: alta complejidad, quemaduras, injertos, trasplantes, diabetes, cirugía cardiovascular (hay programas especiales).

Medicamentos uso ambulatorio el 40%, enfermedades crónicas 70%, internación 100%. (también 100% medicamentos para insuficiencia renal, hepatitis, oncológicos, entre otros).

Patologías cubiertas: Entre otras:

Ley 2445: Coberturas SIDA, Drogadicción (tratamiento, prevención).

Res. 310/2004 programa salud sexual y procreación responsable). Res. 755/2006 (ligadura de trompas de falopio).

Ley 24.901 Protección Integral de la personas con discapacidad. Esta norma establece prestaciones amplias orientadas no solamente a las cuestiones médicas sino también a la calidad de vida de las personas con discapacidad, preventivas, de rehabilitación, terapéuticas educativas, educativas, escolaridad, formación laboral, transporte cuando así lo requiera para traslado necesario para la asistencia a centro médico o a establecimiento educativo; asistenciales (la necesaria para sus requerimientos básicos, alimentación, asistencia especializada), prestaciones complementarias, medicamentos importados, cuando sea imprescindible.

Ley 26.396 : trastornos alimentarios.

Ley 26.588: enfermedad celiaca

Ley 26.862: fertilización asistida.

La ley 26.557 de salud mental (progresivamente se establece un criterio restrictivo respecto de la internación de pacientes, autonomía de la voluntad, etc.).

Tener en cuenta en materia de salud, la regulación legislativa de los derechos de los pacientes en relación con los profesionales e Instituciones de salud (Ley 25529 modif. ley 27742): Intimidad, trato digno, confidencialidad, autonomía de la voluntad, lo que requiere información previa necesaria, aceptación o rechazo de tratamientos o procedimientos médicos con o sin expresión de causa, así como para revocar posteriormente su manifestación de voluntad; excepción previo consentimiento (peligro para la salud pública o condiciones de emergencia

que generen peligro en la salud o la vida del paciente, que le impidan al mismo o sus representantes legales expresarse positivamente).

Sistema Nacional del Seguro de Salud:

sujetos comprendidos:

- los beneficiarios de las obras sociales
- los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen de jubilaciones y pensiones
- las personas que con residencia permanente en el país se encuentren sin cobertura médica asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales (decreto reglamentario pueden afiliarse a cualquier agente del seguro pero deben efectuar un aporte mínimo).

Optativos.

- personal dependiente de gobiernos provinciales y sus jubilados pueden optar por su incorporación mediante convenios de adhesión
- personal fuerzas armadas, personal Legislativo también por adhesión.

La administración del Seguro está a cargo de la Superintendencia del Servicio de Salud, dependiente del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Obras Sociales.

Como se financia el Seguro?. Fundamentalmente con los recursos de la ley 23660. (80% para las prestaciones de sus beneficiarios).

El Fondo Solidario de Redistribución:

Se integra, entre otros recursos, multas, aportes del Presupuesto, con los aportes de las Obras Sociales. Acá se diferencia el tipo de Obra Social: las sindicales con el 10% o el 15% de los aportes y contribuciones que reciben, y la diferencia en el porcentaje está dada según se supere o este por debajo de un monto de remuneración establecido. Las Obras Sociales del Personal de dirección y asociaciones de empresarios en un 15% o 20% según la misma regla.

Finalidad: Deducidos los gastos de mantenimiento de administración de la Superintendencia para la distribución automática no menor al 70% para subsidiar a aquellos entes que perciben menores ingresos, para financiar programas de salud, subsidios, etc. prestaciones de alta complejidad. Otorga reintegros a las obras sociales por determinados tratamientos de alta complejidad y alto costo.

*En el año 2016 se dictó el decreto 908/2016, que refiere a la COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD. Se busca reordenar la atención de los pacientes en los Hospitales con la asignación de una credencial que en el futuro permita el acceso también a descuentos en farmacias. El decreto dispone que en primer lugar se identifique a los beneficiarios, en mediano plazo la implementación de un carnet, con información de historia clínica.

Se reprogramó el destino de los fondos. El reintegro a las obras sociales, otra parte aportar

recursos para posibles epidemias, plan de prevención de enfermedades. La creación de una agencia de evaluación de tecnologías, con un grupo de especialistas que definan tratamientos y medicamentos para curar enfermedades.

Obras sociales:

Esta calidad de agentes naturales del sistema de salud significa que deben adecuarse las prestaciones de salud a las normas que se dicten.

Obligaciones de las Obras Sociales. Las prestaciones prioritarias de salud en un 80% de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución.

Comprendidas en la ley 23660:

* Obras sociales sindicales: correspondientes a las asociaciones sindicales de trabajadores con personería gremial signatarias de convenios colectivos de trabajo. Deben mantener una individualidad administrativa, contable y financiera.

*los institutos de administración mixta integrada por representantes del Estado y de organizaciones sindicales creadas por leyes especiales. Ejemplo: Instituto de Servicios sociales bancarios, instituto de servicios sociales del vidrio; también de la carne, de actividades rurales. En el año 1995 se dispuso la transformación en sindicales.

*Obras sociales de de administración central del Estado nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados. Son entidades de derecho público no estatal . La ley 23980 dispuso que las obras sociales de Poder Judicial de la Nación y de las Universidades nacionales no serán regidas por la ley 23660.

*Obras sociales de empresas y sociedades del Estado.

* obras sociales del personal de dirección y asociaciones de empresarios. Ejemplo: OSDE.

*obras sociales constituidas por convenios con empresas privadas o públicas.

*obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policía Federal y sus jubilados. Cuando se adhieran en los términos que determine la reglamentación.

Toda entidad que se cree teniendo en cuenta los fines de la ley.

No se encuentran comprendidas.

Obras sociales provinciales. Ejemplo IAPOS

Obras sociales del Poder Judicial de la Nación

Obras Sociales de las Universidades Nacionales.

Beneficiarios de las Obras Sociales:

La calidad de beneficiario impone una relación jurídica obligatoria con la consiguiente obligación de efectuar aportes.

Titulares

a) trabajadores en relación de dependencia sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo, sus organismos, empresas sociedades del Estado, Municipalidad Bs As, Tierra del Fuego.

Reglas: una sola afiliación a un agente del seguro como titular o no titular.

Pluriempleo: deben concentrarse los aportes en un solo agente comunicarle al empleador, sino lo hace en el que recibe mayor cotización.

Se puede elegir la obra social (renunciar a las que les corresponda) libertad de elección y pueden cambiar una vez al año.

B) jubilados y pensionados: Jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. Pueden también optar por otra obra social inscripta en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud para jubilados y pensionados. Si están inscriptas no pueden rechazar la afiliación.

C) beneficiarios de prestaciones no contributivas.

Beneficiarios no titulares:

a) grupo familiar primario:

*cónyuge

*hijos solteros hasta los 21 años de edad.

*Los hijos solteros mayores de 21 años hasta los 25 años de edad si cursan estudios superiores.

*los hijos incapacitados (sin límite de edad).

*los hijos del cónyuge

*los menores cuya guarda o tutela tengan otorgada por autoridad judicial o administrativa.

B) convivientes. Conviven con el afiliado titular y reciben ostensible trato familiar.

* Posibilidad de inclusión de familiares a la Obra Social:

Se puede incluir en la Obras social a familiares consanguineos ascendientes o descendientes que se encuentren a su cargo: ejemplo: padres, hijos mayores de la edad requerida para encontrarse comprendidos en el grupo familiar primario (no deben ser titulares de otra obra social) En ese caso debe pagar un aporte adicional del 1,5%.