

27ª REUNION --- Continuación de la 10ª SESION ORDINARIA ---
JULIO 16 Y 17 DE 1987

Presidencia de los señores diputados Juan Carlos Pugliese,
Jorge Reinaldo Vanossi y Tomás Walther González Cabañas

Secretarios: doctor Carlos Alberto Bravo y señor Carlos Alberto Béjar

Prosecretarios: señores Hugo Belnicoff y Ramón Eladio Naveiro

MINISTRO PRESENTE:

de Salud y Acción Social.
doctor CONRADO HUGO STORANI

DIPUTADOS PRESENTES:

ABDALA, Oscar Tupic
AGUILAR, Ramón Rosa
ALAGIA, Ricardo Alberto
ALBERTI, Lucía Teresa N.
ALBORNOZ, Antonio
ALDERETE, Carlos Alberto
ALENDE, Oscar Eduardo
ALSOGARAY, Alvaro Carlos
ALSOGARAY, María Julia
ALTAMIRANO, Amado Héctor H.
ALTERACH, Miguel Ángel
ALLEGNONE de FONTE, Norma
ARABOLAZA, Marcelo Miguel
ARAMBURU, José Pedro
ARRECHEA, Ramón Rosaura
ARSÓN, Héctor Roberto
AUYERO, Carlos
AVALOS, Ignacio Joaquín
AZCONA, Vicente Manuel
BAGLINI, Raúl Eduardo
BAKIRDJIAN, Isidro Roberto
BARBEITO, Juan Carlos
BARRENO, Rómulo Víctor
BERNASCONI, Tulio Marón
BERRI, Ricardo Alejandro
BIANCIOFFO, Luis Fidel
BIANCHI DE ZIZZIAS, Elia A.
BIELICKI, José
BISCIOTTI, Victorio Osvaldo
BLANCO, Jesús Abel
BLANCO, José Celestino
BONIFASI, Antonio Luis
BONINO, Alberto Cecilio
BORDA, Osvaldo
BOTTA, Felipe Esteban
BRIZ de SANCHEZ, Onofre
BRIZUELA, Delfor Augusto
BRIZUELA, Guillermo Ramón
BRUNO, Ángel Atilio José
BULACIO, Julio Segundo

CABELLO, Luis Victorino
CÁCERES, Luis Alberto
CAMISAR, Osvaldo
CANATA, José Domingo
CANGIANO, Augusto
CANTOR, Rubén
CAPUANO, Pedro José
CARDOZO, Ignacio Luis Rubén
CARMONA, Jorge
CARRANZA, Florencio
CASTILLO, Miguel Ángel
CASTRO, Juan Bautista
CAVALLARI, Juan José
CAVALLARO, Antonio Gino
CLERICI, Federico
CONNOLLY, Alfredo Jorge
COPELLO, Norberto Luis
CORNAGLIA, Ricardo Jesús
CORTESE, Lorenzo Juan
CORZO, Julio César
COSTANTINI, Primo Antonio
CURATOLO, Atilio Arnold
DE LA VEGA de MALVASIO, Lily M. D.
DELFINO, Jorge Raúl
DEL RÍO, Eduardo Alfredo
DE NICHILLO, Cayetano
DÍAZ, Manuel Alberto
DÍAZ de AGUERO, Dolores
DI CIO, Héctor
DIGÓN, Roberto Secundino
DOMÍNGUEZ FERREYRA, Dardo N.
DOUGLAS RINCÓN, Guillermo F.
DOVENA, Miguel Dante
ENDEIZA, Eduardo A.
ESPINOZA, Nemesio Carlos
FALCIONI de BRAVO, Ivelise I.
FAPPIANO, Oscar Luján
FINO, Torcuato Enrique
FLORES, Anibal Eulogio
FURQUE, José Alberto
GARAY, Nicolás Alfredo
GARCÍA, Carlos Euclides
GARCÍA, Roberto Juan
GARGIULO, Lindolfo Mauricio
GAY, Armando Luis
GIACOSA, Luis Rodolfo
GINZO, Julio José Oscar

GOLPE MONTIEL, Néstor Lino
GÓMEZ MIRANDA, María F.
GONZÁLEZ, Héctor Eduardo
GONZÁLEZ CABAÑAS, Tomás W.
GOROSTEGUI, José Ignacio
GOTI, Erasmo Alfredo
GRIMAU, Arturo Anibal
GUATTI, Emilio Roberto
GUZMÁN, Horacio
HORTA, Jorge Luis
HUARTE, Horacio Hugo
IBÁÑEZ, Diego Sebastián
IGLESIAS VILLAR, Teófilo
INGARAMO, Emilio Felipe
IRIGOYEN, Roberto Osvaldo
JANE, Miguel
JAROSLAVSKY, César
LAZCOZ, Hernaldo Efraín
LENCINA, Luis Ascensión
LÉPORI, Pedro Antonio
LIESCANO, David
LESTELLE, Eugenio Alberto
LIZURUME, José Luis
LÓPEZ, Santiago Marcelino
LOSADA, Mario Anibal
LUGONES, Horacio Emerico
LLORENS, Roberto
MACEDO de GÓMEZ, Blanca A.
MAC KARTHY, César
MANZANO, José Luis
MARINI, Norberto Enrique
MARTÍNEZ MARQUEZ, Miguel J.
MASINI, Héctor Raúl
MATZKIN, Jorge Rubén
MELÓN, Alberto Santos
MILANO, Raúl Mario
MIRANDA, Julio Antonio
MONSERRAT, Miguel Pedro
MOTHE, Félix Justiniano
MULQUIL, Hugo Gustavo
NEGREI, Arturo Jesús
NIEVA, Próspero
ORTIZ, Pedro Carlos
PAPAGNO, Rogelio
PARENTE, Rodolfo Miguel
PATINO, Artemio Agustín
PELAEZ, Anselmo Vicente

PELLIN, Osvaldo Francisco
 PEPE, Lorenzo Anonio
 PERA OCAMPO, Tomás Carlos
 PEREYRA, Pedro Armando
 PÉREZ, René
 PERL, Néstor
 PIERRI, Alberto Reinaldo
 PIUCILL, Hugo Diógenes
 POSSE, Osvaldo Hugo
 PUEBLA, Ariel
 PUGLIESE, Juan Carlos
 PUPILLO, Liborio
 RAPACINI, Rubén Abel
 RATKOVIC, Milivoj
 RAUBER, Cleto
 REALI, Raúl
 REYNOSO, Adolfo
 REZEK, Rodolfo Antonio
 RIGATUSO, Tránsito
 RODRÍGUEZ, Jesús
 RODRÍGUEZ, José
 RODRÍGUEZ ARTUSI, José Luis
 ROJAS, Ricardo
 ROMANO NORRI, Julio César A.
 SALTO, Robert. Juan
 SARQUIS, Guillermo Carlos
 SELLA, Orlando Enrique
 SERRALTA, Miguel Jorge
 SILVA, Carlos Oscar
 SILVA, Roberto Pascual
 SOCCHI, Hugo Alberto
 SORIA ARCH, José María
 SPINA, Carlos Guido
 STAVALE, Ju. Carlos
 STOLKINER, Jorge
 STORANI, Conrado Hugo
 STUBBRIN, Marcelo
 SUÁREZ, Lionel Armando
 TOMA, Miguel Ángel
 TORRES, Manuel
 USIN, Domingo Segundo
 VACA, Eduardo Pedro
 VAIRETTI, Cristóbal Carlos
 VANOLI, Enrique Néstor

VANOSSI, Jorge Reinaldo
 VIDAL, Carlos Alfredo
 ZAFFORE, Carlos Alber'o
 ZAVALLEY, Jorge Hernán
 ZUBIRI, Balbino Pedro

AUSENTES, EN MISION OFICIAL:

CASTIELLA, Juan Carlos
 ELIZALDE, Juan Francisco C.
 TRIACA, Alberto Jorge

AUSENTES, CON LICENCIA:

AUSTERLITZ, Federico¹
 BERCOVICH RODRIGUEZ, Raúl¹
 BORDÓN GONZÁLEZ, José O.¹
 BRIZUELA, Juan Arnaldo¹
 CARIGNANO, Raúl Eduardo¹
 CARRIZO, Raúl Alfonso Corpus¹
 CONTRERAS GÓMEZ, Carlos A.¹
 DIMASI, Julio Leonardo¹
 DRUETTA, Raúl Augusto¹
 FERRÉ, Carlos Eduardo¹
 GAZIANO, Rubén Alberto¹
 GERARDUZZI, Mario Alberto¹
 GONZÁLEZ, Alberto Ignacio¹
 GROSSO, Carlos Alfredo¹
 GUELAR, Diego Ramiro¹
 IGLESIAS, Herminio¹
 LAMBERTO, Oscar Santiago¹
 LEMA MACHADO, Jorge¹
 MACAYA, Luis María¹
 MAGLIETTI, Alberto Ramón
 MANZUR, Alejandro¹
 MARTÍNEZ, Luis Alberto¹
 MASSEI, Oscar Ermelindo¹
 MEDINA, Alberto Fernando¹
 MOREAU, Leopoldo Raúl¹
 NATALE, Alberto A.¹
 PÉREZ VIDAL, Alfredo¹
 PRONE, Alberto Josué¹
 PURITA, Domingo¹
 RAMOS, Daniel Omar¹

RÍQUEZ, Félix¹
 RIUTORT de FLORES, Olga E.¹
 RODRIGO, Juan¹
 SAMMARTINO, Roberto Edmundo¹
 SCLAI BALLESTEROS, Alejandro¹
 SRUR, Miguel Antonio¹
 TELLO ROSAS, Guillermo Enrique¹
 TOP-RESAGASTI, Adolfo¹
 ULLOA, Roberto Augusto¹
 ZINGALE, Felipe¹
 ZOCCOLA, Eleo Pablo¹

AUSENTES, CON AVISO:

ABDALA, Luis Oscar
 DELARRINAGA, Juan Bautista
 BELLO, Carlos
 BIANCHI, Carlos Humberto
 CAFERRI, Oscar Néstor
 CAFIERO, Antonio Francisco
 COLLANTES, Genaro Aurelio
 DALMAU, Héctor Horacio
 DAUD, Ricardo
 DE LA SOTA, José Manuel
 DUSSOL, Ramón Adolfo
 GIMÉNEZ, Jacinto
 GIMÉNEZ, Ramón Francisco
 GONZÁLEZ, Joaquín Vicente
 GUZMÁN, María Cristina
 JUEZ PÉREZ, Antonio
 MASSACCESI, Horacio
 MAYA, Héctor María
 MOREYRA, Omar Demetrio
 PEDRINI, Adam
 RABANAQUE, Raúl Octavio
 SABADINI, José Luis
 SÁNCHEZ TORANZO, Nicasio
 STORANI, Federico Teobaldo M.
 TERRILE, Ricardo Alejandro
 TORRES, Carlos Martín
 YUNES, Jorge Omar

¹ Solicitud pendiente de aprobación de la Honorable Cámara.

SUMARIO

1. Continúa la consideración del dictamen de las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Previsión y Seguridad Social, de Legislación del Trabajo y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo por el que se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud (27-P.E.-87). Se sanciona con modificaciones. (Pág. 2746.)
2. Consideración de los dictámenes de mayoría y minoría de las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Previsión y Seguridad Social, de Legislación del Trabajo y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo por el que establece el régimen legal de las obras sociales (26-P.E.-87). (Pág. 2803.)
3. Apéndice:
 Sanciones de la Honorable Cámara. (Pág. 2832)

—En Buenos Aires, a los dieciséis días del mes de julio de 1987, a la hora 17 y 32:

I

SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

Sr. Presidente (Pugliese). — Continúa la 10ª sesión ordinaria.

Corresponde proseguir la consideración en general del dictamen de las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Previsión y Seguridad Social, de Legislación del Trabajo y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo por el que se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud (expediente 27-P.E.-87)¹.

¹ Véase el texto del dictamen en el Diario de Sesiones del 2 de julio de 1987 (Pág. 2367).

La Presidencia informa a la Honorable Cámara que se encuentra en antecámara el señor ministro de Salud y Acción Social de la Nación. Si hubiere asentimiento, se lo invitará a ingresar en el recinto.

—Asentimiento.

Sr. Presidente (Pugliese). — Invito a los señores diputados a pasar a un breve cuarto intermedio a la espera de que el señor ministro se haga presente en el recinto.

—Se pasa a cuarto intermedio.

—Luego de unos instantes, con la presencia del señor ministro de Salud y Acción Social, doctor Conrado Hugo Storani:

Sr. Presidente (Pugliese). — Continúa la sesión. Tiene la palabra el señor diputado por San Luis.

Sr. Barbeito. — Señor presidente: en nombre de mi bancada debo decir que consideramos a este proyecto de ley de seguro nacional de salud como algo superfluo, producto del desdoblamiento de la ley de obras sociales. No tiene razón de ser y por eso nuestro bloque rechaza su tratamiento y reclama trabajar seriamente sobre el problema de las obras sociales.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Aramburu. — Señor presidente: tenemos una idea clara y definida sobre el proyecto de salud del Poder Ejecutivo. Hemos realizado sobre él un profundo estudio. Lo hemos hecho a nivel de las comisiones especiales de nuestro partido y ya hace tiempo presentamos un proyecto alternativo al que me referiré en forma intercalada mientras analizo el proyecto del Poder Ejecutivo.

También es indispensable reunir en un solo proyecto el sistema integrado de salud y las obras sociales, que para nosotros lo constituyen por sí solas.

Entendemos —además nos lo han dicho— que este proyecto es fruto de un acuerdo, una elaboración en que intervino un sector de los representantes del trabajo, pero consideramos que es erróneo. Vamos a ir señalando nuestras objeciones y las acentuaremos cuando tratemos el tema de las obras sociales, a continuación de este debate.

En primer lugar, señor presidente, me permitiré leer la plataforma de mi partido, en la parte referida al seguro de salud. En ella nuestro pensamiento se ve reflejado en forma clara, simple y breve.

En 1983 decíamos al electorado: “La lucha por la salud, entendiendo por tal el completo estado de bienestar físico, mental y social del hombre, no es sólo la lucha contra la enfermedad, sino contra todos los factores que la generan y la agravan. La salud es un derecho social básico que debe ser defendido permanentemente, asumiendo el compromiso político que esto significa.

“La salud, considerada como un fin, y no como un medio, no debe ser utilizada con finalidad de lucro, ni como objeto de mercado, ni para la dependencia técnico-científica. El Estado debe ejercer en forma indelegable el papel de planificar, dirigir y controlar toda la actividad vinculada al campo de la salud y al manejo de los recursos necesarios.

“Se propone la creación de un sistema integrado de salud que esté basado en el principio universal de la solidaridad, que tenga los niveles de decisión adecuados, que esté integrado por todos los subsectores que conforman la actual estructura a través de la cual se presta la atención médica, incluyendo todos los niveles de prestadores, y en donde el Estado se reserva el derecho de normatización y control de su funcionamiento, asegurando condiciones de universalidad, igualdad, accesibilidad, oportunidad, eficacia y gratuidad.”

Esto es lo que proponemos en el proyecto alternativo que hemos presentado.

Nuestra política de salud se apoya en estos aspectos fundamentales del pensamiento social. Esta política ha ido evolucionando con el tiempo y de acuerdo con las distintas formas de prestación.

Algunos pensadores han llegado a opinar que podría responder al impulso intelectual que llevó a Marx a crear su doctrina política, ya que en la mayoría de sus libros funda su acción frente al proletariado en razón de las inspecciones de salud que Chadwick y Smith llevaron a cabo en la época de la revolución inglesa.

La era de la tecnología ha impuesto a la protección de la salud costos exponenciales y obsolescencias continuas. A medida que se avanza en el conocimiento científico tecnológico el costo de las prestaciones en salud asciende, superando las magnitudes geométricas y llegando a las exponenciales.

Por ello se hace necesario que este derecho básico de la sociedad sea asumido responsablemente por el Estado y que éste sea su garante; además, tiene la obligación de ocuparse de su organización.

Hemos visto que la beneficencia, las mutuales y los hospitales de las colectividades han sido reemplazados por la solidaridad social organizada

en las obras sociales, que en algunos casos y en algunos lugares de América incluso han llegado a manejar el hospital público, como en Costa Rica.

Los intransigentes tenemos una vieja militancia en lo que respecta a asignar responsabilidades públicas en cuanto a la atención de la salud. Además, tenemos el viejo orgullo de haberlo hecho en nuestro tiempo, cuando ejercimos nuestra responsabilidad con una actitud militante, que nos costó un duro enfrentamiento contra todos los privilegios que lucran en torno a la salud.

No quiero entrar definitivamente en el análisis específico sin recordar que en la Argentina todavía no se ha rendido el homenaje que se merece a quien comenzó en nuestro país a formular políticas de salud que han servido de ejemplo y de norma a muchas generaciones de técnicos argentinos. Se trata del profesor Ramón Carrillo, quien desde 1949 y antes de ser ministro, organizó políticas de regionalización y creó las primeras organizaciones de medicina primaria en la República Argentina. Elevó de 60 mil a 100 mil las camas del sector público y desarrolló los primeros centros de salud de la República Argentina, llevando el hospital a la calle y al barrio e impulsando la atención primaria, que es fundamental en la protección moderna de la salud.

Alguna vez nosotros tuvimos la responsabilidad de gobernar la primera provincia de la Argentina. Así concretamos un proyecto revolucionario de salud en la provincia de Buenos Aires. Fue tan importante que transformamos al hospital público. En base al viejo hospital regional de Mar del Plata —cuyas instalaciones estaban desocupadas— y al hospital de Gonnet establecimos dos hospitales de reforma; después explicaré qué son dos hospitales de reforma. Para ello tuvimos que instrumentar toda una política que no se entendió en su tiempo. El propio director de uno de los hospitales dijo ante el actual gobernador de la provincia de Buenos Aires al cumplirse el 25º aniversario del establecimiento que esa política de salud no se había entendido porque se había adelantado 15 años en el tiempo.

No puede haber ninguna política de salud y no se pueden plantear soluciones, no ya en materia de seguro de salud sino de normatización asistencial, sin jerarquizar al hospital público, que tiene que ser el centro de la acción de la salud.

¿Cómo entendemos al hospital público? Me referiré a lo que dice el partido y a lo que yo pienso sobre el tema. El hospital público tiene que prestar servicios durante todo el tiempo. No

puede ser que funcione las cuatro o cinco horas del día en que concurren los médicos. Tiene que ser abierto, contar con historias clínicas centralizadas y promover la internación domiciliaria y el seguimiento de los enfermos. Debe ser el núcleo de atención de la comunidad que cuente con centros de salud y postas de hidratación, que sea independiente en su funcionamiento, cuyos trabajadores de la salud tengan una carrera que los dignifique, y cuyos médicos, prestadores y enfermeros cumplan con su función de hacer medicina preventiva y de saneamiento ambiental. Como está profundamente deteriorado, es necesario que lo reedifiquemos y que lo dotemos de un servicio de residentes. Para nosotros este hospital que decimos que debe reunir estas características es el que nosotros hicimos. Me refiero al Hospital Regional de Mar del Plata y al de Gonnet.

Días atrás un señor diputado perteneciente a otro bloque me comentaba que él se formó como residente en nuestro Hospital Regional de Mar del Plata, y que pudo llevar su experiencia a la provincia que hoy lo ha elegido como legislador nacional.

La primera medida que nosotros propugnamos es la jerarquización del hospital público a efectos de que él sea el centro de atención de la comunidad. En segundo término, creemos que no puede haber una política de salud que no ponga un acento especial en el medicamento. Al referirme a los medicamentos deseo leer un pequeño párrafo de la opinión oficial de mi partido sobre esta cuestión, que dice así: "El progresivo desmantelamiento de las fábricas y laboratorios nacionales, estatales o privados, y el desaliento a la producción local, han incrementado a niveles no dignos de nuestras reales posibilidades la importación de insumos básicos y medicamentos, lo que acrecentó nuestra dependencia tecnológica y económica, fortaleciendo el instrumento más importante de esa dependencia: la deuda externa. Esto se ve aún más potenciado por la anarquía reinante a través de la existencia de más de 10.000 especialidades medicinales, la mayoría de ellas innecesarias, muchas peligrosas, que encarecen artificialmente el costo. En lo que hace a la importación de drogas no elaboradas en el país, ésta debe ser garantizada por el Estado, quien se transformaría en importador, logrando seguramente un buen manejo y precios convenientes. Tanto la producción como la importación deberán regularse a través de un vademécum o formulario nacional de drogas y medicamentos cuya realización es impostergable a los fines de orde-

nar y racionalizar el mercado. Deberá regir para los tres subsectores de la atención de la salud”.

Al hablar de los medicamentos, honradamente debo hacer una referencia histórica al doctor Oñativia, ministro radical, distinguidísimo funcionario y hombre de honor con quien colaboraron todos nuestros equipos técnicos. El formuló y propugnó una de las leyes más importantes que ha tenido este país en concepto de regulación de los medicamentos.

El medicamento nace como un bien industrial, como una mercancía, y es la sociedad la que lo transforma en un bien social. La farmacia es un servicio público, no un comercio; es un centro de salud, no un lugar de venta de mercadería. Es decir que en este aspecto tenemos que hacer prevalecer la medicina social frente al empresariado que fabrica medicamentos y aparatos, alentando el consumismo. Debemos reglamentar la comercialización de los medicamentos, su producción, fabricación e importación. Asimismo tenemos que fomentar la producción de materia prima, la industria nacional y el vademécum de medicamentos esenciales. Además, tenemos que corregir rápidamente un conjunto de deformaciones que no podemos tolerar más porque encarecen el costo de la salud. El 50 por ciento de lo facturado en concepto de salud está constituido por medicamentos, y de este porcentaje el 40 por ciento corresponde a calmantes, sedantes y vitaminas que, en muchos casos, prácticamente no actúan.

La segunda objeción que deseo realizar se refiere a la necesidad de contar con una clara y definitiva política de medicamentos.

El tercer planteo que quiero manifestar se vincula con el manejo de la tecnología. Entendemos que se debe regular la cantidad y la capacidad, supervisando el uso adecuado en el sector público y promocionando la incorporación racional del equipamiento de alta tecnología. Además se debe controlar la actividad privada, desalentando la competencia consumista, porque ésta aumenta los costos.

El ejercicio de la profesión nos indica que en la práctica, cuando existe competencia por la incorporación masiva de tecnología, debe crearse la necesidad de su utilización —incluso, violando leyes de auditoría— para poder pagar los aparatos que compramos o importamos.

Otra cuestión fundamental a tener en cuenta es que debe educarse sanitariamente a la población y a los prestadores médicos, además de auditar todos y cada uno de los pasos que se siguen en la inversión médica.

Señor presidente: consideramos que no habrá política de salud sin una adecuada jerarquización del hospital público y dignificación de los trabajadores de la salud, desde el médico hasta la enfermera. No podemos seguir con el sistema actual en el que un médico cobra 4 australes la visita, a noventa días de plazo y con el 20 por ciento de descuento, y en el que una enfermera atiende a cien personas por día, siendo su haber mensual de 140 australes.

No tendremos política de salud si, al mismo tiempo, no establecemos una política de medicamentos y de farmacia; no tendremos política de salud si no creamos una política de aparatología y tecnología médica. Y si no incorporamos una auditoría dinámica, interna y externa tampoco podremos controlar el gasto en salud o la eficiencia de la atención médica.

Consideramos que la discusión está prácticamente concluida con respecto a este derecho básico de toda la sociedad. El Estado es el responsable y garante de este derecho: nadie más puede hacerlo.

En el tema de la salud la competencia no sirve porque encarece el costo y disminuye la calidad. Los proyectos tienen que integrar todos los subsistemas y deben dar —esto lo decimos en nuestro proyecto— participación popular en todos los niveles. No debemos tenerle miedo a la participación del pueblo en el control de este derecho social, que es el más importante de la comunidad.

Con la mayor inteligencia debemos lograr que se utilicen todos los recursos existentes porque la Argentina constituye un caso incomprensible para quienes tienen necesidades de salud. Es quizá uno de los países más dotados del mundo en cuanto a número de camas instaladas, equipos, número de médicos por habitante y recursos de aparatología para las diferentes patologías a tratar.

Tenemos que valernos de todos esos medios científica, técnica y regionalmente para que estén al servicio de un proyecto nacional de salud. Debemos tener centralización operativa, pero descentralización en lo que respecta a la ejecución de los proyectos; y debemos establecer en la norma a sancionar un adecuado sistema de financiación, tal como lo hacemos nosotros en nuestro proyecto, porque sabemos del enorme ascenso de las obras sociales en la prestación de los servicios de salud, ya que actualmente cubren a casi 23 de los 30 millones de habitantes del país.

Por lo tanto, existen más o menos 7 millones de personas sin ningún tipo de cobertura social.

Nuestra preocupación se dirige fundamentalmente hacia ese amplio sector, y para atender eficazmente sus necesidades consideramos fundamental estructurar un adecuado sistema de financiación. Por ello en nuestro proyecto establecemos que el 1,5 por ciento del producto bruto debe destinarse a financiar la atención de esas personas que no tienen ningún tipo de cobertura social.

Creo firmemente —y digo esto con absoluta honradez política e intelectual— que tanto el gobierno como las fuerzas del trabajo han hecho un verdadero esfuerzo al concertar en torno de este proyecto, pero también digo honradamente que entiendo que el resultado obtenido no sirve.

Estoy convencido de que en esa concertación ha habido una gran ausente, que es la salud pública argentina. Ojalá que me equivoque, ojalá cometa un error de apreciación política y no estemos ante una nueva frustración, porque sería duro servir a los intereses del antipais y no encontrar caminos aptos para que el derecho social a la salud, que es primario y fundamental, sea atendido con la eficiencia que se merece.

Insistimos en que estamos totalmente convencidos de que este proyecto no es un camino racional e inteligente para una verdadera protección de la salud. Por ello, en nuestra propuesta alternativa sostenemos que un servicio integral de salud requiere la conjunción de tres elementos: participación popular, solidaridad e integridad. En nuestra opinión, son los conceptos básicos que apuntan a sustentar un auténtico proyecto de seguro de salud. En razón de que en el proyecto en consideración vemos simplemente enunciados pero no especificados dichos conceptos es que hemos presentado nuestra iniciativa.

Si nos equivocamos, si este proyecto —que pensamos que va a ser de difícil aplicación y otra nueva frustración en política de salud— fuera un éxito, seríamos los primeros en estar contentos por haber cometido tal equivocación.

Nuestro ideal —y este proyecto— apunta a que el pueblo argentino cuente con mejores condiciones de salud y frente al dolor no existan más diferencias. Es nuestra intención que la Argentina abandone en forma definitiva este *ranking* donde prácticamente el 30 por ciento de su población padece graves carencias que ponen en peligro la vida de los jóvenes que tendrán que resolver los destinos del país en el día de mañana.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Clérici. — Señor presidente: con relación a este proyecto de ley creo que sería conveniente

que en cada uno de nuestros razonamientos y palabras y en la decisión final que tome la Cámara de Diputados tengamos permanentemente conciencia de que estamos hablando de un tema que se vincula con la salud o la enfermedad, la vida o la muerte de las personas que tienen que recurrir al médico, al hospital o a la obra social. Debemos tener presente que estamos hablando de una de las actividades que tiene mayor dinámica en el mundo entero, donde constantemente se producen avances, se desarrollan nuevas técnicas y se profundizan los conocimientos. Se trata de un tema en el que la situación y la decisión del enfermo respecto de quien lo atenderá es fundamental.

Mediante este proyecto la autoridad pública tiene el indelegable papel de conductora del sistema. Esto está establecido en el artículo 1º. Me pregunto si nuevamente vamos a pensar que aquellos que están al frente de una superestructura estatal conocen más que cada hombre, mujer, padre o madre de familia, médico, enfermera o director de un sanatorio o unidad hospitalaria, cómo se pueden resolver y encarar mejor los problemas. Yo creo que no es así.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Comisión de Asuntos Constitucionales, doctor Jorge Reinaldo Vanossi.

Sr. Clérici. — Pienso que cada uno de nosotros, que en algún momento pudo haber tenido algún médico de cabecera a quien consultar pero que hoy nos encontramos con un sistema cada vez más deshumanizado en el que pasamos a ser simplemente un número —un número en las citas con el médico, en la cola en el consultorio, en la espera de la ambulancia o del quirófano—, sabemos que hay aspectos vitales que aquí están cambiando. Ya no somos considerados como individuos sino como parte de un engranaje. Y eso que aún no hemos llegado al sistema que hoy se nos está proponiendo, porque fijémonos que este sistema incluye o reconoce, por un lado, a los beneficiarios de las obras sociales y, por otro, a los que aportan obligatoriamente su dinero al sistema, y que a partir de la sanción de este proyecto de ley pasan a ser parte de obras sociales que, a su vez, se convierten en agentes naturales de un sistema estatal que puede convalidar o revertir no sólo las decisiones de los órganos de conducción de las obras sociales, sino las de cualquier funcionario de una obra social.

Vale decir que por este proyecto estamos incluyendo a ese hombre y a esa mujer a quienes

obligamos a entregar una parte de su sueldo todos los meses para la atención de su salud.

Incorporamos a este sistema a los trabajadores autónomos, a los hombres y mujeres que eligieron por decisión propia una forma independiente de vida, a aquellos que alguna vez se los obligó a integrar la Caja de Autónomos del sistema previsional, con los resultados que hoy todos conocemos, donde ingresan 20 australes por cada 100 que salen. Pero es natural que así ocurra, porque quien eligió ser independiente en su vida personal y en su vida laboral no está dispuesto a que nadie le meta la mano en el bolsillo y tome por él las decisiones acerca del destino del dinero que tan duramente le costó ganar. Con el sistema nacional de salud que se pretende implantar volveremos a repetir este error.

Finalmente, este sistema reconoce como beneficiarios a las personas sin protección médica asistencial. Y hay algo notable: en ninguna parte de este proyecto, tratándose de un aspecto que sí debe ser responsabilidad del Estado —porque éste tiene la obligación de atender a los sectores carenciados de la sociedad en el servicio de salud—, se nos dice qué va a hacer el Estado para que el sistema hospitalario público funcione, para que haya en él enfermeras adecuadamente remuneradas, para que haya elementos, equipamiento nuevo, para que no sea algo que nos avergüence las colas que todos los días se forman frente a cada hospital público de la República Argentina.

Sin embargo, hay un punto que tiende a indicarme que no hay tanta confianza acerca de cómo va a funcionar este sistema, porque me llama la atención que queden excluidos de él —a menos que voluntariamente se incorporen— los miembros activos y retirados de las fuerzas armadas y de seguridad.

Vale decir que habrá un sistema para toda la sociedad, pero no para ellos. Me pregunto: ¿no será que pensamos que ellos pueden prestarse por sí mismos un mejor servicio que el que se les puede brindar a través de esta burocracia que se crea por este proyecto de ley?

En el pasado muchos de nosotros —me refiero a todos los señores diputados, no sólo a los del sector que represento— hemos hablado en contra de la cesión de atribuciones del Poder Legislativo al Poder Ejecutivo. Sin embargo, en este proyecto decimos: “El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten o instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social”.

Si entendemos que debe haber una política de salud en la Argentina, ella debe ser dictada

por el Congreso de la Nación e instrumentada por el Poder Ejecutivo, y no como sucede en el proyecto, en que éste tiene a su cargo no sólo la instrumentación, sino también el dictado de esta política.

No sólo he analizado los enunciados de este proyecto de ley sino que a lo largo de estas últimas semanas también he hablado con muchos médicos; y aquí existe otra cuestión notable acerca de esta iniciativa. Los médicos no figuran en ninguna parte, ni siquiera en el directorio de la ANSSAL, en donde sí están el Estado, los trabajadores, los jubilados y los empresarios. Es notable este proyecto de ley, que deja a los únicos especialistas en el tema fuera del sistema.

Por otro lado, se nos dice que esta iniciativa está separada de la de obras sociales, y no entiendo por qué. No lo entiendo porque en el proyecto de ley de obras sociales éstas se entregan a los sindicatos, y en la iniciativa que estamos considerando se dice que las obras sociales no pertenecen a los sindicatos.

Ya he mencionado que las obras sociales pasan a ser agentes naturales del seguro, y se crean las sindicaturas estatales —no una auditoría—, que pueden revertir —reitero lo que señalara al comienzo— cualquier decisión, no sólo de los órganos conductivos —que podrán ser decisiones de carácter político— sino también de cualquier funcionario de una obra social. Además, las obras sociales, como agentes naturales del seguro, tienen que poner todos sus servicios a disposición del sistema nacional. Entonces, ¿dónde está la personería de estas obras sociales? ¿Dónde están su autonomía y su independencia?

Esto se asemeja a la cháchara que hacemos todos los días en relación con el federalismo; hablamos de federalismo pero seguimos sancionando una legislación unitaria. Aquí nos regodeamos hablando de cómo van a ser manejadas las obras sociales y antes de discutir el proyecto de ley que las regula decidimos que ellas no tendrán la más mínima autonomía en el futuro sistema de salud de la Argentina.

Creo que vamos a tomar una decisión equivocada. Digo “vamos a tomar” porque por lo menos hasta el 10 de diciembre del corriente año el radicalismo tendrá mayoría propia en esta Cámara; entonces, también tendremos una legislación que ignora qué es lo que sucede con el sector privado de la salud que, como todos nosotros sabemos, está quebrado. En consecuencia, en cualquier momento las columnas de los periódicos se llenarán de solicitadas de

sanatorios e institutos del sector privado, porque están total y absolutamente reglamentados por el Estado en el ejercicio de sus funciones.

A tres años y medio de reinstalada la democracia en el país decimos que las obras sociales serán devueltas a los sindicatos —decisión con la que nosotros también estamos en desacuerdo—, y en realidad las ponemos al servicio del Estado. Mientras tanto, el hospital público, que supo ser el puntal y el orgullo del sistema de salud en la Argentina, no figura en ningún lado. Vamos a tomar una decisión que no sólo nos afectará a nosotros, porque una vez puesto en marcha este tipo de estructuras esa marcha no se detiene y esas estructuras se vuelven cada vez más frondosas, cada vez más costosas y se cristalizan cada vez más.

Ya en el arranque decimos que esta estructura nos va a costar el 8 por ciento del Fondo de Redistribución que se crea, para un sistema ineficiente, que no va a funcionar, y para un sistema de superfuncionarios que nadie ha elegido.

¿Dónde está la democracia que declamamos? El 6 de septiembre vamos a elegir gobernadores y también intendentes. ¿Qué poder tienen ellos en comparación con los funcionarios de este nuevo superdirectorío de la salud que vamos a crear en la Argentina? Ninguno.

Esta es la realidad que estamos viviendo en el país y éste es el futuro al que estamos condenando a nuestros hijos. Y lo hemos hecho en muchas otras áreas. Tenemos ya el descalabro de la jubilación en la Argentina pero seguimos mirando hacia otro lado, y a partir de hoy crearemos el descalabro en la salud.

Yo solamente tengo la mínima satisfacción de dejar salvada mi responsabilidad con respecto a esta decisión que va a tomar la Cámara.

Sr. Presidente (Vanossi). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Bruno. — Señor presidente: para la democracia cristiana, en nombre de cuyo bloque hablo, la salud es uno de los componentes del bien común. Varias veces hemos dicho en este recinto que para nosotros el bien común es el conjunto de las condiciones materiales mínimas indispensables para que el hombre y todos los hombres se puedan desarrollar en plenitud.

Evidentemente, la salud es una —tal vez la primordial— de esas condiciones para el desarrollo pleno de la persona humana. Y si como todos sabemos el bien común es el fin del Estado, es aquello que le da legitimidad, es su causa final, aquello para lo cual el Estado existe, cae de su propio peso que es el Estado el que debe no

sólo promover sino también garantizar y custodiar la salud de todos sus habitantes.

Sin duda, entonces, entre este derecho inalienable del hombre, como es la salud, y esta obligación del Estado de custodiársela, garantizarla y promoverla, hay una estrechísima relación.

Es obvio que si el Estado cobija en su seno a todos los ciudadanos, debe propiciar entre todos ellos una alternativa de solidaridad y de igualdad que garantice el establecimiento de cada una de estas condiciones que para nosotros conforman el bien común. Lamentablemente, creemos que en este punto el Estado argentino falla porque la salud no está garantizada en medida suficiente como para posibilitar el desarrollo pleno de las personas.

No vamos a caer en la crítica irresponsable de decir que en la República Argentina no existe la salud o que ésta se encuentra muy mal cubierta, pero sí diremos algo que nos resulta obvio: no está garantizada la salud en los niveles suficientes como para que todos los habitantes del país gocen de ella.

Haciendo un elemental diagnóstico de la situación de la salud en la República Argentina, observamos que desde hace algunos años hay un enorme avance del sector privado mediante los sistemas de prepago. Esto resulta negativo porque esos sistemas de prepago, que pululan y que día a día se incrementan en nuestro país, no son sino empresas comerciales que lucran con la enfermedad. Y es obvio también que la salud, como componente del bien común, no puede quedar sujeta a especulaciones lucrativas por parte de nadie.

Es cierto que estos sistemas de prepago ofrecen una buena hotelería y también a veces una alta tecnología. Sin embargo, eso no está al servicio de todo el pueblo, de todos los ciudadanos, sino sólo de algún sector muy pequeño, que es el que tiene poder adquisitivo suficiente para contratar esos servicios. Esto genera una injustísima situación que es preciso resolver: es la situación en la que sólo se pueden curar o atender su salud aquellos que tienen dinero, pero no lo pueden hacer en el mismo grado de excelencia quienes no lo tienen, que son la inmensa mayoría del país.

A la falta de igualdad que esta creciente participación de los sistemas prepagos origina en el país, se agrega una irracional y redundante capacidad tecnológica, porque la alta tecnología que algunas de esas empresas incorporan para brindar sus servicios queda durante la mayor parte del tiempo desatendida o no utilizada,

mientras la gran mayoría del pueblo se debe atender en otros lugares, carentes de esa tecnología.

Por otra parte, estas empresas que lucran con la enfermedad, precisamente por no ser lucrativos ciertos servicios médicos, se desentienden de la medicina preventiva y de la atención primaria, factores que sabemos son prioritarios en cualquier sistema moderno de salud para custodiar este bien de la población.

En otro orden de cosas, el sector privado tiene un enorme avance en el crucial tema de los medicamentos. El medicamento, que en términos financieros absorbe el 50 por ciento de los recursos destinados a la salud, también es utilizado como un bien de consumo y con una finalidad lucrativa. Hay en nuestro país un exceso de "consumismo" de medicamentos, fenómeno que incluso podemos observar en los medios de difusión pública y en la publicidad. Hay una enorme competencia por ofrecer al público medicamentos en apariencia disímiles pero que esconden la misma fórmula. Se trata de fórmulas de fantasía basadas en la misma droga. Además, el precio de estos medicamentos —de los cuales un amplísimo segmento no es producido en nuestro país, que carece de una industria de drogas capaz de abastecer las necesidades de la población— resulta generalmente fijado por las multinacionales, las cuales dominan el sector de las drogas.

Evidentemente este avance del sector privado basado en el lucro en nada contribuye a que la salud de la población esté bien cubierta; el Estado, por su parte, poco o nada hace para controlar este sector privado y tratar de inscribirlo en una política general de salud de modo que aporte verdaderamente a este esencial componente del bien común.

Asistimos paralelamente a un paulatino retroceso del Estado con respecto a la salud de la población, de la cual debe ser un promotor y custodio. Los hospitales públicos están cada día en peores condiciones. Salvo algunos pocos que suelen citarse como modelos, en la mayor parte de los hospitales públicos, especialmente en los ubicados en las provincias y pueblos lejanos, el deterioro edilicio es creciente y grave, así como también son graves la falta de recursos humanos y tecnológicos, la excesiva burocratización y el escasísimo presupuesto que se les asigna.

Pese a todo, hay que rescatar del hospital público el importante rol que cumple en las pocas tareas de rehabilitación que se llevan a cabo en el país. Además, los escasos centros de investigación generalmente se encuentran en ellos y

en ellos también tiene lugar la docencia pre y posgrado; tal vez éste sea el único canal de capacitación del personal médico argentino.

Sin embargo, pese a este retroceso del Estado, a esta falta de preocupación por el hospital público, a él concurre la mayoría de la población que, como sabemos, es carenciada; es decir, no tiene recursos suficientes para acceder a otro sistema de salud.

Finalmente, existen las obras sociales, que constituyen un legítimo derecho de los trabajadores, basado en la solidaridad, en esa solidaridad que es fundamental para la construcción de una Argentina que sea —como todos queremos— verdaderamente progresista.

Sin embargo, esa solidaridad en la que se apoyan las obras sociales es grupal y no comunitaria. Y en el campo de la salud tenemos la obligación de llegar a este último tipo de solidaridad, que es la que realmente permitirá hablar de la socialización de la medicina en nuestro país para que sea igualitaria y gratuita.

Completa el cuadro de la atención de la salud en el país la medicina privada tradicional, vale decir, los consultorios y sanatorios particulares.

Estos diferentes componentes del sistema de atención de la salud en la Argentina actúan en forma inorgánica e independiente, con lo cual se provoca un verdadero caos en la administración de la salud.

A modo de conclusión, podemos decir que en algunos casos hay sobreutilización y en otros subutilización de aparatos, tecnología, instalaciones y, en general, de recursos materiales y profesionales.

Como consecuencia de esta forma inorgánica de trabajo todavía subsisten zonas desatendidas y enfermedades sociales que no existen en países más desarrollados en este campo —los socialistas, por ejemplo—, tales como la tuberculosis, el mal de Chagas y la sífilis.

Además, aún rige —por supuesto— el principio de la desigualdad, ya que algunos ciudadanos acceden a una atención adecuada y cuidan bien su salud, en tanto otros no pueden hacerlo; a esto contribuyen la forma inorgánica antes señalada en que trabajan los distintos sectores integrantes del sistema de salud.

Esta situación no se compadece con el bien común, y el Estado, ciertamente, no cumple con su rol esencial de promoverlo y garantizarlo.

La conclusión lógica de todo esto, señor presidente, es que a los argentinos nos falta una ley general de la salud que diseñe la política a seguir en este campo en nuestro país.

Necesitamos una ley que no sólo contemple parcialmente algunas de las modalidades de la prestación de salud, sino que también abarque este tema en su generalidad y globalidad; una ley que involucre a todos los sectores en un programa común, tanto a los sectores públicos como a los privados, a la capacidad del sector privado y a la del sector público, es decir, toda la capacidad instalada.

Necesitamos una ley que se ocupe de la carrera sanitaria y de la capacitación de los profesionales argentinos; una ley que se ocupe, además, de la organización hospitalaria para desburocratizarla y destrabarla; una ley que coordine todos los recursos vinculados con la salud en el país, a fin de optimizarlos.

Nos hace falta una ley que norme la producción, la distribución y el consumo de los medicamentos; una ley que fije el financiamiento de la medicina mediante el presupuesto nacional, de manera que haya una verdadera solidaridad social en la atención de la salud. Que no quede esto sujeto una vez más a la ley de la oferta y la demanda; que los que tengan bienes puedan curarse, pero que quienes no los tengan también puedan hacerlo. Que haya una solidaridad social a través del presupuesto para que todo ciudadano pague impuestos de acuerdo con su capacidad contributiva y que ese presupuesto asegure que todos los ciudadanos, en estricta igualdad de condiciones, puedan acceder a todas las escalas de medicina indispensables.

Nada de esto existe en el proyecto que estamos considerando. En esta iniciativa sólo se tienen en cuenta muy parcialmente algunos de estos aspectos. Por lo tanto, esta norma es altamente insatisfactoria. Somos partidarios de un nuevo proyecto de salud. En este sentido, debo ser leal y decir que nos sentiríamos mucho mejor si en este momento estuviésemos discutiendo la iniciativa sobre salud que ha presentado el bloque del Partido Intransigente. En consecuencia, adelantamos nuestro voto negativo al proyecto en consideración.

Sr. Presidente (Vanossi). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Zaffore. — Señor presidente: en esta sesión debemos tratar dos proyectos que versan sobre un tema de gran trascendencia social: la salud. Han ingresado a esta Cámara en forma conjunta, integrando lo que se ha llamado el paquete de leyes laborales.

Con respecto a ese paquete no quisimos presentar una postura a favor o en contra en abstracto, sino que hemos tomado una posición particular en relación a cada proyecto que se

ha considerado. Nos hemos manifestado en contra de algunas iniciativas y hemos estado a favor de otras, que son fundamentales para el movimiento obrero. En algunos casos apoyamos en general determinado proyecto, pero hemos efectuado algunas observaciones durante su tratamiento en particular.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara, doctor Juan Carlos Pugliese.

Sr. Zaffore. — Con relación a estos dos proyectos, que son los últimos de este paquete, debemos decir que en rigor de verdad representan una unidad. El proyecto de ley sobre el Seguro Nacional de Salud está muy integrado al de obras sociales, que trataremos posteriormente.

Nos oponemos a la iniciativa en consideración porque posee un corte estatista. Se trata de una norma que no ahonda en el reordenamiento de la organización de la salud, sino que prácticamente se limita a crear un nuevo superorganismo. En cambio, en su oportunidad, votaremos favorablemente en general el proyecto de ley sobre obras sociales, en cuanto devuelve las obras sociales sindicales a sus propietarios, que son los trabajadores y aportantes, sin perjuicio de que manifestemos reparos en la discusión en particular con motivo de que las subordina a este esquema estatista del Seguro Nacional de Salud. La subordinación de las obras sociales justamente está planteada en este proyecto porque se las considera agentes del Seguro Nacional de Salud, y se otorgan funciones a nuestro juicio excesivas a la sindicatura estatal que va a condicionar su funcionamiento.

Quisiera referirme a algo que soslaya este proyecto, que versa sobre aspectos burocráticos y administrativos de la salud. Me refiero al creciente deterioro de la salud en la Argentina en virtud del paralelismo que nosotros apreciamos entre desarrollo y salud, y de que en los últimos años nuestro país ha visto retroceder sus niveles tanto en el campo del desarrollo en general como en el área de la salud.

Ese paralelismo se evidencia en una cuestión elemental, cual es el deterioro de los salarios, que desde enero de 1984 han caído en un 20 por ciento en el orden general y en un 40 por ciento para el sector público. Esto afecta a todo el sistema de salud, por cuanto los salarios constituyen una fuente de sus fondos, de modo que los asalariados ven cada vez más lejana la posibilidad de acceder a un tratamiento digno de la salud. Ya son múltiples los casos de compatriotas que ni siquiera se pueden hacer asistir por

ciertas dolencias en el hospital público, porque no cuentan con recursos para comprar los medicamentos. Este hecho dramático que se registra cotidianamente signa indudablemente un aspecto fundamental del problema global de la República Argentina, que desde luego está soslayado en esta iniciativa.

Asimismo la situación que el país vive en el campo del desarrollo influye sobre el deterioro de la oferta en el servicio de salud, que se degrada en forma permanente. La infraestructura sanitaria es cada vez más deficiente. Como bien se ha apuntado aquí, el hospital público ha perdido su relevancia, y día a día se convierte en algo de lo que en muchos casos deberíamos sentirnos avergonzados.

Dentro de ese deterioro está el de las remuneraciones de los trabajadores de la salud, incluidos los profesionales, que no están en condiciones de prestar dignamente el servicio.

El achicamiento general del país guarda relación con el deterioro patrimonial de las obras sociales en cuanto sus recursos dependen de los salarios, cuyo valor real ha disminuido, y de la masa de asalariados. En los últimos años se ha registrado en la Argentina una caída brusca del salario, que ha lesionado el patrimonio de las obras sociales; pero además ha habido una dramática disminución de la masa de asalariados, algunos de los cuales han caído en la marginalidad social y otros en un cuentapropismo, que es una forma de autoexplotación. Todas estas cosas han resentido el sistema de salud, y en particular el patrimonio de las obras sociales. Por supuesto, este dramático problema que acabo de exponer no queda resuelto en manera alguna con meras cláusulas declarativas como las que contiene este proyecto, respecto de que las prestaciones a los autónomos e indigentes serán cubiertas por este teórico Seguro Nacional de Salud.

A este deterioro estructural de la salud se añade el desorden administrativo y la falta de coordinación entre los distintos componentes del sistema. Muchas veces estos hechos se originan en el manípulo político que de él se hace y son la consecuencia del deterioro del Estado y de la crisis global por la que atraviesa la sociedad argentina.

En el proyecto que estamos considerando de ninguna manera se pone orden, coordinación y equidad en los distintos componentes del sistema; por el contrario, se profundizarán los vicios que actualmente lo caracterizan porque, en rigor de verdad, de ninguna manera es ésta una ley de seguro, ya que para serlo requeriría esta-

blecer los recursos con los que se contará para atender a quienes estén en condiciones de hacer valer los derechos que el seguro acuerda. En el proyecto en consideración no se hace ninguna previsión seria y fundada que nos diga de dónde van a salir los recursos para una cobertura tan ambiciosa como la que se enuncia en el artículo 2º, cuando dice que se aseguran "prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas". Ello es tan sólo una expresión retórica que no tiene respuesta concreta en el resto del articulado, así como tampoco en el contexto que acabo de describir con respecto al sistema de salud.

El proyecto que se encuentra a consideración de la Cámara no constituye un seguro de salud en virtud de que sólo establece cuál será el manejo de los organismos existentes y la creación de la ANSSAL, un superorganismo burocrático que será el dispensador de fondos y que, seguramente, continuará con viejas corruptelas de distribuirlos en forma inequitativa, atendiendo a cuestiones que tienen que ver con intereses políticos —y, a veces, personales de los funcionarios a cargo del sistema— y no con la salud pública.

Por las razones expuestas, dejo fundado mi voto negativo al proyecto sobre Seguro Nacional de Salud, haciendo votos para que algún día nuestro país pueda abordar seriamente una política de salud que carezca de hipertrofia burocrática y de discriminación política. Aspiramos a contar con un seguro de salud en el que estén asegurados los recursos y su justo aprovechamiento para todos aquellos que estén en condiciones de requerirlo.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor ministro de Salud y Acción Social.

Sr. Ministro de Salud y Acción Social. — Señor presidente: por mi intermedio, el Poder Ejecutivo concurre a esta Honorable Cámara para abonar algunos fundamentos del proyecto de ley que se denomina Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Considero indispensable efectuar algunas reflexiones vinculadas con el origen de esta iniciativa. Ya el primitivo proyecto que el presidente Alfonsín envió a vuestra honorabilidad y que tuvo entrada en el Parlamento en el año 1985, se refería al denominado Seguro Nacional de Salud y significó un compromiso frente al pueblo argentino, teniendo en cuenta lo expresado en nuestra campaña electoral. Así es como propusimos a este Congreso de la Nación la sanción de un proyecto de ley para perfeccionar las prestaciones relativas a la salud, que hiciese justicia a través de un sentido de equidad y de

igualdad, es decir, que utilizase de la mejor forma posible los recursos económicos para hacer frente a las demandas en la materia.

Resulta ser que la Argentina, naturalmente, no escapa al derrotero y a la evolución que otros países han seguido en sus etapas de desarrollo. Por supuesto que he escuchado con mucha atención a los señores diputados preopinantes, aunque me hubiese gustado que —además de los interesantes argumentos expuestos de uno y otro lado— se ubicase a la República Argentina dentro del contexto de América latina, y que se tuviese en cuenta cómo ha ido evolucionando la atención de la salud en lo que va de este siglo, no para hacer historia o dialéctica sino para encontrar la razón y los fundamentos finales de la propuesta del Poder Ejecutivo a través de estos proyectos de ley.

De una etapa de caridad o beneficencia, que se dio en el pasado, llegamos a una participación necesaria e inevitable del Estado nacional, debido a la falencia del primero de estos dos sistemas. Así fue como cada vez el Estado fue tomando mayor participación en la realización de inversiones en hospitales públicos, reemplazando esos hospitales de caridad y beneficencia y asumiendo un rol protagónico en la atención de la salud de la población argentina.

Aquí se recordó muy bien la existencia de etapas brillantes en materia de hospitales públicos, en cumplimiento de esta obligación del Estado para con el pueblo de la Nación. Se hicieron inversiones importantes y se llegó a tener un número considerable de camas disponibles, debido a los presupuestos acordes que se sancionaron. Pero al mismo tiempo, la evolución social argentina, el progreso y la madurez de las organizaciones de los trabajadores —fundamentalmente a partir de la década del 40— determinó que las secretarías de acción social de las asociaciones profesionales comenzaran a crear instituciones encargadas de atender la salud de sus afiliados, lo que fue cobrando una evolución realmente notable.

Los protagonistas esenciales, desde ese punto de vista, fueron los trabajadores organizados, y los sindicatos, como representantes de ellos. Así es como hoy en día más de trescientas obras sociales —entre las estatales, las mixtas y las puras— conforman un sistema de seguridad social en las prestaciones médicas único en América y ejemplo en el mundo.

En la estructura social argentina estas organizaciones tienen bajo su tutela casi un 75 por ciento de la población, y no hablo solamente del caso de las prestaciones de salud sino también de otros beneficios sociales que

esas entidades brindan a sus afiliados y a sus familiares. Si bien el número es importante, hay una circunstancia que torna patética la injusticia que se da en el 25 por ciento restante, compuesto por gente que no está cubierta por ninguna obra social o por indigentes totales que son tributarios del hospital público.

Es conveniente señalar que las filosofías políticas adoptadas en materia económica, especialmente durante los regímenes de facto que la Argentina soportó en el pasado, trocaron la iniciativa y la inversión, sacándola del sector del hospital público para alentarla en el sector privado. Esto no significa que pretendamos cercenar esta iniciativa y este derecho; pero la orientación fue tan tremendamente elitista y discriminatoria que el hospital público quedó atrás, inexorablemente relegado. No hubo más inversiones del sector público nacional, provincial ni municipal. Esto, sumado a la obsolescencia de los edificios y a la aparatología envejecida e inservible —más allá de la desjerarquización de los servidores del Estado—, hizo que nuestros nosocomios fueran transfiriendo la atención de la salud hacia sectores sumamente caros.

Así es como nace en estos últimos tiempos una serie de sociedades prestadoras de servicios médicos contratados por terceros como meros intermediarios económicos. Entonces aparecen sociedades anónimas, inversiones realizadas muchas veces con los recursos obtenidos por la generosidad del Estado con respecto a la importación de materiales y de equipos anárquicamente conducidos por una circunstancia realmente desfavorable, y superposición de aparatología en zonas totalmente carentes de estudios previos sobre el servicio, ocurriendo a veces que ciudades separadas por un puente contaban con equipos de altísima complejidad, lo cual era sobreamplio, mientras en otras zonas del país no existían. Buena parte de esa aparatología pasó a originar parte de la deuda externa que hoy soporta el país.

Pero más allá de esta circunstancia, fue la filosofía que abonaba la política de ese momento la que condujo a un deterioro cierto de la atención de la salud por falta de inversión y por una orientación discriminatoria en favor de las minorías. Por supuesto, esto estaba reñido con la aspiración de nuestro pueblo de contar con igualdad de posibilidades, con equidad en el tratamiento y con una real justicia social en materia de prestaciones de salud.

Así concebimos el proyecto primitivo del Seguro Nacional de Salud, que estuvo en sede

legislativa durante dos años, desde 1985 hasta que cuando me hice cargo del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en reunión formal con la Confederación General del Trabajo, invitada por mí a la sede del Ministerio y encabezada su delegación por su secretario general, señor Saúl Ubaldini, convini-mos hace ocho meses en tratar de poner en marcha un proyecto de ley —que luego se transformó en dos y que son los que se encuentran a consideración de la Honorable Cámara—, que contemplase la totalidad del sistema e impulsara la armonización de todos los recursos existentes y el mejor uso de los dineros y del gasto en salud.

Fue así como conformamos una comisión que integraron los más altos miembros del Ministerio de Salud y Acción Social, comenzando por el secretario de Salud de la Nación, el subsecretario, el presidente del Instituto Nacional de Obras Sociales y sus asesores; por el lado de la Confederación General del Trabajo de la República Argentina, el señor Pedro Goyeneche, secretario de Acción Social de esa entidad, y otros miembros cuyos nombres se darán a conocer cuando solicite la lectura del acta respectiva.

En esta comisión, ambos actores —gobierno y CGT— llevaron a cabo una tarea proficua, con discusiones encendidas, pero con un espíritu de concertación en la búsqueda de armonizar no sólo los intereses en juego sino también de proyectar hacia el futuro un ordenamiento en materia de prestación de salud acorde con la madurez y el desarrollo del pueblo argentino.

Fue así como el proyecto original del Ejecutivo y el de la CGT fueron compatibilizados. Las discusiones fueron constructivas, a veces arduas, pero altamente ilustrativas y efectuadas --repito-- con un elevado espíritu patriótico.

Finalmente, el capítulo IV del primitivo proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud, referido al tema de las obras sociales, fue desglosado por un planteo de la CGT que nosotros entendimos.

Este capítulo de las obras sociales, caro para los sindicalistas y sus asociados, significaba la reivindicación de una etapa realmente muy productiva en la Argentina. ¿Quién podría negar que los afiliados y delegados de los sindicatos, que iniciaron su labor en las primitivas secretarías de acción social y llegaron a desarrollar obras sociales importantes, son los auténticos dueños de esos entes? Consecuentemente, ¿por qué negar que ellos, que son de carne y hueso y que componen esas obras sociales con sus mu-

jerer e hijos, tienen el derecho a conducir las a través de los mecanismos que la democracia debe consagrar definitivamente en la ley, como lo hacen este proyecto y también el de obras sociales?

Entremezclo los argumentos porque los dos proyectos se hallan ineludiblemente ligados; son conexos e interdependientes, ya que el artículo 1º del proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud estipula que las obras sociales serán los agentes naturales del Sistema de Seguro Nacional de Salud. De tal modo, el 75 por ciento de la población viene a quedar comprendida en la normativa de ambas iniciativas.

Por supuesto, hemos indagado bastante en la búsqueda de un mejoramiento del sistema de salud en la Argentina. Los modelos que la legislación comparada nos mostraba como posibles para producir una transformación en la Argentina determinaron que nuestro sistema de salud adoptara una forma mixta: por un lado, el tipo de organizaciones que he mencionado, y por el otro, la presencia del Estado a través del financiamiento directo del hospital público y de la concesión de subsidios para el funcionamiento de las obras sociales. Este sistema es comparable con otras estructuras que no son precisamente las que han creado aquellos Estados centralistas, en donde la planificación, la inversión y la ejecución de la política de salud están absolutamente manejadas por el Estado. Tal es el caso de los países del Este.

En el otro extremo podemos observar la contratación de seguros privados, en la que el pago de una prima implica la devolución de un servicio, como ocurre fundamentalmente en los Estados Unidos. Por otro lado, tenemos el caso de Inglaterra o España, en donde el tratamiento directo del sistema conduce en la práctica a la dependencia de sus efectores. Ello también sucede en algunos países de América latina, por ejemplo en Venezuela y México.

El sistema que durante más de cuarenta años operó en la Argentina se fortaleció y enriqueció dando lugar, incluso, a la sanción de muchas leyes especiales por las que se creaban institutos mixtos o estatales para la atención de la salud en gremios y en sectores muy individualizados. Este sistema tiene una característica especial, cual es la contratación de sectores de efectores o prestadores de servicios en los que están involucrados los 90 mil médicos de la Argentina, los bioquímicos, odontólogos y auxiliares de la medicina, las clínicas, sanatorios, hospitales de comunidad e instituciones de todo

tipo. Todos ellos prestan el servicio en función de convenios cuyos aranceles son libremente pactados.

El proyecto de ley que está a consideración de esta Honorable Cámara se sustenta en cinco principios fundamentales en los que el Estado, sin avanzar, planifica categóricamente una mejora social innegable.

El primer principio es el de la universalización del sistema. Como señalara en un comienzo, sólo el 70 ó 75 por ciento de la población está beneficiado por las obras sociales, y el resto será incorporado al sistema a partir de la entrada en funcionamiento del Seguro Nacional de Salud. Asimismo, los trabajadores autónomos que cotizan en el sistema de la seguridad social —aproximadamente un millón y medio de trabajadores que con sus familiares suman tres o cuatro millones de beneficiarios—, y la totalidad de indigentes o carenciados que hoy son tributarios —a veces tarde y mal— de los hospitales públicos, también serán incorporados al sistema en un verdadero acto de jerarquización y redención sociales. Es decir que en la universalización del sistema estarán contempladas la equidad y la justicia.

El proyecto de ley también se funda en el pluralismo, porque engloba a todos los organismos y organizaciones existentes en el país. Comienza por incorporar a las obras sociales como agentes naturales del seguro, estableciendo además distintas categorías y formas. Como ya he señalado, no sólo serán las estatales, mixtas o sindicales, porque también habrá institutos especiales creados por ley; reitero que las contempla a todas y las engloba. Los institutos provinciales prestadores de servicios médicos pueden ingresar al sistema mediante los convenios que celebren, así como las organizaciones mutuales de la más diversa índole y todo otro tipo de entidad que adhiera al sistema que, como ya he dicho, es pluralista.

Este régimen lleva fundamentalmente un sello que constituye una definición política, filosófica y social: el de la solidaridad. El sistema es solidario, ya que al englobar a los 30 millones de argentinos hace solidarios a quienes no pueden acceder en la actualidad a una atención correcta de su salud, con el resto que aportará de muy diversa manera para que todos tengan atención médica.

Esta solidaridad está expresamente estampada en el proyecto de ley, pues los recursos que se destinarían al sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales se integrarán con un aporte del 3 por ciento de sus

remuneraciones en el caso de los trabajadores y una contribución del 6 por ciento sobre dichas remuneraciones en lo que respecta a los empleadores, que estos últimos, actuando como agentes de retención, deberán depositar inmediatamente, según los términos de la ley, a la orden de las obras sociales el 90 por ciento, y el 10 por ciento restante a la orden de la Administración Nacional del Seguro de Salud.

Todo esto determinará que las organizaciones mayores, las obras sociales más poderosas y los conglomerados grupales que antes estaban aislados del resto, trabajando para su propio grupo, aun cuando fuesen loables sus actitudes del pasado, se transformen hoy en agentes de la solidaridad social; ahí está la médula de la filosofía de este proyecto y lo que lo caracteriza políticamente.

Nadie puede extrañarse de que los autores de esta iniciativa hayan logrado no digo un milagro pero sí un acto de madurez política y cívica sin precedentes en la historia moderna de la Argentina. Se trata de que el gobierno de la Nación y la Confederación General del Trabajo, con enfoques diferentes en la defensa de sus intereses y en sus filosofías, han concluido, compatibilizado y armonizado dos proyectos de ley, resumiendo en el enorme consenso que implica el poder lo que el gobierno significa en el campo político y lo que las organizaciones sindicales —absolutamente todas— representadas en la Confederación General del Trabajo también significan. En la firma conjunta de este proyecto se engloba todo el espectro social y político de la Argentina.

Es decir que estamos frente a un hecho plausible, porque se trata de una norma jurídica que, pese a ser perfectible, trasunta mucha madurez y demuestra que hemos alcanzado un elevado nivel de convivencia, de paz y de concertación social, vinculado a la preservación y a la afirmación de la democracia y de sus instituciones, por medio de la preservación, el cuidado y el desarrollo de la salud y del tratamiento de las enfermedades del pueblo.

Además de pluralista, universalista y solidario, el proyecto de ley es federalista, porque invita a las provincias a incorporarse al sistema con sus institutos prestadores de servicios médicos, merced a la descentralización que su articulado asegura, transfiriendo a las provincias la administración del seguro de salud. Es decir que no es verdad que éste sea un proyecto de ley estatizante y centralista. Todo lo contrario: es federalista.

El proyecto implica que las provincias deben contribuir en un 50 por ciento a la provisión de los presupuestos anuales correspondientes para la atención de los carenciados, siendo el otro 50 por ciento de responsabilidad del Tesoro nacional. Se vuelve a mostrar aquí la solidaridad, por cuanto el Tesoro es en definitiva el recaudador de todas las tasas e impuestos que legalmente pueden percibirse en orden a la atención de los indigentes y carenciados. Puede decirse entonces que el proyecto tiende a vincular cada vez más a las provincias con el sistema al estimular la incorporación de todos los organismos que realizan prestaciones de salud dentro de ellas.

Por primera vez en la legislación argentina el proyecto establece que en el ámbito de la Administración Nacional del Seguro de Salud funcionarán un consejo asesor —en el que estarán representados todos los sectores interesados y que podrá tratar todos los temas fijados por el presidente de la ANSSAL— y una comisión permanente de concertación integrada por representantes de los agentes del seguro y de las entidades representativas de los prestadores de los ámbitos nacional y provincial.

La explicación de por qué los médicos no están representados en la ANSSAL —inquietud que recién se formuló en el recinto— es que ellos no pueden ser al mismo tiempo juez y parte. En efecto, en este organismo se tratarán los aranceles y los nomencladores que regirán la actividad. Sin embargo, los médicos sí tienen representación en la discusión de las normas del sistema e incluso pueden llegar a participar de paritarias para establecer los aranceles. De esta manera puede afirmarse que jamás el gremio de los profesionales médicos ha tenido una representatividad más plena que con este proyecto de ley, con el agregado de que para el caso de una cuestión que involucre a un determinado sector profesional el presidente de la ANSSAL lo puede convocar para que participe con voz en las reuniones correspondientes de dicho organismo superior, amén de la correspondiente participación en la comisión permanente de concertación.

Hemos avanzado en la incorporación de todos los sectores vinculados a la salud. En la contemplación del desarrollo del sistema de salud el Poder Ejecutivo no puede desligarse de una realidad que nos ubica en el contexto americano de un modo singular. Obsérvese que la Argentina figura en el tercer lugar en toda América —incluyendo a los Estados Unidos y a Canadá—

en inversión *per capita* destinada a la atención de la salud. En la Argentina invertimos anualmente 133 dólares *per capita* en la atención de la salud, pero contrariamente a lo que se podría suponer, dado el monto de la inversión, no somos terceros en cuanto a los efectos de esta inversión. Estamos mucho más allá en la escala de valoración que la Organización Mundial de la Salud establece en función de los efectos de la inversión y utilizando parámetros de comparación entre los que se consideran la mortalidad infantil, la mortalidad general, la morbilidad y una serie de elementos que en otros países se vinculan estrechamente con el tema de la salud, tales como aguas potables y el tratamiento de las excretas.

La Argentina no ocupa el tercer lugar. Países como Perú, con 20 dólares anuales de inversión *per capita* o Costa Rica, con 36 o 38 dólares, en algunos aspectos presentan situaciones similares a la de la Argentina.

Lo que ocurre es que el gasto que en la Argentina se hace en materia de salud está mal administrado y manejado en forma anárquica.

Creo que esa orientación económica de los últimos tiempos ha sido el factor fundamental de esta distracción de la buena senda en materia de salud, ya que en la Argentina la jerarquización elitista ha favorecido la posibilidad de atención a los ricos y pudientes y la ha alejado de quienes tienen menos recursos.

Desde este punto de vista, debo advertir también a la Cámara que en nuestro país la inversión total en salud orilla el 8,5 por ciento del producto bruto interno. Esto significa una inversión —en un cálculo aproximado sobre el producto bruto nacional— que se ubica entre los 5.500 y los 6.000 millones de dólares al año. Es una cifra similar a la de la trágica exigencia de los servicios anuales de la deuda externa. Se trata de una importante masa de dinero que debe ser correctamente administrada. Por eso es que, contrariamente a lo que se oye, se hace indispensable la coordinación central que muchas veces fue propuesta en nuestro país y que nunca se logró, ya que se dio por tierra con iniciativas en tal sentido.

Las obras sociales estarán obligadas por ley a destinar el 80 por ciento de lo recaudado a prestaciones de salud. El resto, exceptuado el aporte al fondo de redistribución, podrá utilizarse para brindar otros beneficios sociales a los afiliados, tales como los vinculados con turismo, deporte y vivienda. Entonces, el 80 por ciento de la recaudación del 9 por ciento obtenida en concepto

de aportes y contribuciones —que se sancionará con este proyecto— se destinará a la atención de la salud.

Este gobierno ya ha demostrado su vocación de restitución de la jerarquía al hospital público para que sea útil al sistema. Prueba de ello es la firma del último convenio por parte del gobierno nacional y las provincias para la construcción de once nuevos hospitales, a partir de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo.

En total se destinarán 300 millones de dólares, de los cuales el banco sólo aportará 120. Los otros 180 millones de dólares —o su equivalente en moneda argentina— serán aportados por el gobierno de la Nación y los gobiernos provinciales por medio del presupuesto asignado al programa de salud.

Los programas no están concentrados en Buenos Aires, sino que son para las provincias de Formosa, Chaco, Misiones, Santa Fe, Córdoba, Tucumán, San Juan, Mendoza, Río Negro y Neuquén. Ello implica que el Estado, después de muchísimos años, invierte en hospitales, cuya arquitectura, funcionalidad y aparatología los colocará en algunos casos en niveles de excelencia y especialización. Así se encontrarán en inmejorables condiciones para ser contratados por las obras sociales para prestarlos servicios. A su vez, de esa manera podrán sufragar buena parte de sus presupuestos de mantenimiento y desarrollo.

Todo lo expuesto implica que estamos efectuando un cambio revolucionario en la República Argentina, puesto que los hospitales públicos no estuvieron nunca en condiciones de competir con la costosísima inversión del sector privado, que muchas veces se concretó a expensas de nuestra deuda externa y que estuvo dirigida en ocasiones a la adquisición de aparatos sin ningún sentido tecnológico ni mucho menos científico.

De esta forma estamos integrando un sistema que desde luego habrá que perfeccionar. Seguramente, esta Honorable Cámara posteriormente tendrá que efectuar retoques o agregados a este proyecto. Será necesario buscar su perfeccionamiento a través del transcurso del tiempo, ya que así surgirán los defectos de la norma y las vías para corregirlos.

Es la primera vez que hemos tomado el toro por las astas en la República Argentina. Toda esta estructura formidable que tiene diseminada el país ha sido puesta al servicio del bien común y del orden que lleva a la justicia y a la equidad de tratamiento para todos los argentinos.

No digo que este proyecto debiera contar con el auspicio de la unanimidad de la Cámara —porque estas circunstancias son muy difíciles de lograr—, pero los actores, el objetivo y los destinatarios merecen que el Parlamento ponga un acento especial en la consideración de la iniciativa, cuya aprobación solicito porque estamos en vías de poner en marcha un sistema realmente encomiable, justo y efectivo.

Para ilustración de los señores diputados, pediré que por Secretaría se dé lectura del texto del acta suscrita por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y la Confederación General del Trabajo. Dicha acta nos ha impulsado finalmente a enviar este proyecto. Es decir que hemos logrado la armonización con un sector fundamental de la vida argentina, como es el de los trabajadores organizados en sindicatos y representados en su totalidad por la CGT. En consecuencia, solicito que por Secretaría se dé lectura del acta que hice llegar oportunamente.

Sr. Presidente (Pugliese). — Si hay asentimiento de la Honorable Cámara, por Secretaría se dará lectura del acta correspondiente.

—Asentimiento.

Sr. Secretario (Bravo). — Dice así:

En la ciudad de Buenos Aires, a los seis días del mes de mayo de 1987, siendo las 20 horas se constituye la Comisión de Trabajo, compuesta por los señores Pedro Goyeneche, Secretario de Acción Social de la C.G.T., Raúl Amín, Lesio Romero, Juan Palacio y Juan Molina, Vocales del Consejo Directivo de la C.G.T. y colaboradores de la Secretaría de Acción Social de la misma, José Rodríguez, Secretario General de S.M.A.T.A., Mario Frangella, Secretario de Acción Social de la A.O.T. y Aníbal Martínez de la Unión Obrera Metalúrgica, colaboradores del grupo representativo de la Central Obrera, el Dr. Julio Chavarría, Secretario de Trabajo de la Nación y el Dr. Rodolfo H. Rodríguez, Interventor en el Instituto Nacional de Obras Sociales, quienes acuerdan producir el siguiente documento:

- La Sociedad Argentina en su conjunto ha manifestado en sucesivos e históricos acontecimientos su irrenunciable voluntad de convivir en paz, en el marco del Estado Constitucional de Derecho.
- La Democracia que aspira construir el Pueblo Argentino concilia los valores de la libertad e igualdad en la concepción de una participación creciente de la sociedad donde individuos e instituciones intermedias afiancen su responsabilidad en la gestión social.
- En este sentido el Estado, garante del bien común y las entidades nacidas como forma de organización autogestada por el pueblo, requieren marcos referenciales dentro de los cuales canalizar su vocación participativa asumiendo el rol que le corresponde

por derecho propio y compatibilizando esfuerzos en objetivos que trasciendan el legítimo interés sectorial extendiendo los beneficios de la solidaridad con carácter nacional.

—Acumular capital para el desarrollo; afianzar la capacidad para definir soberanamente nuestro perfil de país y generar riqueza creciente es una meta indisolublemente unida a la vocación por una justa distribución del esfuerzo y los resultados en pro de un mejoramiento en la calidad de vida de los argentinos.

Los servicios de salud y las otras prestaciones sociales, históricamente vinculadas al esfuerzo voluntario, individual y colectivo, de la sociedad, requieren en este marco conceptual, normas y sistemas que a la vez permitan al Estado asumir su indelegable función de promotor del bien común y a las sociedades intermedias consolidar su participación en la gestión directa de las acciones sociales.

Ambos proyectos legislativos propuestos hoy al señor Ministro de Salud y Acción Social, preservan equilibradamente los principios y objetivos prefijados y constituyen a tal fin un conjunto jurídico-funcional indisoluble, que a nuestro juicio, sentará un punto de partida real, racional y posible para avanzar en procura del objetivo fundamental: más y mejor vida para los argentinos.

Habiendo de esta forma dado cumplimiento a la misión que les fuera encomendada, los mencionados al principio suscriben de conformidad el presente documento, solicitando su posterior elevación ante el Poder Ejecutivo Nacional. Acompañamos los proyectos de ley sobre las Obras Sociales y sobre el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Sr. Presidente (Pugliese). — Continúa en el uso de la palabra el señor ministro de Salud y Acción Social.

Sr. Ministro de Salud y Acción Social. — Señor presidente: la lectura que acaba de hacerse me exime de formular otro comentario respecto de la participación de los dos sectores actuantes, de modo que sólo quisiera decir para finalizar que un mes atrás el ministro que habla concurrió a una reunión del Grupo de los Ocho —originado hace un par de años en Cartagena— vinculada al proceso económico de Latinoamérica.

En esa reunión se consideró el tema de la pobreza en América. Al respecto vale la pena que la Cámara sepa por mi intermedio que en ese foro de América latina y el Caribe —con la organización del Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, y la presencia de organismos internacionales y los ministros de la Argentina, Uruguay, Brasil, Perú, México, Panamá, Colombia y Venezuela— se trató todo lo vinculado a la salud. Ello se debe a que en 1987 la situación de América en cuanto a la capacidad

de respuesta de los gobiernos y de las naciones hacia las necesidades alimentarias del pueblo muestra un deterioro realmente espeluznante.

En la década del 70 el crecimiento del producto bruto de América latina arrojaba cifras aceptables, ya que era del 5,5 por ciento anual; pero a partir de 1980 esa relación pasa a ser del 12,5 por ciento en valores negativos, lo que ha traído como consecuencia el deterioro inmediato en las condiciones de alimentación de los países de América latina, que en este momento cuentan con 130 millones de personas que viven en la pobreza.

Con precisión dramática hemos logrado calificar a la pobreza absoluta como aquella que se demuestra en el núcleo familiar donde el ingreso por el trabajo de todos sus miembros no alcanza a cubrir sus necesidades alimentarias mínimas. Hay países en donde el 20 por ciento de la población se encuentra en esta situación. Es el caso de Colombia, en donde 6 millones de personas viven en pobreza absoluta. Sin embargo, en otros países la medición de este factor nos lleva a cifras aún más alarmantes.

Si perduran las actuales condiciones económico-sociales de la región, en el año 2000 —que es la meta fijada para erradicar la pobreza absoluta— 40 millones más de latinoamericanos vivirán en esa situación.

Desde luego, nuestro país es la única excepción en toda América en virtud de que es productor de alimentos. Por ello el parámetro de la alimentación, a pesar de las dificultades de las zonas marginadas y carenciadas, no muestra los índices alarmantes del resto de la región. Ello obedece al retroceso del índice de mortalidad infantil por la recuperación que hemos logrado en virtud del Programa Alimentario Nacional que este gobierno puso en marcha como sistema excepcional al comienzo de su gestión y que hasta la fecha ha llevado 1.500.000 cajas de alimento balanceado de 15 kilos cada una para hogares carenciados.

Esto trajo como consecuencia el mejoramiento inmediato de los índices de mortalidad infantil, mayor presencia de los educandos en el ciclo escolar y una notable mejoría del coeficiente intelectual de éstos, producto de una mejor alimentación.

Además debemos tener presentes los planes sobre comedores escolares que este gobierno llevó adelante. Por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires contamos con 850.000 niños que diariamente se alimentan en los comedores escolares, y en Córdoba, el PAICOR, que es un plan provincial, provee a los niños de útiles escolares, guardapolvos, zapatos y alimentos du-

rante los 365 días del año. En esta provincia 200.000 niños se encuentran controlados con fichas médicas —algunas de las cuales he comprobado y examinado reiteradamente— que demuestran no sólo una mejoría alimentaria en los hogares carenciados sino también una recuperación en los coeficientes intelectuales.

He traído a colación esta situación porque está directamente vinculada con el tema de la salud, pero al mismo tiempo demuestra que no hay posibilidad de desarrollo de los países de América latina y del Caribe si no logramos revertir la crisis mundial evidenciada en el proceso económico, el deterioro de los términos del intercambio, los subsidios que los países industrializados y centrales realizan a sus productos primarios, en competencia con los nuestros, y, finalmente, el tratamiento inequitativo y discriminatorio de las barreras aduaneras para con nuestros productos. Todos estos factores nos conducen a una situación muy difícil; por ello es que la solidaridad y la necesaria búsqueda de la armonización de todos los recursos que tiene la Argentina, que no son suficientes para el tratamiento de las enfermedades y la preservación de la salud, en un sistema donde la participación de todos se refleje en un gran plan de acción, nos puede y nos debe conducir a una mejoría notable en la próxima década.

Quizá podamos mirar al año 2000 con alguna esperanza, probablemente con más perspectivas que otros hermanos latinoamericanos. Asimismo, tal vez comencemos a auxiliar —en esta búsqueda de la unidad de los pueblos de América latina— a quienes nos necesiten, demostrando cómo funciona en la Argentina la justicia social a través de este sistema solidario de salud. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Pellin. — Señor presidente: cuando en abstracto hablamos de la salud, habitualmente coincidimos en que es un derecho básico, primario y natural. Disentimos en la forma de instrumentar este derecho para que toda la sociedad tenga acceso a él.

La salud, como un elemento perteneciente al fenómeno sociocultural, está ligada a la historia de los pueblos, y en el caso de nuestro país es consecuencia de una situación de desencuentro en los últimos veinticinco años. Por esa razón, en este momento, la política de salud proviene de la integración de los distintos sectores que, como dije, desde hace veinticinco años vienen mostrando un desencuentro en perjuicio de la salud de la población y de los recursos que se destinan a ese sector.

En esta evolución, creemos que es fundamental acordar que el país no ha fijado todavía, en su proyecto nacional, una conceptualización de la salud acorde con los modelos que la sociedad está reclamando.

Hay cuatro elementos esenciales que deben ser eje y guía para obtener un sistema de salud. Hemos vivido un modelo mecanicista e individualista, sujeto a las leyes de consumo del mercado. Creemos que debe ponerse énfasis en todo lo que es prevención. Esta última no sólo es menos gravosa —desde el punto de vista de los recursos que se invierten— sino que también fomenta la participación de la población en el cuidado de su propia salud.

Otro elemento fundamental que favorece la conceptualización de un nuevo paradigma en la materia, consiste en entender que la salud no puede, por sí, resolver todas las cuestiones; debe estar abierta a la multicausalidad, a través de su vinculación con otros sectores y otras disciplinas.

Finalmente, es necesario erradicar el concepto de salud como un mecanismo esencialmente biológico, pues también tiene connotaciones sociales y medioambientales. Además, es menester evitar toda forma de autoritarismo que impida la participación de la población en el cuidado de su propia salud y en la conducción del sistema.

Las experiencias legislativas en esta materia son susceptibles de ser divididas tomando como hito la gestión de Ramón Carrillo.

Con Carrillo, vivimos la jerarquización global del sector, que de una Dirección de Higiene dependiente del Ministerio del Interior y de una Sociedad de Beneficencia pasó a ser un Ministerio de Salud que duplicó con creces la capacidad instalada en camas de internación, porque en diez años pasamos de 60 mil camas a 134 mil.

Pero luego comienza lo que yo llamo el desencuentro de los distintos sectores. Todos sabemos que en la Argentina la estructura organizativa del sector salud funciona a través de las obras sociales y de los sectores público y privado. Estos tres subsectores no están coordinados entre sí, lo cual en este momento de escasez resulta un agravio, por los recursos que invierte el país en este sistema. Y esta afrenta será tal hasta que no llegemos de alguna manera a la integración.

Entre los antecedentes legislativos podemos mencionar la ley 6.647 de la provincia de Buenos Aires, de 1961, que estableció la regionalización sanitaria de la provincia, siendo después de Carrillo el primer intento real de integra-

lidad de todos los subsectores a nivel del sistema prestador. Esto quiere decir que hizo el abordaje de la situación más allá de la superestructura, ya que tomó por objeto el sistema prestador. De esta manera el profesional cumplía su tarea en el hospital público en forma integral y con dedicación exclusiva, atendiendo a todos los pacientes, cualesquiera fueran su extracción y el tipo de cobertura que tuvieran. Esta experiencia optimizó la eficiencia del sector de tal manera que generó grandes resistencias, y lamentablemente —por motivos que no explicitaré ahora— la ley terminó siendo prácticamente derogada.

En 1974, la ley 20.748 crea el SNIS y también propone la integración de todos los subsectores.

En estos momentos podemos decir que ninguno de los tres subsectores que ofrecen salud en la Argentina es capaz de autoabastecerse. Existe entre ellos una dependencia absoluta, y esa integridad la está haciendo el paciente, que en una oportunidad se atiende en el hospital público o utiliza el servicio de la obra social, y que cuando tiene dinero para pagar la consulta recurre al consultorio privado.

La ley que creó el SNIS también tuvo el propósito de integrar las obras sociales al sistema. Como todos recordaremos, el artículo 36 de esa ley incorporaba las obras sociales en forma paulatina y voluntaria, y el mensaje que acompañaba el proyecto enviado al Congreso, con la firma del general Perón, también aludía a esta integralidad.

Los gobiernos de facto siempre llevaron a la conceptualización mecanicista de la salud, a su privatización a ultranza y a reservar al Estado un papel subsidiario. Por eso es que esto no lo consideramos ahora.

Al hablar del tema de la salud hay propensión a hacer idealizaciones. Por ello es interesante hacer una referencia, aunque sea en forma somera, a la actual situación en la que se inserta este proyecto de ley de seguro de salud.

Con respecto a los recursos humanos podemos decir que la República Argentina tiene un indicador de un médico cada 300 habitantes. Se trata de una relación óptima. Este es uno de los primeros países del mundo en cuanto a relación médico-habitantes. Pero a su vez revela una distorsión, porque la relación médico-auxiliares de la medicina —por ejemplo, enfermeras— es de dos médicos por cada auxiliar, cuando debería ser a la inversa.

Esperamos en los próximos tres años el egreso de 18 mil médicos, con lo cual la plétora mé-

dica provocará que gran cantidad de aquéllos no tengan dónde ejercer su profesión.

En este momento la capacitación de pre y posgrado está alejada de la realidad sanitaria. Capacitamos al médico para que ejerza su profesión en grande urbes de países desarrollados, con lo que probablemente le estamos escamoteando lo que es la realidad sanitaria del país. Con relación a la capacitación de posgrado, apenas el 20 por ciento de los egresados tiene posibilidades de acceder a una residencia médica, que es el sistema probado más eficiente para este tipo de capacitación.

En cuanto a los recursos materiales, las camas de internación no han sido renovadas desde hace muchos años. Hay 140 mil aproximadamente, lo que representa, de todas formas, un indicador más o menos óptimo de 6 camas por cada mil habitantes.

Me interesa recalcar un aspecto sobre el que se ha insistido y que es el de la obsolescencia de las plantas físicas de los establecimientos públicos. Si bien esto es parcialmente cierto, es a partir de estas mismas plantas físicas, desgastadas por el tiempo y mal atendidas, que debe producirse la rehabilitación del sector público.

No es esperando una superavitaria infraestructura de inversión como se podrá colocar al sector público a tono con una buena situación, porque lo que fundamentalmente se requiere es la atención médica, la participación en equipo de los médicos, enfermeras y personal auxiliar. De modo tal que si bien la planta física del establecimiento es importante, ya mismo se puede comenzar a trabajar con la estructura disponible, porque el problema no es fundamentalmente financiero, sino de organización.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Comisión de Asuntos Constitucionales, doctor Jorge Reinaldo Vanossi.

Sr. Pellin. — Con respecto a los recursos financieros, ya se ha dicho que el gasto en salud es suficiente, es decir, se halla a la altura de los países desarrollados, porque representa el 7 por ciento del producto bruto interno, mientras que la seguridad social contribuye aproximadamente con el 3,5 por ciento para este gasto.

Lo que sucede es que el sector público ha retraído la inversión al 20 por ciento en este gasto. El resto lo pone el usuario de su propio bolsillo, y a pesar de esta inversión lamentablemente los indicadores de salud no son los óptimos. Tanto es así que los índices de mortalidad infantil son superiores a los de países como Chile, Cuba y Costa Rica, en Latinoamérica.

Además, todavía tenemos un 30 por ciento de la población por debajo de las condiciones básicas de vida.

Profundizando un poco el tema de la mortalidad infantil, podemos decir que en ella se reflejan aún las causas evitables incluso teniendo en cuenta nuestra condición de país subdesarrollado, localizándose los mayores índices en las zonas periurbanas de las grandes ciudades, en las áreas rurales, en familias con baja escolaridad y deficiente servicio sanitario.

Señor presidente: creemos que este proyecto podría ser objeto de muchas observaciones, pero también presenta una serie de ventajas que quiero remarcar. Cabe señalar la ventaja de la cobertura, pues implica un compromiso respecto a la inclusión de los trabajadores autónomos y de aquellos que no tienen cobertura de ninguna obra social.

El proyecto contiene un modelo organizativo buscado durante muchos años: el de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva. Condiciona el fondo de redistribución solidaria a la dación de un porcentaje fijo asignado a todas las obras sociales que de alguna manera no puedan financiar sus prestaciones.

Esto significa un apartamiento de la discrecionalidad política en lo referente a los recursos del Fondo Solidario de Redistribución.

La ya mencionada integralidad de los subsectores constituye un elemento buscado desde hace mucho tiempo en la Argentina, y el proyecto de ley lo reivindica en función de la escasez de los recursos, de su mala aplicación hasta el momento, y en razón de que ninguno de los tres subsectores puede por sí solo satisfacer el ciento por ciento de las prestaciones. La iniciativa en consideración es un buen punto de partida para confeccionar una estrategia y una línea de acción que permita el desarrollo de un plan de salud en la Argentina que contemple gran parte de las situaciones que hemos mencionado.

Tenemos objeciones que formularemos durante el tratamiento en particular, aunque adelantare el sentido de algunas de ellas.

En lo que se refiere al tema de la participación, las provincias no están contempladas en la conducción central de la ANSSAL. El fundamento para que las provincias estén en la conducción de esa administración reside en que el Estado nacional ya casi no tiene establecimientos de su jurisdicción porque ha efectuado una descentralización. Son las provincias las dueñas de estos establecimientos. En este sentido cabe señalar que el 60 por ciento de todos los establecimientos públicos del país están en poder de las provincias, así como también el 65 por ciento de las

camas de internación. En consecuencia, un elemento de estímulo para que las provincias comprendan el espíritu federalista que se le quiere imprimir a esta iniciativa es que ellas figuren en la conducción central de la ANSSAL.

También creemos que deben provincializarse los fondos de las obras sociales nacionales; esto significa que su recaudación y aplicación deben operar en el lugar de la prestación. Por otro lado, el proyecto de ley no contempla aspectos relativos a la carrera sanitaria, que serían necesarios a efectos de fijar un escalafonamiento del trabajador de la salud, limitar el trabajo a destajo, proporcionar las vacaciones y determinar los espacios temporales de capacitación que una profesión como la médica requiere.

El proyecto de ley tampoco prevé modalidad orgánica alguna en que se apoye toda la integralidad que en el campo financiero pretende realizar, obviándose la conceptualización de "región", que es fundamental a efectos de visualizar en el espacio y en el tiempo los recursos integrados.

Más allá de todas estas objeciones, y por considerar que este puede ser el punto de partida para que luego de transcurridos cuatro años el sector de la salud en la Argentina comience a andar, adelanto nuestro voto afirmativo en general.

Sr. Presidente (Vanossi). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Lépori. — Señor presidente: este proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud enviado por el Poder Ejecutivo nacional cierra un primer ciclo de la legislación social, en el que debemos incluir el Programa Alimentario Nacional, el Fondo de Asistencia en Medicamentos, la patria potestad y el régimen de locaciones urbanas. Se trata de una iniciativa de ninguna manera improvisada. Lo digo porque desde el momento en que se hizo cargo, el gobierno democrático tuvo una preocupación fundamental y prioritaria en el sentido de que la salud, como un bien preciado, necesitaba ser ordenada en el ámbito de la República. Nosotros lo entendimos así y fue el propio Ministerio de Salud y Acción Social el que citó a los distintos representantes oficiales de los gobiernos provinciales, ministros y subsecretarios del área, quienes conformaron en diciembre de 1984 un acta en la cual se ponían las bases necesarias para una nueva política referente a la salud.

Como se leyó aquí, recientemente existió también un acta de compromiso donde fundamentalmente se consideraba que tanto el proyecto de ley de obras sociales como el de seguro nacional de salud constituyen un ente jurídico funcio-

nal indisoluble, y entre los considerandos fundamentales se decía como conclusión que dentro de lo racional, de lo real y de lo posible se podía avanzar para concretar los principios esenciales sobre el tema, es decir más y mejor vida para los argentinos.

Estamos convencidos de que este proyecto en consideración es perfectible, como toda ley, pero también lo estamos de que otra alternativa a este modelo significa sin duda consolidar privilegios y profundizar desigualdades del actual régimen.

A eso se debe que este proyecto contemple un espíritu democrático, tratando de unir y de igualar, venciendo los viejos conceptos que buscan separar y discriminar. Avanzando en esta propuesta, si se logra su aprobación estaremos dando un sentido vital a la democracia en un área tan importante como la de la salud, pues con este sistema conseguiremos una cobertura universal e igualitaria para que no existan argentinos con más derecho a la vida que otros.

Este es un proyecto que tiene como concepción general la de ser integrador, donde por supuesto la aplicación de las políticas y la supervisión están a cargo del Estado en su conjunto; en lo que respecta a las instituciones intermedias, como son las obras sociales, mutualidades o sectores privados, cumplen el cometido mediante gestiones directas en una auténtica expresión de democracia social.

Este sistema de salud no ha tenido en el país a lo largo de los años un plan regulador; no tuvo políticas que se aplicaran con equidad. Más bien era un sistema anarquizado con una administración diferente, donde a veces había medicinas por sectores y los más perjudicados eran los más necesitados.

En la nueva concepción se busca fundamentalmente tener como base principios sociales, que sólo voy a enumerar: la cobertura universal, la pluralidad, la participación, el federalismo y la solidaridad, como bien se dijo aquí.

En lo que respecta a sus expresiones fundamentales, este proyecto tiene el propósito de beneficiar mediante prestaciones igualitarias, integrales y fundamentalmente humanizadas a todos los sectores de la población.

He escuchado algunas apreciaciones que no vamos a contestar porque entendemos que la comprensión de todos los miembros de este honorable cuerpo es importante para salir adelante y sancionar este proyecto de ley. Pensamos que es correcto que la ANSSAL —organismo que reemplaza al INOS— esté integrada mayoritariamente por representantes del Estado, y que actúe en el ámbito de la Secretaría de Salud Pú-

blica. La Comisión Permanente de Concertación y el Fondo Solidario de Redistribución cumplen también importantes cometidos. Están dadas además las condiciones para que pueda ejercerse el control necesario y suficiente a través del síndico o de sindicaturas colegiadas.

Los agentes del Seguro confeccionarán los programas de prestaciones de salud, para cuya aprobación deberán presentarse los balances de ingresos y egresos anteriores y los certificados de contrataciones. Los prestadores harán lo mismo que los agentes de obras sociales.

Estamos ante un proyecto muy caro a los sentimientos del pueblo en general. Aquí se hablaba de jerarquizar al hospital público, pero no basta con reemplazar los equipamientos y modernizar las estructuras edilicias obsoletas. Es fundamentalmente necesario integrarlo a la sociedad para que por medio de la participación comunitaria adquiera la verdadera jerarquía que debe tener un hospital público. Pedimos en consecuencia el apoyo a este proyecto de ley, en la seguridad de que de esta forma estaremos afianzando la democracia.

Somos conscientes de que tal vez no hemos cumplido en todos los órdenes, pero tenemos la tranquilidad de que estamos avanzando por el buen camino de la recuperación social. Quisiéramos poder sancionar este proyecto con el respaldo de todos. Quisiéramos —para utilizar una frase que no por su apariencia de *slogan* deja de tener un contenido definido— salud para todos y una mejor vida para los argentinos. (Aplausos.)

Sr. Presidente (Vanossi). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Alsogaray. — Señor presidente: la dificultad que nos crean debates sobre proyectos de este tipo es que evidentemente hablamos lenguajes diametralmente opuestos. Nosotros hablamos el lenguaje de la Constitución Nacional, que es el lenguaje de la mentalidad y la filosofía liberal, mientras que los autores y defensores de estos proyectos hablan el lenguaje de la tendencia a la masificación y a la socialización.

No estoy haciendo una recriminación; simplemente señalo que se trata de dos lenguajes completamente distintos y de allí se deriva la dificultad para entendernos, ya que no hay modo de compatibilizar dos principios opuestos.

En la concepción liberal predominan el individuo y los derechos individuales y humanos, y en las tendencias socializantes predomina el semidiós del Estado y la burocracia. Estamos frente a esa dificultad y no encuentro la manera de salvarla. Simplemente se me ocurre decir que

no nos enojemos y que expongamos cada uno nuestros puntos de vista. Esperemos que algún día la población llegue a comprendernos.

Sr. Pepe. — Algún día muy lejano.

Sr. Alsogaray. — O cercano.

Sr. Presidente (Vanossi). — Ruego a los señores diputados que no dialoguen.

Continúa en el uso de la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Alsogaray. — Estos proyectos de ley llegaron a la Cámara en forma de "paquete", lo cual, de por sí, constituye una expresión más de masificación. Por otra parte, también indica que hay un hilo conductor que liga unos con otros. No son independientes; existe un pensamiento rector que está detrás de ellos y es por eso que se presentan en paquete.

Además, se intentó que fueran votados a libro cerrado. Apenas pudimos conseguir, tras una ardua labor, una espera de 24 horas para que previamente se trataran en el seno de las comisiones respectivas.

Se montó un *show* con representantes de entidades empresarias a quienes se hizo hablar cuando ya estaba todo decidido. Luego de eso, comenzó su tratamiento en la Cámara.

Ahora sabemos —me permitiré citar al señor diputado Cornaglia— cuál es el hilo conductor de estos proyectos. En su iniciativa vinculada con el régimen del contrato de trabajo, que falta agregar a este paquete, se expresa claramente ese pensamiento, al igual que en declaraciones que ha hecho en distintos medios. Agradezco su actitud, porque de esa forma nos ahorra el trabajo de investigación.

El señor diputado ha señalado que estos proyectos son la punta de lanza de un proceso de "democracia social" con tendencia a la socialización, lo cual quedará plasmado en la futura reforma constitucional. Esto es algo que está escrito y que nos ayuda a conocer ese pensamiento y proceder en consecuencia.

El señor diputado Clérico ha entrado en mayores detalles. Es más joven y tiene más paciencia que yo para hurgar en estas iniciativas, y sobre todo, para hablar inútilmente. (*Risas.*) Está haciendo sus primeras armas en esta Cámara y debe recorrer ese camino.

Sin embargo, me referiré a dos de los artículos que contiene este proyecto, pero no para abordar su tratamiento en particular, sino para que se comprenda cuál es la filosofía que hay detrás de todo esto y para que se advierta el lenguaje retórico empleado. Por otra parte, todos los señores diputados preopinantes, de una u otra for-

ma, los han comentado, pronunciándose —claro está— en un sentido distinto.

El artículo 2º establece: "El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva".

Ahí está todo, y está presente también el uso pleno del recurso retórico.

Quien lea ese artículo sin estar informado sobre lo que se esconde detrás, creará que en la Argentina la salud se ubicará en el mejor de los mundos y que todos tendrán lo mejor.

Las dificultades comenzarán cuando se quiera poner en práctica este sistema.

No sé cómo hará el distinguido doctor Favalaro para atender a cientos de miles de pacientes que requerirán sus servicios. Pero quienes no puedan operarse con él, dirán que el tratamiento no es igualitario. Y así será, porque alguien tendrá el privilegio de ser operado por el doctor Favalaro, mientras que otros no contarán con esa posibilidad y pensarán que van a recibir una medicina de segunda clase.

De manera que hacerle creer a la gente que con esta iniciativa todos serán iguales, todos van a recibir la misma prestación y todos van a vivir en el mejor de los mundos, constituye uno de los recursos habituales de la retórica y de la demagogia, pero no guarda ninguna relación con un proyecto serio que pretenda organizar la salud en el país.

Sr. Cornaglia. — ¿Me permite una interrupción, señor diputado?

Sr. Presidente (Vanossi). — El señor diputado Cornaglia le solicita una interrupción. ¿Se la concede, señor diputado?

Sr. Alsogaray. — No, señor presidente. Al final de mi exposición podrá hacer uso de la palabra. Yo no me extenderé demasiado y seguramente en ese momento el señor diputado recordará mis conceptos.

Sr. Presidente (Vanossi). — Continúa en el uso de la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Alsogaray. — Señor presidente: esta manera de encarar los temas y este igualitarismo surgen de dos sentimientos muy conocidos: la envidia y el odio al que sobresa. Es decir que aquí no se trata de que pueda haber mucha gente que pueda atenderse con el doctor Favalaro, sino

de que nadie se pueda atender con él, porque de esa manera se iguala. Pero se lo hace hacia abajo, para que nadie pueda sobresalir y para que nadie pueda hacer un esfuerzo en su vida ahorrando para tener acceso, llegado el caso, a una excelente prestación. Se trata de que nadie lo pueda hacer. De esta manera se pretende igualar sobre la base de que ninguno sobresalga. Este es un concepto general que se aplica no sólo a esta iniciativa, sino a toda la filosofía económica que funciona en el país en este momento.

El señor diputado Clérical ha citado el problema de los médicos, de los sanatorios, de los sistemas prepagos, etcétera. Este es otro aspecto de la misma índole. Hay un fastidio contra ellos. Existe una subestimación de su importancia y la creencia de que sólo responden a "intereses mercantiles". No se dan cuenta de lo que esto significa. Tampoco saben lo que son los laboratorios. Hay una persecución contra ellos. Tanto es así que un laboratorio importante se fue del país y dejó de producir insulina. Como consecuencia de ello, hubo que buscar rápidamente otro que viniera a producir ese medicamento, otorgándole privilegios. Existe una actitud anticapitalista, antiempresarial y antitodo lo que signifique progreso en esta materia. Por supuesto que dicha actitud siempre se basa en la idea del igualitarismo.

Este proyecto significa un nuevo avance del Estado y mantiene la tendencia a la socialización. Es, además, un nuevo avance de la burocracia. Aclaro una vez más que no debemos confundir la burocracia con los verdaderos funcionarios y empleados del Estado. Estos últimos cumplen funciones en aquellas actividades para las cuales el Estado está concebido y son absolutamente necesarios; su situación debe ser mejorada y a ellos les debemos nuestro respeto. Cuando hablamos de burocracia nos referimos a esta trama y a esta maraña que inhiben las mejores iniciativas de la gente de trabajo del país.

Con estas leyes hay más cargos de subsecretarios, más cargos de directores, más pasajes al exterior, más congresos a los que se debe asistir y más dinero para gastar, que por supuesto será pagado por los beneficiarios del seguro de salud y por los trabajadores de la República. Además, se contrarían las directivas del presidente de la Nación, que constantemente nos habla de privatización, descentralización, federalismo y de "sacar la cincha que ahoga las actividades económicas". Cada proyecto de este tipo que llega al Congreso hace exactamente lo contrario de lo que el presidente desea, pero éste es un

problema que deberá analizar el nuevo coordinador de las secretarías del gabinete a fin de ver si se cumplen las disposiciones del presidente.

¿Qué debe hacerse? En primer lugar, al Estado la corresponde ocuparse de la salud pública. Ya tendría para entretenerse si se encargara de la drogadicción, del mal de Chagas y de tantas epidemias y endemias que existen en el país. Esa es la función del Estado, que los particulares le delegan porque no están en condiciones de atenderla privadamente.

En segundo lugar, el Estado se debe ocupar de aquellos que verdaderamente no pueden atender su salud por sus propios medios y recursos, o sea, los ahora llamados carenciados. Este sector debe ser atendido subsidiariamente por el Estado, pero éste no tiene por qué hacerlo en forma directa. Puede contratar los servicios con eficientes institutos privados. Todo el resto de la salud es responsabilidad del sector privado, y cada uno tiene que proveer a su propia asistencia en función de sus posibilidades. De manera tal que ese vasto sector no tiene por qué incidir sobre el Estado ni cargar sobre los hombros de los contribuyentes.

Además, hay una razón fundamental, cual es que de esa manera vamos a tener un programa de salud eficiente. Si esperamos que el Estado y la burocracia se ocupen de la salud como lo han hecho con el petróleo, que ahora estamos importando, tendremos descenso de la natalidad en el país y quizá dentro de poco —puede ser tres años— tendremos que importar habitantes.

La síntesis de nuestra propuesta —en realidad no se trata de un proyecto formal porque no es ésta la oportunidad de presentarlo— consiste en que el Estado se debe ocupar de la salud pública, de los verdaderamente carenciados, en forma subsidiaria...

Sr. Pellin. — ¿Me permite una interrupción, señor diputado?

Sr. Presidente (Vanossi). — El señor diputado Pellin le solicita una interrupción, señor diputado. ¿La concede?

Sr. Alsogaray. — Ello significaría consagrar una desigualdad en este Estado igualitario; prefiero no conceder esa interrupción porque mi intervención sólo insumirá unos minutos más.

Sr. Presidente (Vanossi). — Continúa en el uso de la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Alsogaray. — Señor presidente: he tratado de resumir los que a nuestro juicio son los puntos fundamentales de este tema. Por supuesto

que hay que sancionar una norma sobre salud y seguro de salud, pero de otro tipo. Debería ser un instrumento que coincida con los preceptos de nuestra Constitución Nacional y con las técnicas modernas en la materia, porque con este proyecto estamos marchando nuevamente contra la corriente. En momentos en que en el mundo entero se está volviendo a la actividad privada y a la mecánica liberal como único medio de resolver los problemas, en la Argentina estamos caminando otra vez en sentido inverso. Esta tendencia hacia el liberalismo se registra no sólo en los países de avanzada sino hasta en los socialistas, que están tratando de salir de la oscuridad de ese sistema para iluminarse un poco con lo que está del otro lado. La República Argentina marcha contra la corriente al sancionar instrumentos legales como el que estamos considerando.

Por último, quisiera hacer una referencia de carácter político. Durante la campaña electoral de 1983 el señor presidente de la Nación y el partido oficial hicieron hincapié en un supuesto pacto militar-sindical. Nunca se aclaró este tema; pero ahora estamos en presencia de un verdadero pacto radical-sindical, no oculto como aquel otro, que nunca se supo quiénes lo suscribían. En esta oportunidad tenemos un ministro sindicalista en el gabinete, y el compromiso y la urgencia de sancionar estos proyectos de ley porque forman parte del pacto. Evidentemente, esto otorga un rédito a los dos miembros del acuerdo: al Estado y al partido oficial, porque les brinda la posibilidad de tener más cargos en la burocracia, y a los sindicatos porque les da poder e intervención en el manejo de sectores de gran importancia. De manera que este pacto se está cumpliendo, y seguramente se seguirá concretando por medio de la sanción de estas iniciativas, respecto de las cuales lo único que nosotros podemos hacer, tal como lo expresaba el señor diputado Clérici, es dejar sentada nuestra oposición, sin que podamos por ahora influir en lo más mínimo.

Sr. Presidente (Vanossi). — Para una aclaración tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Cornaglia. — Señor presidente: por su intermedio agradezco al señor diputado Alsogaray esa función de exegeta que asume periódicamente con referencia a mis conceptos, pero me veo en la obligación de tratar de aclararlos.

Es cierto que de acuerdo con nuestra concepción acerca de lo que necesita la salud del país queremos poner en marcha un proceso que tienda a la prestación de salud con garantía iguali-

taria. Pero nos extraña que un hombre del liberalismo haya perdido el sentido correcto de la defensa del concepto fundamental de la Revolución Francesa y de la época en la que ese liberalismo servía para algo. Aun hoy debe ser reivindicado, asumido y defendido para aquellas cosas en las que es necesario.

En esa época la igualdad era una búsqueda concreta para poder ejercer los mecanismos de la soberanía política, pero, a la vez, existía un contenido de la filosofía del hombre que buscaba mecanismos de justicia prácticos y ciertos en su tiempo y comprometidos con la hora que les tocaba vivir. Ese mismo concepto tendrá que hacer comprender que este proceso de socialización que a algunos asusta, busca la defensa de la igualdad y se corresponde con una concepción humana de la vida, al servicio de la idea de que no hay una igualdad teórica sino una igualdad práctica y posible.

Mediante el sistema que se pretende establecer se permitirá, por ejemplo, que el doctor Favaloro intervenga quirúrgicamente a quien más lo necesite. De esta manera el talento de este brillante cirujano, en lugar de estar al servicio de aquel que puede pagar para que le efectúen una operación, que quizás no necesite, servirá para atender los casos que efectivamente requieran de su atención. Este mecanismo de prestación de salud hará posible que el talento del doctor Favaloro sirva en iguales condiciones para algo útil y no tan sólo para un negocio.

Los que se han quedado en una concepción atrasada de la defensa de la igualdad, podrán ver que ésta sirve tan sólo al desarrollo capitalista, tiene poco sentido humano, masifica grandes niveles de pobreza y construye desigualdades tremendas.

Estamos en la búsqueda de una igualdad humana que no se asusta de los procesos de socialización, sobre todo si ellos se ajustan a lo establecido en la Constitución argentina, especialmente en aquellos puntos que hacen referencia a la política laboral y de seguridad social.

El señor diputado Alsogaray manifestó que hablaba el lenguaje de la Constitución, pero parece que hacía referencia al lenguaje de una Constitución liberal bastante deshumanizada. Por ello quiero defender los aspectos más importantes de esa Constitución liberal, que son producto del pensamiento de Crisólogo Larralde y del radicalismo, y que establecen la concepción de un Estado social de derecho que nos enorgullece y no nos asusta. En el artículo 14 bis establece: "En especial, la ley estable-

cerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles...” Esto lo dice porque “El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable”. Este es el programa transformador y extraordinario de la Constitución argentina, que no teme a la socialización cuando ella nutre a un proceso de justicia y se ajusta al estado de derecho que tenemos que respetar por la vigencia plena de esta Constitución, por lo valioso que ella tiene para enfrentar la crisis que sufren muchos argentinos y, además, por las construcciones que nos permite realizar para llegar a un camino de solución. (*Aplausos.*)

Sr. Pellin. — Pido la palabra.

Sr. Presidente (Vanossi). — ¿A qué efectos, señor diputado?

Sr. Pellin. — Para hacer una aclaración sobre manifestaciones vertidas por el señor diputado Alsogaray.

Sr. Presidente (Vanossi). — Para una aclaración tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Pellin. — Señor presidente: creo que es fundamental aclarar el concepto de atención médica igualitaria, que cuando no se respeta lleva a más enfermedad y más muerte. Por esa razón, esa atención igualitaria es un objetivo óptimo al que debemos aspirar.

Asimismo quiero remarcar que en Gran Bretaña —cuna del liberalismo— la medicina está socializada y los mejores especialistas trabajan *full time* en los hospitales. De manera que en la medicina no hay dioses. El propio doctor Favalaro piensa, incluso, que no es omnipotente. Lo que se espera de cualquier sistema de salud es que pueda resolver eficientemente los problemas que se susciten en ese ámbito y que lo haga lo más cercanamente posible a donde ellos se producen.

Sr. Alsogaray. — Pido la palabra.

Sr. Presidente (Vanossi). — ¿A qué efectos, señor diputado?

Sr. Alsogaray. — Para contestarle al señor diputado Pellin. (*Risas.*)

Sr. Presidente (Vanossi). — Para una breve intervención tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Alsogaray. — Señor presidente: dije al principio que no nos íbamos a entender porque hablamos dos lenguajes diferentes.

Si vamos a discutir cada una de las palabras, nos pasaremos varios días reproduciendo debates que ya tienen doscientos años, lo que ni remotamente es mi intención en este momento.

En materia de igualitarismo, el liberalismo es campeón de la igualdad, pero de igualdad ante la ley, y eso es lo que hay que entender. Lo que ocurre es que las leyes deben ser “normas generales de conducta justa” y no cualquier documento que salga de este Congreso.

En cuanto al doctor Favalaro —al que ya hemos molestado bastante esta noche—, yo no he dicho que él no pueda operar a una persona humilde o que hay alguien que no pueda tener acceso a sus servicios. Inclusive, sé que tiene una fundación donde opera y no cobra nada, donde realiza una gran obra. Pero mi planteo consiste en saber cómo se hace si hay cincuenta mil pacientes que quieren operarse con él. ¿Cómo hacemos para darles una medicina igualitaria? Ello no será posible. Habrá que definir algún criterio de selección. Si no les gusta el criterio “capitalista” tendremos que ir entonces al burocrático. En este sentido, será el comisario del pueblo el que tendrá que decidir quién se opera con Favalaro y quién no.

Si están de acuerdo dejemos pendiente esta cuestión de fondo para un gran debate doctrinario. Ustedes voten este proyecto de ley por la afirmativa, mientras que nosotros lo haremos por la negativa.

Sr. Presidente (Vanossi). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Curátolo. — Señor presidente: no es nuestra intención ser contestatarios, pero sin lugar a dudas las expresiones del señor diputado Alsogaray deben ser respondidas.

En primer lugar, ante una inminente necesidad quirúrgica, nuestro criterio apunta a que se atienda al más grave, a aquel más necesitado, sin que se tenga en cuenta el grado de solvencia económica, como podría ocurrir en el modelo capitalista liberal que defiende el señor diputado Alsogaray.

Sobre la base de estas diferencias, es obvio que no nos pondremos de acuerdo, como tampoco con el criterio socializante, especialmente en los aspectos que conciernen a la prestación de salud, por cuanto en todo ello se da un alto y profundo contenido de la solidaridad social, que está negada en el liberalismo, porque por lo visto propicia una medicina para ricos y otra medicina para los pobres.

Además, se hace referencia a la envidia de los pobres. ¡Cómo no va a sentir envidia un hombre pobre si ve morir a sus hijos por no tener la misma atención que recibe el paciente rico, que sí puede salvar a sus hijos! Naturalmente, tiene que tenerla, y con mucha razón. Incluso tiene que sentir odio, como bien me acotan aquí, odio al sistema que establece una inequidad tan grande como la que nos quiere hacer aparecer al señor diputado Alsogaray como la panacea de las virtudes, donde la medicina se presta de acuerdo con las leyes del mercado, como una simple mercancía que se compra y se vende al mejor postor.

También habló del petróleo y de la importación que no sé qué tendrá que ver con el Seguro Nacional de Salud, y dijo que nuestra política es antiempresa y anticapitales.

Es posible que en este momento alguna de las leyes con profundo contenido social que hemos sancionado preocupe a aquellos capitalistas que no tienen sentido de la solidaridad, pero ello no ocurre con quienes sienten sinceramente la necesidad de tener una actitud distinta ante la sociedad.

Tampoco es cierto que tengamos una política antiempresa, porque en ese caso no sé cómo se justificaría —yendo a los números, que tanto le gustan al señor diputado Alsogaray— que el año pasado el crecimiento en las inversiones haya sido del 15 por ciento, mientras que hoy podemos observar que en el primer trimestre de 1987 la inversión aumentó un 14,8 por ciento, y que el producto bruto interno también creció en 1986 un 6 por ciento y en el primer trimestre de este año un 2,7 por ciento.

El señor diputado por la Capital se refirió además al pacto militar-sindical e hizo una comparación. Yo creo que en esto no hay buena fe, porque no se puede comparar eso con una concertación en un sistema democrático donde se dialoga, se logra la unidad en el disenso y se compatibilizan intereses e ideas para lograr objetivos comunes, a fin de alcanzar aquellos denominadores que permitirán al país salir de esta encrucijada, de esta crisis que vivimos.

Dejaré de lado estas contestaciones para referirme concretamente al tema que nos ocupa.

Sostengo que todo sistema que tenga por finalidad la atención de la salud, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud debe ser imaginado, instituido y organizado en función de que el ser humano logre su bienestar psicofísico y social, concentrando todas las acciones y esfuerzos hacia el objetivo superior de promover el bienestar general, que forma parte del Preámbulo de la Constitución Nacional.

Es responsabilidad del Estado la planificación, reglamentación y control de lo atinente a la salud de la población en un marco de adecuado respeto de los derechos y garantías que nuestra organización política y social reconoce a los habitantes y de los principios básicos que deben orientar todo sistema destinado a las prestaciones médico-asistenciales: libertad y dignidad del hombre; igualdad de los individuos para recibir los servicios sin diferencias o limitaciones por razones sociales y económicas; integralidad que se concreta en la cobertura con el fin de mantener, recuperar o rehabilitar la salud; calidad de los servicios, poniendo al alcance de la población la utilización racional, adecuada y posible de los adelantos técnicos y científicos; accesibilidad y oportunidad para que las acciones en salud lleguen a todos los lugares cuando se las necesita, sean grandes centros urbanos o poblaciones menores, arbitrando eficientes mecanismos de derivación.

Tenemos conciencia de que la planificación y legislación, en cualquier área, no pueden ni deben desentenderse de la realidad sociológica e histórica debidamente valorada. El conocimiento de la realidad es necesario no sólo para planificar, dictar normas e implantar sistemas sino para ajustarlos, adecuándolos a las cambiantes circunstancias sociales, políticas y económicas, por lo que todo ordenamiento debe ser dinámico, dadas las profundas transformaciones que no afectan únicamente a nuestra sociedad sino al mundo.

Consideramos que las barreras culturales y muy particularmente económicas de la población impiden que el individuo realice las previsiones que le permitan cubrir las necesidades provocadas por las contingencias sociales.

En nuestro país los constituyentes de 1957 optaron por la institucionalización al establecer en el artículo 14 bis que el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social —uno de cuyos subsistemas es el de la atención de la salud—, que tendrá carácter de integral e irrenunciable y establecerá en especial el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administrado por los interesados, con participación del Estado.

Consecuentemente, el Estado debe asumir el rol planificador, ordenador, normalizador y fiscalizador, con la ineludible participación de los interesados y un respeto estricto de los principios básicos que informan la disciplina: solidaridad, libertad y dignidad de las personas, obli-

gatoriedad, universalidad, integralidad y asistencia igualitaria de alta calidad científica.

Considerando las circunstancias nacionales nos inclinamos en favor de seguros planificados y normatizados por el Estado, administrados por los interesados, con fiscalización estatal y participación de los prestadores directos.

Estimamos prioritario analizar los diversos modos que actualmente vinculan al paciente con los medios de atención de su salud.

Privado: posee los recursos económicos necesarios y escoge entre los prestadores a su disposición.

Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: están a cargo del empleador, quien utiliza y contrata los medios disponibles o transfiere el riesgo a compañías de seguros.

Personal dependiente y sector pasivo: cuenta con un subsistema de la seguridad social garantizado por el artículo 14 bis de la Constitución Nacional e instrumentado por la ley 22.269 y las de institutos nacionales y provinciales.

Entidades de prepago: tienen carácter privado y tienden a absorber al trabajador autónomo, mientras no sea cubierto por la seguridad social, y en general a los pacientes privados.

Entidades comunitarias y mutuales: son entidades sin fines de lucro que mediante una cuota social otorgan prestaciones directamente o a través de sectores contratados.

Indigentes: al carecer de recursos y de cobertura, son generalmente atendidos en los servicios del Estado nacional o en los provinciales.

Cualquier sistema que se pretenda instituir debe tener en cuenta modalidades y estructuras existentes, so pena de superponer recursos humanos y económicos y considerar que el auge de las obras sociales, mutualidades y aun los sistemas de prepago se producen como consecuencia del avance de la técnica y la ciencia médica, para cuya aplicación es menester el uso de una infraestructura de alto costo y de una mayor especialización de los profesionales.

Este perfeccionamiento y desarrollo transformó necesariamente el sistema de atención. El costo de la infraestructura, junto con la especialización e incorporación de especialidades paramédicas, impusieron la concentración tanto de los recursos físicos cuanto de los humanos en centros de atención cada vez más complejos, a los que concurre el paciente para recibir asistencia integral.

La falta de una estructura estatal adecuada y el encarecimiento del costo por ese citado adelanto técnico y científico, tornaron inaccesibles las prestaciones para un vasto sector de la po-

blación. Surgen así las obras sociales como entidades financiadoras y/o prestadoras, que mediante el cobro de cuotas o aportes y contribuciones proveen la cobertura del riesgo enfermedad, las que a la postre son institucionalizadas mediante el régimen estructurado en las leyes 18.610, 19.710, sus modificatorias y reglamentaciones, que cubren una amplísima gama en el espectro de la población, de alrededor del 75 por ciento, como lo expresara el señor ministro de Salud y Acción Social.

Sin embargo, la heterogeneidad de las obras sociales organizadas por actividad, el inadecuado dimensionamiento de muchas de ellas, la ausencia de una política de conducción uniforme, la carencia de controles eficaces, la derivación de fondos hacia otras actividades no asistenciales y la incoordinación entre los entes prestadores, entre otras cosas, trajeron como consecuencia la ausencia total o parcial de prestaciones, dejando sin cobertura adecuada a vastos sectores de beneficiarios, con notoria multiplicación y desperdicio de esfuerzos que distorsionaron la efectividad del sistema.

La realidad muestra que existen entes que cumplen eficazmente su cometido asistencial, mientras que otros pocas o ninguna prestaciones brindan a sus beneficiarios, quienes se ven precisados a atender sus patologías en los servicios oficiales —nacionales, provinciales o municipales—, a despecho del aporte obligatoriamente realizado y de la cobertura de raigambre constitucional a que tienen derecho en el ámbito de la seguridad social.

Teniendo en cuenta las características enunciadas surge que los recursos financieros utilizados actualmente en el país en materia de salud se agrupan en tres fuentes. La primera de ellas es "Rentas generales", que cubren las campañas de medicina preventiva, atención de patologías crónicas, endemias, epidemias, investigación, docencia, enfermos agudos sin cobertura y beneficiarios del subsistema de la seguridad social pertenecientes a entes, que por las razones expuestas, pocas o ningunas prestaciones les brindan. La segunda fuente está constituida por los aportes y contribuciones en el régimen de la seguridad social, y la tercera, por los aportes privados voluntarios, individuales o familiares, sea en el pago directo de las prestaciones médicas, o en suscripciones a sistemas privados de seguro de enfermedad, mutuales, entidades comunitarias y de beneficencia, o provenientes de servicios organizados por las empresas para su personal.

Lo expresado respecto de las actuales modalidades de atención y su financiación indica que el campo de la seguridad social cubre una amplia gama de la población: trabajadores dependientes de la actividad privada y estatal, sector pasivo y mutualizados, siendo necesario incorporar a los trabajadores autónomos y a los indigentes. Surge como lógica derivación que, funcionando eficazmente el sistema, sólo quedará al margen de la seguridad social un reducido número de pacientes privados, generalmente ocasionales, por no ser trabajadores autónomos, dependientes, jubilados, pensionados o mutualizados, quienes disfrutando normalmente de los recursos necesarios adhieren a entidades de prepago, o de lo contrario ejercen libre y plenamente el derecho de escoger el medio de atención.

Cualquiera sea el sistema que lo instituya, organice y ponga en funcionamiento, un elemental resguardo de coherencia en la gestión estatal exige que se respete la política social y económica receptada en su organización jurídica. Ni aun en los regímenes más liberales todas las actividades pueden quedar en el sector privado; razones de seguridad, poder de policía u otras que atienden al bienestar de la comunidad indican la necesidad de que aquellas actividades sean accionadas por el Estado en función de la responsabilidad que le cabe en la planificación, ordenamiento y fiscalización. Ello, sin perjuicio de que al sector privado se le otorgue el papel protagónico que le corresponde y la tranquilidad de una política coherente que aliente la inversión y su adecuación con los adelantos técnicos y científicos. Es decir, la capacidad del Estado debe ser utilizada en forma concurrente y coordinada con los recursos privados, respetando los principios de libre elección del prestador por parte del paciente y de igualdad en la calidad e integralidad de los servicios que deben recibir los beneficiarios.

También importa destacar que tanto los principios que sustenta el proyecto de ley como los criterios generales de organización y funcionamiento que se procura introducir en el actual sistema han merecido el acuerdo de las autoridades de la salud de todas las jurisdicciones de nuestro país, superando en función del interés común las barreras que pudieran significar sus diferentes extracciones políticas. Esas autoridades de la salud suscribieron en forma unánime en el seno de la reunión extraordinaria del Consejo Federal de la Salud —celebrada en Buenos Aires en el mes de diciembre de 1984— las coincidencias sobre políticas de salud, en las que se

apoyan los principales postulados del Seguro Nacional de Salud, en un sistema realmente federalista que nos enorgullece y debemos incentivar permanentemente.

Así avanzaremos de manera significativa hacia el pleno goce del derecho a la salud y hacia el logro de un nivel de atención adecuado para todos los argentinos, sin discriminación social, económica o cultural, desterrando la existencia de una medicina para ricos y otra para pobres, que aún persiste en sectores de nuestra realidad nacional. (*Aplausos.*)

Sr. Usin. — Pido la palabra para una aclaración.

Sr. Presidente (Vanossi). — Siempre y cuando el señor diputado sea breve, para no perturbar el desarrollo de la sesión.

Sr. Usin. — Es para referirme al concepto de socialización de la medicina mencionado por el señor diputado Alsogaray.

Sr. Presidente (Vanossi). — La Presidencia advierte al señor diputado que hace ya un rato prolongado que habló el señor diputado Alsogaray, a quien le respondieron algunos señores diputados, entre ellos un integrante de su bancada.

Persistir en ese procedimiento significaría alterar el orden de la sesión, por lo que no le puedo conceder el uso de la palabra.

Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Rodríguez (José). — Señor presidente: teniendo en cuenta lo que hemos escuchado en este recinto, seguramente que algunas cosas de la exposición que había previsto me han hecho variar lo que pensaba decir en un comienzo.

Fundamentalmente, eso ha ocurrido tras las palabras del señor diputado Alsogaray, que es un gran polemista pues da siempre lugar a la polémica y ha originado esa serie de repuestas que de alguna manera a mi entender han desviado la atención del tema central.

No voy a polemizar con el ingeniero Alsogaray pero sí puedo decirle que el pueblo argentino es muy inteligente. Así el 90 por ciento de los argentinos vota por los movimientos populares y sólo el resto por los partidos liberales. De todas maneras, invito al señor diputado Alsogaray a que visite la obra social del sindicato al que pertenezco para que observe cómo es capaz un hombre común, un hombre de mame-luco, de organizar la medicina social dentro de una organización solidaria y con todos los adelantos —no sólo técnicos sino también médicos— para brindárselos a sus compañeros. Es una invitación que le hago, agregándole que va a ser bien recibido.

Refiriéndome al proyecto en consideración, quiero subrayar que ésta no es una iniciativa exclusiva del Poder Ejecutivo, sino que surge de una tarea de concertación que se ha logrado partiendo de dos extremos y de dos criterios muy distantes, conciliando una norma que hasta hace seis o siete meses parecía imposible de lograr.

Quienes integramos la Comisión de Previsión y Seguridad Social desde hace tiempo, nunca imaginamos que podríamos llegar a conciliar tremendas diferencias existentes en cuanto a los criterios sobre este proyecto.

Sin embargo, ha llegado a este recinto un proyecto que está conciliado y el señor ministro de Salud y Acción Social me ha quitado la iniciativa de presentar esa acta en estas deliberaciones.

Realmente he aquí un ejemplo de cómo se pueden conciliar las distintas posiciones, si realmente queremos buscar las coincidencias y los acuerdos en el tratamiento de un tema fundamental que interesa al conjunto del país.

Deseo señalar también que pareciera que existe miedo de hablar de medicina social en la Argentina. Pero tenemos que partir de la base de que el camino es éste, porque en nuestro país tenemos la medicina mercantilista más grande del mundo. Aquí todo vale algo.

Deben saber los señores diputados que todos los días ocurre que cuando llevamos a un niño u otro enfermo a un sanatorio para ser operado por alguna de las eminencias que aquí se han nombrado u otras que no fueron mencionadas, si no llevamos el cheque correspondiente no nos dejan internar al paciente, porque vale más el cheque que la vida de ese niño o de ese enfermo. (*Aplausos.*)

Las cosas tienen que cambiar y creemos que con este régimen legal estamos en el buen camino. Por ahí escucho que algunos piensan que la ley debe ser perfecta, pero ninguna ley lo es. Si la de la vida, que debería ser totalmente perfecta, tiene imperfecciones, ¿cómo nosotros, mortales diputados, vamos a hacer la ley perfecta que a partir de hoy solucione todos los problemas!

Esta iniciativa persigue llegar a una medicina que esté al alcance igualitario de todo el pueblo argentino, de manera que tengan acceso a ella todos los habitantes de nuestro país.

También he escuchado hablar del sector profesional. La realidad es que esta ley lo contempla, pero nadie, según mi opinión, se ha referido a ese aspecto. Existe una participación expresa y concreta de las organizaciones médicas me-

dante una comisión de concertación permanente, que estará integrada por representantes de quienes dirigen esas instituciones médicas, ya sea la COMRA, la organización que agrupa a los odontólogos, la de los bioquímicos, etcétera, y también por representantes de las obras sociales.

Rescatando en parte lo que decía la ley 19.710 del año 1974, esta comisión va a tener varias facultades y va a ser también una especie de paritaria, para que podamos hablar no sólo de la ética médica sino también de la forma de evitar que el nomenclador nacional sea un libro violado permanentemente y que los compañeros tengan que pagar cinco australes de más por sobre los aranceles médicos para poder atenderse. Esto no es ética médica. Defiendo a los médicos pero también ellos tienen que pensar que no es ésta una forma ética de proceder frente a un hombre que llega a un consultorio sintiendo el dolor de su enfermedad. Esto está contemplado en el proyecto, puesto que prevé sanciones para los profesionales que no entiendan tales principios morales.

También hay sanciones para aquellos sanatorios que —como está pasando ahora— facturan miles de australes de más. Haciendo auditoría hemos descubierto una de estas maniobras que afectó a nuestra organización y hemos denunciado a ese sanatorio que no merece pertenecer al sistema de la atención médica del país.

Todas estas cosas no nos tienen que hacer olvidar el principal sujeto de la cuestión de la salud. Hay un ser humano que necesita ser tratado precisamente con humanidad y cuyo cuidado debe hacerse —no tengamos miedo de decirlo— por medio de la medicina social. Tengo ideas políticas muy claras pero también tengo en claro que la medicina social es un instrumento valiosísimo en el cuidado del hombre argentino.

Quisiera hacer algunas referencias de carácter general, dejando las específicas para la consideración en particular. La ANSSAL tiene la misma constitución numérica que todos los institutos de obras sociales a partir de 1969. No se ha variado nada, con la salvedad de reemplazar a un representante empresario por un representante de los jubilados, en mérito a la gran importancia que el sector pasivo ha adquirido en el sistema.

El Fondo de Redistribución se forma con el esfuerzo de las obras sociales y con el aporte del Tesoro nacional, aporte que será fijado en los presupuestos nacionales y que beneficiará a aquel que no es beneficiario de una obra social.

Con referencia a este tema hay algunos hechos fundamentales que no fueron mencionados. Es la primera vez que aparece el Fondo de Redistribución en nuestra legislación. El proyecto determina claramente cómo se distribuyen los fondos. El 33 por ciento irá dirigido a aquellas obras sociales que poseen menos recursos. Este es un acto esencial de solidaridad. Porque hay obras sociales más y menos importantes, pero el hombre argentino tiene que gozar de las mejores posibilidades de atención sea beneficiario de unas u otras. Es el principio de solidaridad que subraya la equiparación para arriba. El 33 por ciento del Fondo de Redistribución tiene entonces como destino específico la equiparación de las obras sociales de más y menos recursos. Esto es algo que defenderemos permanentemente. En el directorio habrá hombres de las obras sociales y del movimiento obrero.

Otro tema que quiero rescatar es la incorporación del sector independiente. Sabemos que en el país se cerraron muchas fuentes de trabajo durante la dictadura militar y que debido a esto —y no a una decisión personal de independizarse— muchos hombres que trabajaban en la máquina hoy andan en las calles manejando un taxi o atendiendo un quiosco. Estos hombres no tuvieron otra alternativa que la de engrosar la legión de cuentrapropistas que tiene actualmente nuestro país. La ANSSAL tendrá que determinar el régimen de salud para este sector independiente, procurando la protección de sus miembros. Muchos de estos hombres son parias que andan buscando de dónde agarrarse para obtener atención médica.

He tocado sólo algunos puntos. Podríamos hablar de muchas cosas positivas o negativas. No voy a decir que es negativo que haya un síndico. La nuestra es una obra social importante y no tengo miedo de que la controlen.

En este sentido sigo el principio del general Perón, que decía que los hombres son buenos, pero si se los controla son mejores.

No tenemos miedo al control y, por ende, tampoco a la sindicatura, porque hacemos las cosas como corresponde. (*Aplausos.*)

Deseo terminar esta breve intervención recalando algunos conceptos del acta cuya lectura se hiciera por Secretaría.

Dice así: "En este sentido el Estado, garante del bien común y las entidades nacidas como forma de organización autogestada por el pueblo..."

Me detengo en este punto porque uno de los diputados preopinantes se refirió a la participación en las obras sociales. La mayor partici-

pación que ha tenido el trabajador en las obras sociales fue la de haberlas creado. No participa formando parte de la conducción de una entidad que se le dio, sino que la creó con su esfuerzo desde la máquina.

Hace muchos años hicimos aportes especiales provenientes de nuestros aumentos y nuestros jornales para que las obras sociales estuvieran en funcionamiento antes de 1970. Entonces, desde sus raíces, desde su nacimiento, las obras sociales han contado con la participación protagónica de los trabajadores, porque ellos fueron protagonistas en su creación.

Continúa diciendo el acta: "...requieren marcos referenciales dentro de los cuales canalizar su vocación participativa asumiendo el rol que le corresponde por derecho propio y compatibilizando esfuerzos en objetivos que trasciendan el legítimo interés sectorial, extendiendo los beneficios de la solidaridad con carácter nacional".

Vuelvo a detenerme en la lectura y, para terminar, señalaré que al movimiento obrero se lo ha tildado de corporativo y se ha dicho que es sectario, y sin embargo acordamos con un gobierno nacional de otro signo político un proyecto de ley en el que la solidaridad sindical se hace extensible a todo el país, y nos perjudicamos.

¿Por qué no reconocemos de una vez por todas que este proyecto puede ser un ejemplo del camino que debemos recorrer? ¿Por qué no utilizamos menos palabras y somos más solidarios? Seamos menos retóricos y más realistas, según nuestros principios. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Vanossi). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Berri. — Señor presidente: debo recordar necesariamente una circunstancia especial que viví hace algo más de 21 años cuando desempeñaba un cargo, con otro gobierno constitucional, en un organismo de seguridad social de la provincia de Buenos Aires.

El 28 de junio de 1966 tuve que soportar dos tremendas frustraciones. Una de ellas era la frustración de una democracia que quería afianzarse, y la otra radicaba en el hecho de que ese mismo día paradójicamente tenía sobre mi escritorio un proyecto de seguro de salud para la provincia de Buenos Aires.

En aquel momento muy lejos estaba de pensar que el destino político permitiría que hoy, desde esta banca, como diputado de la Nación, pudiera participar en un debate trascendente sobre un tema que, a mi juicio, es de suma im-

portancia para la consolidación de la democracia en nuestro país; me refiero a la salud de sus propios habitantes.

No quiero que en la Argentina volvamos a vivir las frustraciones que tuve que afrontar a lo largo de mi vida política y profesional.

Alguna autoridad tengo para decir lo que digo. No sólo he sido un hombre político por naturaleza porque me interesé por los asuntos de mi país, sino que además ejercí la medicina durante más de 34 años, en los cuales me desempeñé en un hospital público al servicio de la comunidad.

Por eso es que conozco en profundidad todos los males que ha padecido la institución de la protección de la salud en nuestra República.

Con respecto al tema que hoy ocupa la atención de la Honorable Cámara, deseo expresar brevemente mi opinión y contestar indirectamente las objeciones que ha merecido esta iniciativa por parte de algunos sectores, que en algunos casos han señalado una visión apocalíptica y agorera.

Como diputados de la Nación de una democracia en transición y crecimiento, ¿no tenemos la suficiente fe en nuestras propias fuerzas e instituciones para mejorar y transformar de una vez por todas las palancas que mueven la vida argentina? Entonces me pregunto por qué, para qué, cómo y cuándo cambiar.

Al contestar la pregunta de por qué cambiar surgen de su propia enunciación las razones, porque nuestro país tiene una realidad que hasta ahora no hemos podido evadir en lo referente a la asistencia sanitaria. Su configuración es el resultado de un crecimiento fragmentado e individualista de los tres subsectores involucrados: estatal, privado y de obras sociales.

Ya lo han dicho otros señores diputados con análisis parciales. La carencia de un ordenamiento global, coordinado y armónico ha significado un atraso en la materia de más de 40 años. Esto se ha establecido efectuando una comparación con la inmensa mayoría de los países del mundo, que sufrieron la cruda realidad de la Segunda Guerra Mundial y que, cuando superaron el conflicto, primero organizaron su propia seguridad social. En cambio, nosotros hemos seguido perdiendo tiempo al no encontrar las soluciones que el país necesita. Toda la culpa no es de los políticos ni de los habitantes de la República, porque hemos sufrido la frustración de la detención de la vida política, provocada por las distintas dictaduras que asolaron el país.

Resulta una necesidad imperiosa que se otorgue cobertura a importantes sectores de la población que no se encuentran amparados por ninguna obra social, ya que el porcentaje de

habitantes con cobertura identificable apenas supera el 60 por ciento, existiendo una medicina para ricos y otra para pobres.

Las leyes vigentes —18.610 y 22.269—, ambas sancionadas por dictaduras militares, no han sido instrumentos idóneos para superar la realidad, y sí lo han sido para ahondar las discrepancias.

Si el régimen de las obras sociales fue una respuesta medianamente adecuada a la necesidad de financiar servicios médicos asistenciales para la clase obrera —que vivía ocupada y alejada, teniendo que recurrir a un hospital público cuya decadencia ya había comenzado en la década del 40—, la atomización de dichas obras sociales perjudicó al sistema. Además, sus beneficios deben hacerse efectivos en el marco de una política definida de salud. Asimismo, deben estar adecuadamente financiadas y orientadas en la distribución de sus recursos. Debe brindarse una respuesta superadora ante una realidad deficitaria.

Es necesario dejar atrás los intereses sectoriales, privilegiando los de la comunidad. Es decir que los intereses de la comunidad deben primar sobre los de los sectores o subgrupos porque el país no debe sufrir una nueva frustración en esta materia por falta de un elemento moderador, que sin duda alguna es la solidaridad social.

De una vez por todas es necesario dar cumplimiento a la norma constitucional del artículo 14 bis, incorporado por la Convención Constituyente de 1957. Asimismo, se debe reasignar al Estado constitucional su perdida responsabilidad primaria en el sector de la salud. Así lo establecen los preceptos constitucionales.

Apoyamos el cambio porque compartimos los criterios sustentados en la resolución 67 del año 1944 de la Organización Internacional del Trabajo sobre seguridad en los medios de vida, creando conciencia internacional sobre la conveniencia de su adopción, mediante la unificación de los sistemas de seguro social y su extensión a todos los trabajadores y su familia. También estamos de acuerdo con lo que preceptúa la resolución 69 del mismo organismo, que expresa que la asistencia médica debe hacerse efectiva a todos los miembros de la comunidad aun cuando no desempeñen algún trabajo lucrativo.

Creemos firmemente que no se debe dilatar más la concreción de estos objetivos. La permanencia del "sistema" actual ha sido posibilitada, alentada y fomentada porque ha predominado la lucha salvaje por la preeminencia de los intereses sectoriales, que inclusive involucran a los de la alta tecnología, los del área de medicamentos y en muchos casos los de sectores de la universidad argentina.

Me pregunto otra vez para qué cambiar, y debo responder que para insertar al país en este período de necesaria transformación, a efectos de que se adecue oportunamente a la tercera etapa de la revolución industrial, pues en ella es imprescindible asegurar la salud de sus habitantes como presupuesto básico para consolidar la aptitud del ser humano como palanca fundamental de ese cambio.

Una sociedad que descuida la salud de sus integrantes no sólo no cumple con una función esencial, sino que deja multiplicar dentro suyo el germen de su propia destrucción.

Es necesario cambiar para evitar la dispersión de los esfuerzos y de las inversiones, tendiendo a la utilización racional de los recursos y evitando superposiciones del gasto en salud, tal como lo señalara el señor diputado Pellin. Hay que propender a una adecuada integración y complementación para lograr un correcto aprovechamiento de la capacidad instalada —como lo expresó el señor ministro de Salud y Acción Social— y de las posibilidades financieras. De esa manera se pueden brindar iguales oportunidades, con una apropiada coordinación, planificación y control de la inversión de recursos. Queremos poner la casa en orden, señor presidente, para poder plasmar la política de salud del partido gobernante en una concertación con las agrupaciones políticas que tienen la misma filosofía a efectos de conducir a la Argentina hacia un progreso cierto.

El señor ministro de Salud y Acción Social ha dicho que en 1985 el gasto en salud en el país fue del 8,5 por ciento del producto bruto. En ese sentido, debo apuntar que en Francia esa cifra fue del 8,1 por ciento, en Alemania del 8 por ciento y en los Estados Unidos del 9,6 por ciento. Sin embargo, los resultados son diferentes por el crecimiento anárquico, el despilfarro de fondos, la superposición y la falta de racionalización.

Este instrumento legal pretende poner fin a esos males y producir un ordenamiento lógico que lleve a conseguir una adecuada financiación y una respuesta igualitaria para todos los habitantes del país.

¿Cómo cambiar, señor presidente? Teniendo como mira los altos objetivos de la Nación, deponiendo intereses sectoriales y deseos de superación, y con el convencimiento de que nuestro pueblo nos votó en forma mayoritaria para que produzcamos los cambios deseables y necesarios para la obtención de los fines enunciados.

Cabría preguntarse también con qué tipo de sistema y conducción hay que llevar a cabo esta tarea. Creemos que ello se debe hacer con los

recursos disponibles, con nuestra propia idiosincrasia, y con el propósito de justicia distributiva, propendiendo a la igualdad de oportunidades. No debe ser un sistema puramente estatal o privado, sino mixto, como el que se propugna, en el que la unidad de su conducción política esté a cargo del Estado para que se superen las actuales desigualdades y discriminaciones. De esa forma los tres subsectores —el estatal, las obras sociales y el privado— cumplen un necesario objetivo social, con una efectiva integración para la obtención de iguales oportunidades.

Sabemos que la responsabilidad indelegable del Estado como garante de derechos en el sector salud debe efectivizarse por medio de la prestación estatal directa de servicios y/o la regulación de la actividad de instituciones privadas.

En nuestro país, como en otros, la reforma y adecuación de los servicios directos que brinda el Estado no es suficiente para producir las transformaciones deseables. Por ello se debe actuar sobre el conjunto de los distintos subsectores involucrados en el sistema, teniendo como premisa fundamental que el derecho a la salud debe ser un derecho social independiente de la condición social y económica de cada persona o familia.

Por este motivo no tiene sustento serio la objeción que se realizara en el sentido de que se instituirá un sistema estatizante y burocrático. Si bien en muchas sociedades organizadas se ha decidido que el instituto del seguro de salud esté administrado por instituciones autónomas sujetas al control administrativo y financiero de los poderes públicos, en la mayoría de los países desarrollados ese rol es asumido por el Estado. Podría hacer mención de los países centrales desarrollados que tienen este tipo de organización; ellos son: Alemania, Australia, Austria, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Suecia y Suiza. En nuestro caso, nos inclinamos a que la responsabilidad sea asumida por el Estado, porque lo contrario resultaría difícil e inadecuado, especialmente en esta etapa de transición democrática que ha seguido a la anarquía y destrucción del país.

La superación de las actuales desigualdades y discriminaciones exige una efectiva unidad de conducción política en el sistema de salud. Considerando al seguro de salud como uno de los capítulos importantes de la seguridad social y partiendo de que el basamento objetivo de ella es asociar a todo el cuerpo social en una empresa sistemática de liberación de la necesidad creada por la desigualdad, la miseria, la enfer-

medad y la vejez, se hace imperativo e impostergable que el pueblo de la República, a través de sus representantes en el Congreso de la Nación, se dé la normativa legal que de una vez por todas supere el atraso existente en la materia.

Después de muchas frustraciones —que ya he mencionado— por primera vez en nuestro país se podrán concretar en ley de la Nación las normas que atienden a un racional ordenamiento del sistema, permitiendo que los argentinos, utilizando la libertad y la democracia con ética social, produzcamos modificaciones estructurales en las prestaciones de salud que permitan asegurar este derecho para todo el pueblo.

La cuarta pregunta que me hago es: ¿cuándo cambiar? Aquí y ahora, señor presidente. Esta es la predisposición de la bancada radical y de una entidad importante como la CGT, que agrupa a los trabajadores del país. Esta es la solución para los graves problemas argentinos. Esta es la política del “sí se puede” del radicalismo y del gran conjunto de la sociedad argentina que quiere el progreso de nuestra patria.

Necesariamente deberé repetir algunos de los principios que informan el presente proyecto de ley que ha elevado el Poder Ejecutivo referido al seguro de salud.

El sistema que se pretende establecer es universalista, solidario, pluralista, participativo y federalista. Es universalista porque incluye en el seguro a todos los habitantes del país, de acuerdo con las normas establecidas en los artículos 5º y 6º del capítulo II del presente proyecto de ley, asegurando así la cobertura de los trabajadores en relación de dependencia, de los trabajadores autónomos, de los indigentes y de los trabajadores transitorios, así como también de los jubilados y pensionados.

Es solidario en virtud de que la solidaridad está expresada en una financiación que presenta tres niveles de redistribución: contribución solidaria de primer nivel en virtud de la proporcionalidad de los aportes, contribución solidaria de segundo nivel a través del Fondo Solidario de Redistribución (artículo 22) que prevé automaticidad en un 33 por ciento de sus recursos para compensar los ingresos de los sectores de menores recursos (artículo 24), y contribución solidaria de tercer nivel porque las rentas generales, a través del Tesoro nacional, subsidiarán el 50 por ciento del costo de la incorporación al seguro de los indigentes y los eventuales déficit del sistema (incisos b) y c) del artículo 21).

El sistema es pluralista porque reconociendo la complejidad de las entidades y organismos de salud mantiene una estructura múltiple de obras sociales con diversos tipos de organización —por ello, junto con este proyecto se ha enviado el referido a obras sociales— e incorpora de pleno derecho a la red de servicios a los establecimientos asistenciales públicos (artículo 30), a los prestadores privados individualmente o asociados (artículo 29) y a los propios de las obras sociales (artículo 26), asegurando donde ello fuere posible la libertad de elección del prestador por parte del beneficiario (artículo 25).

Asimismo, el proyecto es participativo. Mantiene un cuidadoso equilibrio entre la responsabilidad del Estado, como promotor del bien común, y la participación de las entidades interesadas en la gestión y concertación directa de sus acciones e intereses.

Además, se trata de un proyecto federalista que propende no sólo a la descentralización del propio poder central sino también a una verdadera federalización, delegando en las provincias, a medida que se incorporen al seguro, su administración, y estableciendo sus propios planes y programas, según lo prescrito en el capítulo 8 (artículos 48, 49 y 50).

Se debe comprender que no se trata de dos proyectos independientes, sino de un todo interrelacionado. También se debe entender que estos proyectos, al ser sancionados, no significarán poder acceder de inmediato a la plena efectivización de un seguro de salud, por cuanto deberemos transitar un necesario período de transición. En primer lugar, porque en el 80 por ciento de las obras sociales las finanzas se hallan desquiciadas y no precisamente por acción de los beneficiarios sino por las largas intervenciones, que llevan más de diez años. Y en segundo lugar, porque se debe llegar a un acuerdo, por ejemplo, para sanear el sistema, partiendo del Fondo de Redistribución, a través de subsidios basados no en deudas sino en programas de salud, con metas y etapas. Todo esto debe lograrse con consenso entre las partes interesadas.

Estos proyectos de ley no pretenden ser lo mejor que en materia de asistencia se puede ambicionar. Pero citando el antiguo adagio de que “lo mejor es enemigo de lo bueno”, tendrán la virtud de abrir un camino hacia el ideal que anhelan los argentinos de hoy.

En este campo, como en otros también importantes para la Nación, se lograrán realidades en la medida en que se evite la confrontación

y se trabaje con el consenso en esta hora de transición del sistema democrático de la República.

En definitiva, expreso nuestro apoyo a los proyectos en debate y lo solicito de la Honorable Cámara. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Vanossi). — Tiene la palabra el señor diputado por Corrientes.

Sr. Garay. — Señor presidente: se han expresado aquí algunos conceptos relativos al aspecto burocrático de este proyecto de ley, que por compartirlos no voy a repetir.

Me referiré a la incongruencia que significa la enunciación de pautas que apuntan a una federalización y descentralización, cuando precisamente consolidan todo lo contrario, lo que lamentablemente ha ocurrido durante el transcurso de este gobierno. Se enuncia siempre una liberalización de la economía, una privatización de las empresas y una política federalista, pero nada de ello ocurre. Por el contrario, no sólo no se privatiza ni se libera la economía, sino que las provincias sufren un sometimiento cada vez mayor.

Por medio de esta iniciativa habrá una mayor centralización sobre las provincias. En caso de que ellas participen —por adhesión— de este seguro de salud, se tendrán que someter en forma absoluta y permanente a una especie de vasallaje respecto de las directivas del Ministerio de Salud y Acción Social, de la Secretaría de Salud de la Nación y de la ANSSAL.

Las provincias no tienen la posibilidad de participar en algún ente en el que se fijen pautas políticas de salud; meramente tendrán que administrar sobre la base de lo que determinen los organismos centrales. Esta es la misma situación a la que se somete a las obras sociales, que no tienen facultad alguna para establecer modalidades o políticas en materia de salud, ya que deben ajustarse a los dictados de la ANSSAL. Además, cualquiera de sus resoluciones puede ser observada por la sindicatura, estableciéndose prácticamente un proceso completo de veto de las mismas donde en definitiva termina resolviendo la ANSSAL.

Por otra parte —y esto voy a expresarlo someramente en homenaje a la brevedad—, este proyecto tiene vicios internos, porque en algún artículo aparecen verdaderos fundamentos, que no son preceptivos y que lógicamente no pueden ser aplicados coercitivamente. Muestra palpable de ello es el artículo 1º, una de cuyas partes puede ser suprimida y agregada en los fundamentos, ya que los conceptos que allí se expresan no tiene contenido legal, no integran la norma-

tiva del proyecto sino que meramente apuntan a fines y objetivos que —insisto— podrían estar incluidos en el fundamento.

También encontramos algunas omisiones; por ejemplo, la ausencia de sindicatura en el directorio de la ANSSAL, a pesar de que maneja importantes fondos del Tesoro nacional. Pero lo más preocupante, sustancialmente, es que por la vía de este centralismo o unitarismo práctico al que nos está llevando este gobierno, las provincias, que carecen de una ley de coparticipación y de fondos para autodeterminarse —cuando por otra parte las dádivas y la solidaridad se llevan a cabo por medio de un plan alimentario que tiene una dirección nacional y una mayoría nacional dentro de las provincias para dirigir en la práctica esta actividad—, finalmente terminarán pagando los sueldos de la administración pública cuando alcance, porque de esta manera la totalidad de las funciones serán succionadas por el gobierno nacional y quedarán reducidas a meros directorios o delegaciones administrativas del poder central.

Por todo lo expuesto, adelanto mi voto negativo al presente proyecto de ley.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Comisión de Legislación General, doctor Tomás Walther González Cabañas.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: en la mañana de hoy presencié la firma de un convenio entre el gobierno de mi provincia, el Ministerio de Salud y Acción Social y el Banco Interamericano de Desarrollo, celebrado en la sede de dicho ministerio, por el cual se refuerza el área de salud pública con la construcción en la provincia de Santa Fe, por medio de financiación segura, de un importante hospital de 15 mil metros cuadrados de superficie cubierta, con 600 camas y la posibilidad de brindar una excelente prestación en un amplísimo radio de cobertura.

Mientras el ministro y el gobernador de mi provincia firmaban este convenio garantizado por el Banco Interamericano de Desarrollo y la Nación, pensaba que estamos avanzando nuevamente en la dirección correcta, para dar una prestación de salud que nos aleje de aquellos países que en proporción aportan más para garantizar una adecuada cobertura, pero que en los hechos no pueden lograrla.

Han dicho bien y hasta el hartazgo tanto aquellos que coinciden con este proyecto de ley como los que discrepan, que hay una dispersión de los recursos materiales y humanos dedicados

al área de la salud y que ésta es la causa por la que no tenemos una relación eficiente entre lo que aportamos y lo que recibimos como prestación.

Pues bien; todas las leyes son perfectibles. A poco de andar, pueden ir señalándonos cuáles son los cambios o los afinamientos que quizá sea conveniente encarar. Pero esa sería una cuestión futura. Lo cierto es que en esta década del 80, donde coexisten un sistema de salud estatal con uno privado y otro brindado por las obras sociales, nos encontramos hoy ante la posibilidad de ordenar todos esos recursos para una mejor prestación. Este es un principio que tanto aquellos que coinciden como los que disienten no podrán jamás dejar de reconocer.

Diría que sobre los temas puntuales del proyecto de ley se ha hablado casi en demasía. Se ha aludido al concepto de la solidaridad, al aspecto federal y al principio de universalidad. Todas y cada una de estas cuestiones —aspectos esenciales de la norma— ya han sido planteadas, por lo que sería sobreabundante insistir en ellas.

Como epílogo de este debate, sí deseo señalar una vez más que sería un error garrafal analizar este proyecto de ley fuera del contexto que representa este paquete de iniciativas como acuerdo social entre el movimiento obrero organizado nucleado en la Confederación General del Trabajo y el área específica del Poder Ejecutivo, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Estas iniciativas serán perfectibles, pero como han sido presentadas, constituyen un avance importante. De todas formas, para este humilde diputado de la Nación es más importante el hecho de haber logrado un acuerdo maduro, para cuya concreción todos ofrecimos algo en pos de lograr un equilibrio entre el viejo proyecto del Poder Ejecutivo nacional —que estuvo en consideración durante dos años— y el proyecto “Azul y Blanco” de la Confederación General del Trabajo.

Esta tarde me comentaba un periodista que estaba un poco confundido porque a raíz de conversaciones mantenidas con distintos diputados de las diversas bancadas observaba que éstos eran medio reticentes; ni los “no” rotundos ni las aprobaciones con gran vigor o energía. Le señalé que en el aspecto normativo todo aquello que se trate de un acuerdo se logra a partir de concesiones en virtud de las cuales cada una de las partes sacrifica algo para establecer un equilibrio que permita mejorar determinadas situaciones. A partir de ahora, estamos dejando atrás

el andamiaje que heredáramos hace casi cuatro años de aquel gobierno de facto, y aun en una coyuntura electoral, cuando es sumamente difícil pensar hacia adelante, los trabajadores organizados y el Poder Ejecutivo logran un acuerdo que para mí es fundamental.

Hace escasas dos semanas se debatía en este mismo recinto acerca de hechos de violencia concretos, e incluso diputados de distintas bancadas perdieron en alguna medida la calma frente al accionar de la violencia. Hubo quienes dijeron que no había seguridad de vida y que, en consecuencia, no tenía sentido debatir el presupuesto u otro tema. En ese momento no terminábamos de entender —mientras las responsabilidades se “tiraban” de un lado hacia otro— que aquellos que supieron dinamitar hace tres semanas dieciséis comités de la Unión Cívica Radical fueron los mismos que violaron una tumba y cortaron las manos del cadáver del general Perón; son los mismos que desde las tinieblas —desde 1930 hasta la fecha— buscan la desestabilización del sistema democrático en el país y el enfrentamiento entre los argentinos.

Son los mismos que han vivido perjudicándose, aprovechándose de nuestra miopía, de nuestro sentido de la inmediatez y de la coyuntura, y colocando una venda en nuestros ojos para que no pudiéramos hallar las soluciones a los problemas esenciales del país y para impedir el despegue de esta Argentina. En fin, son los que pretenden que alguna mañana, mientras nos afeitamos mirándonos en el espejo, observemos en nuestro rostro un “no se puede”, y abatidos, pensemos que en el marco del sistema democrático la Argentina que soñamos no es posible.

La forma de derrotar a esta gente de una vez y para siempre consiste en demostrar que aun en los desencuentros secundarios que podamos tener, aun en los momentos de tensión de las coyunturas electorales, los argentinos sabemos unir nuestras voluntades y esfuerzos a partir de convicciones comunes que obedecen a este deseo de vivir en democracia. En este sentido, rescato y aplaudo fervorosamente esa actitud madura de la Confederación General del Trabajo y del Poder Ejecutivo de mi país, que en un acuerdo social han confeccionado este paquete de proyectos, y sin menospreciar el contenido de ninguno de ellos reitero que es el acuerdo en sí lo que nos tiene que hacer pensar a cada uno de los argentinos que a pesar de la crisis o de las dificultades todo es posible en nuestro país. Y todo es posible porque estamos nosotros y porque hay un pueblo dispuesto a hacer realidad esta Argentina que soñamos. (Aplausos.)

Sr. Presidente (González Cabañas). — Habiéndose agotado la lista de oradores y no habiendo número en el recinto, se va a llamar para votar.

—Se llama para votar.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara, doctor Juan Carlos Pugliese.

—Luego de unos instantes:

Sr. Presidente (Pugliese). — En este momento hay número en el recinto.

Se va a votar en general.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración en particular el artículo 1º.

Si no se formulan observaciones, se va a votar.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración el artículo 2º.

Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Pellin. — Señor presidente: puesto que el primer párrafo del artículo 2º establece los propósitos y objetivos del proyecto, creo adecuado que se contemple la situación de los trabajadores de la salud. Para ello, propongo que dicho párrafo finalice así: "...en base a un criterio de justicia distributiva, y a los trabajadores de la salud, condiciones laborales acordes a la función social y a los requisitos que el carácter de tal función les exige y el riesgo que implica, para lo cual las prestaciones de atención médica se organizarán propendiendo a jerarquizar los actos profesionales y la relación médico-paciente, procurando consolidar los sistemas de libre elección".

Sr. Presidente (Pugliese). — ¿Acepta el señor miembro informante la propuesta?

Sr. Cáceres. — Señor presidente: en dos intervenciones he expuesto que este proyecto de ley es en el fondo un acuerdo entre el movimiento obrero organizado y el área de la salud en la órbita del Poder Ejecutivo. Habida cuenta de esta circunstancia, de que este problema ha sido analizado en cuatro comisiones y de que hay un despacho de mayoría, y aun contemplando la razonabilidad de algunos aportes que se pueden hacer, esta comisión se opone a cualquier tipo de modificación.

Sr. Garay. — Pido la palabra.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Corrientes.

Sr. Garay. — Señor presidente: quisiera preguntar al señor miembro informante si ese acuerdo entre dos sectores es suficiente para lograr la sanción del proyecto y, en todo caso, si el Parlamento tiene algo que ver con dicha sanción. Si no habrá posibilidad de mutación alguna, entonces convengamos en que esto será meramente una parodia de discusión.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor miembro informante.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: durante el tiempo en que este proyecto ha estado en análisis y en discusión —probablemente el mayor lapso dedicado a una iniciativa legislativa— se consultó a todos aquellos que pudieran tener algo que opinar en la materia a los efectos de hacer todas las correcciones y mejoras que hubieran sido menester.

Cuando se produjo un cambio en la temática para llegar a un acuerdo no dejamos de recibir inquietudes e hicimos una segunda ronda de consultas con psicólogos, con miembros de entidades que nuclean a jubilados y médicos y con representantes de los más diversos sectores de la vida nacional.

A cada uno de ellos le aclaramos cuál era el nuevo criterio que habíamos adoptado. No se trataba de un proyecto de ley más, y todo aquello que a juicio de la comisión tuviera sentido sería planteado ante el Poder Ejecutivo y ante la Confederación General del Trabajo para producir la correspondiente modificación.

De esa forma se introdujeron enmiendas en muchos de sus artículos a efectos de contemplar las inquietudes que creímos lógicas y que también podrían ser consideradas razonables por parte de quienes intervinieron en la elaboración del anteproyecto.

No sé cómo es que cuesta tanto trabajo comprender la importancia que los acuerdos político-sociales tienen en las sociedades conflictuadas, es decir, en aquéllas que atraviesan por momentos difíciles.

Lo que digo no va en desmedro de ningún Parlamento. Muy por el contrario, creo que esta posición se enmarca dentro del contexto de seriedad que tanto los legisladores como la Nación en su conjunto debemos aportar para poder aspirar a un futuro mejor.

Es por todo ello, teniendo en cuenta el tiempo insumido en su análisis y considerando que este proyecto cuenta con despacho favorable de la mayoría de las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Legislación del Trabajo, de Previsión y Seguridad Social y de Presupuesto y Hacienda, que en mi carácter de miembro

informante señalo que no aceptaremos la modificación propuesta a este artículo ni ninguna otra, salvo aquellas que ya han sido acordadas y compatibilizadas en el seno de las respectivas comisiones.

Sr. Garay. — Pido la palabra.

Sr. Presidente (Pugliese). — No puedo concederle el uso de la palabra.

Sr. Garay. — ¡Tengo derecho a hacerlo!

Sr. Presidente (Pugliese). — En su intervención anterior el señor diputado formuló consideraciones de tipo político, que respeto, pero que de ninguna manera constituyen una propuesta de modificación.

Sr. Garay. — El reglamento establece que durante la consideración en particular tengo derecho a hacer uso de la palabra en dos oportunidades.

Sr. Presidente (Pugliese). — El reglamento dispone que durante la discusión en particular los señores diputados deben proponer modificaciones a los artículos en tratamiento, si así lo estiman conveniente, y no deben hacer consideraciones generales.

Dado que el señor diputado no ha propuesto ninguna enmienda, no tiene derecho a hacer uso de la palabra nuevamente.

Sr. Garay. — No tengo interés en discutir con el señor presidente. Simplemente vengo a legislar, en la medida de mis posibilidades, aunque lamentablemente nos vemos llevados a este tipo de situaciones.

Respeto al señor presidente y a su jerarquía y aptitud para la conducción de la Cámara, pero en esta ocasión tengo razón.

Sr. Presidente (Pugliese). — No es así, señor diputado.

Por lo general se fuerza la interpretación del reglamento para poder hacer uso de la palabra.

Sr. Garay. — Simplemente deseo referirme al artículo en consideración.

Sr. Presidente (Pugliese). — Si es así, tiene la palabra el señor diputado por Corrientes.

Sr. Garay. — Quiero señalar al señor miembro informante que en su exposición mencionó dos elementos que no son racionales.

El primero de ellos se relaciona con la existencia de un acuerdo...

Sr. Presidente (Pugliese). — Señor diputado: no está haciendo referencia a lo que mencionó al solicitar la palabra.

Usted se burla de la Cámara porque dice una cosa y hace otra.

Sr. Garay. — Señor presidente: estoy desarrollando...

Sr. Presidente (Pugliese). — No está desarrollando el apoyo a la moción del señor diputado Pellin, sino que está fortaleciendo su argumento político.

Sr. Garay. — ¡Sí, señor presidente!

Sr. Presidente (Pugliese). — No propone una modificación, que es lo que corresponde hacer durante la discusión en particular.

Sr. Garay. — Se trata del apoyo a una modificación propuesta. Sólo quiero señalar brevemente que el argumento de que ha existido un acuerdo fuera del Parlamento no puede privar a los legisladores, que representan al pueblo, de discutir esta iniciativa. El hecho de afirmarse que no se van a admitir modificaciones en el futuro me parece una actitud arrogante y hasta soberbia que produce un desánimo en el legislador. ¿Qué sentido tiene discutir esta norma si los sabios ya lo han hecho antes que nosotros?

Sr. Presidente (Pugliese). — Se va a votar el artículo 2º del despacho de la comisión.

—Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 3º a 9º.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración el artículo 10.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cardozo. — Señor presidente: quiero fundar brevemente una modificación que propondremos a este artículo. Lamentablemente, no tuve oportunidad de hacer uso de la palabra después de que el miembro informante habló al final de la discusión en general del proyecto.

Como se ha respondido que las modificaciones propuestas se han acordado previamente con la Confederación General del Trabajo, felicito a esta última entidad y a los compañeros del movimiento obrero, porque han logrado que este gobierno ceda a los trabajadores algo de lo que nunca dio en estos cuatro años.

Aquí se ha hablado de las concesiones de las partes, y yo voy a tomar palabras del señor ministro en el sentido de que los trabajadores constituyen las dos terceras partes del sistema en lo que respecta a los aportes. Esto no se refleja en el artículo 10. Si bien se ha efectuado un análisis y se ha llegado a un acuerdo consensuado —ésta es la palabra que se utiliza ahora—, nosotros queremos decir que el artículo 10 establece que el directorio de la

ANSSAL estará integrado por seis directores en representación del Estado, tres en representación de los trabajadores, uno en representación de los jubilados y pensionados y uno en representación de los empleadores.

El justicialismo representa la concepción política a la cual adhiere la inmensa mayoría del movimiento obrero, y nosotros queremos mejorar todo lo que afecta a los trabajadores. Por ello, si la mayoría de los aportantes está constituida por los trabajadores, tendría que ser diferente la composición del directorio de la ANSSAL.

Por las razones expuestas, proponemos concretamente que los representantes de la Confederación General del Trabajo sean cinco y no tres, y los del Estado cuatro en lugar de seis, teniendo en cuenta que a éste le corresponde la presidencia.

Durante todos estos años los trabajadores han tenido la responsabilidad de ocuparse de su salud, responsabilidad que no supo asumir un Estado ineficiente como el que administró la salud, inclusive en la democracia. Por ese motivo deberíamos otorgarles la oportunidad de que en la conformación de la ANSSAL tengan una mayoría relativa respecto de los demás miembros que deben conducir ese directorio. Esto se relaciona con las actitudes maduras que mencionaba el señor miembro informante, y con lo que expresaba respecto de hallar el consenso en la realidad. En ese sentido, debo decir que la realidad es que son los trabajadores los que aportan y los que han permitido por medio de una administración seria y responsable que cada uno de ellos pueda tener su día de descanso con su familia y cuidar su salud, como pueden hacerlo sus patrones, aunque, por supuesto, en un nivel reducido de ingresos y en otro tipo de lugar.

Entonces, con esta actitud de que todo es posible y de que en esta democracia se puede, otorguemos a los trabajadores en la conducción de este organismo la misma participación que tienen en los aportes. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor miembro informante.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: teniendo presente lo que expresé anteriormente respecto del delicado equilibrio logrado en la discusión entre la CGT y el sector específico del Poder Ejecutivo, y habida cuenta de que equilibrio y acuerdo significan que cada una de las partes cedió para lograr algo que se pueda vehicular para bien del conjunto...

Sr. Cardozo. — Sí, siete representantes del Estado contra tres de los trabajadores.

Sr. Cáceres. — Cada uno de los puntos de estos proyectos forma parte de lo que ha sido acordado. Por eso esta comisión entiende que cualquier grano de arena, piedra o adoquín que se quiera agregar en algún platillo de ese delicado equilibrio, pueden romperlo.

Sr. Cardozo. — Esto no es serio, diputado Cáceres.

Sr. Presidente (Pugliese). — ¡Sírvase no interrumpir al orador, señor diputado!

Continúa en el uso de la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cáceres. — Por las razones que acabo de dar, no aceptamos la modificación propuesta.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: para fundar el rechazo de la propuesta formulada por nuestra bancada, el señor miembro informante se ha referido a la negociación entre las partes. Al respecto, yo quisiera reflexionar acerca del modo en que las partes se sientan a negociar y de las legitimidades sobre las cuales se sientan a negociar.

Aquí se está negociando pura y exclusivamente el manejo de fondos que son aportados en su totalidad por una de las partes, y administrados íntegramente por la otra en virtud de una ley absolutamente ilegítima dictada por el gobierno de facto, que ha determinado que el Estado sea el que disponga —habitualmente mal— de los fondos que aportan los trabajadores. Mediante la ley de la dictadura administraron el sistema y durante tres años se lo negaron a los trabajadores; hoy, les conceden una parte que vendría a ser algo así como una sindicatura laboral. Por este motivo felicitamos a la CGT porque de contemplar desde afuera cómo quebraba el sistema ha pasado a impedir desde adentro que esto siga sucediendo. El movimiento obrero ha dado un paso importante en la habitual lucha y negociación que siempre ha llevado a cabo y ha conseguido estar dentro del sistema.

Pero no podemos dejar de ver la ilegitimidad de la negociación. Habría negociación si el Estado comprometiera un volumen de fondos semejante al que aporta el movimiento obrero y luego llegara a la administración; pero los fondos los pone sólo el movimiento obrero. ¿En qué artículo del proyecto se establece que el Estado garantiza los mil millones de dólares que aportan los trabajadores? En ninguno.

Invito al señor diputado Cáceres a que reflexione con respecto a este punto. Quizá sea con-

secuencia de modificaciones estructurales que se produjeron en la sociedad argentina. Probablemente tenga que ver con el número de trabajadores sindicalizados que existen o con el crecimiento del sector terciario. Quizá tenga que ver con lo que son las estructuras del poder en la Argentina. Quizá tenga que ver con todos los factores que he mencionado y no con la relación entre el peronismo renovador y los trabajadores, tal como alegremente ha tratado de interpretar un señor diputado del oficialismo.

Aquí se trata una cuestión más de fondo. Los trabajadores miraban desde afuera, desde la vereda de la obra social, cómo ésta se iba a la quiebra, y de frente al INOS cómo se mal usaba el dinero del Fondo de Redistribución, otorgado a "Rentas generales". Ahora, pueden entrar. Los felicito por haber conseguido eso, porque con la dictadura también salvaron a los sindicatos. No es la primera vez que el movimiento obrero, con habilidad e inteligencia, logra salvar sus estructuras.

La cuestión de fondo es que el Estado está sentado sobre el ciento por ciento de los aportes de los trabajadores, situación en la cual debería sobrarle la minoría en el directorio. Habría realmente una negociación de partes si estuvieran garantizados los mil millones de dólares que aportan los trabajadores. Esto me hace recordar lo manifestado por el general Perón cuando lo invitaron a intervenir en un debate. Recuerdo que dijo: "Me invitan a hacer un *sandwich* de pollo y vaca donde yo pongo la vaca y el otro pone el pollo." Aquí, los trabajadores ponen la vaca y los funcionarios ponen el pollo amparados en la ley de facto. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: no pretenderé hacer un análisis puntual porque estaría metiéndome donde no debo, pero sí quiero señalar que una parte es aportada por los trabajadores, otra por el empleador y otra por el Estado...

Sr. Manzano. — Todo salario diferido.

Sr. Cáceres. — En este momento las obras sociales dan a la población una cobertura del 37,2 por ciento, pero al agregar el sector de autónomos e indigentes se ingresa a un sistema universalista porque se brinda cobertura al conjunto.

En este sistema el 9 por ciento se logra con el aporte del empleador y del trabajador, pero el 50 por ciento del déficit del sistema y de lo que se necesita para dar cobertura al sector de los indigentes sale de "Rentas generales", o sea,

del Estado nacional. Este aspecto se relaciona con la concepción solidaria a la que se hizo referencia en varias exposiciones.

No me interesa analizar el tema puntual pero, para no repetir esta discusión en cada uno de los artículos del proyecto, debe quedar en claro que en el año 1985 el Poder Ejecutivo envió una iniciativa sobre este tema, y desde entonces hasta ahora, julio de 1987, como las vacas, venimos rumiando y rumiando esta cuestión. Además quienes participaron en las reuniones de las comisiones que analizaron el presente proyecto han tenido tiempo en exceso para discutir, coincidir y disentir.

Incluso, aquellos diputados que no integran las comisiones fueron bienvenidos cuando llevaron su inquietud, que fue incorporada en caso de considerársela válida.

Lo que quiero destacar, en definitiva, es que este proyecto ha sido suficientemente debatido. Por lo tanto, por nuestra parte, no aceptaremos una sola modificación que no provenga de nuestro sector.

Sr. Cardozo. — Entonces, ¿qué hacemos acá?

Sr. Cáceres. — Estamos legislando para mejorar el sistema de salud en la Argentina, señor diputado.

Cuando en algo no se coincide, se analizan las diferencias, tal como ha ocurrido en los distintos proyectos que hemos sancionado en este Parlamento. Pero este tema lleva más de dos años en comisión...

Sr. Cardozo. — No es verdad.

Sr. Cáceres. — Aquí no hay nada más que discutir, porque esto se viene debatiendo desde hace dos años.

Sr. Cardozo. — No es así, señor diputado.

Sr. Cáceres. — En la democracia se aceptan las posiciones de la mayoría. Pero yo estoy viendo aquí un intento de desnivelar un acuerdo que dificultosamente ha conseguido el Poder Ejecutivo con la Confederación General del Trabajo, y eso no lo voy a permitir. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Pellin. — Señor presidente: teniendo en cuenta que en la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública propuse la participación de las provincias en la conducción central de la ANSSAL, y que ello fue admitido por el propio ministro, presente en esta sesión, voy a proponer una modificación al artículo 10.

Sostengo que esta disposición debería quedar redactada de la siguiente manera: "Los directores serán cuatro (4) en representación del

Estado nacional; tres (3) en representación de los estados provinciales, elegidos por el Comité Nacional de Salud en la forma que la reglamentación determine; tres (3) en representación de la CGT; uno (1) en representación de los jubilados y pensionados; uno (1) en representación de los empleadores y uno (1) en representación de la Confederación Médica de la República Argentina, en su calidad de representante mayoritaria de los prestadores”.

Las provincias integran el sector público. Tienen el 65 por ciento de los recursos. Por eso, en el caso de que adhieran al sistema, este seguro de salud será algo más de lo que actualmente es. Pero ellas ingresarán en la medida en que vean garantizada su participación.

En el interior, tenemos el ejemplo de la configuración orgánica de las empresas nacionales que actúan en nuestros territorios, con las cuales no tenemos nada que ver. El servicio de salud es una gran empresa de servicios; no cometamos los mismos errores, sobre todo si estamos en este momento pregonando el federalismo. Creemos que si el aporte del sector público es el que mayoritariamente proviene de las provincias, éstas tienen derecho de participar en la conducción de la ANSSAL.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Digón. — Señor presidente: a veces escuchamos expresiones de algunos señores diputados que los trabajadores no podemos dejar pasar.

No es verdad que los empresarios aportan: el aporte lo hacen totalmente los trabajadores, porque se trata de un salario diferido y trasladado a los costos. En esta Cámara no puede haber nadie que ignore esto. Entonces, el aporte que se hace es siempre de los trabajadores, y no porque se golpee el pupitre se tiene razón.

Hace unos momentos el señor ministro habló de una panacea, de la participación y del protagonismo, pero cuando llega la hora de la verdad siempre está el doble mensaje: para los trabajadores lo menos, tratando de igualarlos hacia abajo. Por eso, no nos engañemos; el dinero lo ponemos los trabajadores y no los empresarios. Está bien delineado en los costos cuánto cuesta cada uno de nosotros.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Cortese. — Señor presidente: creo necesario aclarar que la propuesta justicialista pretende modificar la composición del directorio legislado en el artículo 10 de este proyecto ha-

ciendo un análisis de la situación de las obras sociales, cuando ese directorio no es sino el del ente de aplicación del seguro de salud.

Por otra parte, la representación del Estado nacional no es la de ningún gobierno en particular: es la representación del pueblo orgánica, política y jurídicamente constituido para tomar decisiones, o sea que participa la integridad del país.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Formosa.

Sr. Fappiano. — Señor presidente: en corroboración y apoyo de la proposición formulada por el señor diputado Cardozo, e inclusive por el señor diputado Pellin, exhibiré algunas estadísticas proporcionadas por el propio Instituto Nacional de Obras Sociales que demuestran claramente cuál es el aporte de las obras sociales sindicales y cuál es el de las estatales. Así advertimos que las obras sociales sindicales cubren el 70 por ciento de la población beneficiada con el servicio, en tanto que las estatales sólo alcanzan al 5 por ciento. Y si hablamos de déficit en el sistema de obras sociales, también tenemos aquí las estadísticas dadas por el INOS. ¿Por qué ese déficit? ¿Por qué el sistema no da o por qué los fondos se desviaron hacia otros menesteres?

En 1981 sólo se adjudicó a las funciones propias del INOS un 12 por ciento del total de los recursos, mientras que el 87 por ciento tuvo otros destinos. ¿Cuáles fueron esos otros destinos? Transferencias al Fondo Nacional de Salud, a las cuentas destinadas al producido de la explotación de juegos de azar —se lo dieron al PRODE—, Tesorería General de la Nación y el CUPED, que es el centro de cómputos.

Es cierto que esta situación se viene revirtiendo; no lo desconocemos, pero el desfase es anterior.

En 1982 se adjudicó el 27,4 por ciento a las funciones propias del INOS y el 72,6 por ciento a la Tesorería.

El señor diputado Pellin manifestó que el Estado absorbería la incorporación de los carenciados, es decir los que no están beneficiados por obras sociales, en el Seguro Nacional de Salud.

En el boletín informativo del INOS se dice que los indigentes y carenciados se incorporarán progresivamente mediante financiación compartida entre la Nación y las provincias. O sea que tampoco la Nación va a aportar el ciento por ciento de esta financiación para los indigentes y carentes. De allí la razón que encuen-

tro le asiste a la propuesta del señor diputado Pellin.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: luego de la serena intervención del señor diputado Cortese, creo que nuestro pedido merece una ampliación.

Históricamente se ha apuntalado en la Argentina una falsa discusión sobre el régimen de propiedad y una falsa discusión sobre el grado de madurez de los diversos actores sociales.

Acerca del régimen de propiedad la discusión se traduce en una dicotomía entre privatistas y estatistas. Como estamos hablando de una etapa fundacional, nosotros pensamos que quizá sea tiempo de referirnos a una tercera franja de propiedad, que es de carácter social. Una franja donde no hay particulares solamente, que se mueven dentro del Código de Comercio, ni tampoco es sólo del Estado.

Uniendo esto a la discusión sobre el grado de madurez de los actores sociales, incorporando la franja de la propiedad social y de la gestión social, la idea de que los trabajadores, los estados provinciales y los profesionales de la salud se desempeñen juntamente con el Estado nacional —pero teniendo en cuenta fundamentalmente a los primeros, porque tienen el dinero y la madurez de administrar este sector, la salud argentina— está inspirada en estos dos elementos. Es decir, el primero sería la intención de salir de la discusión entre privatismo y estatismo, y el segundo, reconocer a los trabajadores, a los estados provinciales y a los profesionales de la salud la madurez de administrar un sistema donde el Estado, desde 1955, ha fracasado en la misión de brindar atención digna de la salud a todos los argentinos por igual.

Por ese fracaso del Estado se crea el sistema de obras sociales. Fue una manera solidaria de que los trabajadores cubrieran lo que el sector público no prestaba. Se encontraban con que concurría el afiliado a decirles que tenía la esposa o el hijo enfermos y no había quién los atendiera. En un comienzo destinaron algunos fondos sindicales para la atención médica, para realizar acuerdos y lograr que dichos acuerdos fueran estables. De este modo, la propia madurez de los trabajadores argentinos cubrió en la oscura dictadura del 55 al 73 una necesidad social que el Estado era incapaz de atender. El período del peronismo que va de 1973 a 1976 no fue capaz de cubrir esa atención —es un reconocimiento que efectuamos sin tapujos—, y luego el proceso militar se adueñó de la estructura para financiar cualquier cosa, incluso obras

faraónicas, quedando las obras sociales con sus servicios suspendidos para los trabajadores. Había edificios de muchos pisos con alfombrado y aire acondicionado, pero no se atendía a los trabajadores que iban a la farmacia.

Luego viene la época de la democracia, pero dentro del marco de la discusión entre privatismo y estatismo es muy difícil que nos pongamos de acuerdo todas las partes. No hay duda de que es valioso concertar con los actores sociales, pero nadie puede dejar de reconocer que desde el punto de vista fundacional un acuerdo político sin la principal fuerza política del país —el peronismo— es un acuerdo rengo, de corto plazo.

Entonces, si queremos reflexionar sobre la cuestión de fondo, creo que hay que ser honestos. Estamos haciendo un ensayo. Si nosotros pudiéramos las condiciones por tener la hegemonía política en el país, haríamos una cosa distinta a la del radicalismo; pero ese acuerdo tampoco serviría si éste se opusiera. Seguramente la Confederación General del Trabajo estaría de acuerdo con nuestro proyecto y éste recibiría su apoyo, porque queremos una ley que surja del consenso para que dure 20 años, de modo que cuando un trabajador tenga que ir al médico, haya uno que lo atienda; cuando necesite un remedio, obtenga la receta; cuando vaya al hospital público, haya gasa, y cuando tenga que ser operado el bisturí no contenga scherichia, que lo lleve a la muerte. Entonces, hay que reconocer que además de discutir la administración de esos mil millones de australes se requieren otros mil millones para que quienes están implicados en el sistema —los enfermos, los médicos, los propios funcionarios y la sociedad en su conjunto—, puedan administrarlos. Se ha terminado la época del paternalismo porque ésta es una sociedad madura; pero este proyecto de ley es paternalista.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Berri. — Señor presidente: en el tratamiento en particular del artículo 10 del proyecto de ley se ha querido justificar una ampliación de la representación de la Confederación General del Trabajo en la ANSSAL mediante la argumentación de una supuesta apropiación indebida de los fondos de las obras sociales para financiar el sistema.

Cabe destacar que de la simple lectura de ambos proyectos de ley —el de Seguro Nacional de Salud y el de Obras Sociales— se desprenden taxativas disposiciones. En primer lugar, las obras sociales serán manejadas y administradas por los trabajadores, a la vez que consideradas

agentes del seguro. En segundo término, el 80 por ciento de los fondos quedará en la obra social para la atención de la salud de sus propios beneficiarios; el 8 por ciento será para los gastos de administración; el 10 por ciento, para el Fondo Solidario de Redistribución, y el 2 por ciento restante para otras prestaciones sociales.

El artículo 24 del proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud, que se refiere a los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, establece en su inciso a) que dichos recursos serán destinados para su distribución automática entre los agentes del seguro en un porcentaje no menor al 33 por ciento, para subsidiar a aquellas obras sociales de menores recursos. Además, el inciso c) del mencionado artículo se refiere al destino de los recursos del Fondo para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro. Finalmente, el inciso e) del artículo 24 hace mención a que los excedentes del Fondo serán distribuidos entre los agentes del seguro, para la atención de las propias obras sociales.

Es decir que aquí no hay ninguna apropiación indebida de fondos de las obras sociales para sustentar el sistema. Por otra parte, no son exactos los porcentajes que se han mencionado. Las obras sociales sindicales cubren un 37 por ciento de la población, y con la administración mixta podrán llegar a cubrir el 70 por ciento. De esta manera he querido poner un poco de orden en relación con algunas aseveraciones temerarias que se han formulado en el sentido de que existe el propósito del gobierno de manejar indebidamente los fondos. Estará la ley, y ésta deberá cumplirse.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Stolkiner. — Señor presidente: en razón de las fundadas argumentaciones del señor diputado Cáceres, pensaba no intervenir en este debate. Respeto mucho los conceptos que con tanta vehemencia y entusiasmo han expresado los señores diputados de la minoría; entonces, permítaseme que requiera de ellos el mismo respeto a la opinión que voy a fundar, pues conceptúo que se encuentran en un error.

Voy a anticipar la tesis: los fondos no son de los trabajadores, ya que se trata de tasas retributivas de un servicio de salud que impone el Estado. El artículo 67 de la Constitución Nacional hace mención a contribuciones y tributos; éstas son las únicas palabras que se extraen del texto constitucional. La palabra "aportes" —mal introducida en el léxico legal— puede corresponder a una mutualidad. Conforme al diccio-

nario, el aporte es una expresión del derecho privado que significa llevar algo a un fondo social; el aporte es propio de la mutualidad. El servicio de salud puede coincidir con las mutualidades, pero las llamadas obras sociales no son mutualidades.

Se dice que lo aportan los trabajadores y yo me pregunto: si el Estado, en virtud de la norma positiva legal e imperativa, no impusiera la obligación de la contribución deducida del salario del obrero y de la parte obligada al empleador, ¿cómo harían los sindicatos para juntar sus fondos? ¿Es el esfuerzo de ellos o es la imposición del Estado?

—Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Presidente (Pugliese). — La Presidencia solicita a los señores diputados que no interrumpen al orador, que está exponiendo su opinión sobre este tema.

Sr. Stolkiner. — Estoy dando estos fundamentos porque se propone la modificación de la norma invocando como razón la titularidad del dominio de los fondos. Y los fondos llegan a los sindicatos en virtud de una tasa retributiva del servicio de salud pública.

La constitución de mi provincia, Córdoba, recientemente dictada, habla de los derechos sociales, consagrando como el primer derecho social el referido a la salud. Evidentemente, es función primaria del Estado, de la comunidad políticamente organizada, brindar el servicio de salud; sin servicio de salud no puede hablarse de libertad ni de ninguno de los otros atributos del hombre y ni siquiera de la vida, porque sin salud se termina la vida. Entonces, es la primera obligación del Estado.

Se ha planteado la duda sobre si esa función puede o no ser delegable. Asumiendo la necesidad política de establecer un régimen transitorio que significa un avance hacia un verdadero seguro social, voy a apoyar también el proyecto de obras sociales, en virtud de que habla de entidades intermedias que están obrando por delegación en función de la titularidad de la obligación de prestar salud que tiene el Estado.

Para mayor ilustración de los señores diputados, diría que nosotros encontramos...

Sr. García (R. J.). — ¿Me permite una interrupción, señor diputado, con la venia de la Presidencia?

Sr. Stolkiner. — Sí, señor diputado.

Sr. Presidente (Pugliese). — Para una interrupción tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. García (R. J.). — Señor presidente: me ha quedado una duda porque el señor diputado Stolkiner dijo que con este régimen se marcha hacia un verdadero seguro nacional de salud, o sea que se trata de una transitoriedad hacia lo que se pretende. No me ha quedado claro y quisiera que me lo explique.

Sr. Presidente (Pugliese). — Continúa en el uso de la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Stolkiner. — Señor presidente: con mucho gusto se lo voy a aclarar al señor diputado. Lo ha dicho con toda corrección el señor ministro: con posterioridad y a medida que se vaya marchando, se buscarán los perfeccionamientos.

He tenido la satisfacción en 1964 de esbozar las bases de un proyecto nacional de seguro de salud. En aquella oportunidad tomé como base la organización de Suecia, Holanda y Bélgica. El señor diputado Alsogaray ha mencionado los principios del liberalismo; se habla de que Inglaterra es el país más liberal del orbe, cuando la realidad es que la organización social de la medicina y del servicio de salud en dicho país está manifiestamente imbuida de sentido social.

He estudiado todas estas cuestiones y puedo avanzar aún más refiriéndome a cómo se integran los fondos de las obras sociales. Según este proyecto, se componen del 3 por ciento de aporte del sector obrero y del 6 por ciento de aporte patronal. Es una tasa del servicio de salud, y yo diría, para explicar por qué hablo de un verdadero seguro de salud, que nosotros hemos negado a los empleadores el derecho a la integración de las obras sociales particulares. He creído que en esta etapa puede aceptarse. Porque en el futuro, si fuese más joven y pudiera seguir en la política argentina, diría que o bien reacceptamos el servicio del seguro social integrado de Suecia —donde cuando se enferma un obrero el servicio social no sólo atiende la salud del obrero sino también su salario—, o bien le tendríamos que decir que hay que pagarle el salario al obrero, pues el empresario tiene la obligación de brindarle el seguro de salud porque le interesa que el obrero no se enferme; le interesa que se controle preventivamente ya que en la actualidad la medicina tiene que ser más preventiva que curativa.

Sr. Cardozo. — Señor presidente. . .

Sr. Presidente (Pugliese). — Está anotado para usar de la palabra señor diputado.

Sr. Stoliner. — De acuerdo con nuestro régimen constitucional, no existen otras fuentes de recursos que los impuestos, tasas y contribuciones. Mal podría el Estado impo-

ner un impuesto cuyo beneficiario fuese una entidad particular. Mal podría el Estado imponer una tasa al servicio de una entidad particular, salvo que esa entidad estuviese prestando un servicio propio del Estado. Me remito a lo que sobre el particular escriben Carreras y González, en la página 448 de la segunda edición de su *Tratado didáctico de economía política* y Colmeiro —otro autor español— en la página 532 de la segunda edición de sus *Principios de economía política*.

Los fondos de las obras sociales son de la sociedad argentina. Sólo el Estado puede imponer estas tasas en su función eminente. El Estado las impone en función eminente y en su función primaria de atender la salud pública. En la reunión de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Alma Ata, Unión Soviética, en 1978, establecimos con otros estados del mundo el principio de la equidad en la salud y la aplicación de una serie de puntos básicos dirigidos a que la estrategia de la atención plena de la salud a cargo del Estado nos lleve a que sea verdad esa meta de "salud para todos en el año 2000". Tales principios me ponen en la convicción —sin creer dogmáticamente que soy el dueño de la verdad— de que lo que han afirmado con tanto énfasis mis distinguidos pares de la minoría es un exabrupto. (*Aplausos*.)

Sr. Cardozo. — Pido la palabra para pedir una aclaración al señor diputado Stolkiner.

Sr. Presidente (Pugliese). — Lo he anotado para otorgarle el uso de la palabra cuando corresponda, señor diputado.

Sr. Cardozo. — Pero se trata de una aclaración.

Sr. Presidente (Pugliese). — No corresponde, señor diputado.

Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Cortese. — Señor presidente: en abstracto puede compartirse o no el desarrollo argumentativo que ha efectuado el señor diputado Manzano y el contenido filosófico político que lo inspira; pero en concreto me permito señalar que no le encuentro engarce suficiente en el proyecto de ley que estamos considerando, en razón de que ya está aprobado el artículo 5º, y en particular su inciso c), según el cual es claro que no se monopolizan prestaciones en favor de un solo sector social de la vida argentina.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Rodríguez (Jesús). — Señor presidente: para mantener el orden de la discusión en el recinto he preferido esperar para señalar lo si-

guiente. Siguiendo de manera rigurosa la línea de razonamiento según la cual los que aportan la mayor parte del financiamiento deberían tener el control mayoritario de la entidad, sería necesario concluir que debería ser presidente de la Nación un representante de las empresas multinacionales, porque son ellas las que aportan la mayor parte del financiamiento del gasto público.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Digón. — Señor presidente: al darnos su brillante clase jurídica, el señor diputado Stolkiner no mencionó cuál fue el nacimiento de las obras sociales.

Se refirió al ordenamiento de estas organizaciones y al aspecto tributario, pero no señaló que a partir de 1955, a raíz de las deficiencias del hospital público, con nuestros aportes — a veces hasta clandestinos — comenzamos a formar nuestras obras sociales.

Recién en 1970 obtuvieron reconocimiento legal, pero fue después de que hubiéramos construido numerosos sanatorios y hoteles, después de haber adquirido propiedades con nuestros propios aportes, no con los de la Nación, porque esos fondos eran mal manejados.

Y ahora el señor diputado Stolkiner nos indica en su clase magistral qué es lo que hay que hacer de aquí en adelante. Recurre a la legislación comparada y menciona el caso de algunos países de Europa, pero no señala cuál es el aporte que realiza el Estado en cada una de las naciones de Europa. Se olvidó de un detalle bastante importante. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cardozo. — Señor presidente: respeto profundamente al distinguido diputado radical Stolkiner, a quien solicité una interrupción a fin de formularle una pregunta.

En esa oportunidad la Presidencia no me dio la correspondiente autorización y ahora el señor diputado Stolkiner no está en el recinto. (*Risas.*)

Deseaba que este eximio constitucionalista diera lectura e interpretara el artículo 14 bis de nuestra Constitución Nacional, sobre la que los radicales tienen mucho que decir.

Dado que el señor diputado Stolkiner no está presente, diré que con toda claridad nuestra Constitución establece que conducen los beneficiarios y el Estado es el que fiscaliza. Los beneficiarios son los que conducen, señor presidente.

Entonces, cuando el señor diputado Stolkiner se refirió a la Constitución, olvidó este artículo

14 bis que, reitero, con toda claridad señala que los beneficiarios son los que conducen y el Estado controla y participa.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: creo que la intervención del señor diputado Stolkiner y la magnitud de los aplausos en la bancada radical ilustran sobre el fondo del debate.

El radicalismo cree que los fondos son públicos; declara que son de los trabajadores y se apropia de ellos con mayoría en el directorio.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por La Pampa.

Sr. Matzkin. — Intentaré establecer algunas precisiones dentro de la línea de pensamiento esbozada por el señor diputado Cardozo, vinculada con aspectos constitucionales.

No escapará a su criterio, señor presidente, que quien habla no es un constitucionalista. Por ese motivo es que tengo la posibilidad de equivocarme.

No obstante, tengo ante mí el artículo 14 bis de la Constitución, al que hiciera referencia el señor diputado Cardozo, y deseo formular una interpretación para ponerla a consideración de esta Honorable Cámara.

Este artículo dice textualmente: “El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social...”. Y más adelante establece: “...estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica...”.

Luego continúa, y en mi opinión esto es lo más importante: “...administradas por los interesados con participación del Estado...”. Deseo señalar que la interpretación casi literal que realizo del texto determina un orden de prioridades y establece quién es el principal en esta relación. Así, entiendo que el principal —éste es el orden en el cual la Constitución lo nombra— está constituido por los propios interesados, y también participa el Estado. Si la interpretación que formulo es correcta, este texto constitucional aclara bastante el tema que tenemos bajo examen.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Martínez Márquez. — Señor presidente: según lo que se ha expresado en este recinto, parecería que estuviésemos haciendo el debut en la discusión de este tema, cuando en realidad ella se remonta no sólo a 1985, sino a los primeros meses de 1984, cuando el ministerio correspondiente elaboró un proyecto sobre seguro nacional de salud, que no tomó estado público. Sin

embargo, en los cenáculos de esta casa fue extensamente discutido por los miembros del oficialismo y la oposición. Conocemos las discusiones que tuvieron lugar posteriormente, en septiembre de 1985, sobre el proyecto unificado, que ha tenido este desglose.

La discusión del tema vinculado con la incompatibilidad en la conducción de las obras sociales de quienes ocupaban u ocupan posiciones en la conducción de las entidades intermedias —lo que se vincula también con la separación jurídica y financiera de las obras sociales—, insumió extensas horas de debate.

Ahora hemos remontado esta problemática con respecto a quién tendrá la responsabilidad de la conducción. Se trata de un tema netamente hegemónico. Hemos ingresado en el análisis del aspecto de la financiación del sistema, que por cierto no corresponde al texto del artículo.

No quiero extenderme demasiado en este debate, pero todos los oradores que han hecho uso de la palabra en este recinto reconocieron el derecho inalienable y el deber ineludible del Estado de garantizar la salud. Simplemente, recordaré un celebrado asesoramiento de Rafael Bielsa con motivo de un pedido de la Confederación Médica Argentina. Dice Bielsa sobre este tema: "El Estado está obligado a la salvaguardia preventiva y represiva de la integridad física de las personas, las cosas, la moral y la economía públicas, por lo que la salvaguardia de la salud pública es un accionar preeminente de un Estado que se precie de moderno y que no puede ser limitado por derechos particulares".

Esta es la clave del tema. Si asumimos que la salud es un derecho y que el Estado es su garante, de ninguna manera puede ceder la conducción y la armonización de las políticas de salud; su normatización constituirá la implementación de ese derecho, mientras que la conducción representa la ejecución del derecho mismo.

Sr. Presidente (Pugliese). — Corresponde votar el artículo 10 del despacho de la comisión.

Se va a llamar para votar.

—Se llama para votar. Luego de unos instantes:

Sr. Presidente (Pugliese). — Se va a votar el artículo 10 del dictamen de la comisión.

—Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 11 y 12.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración el artículo 13.

Tiene la palabra el señor miembro informante.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: en nombre de la comisión voy a proponer una modificación al inciso j) a fin de que quede redactado así: "Aprobar la estructura orgánica funcional, dictar el estatuto, escalafón y fijar la retribución de los agentes de la ANSSAL".

Sr. Presidente (Pugliese). — Se va a votar el artículo 13 conforme al texto propuesto por la comisión para el inciso j).

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración el artículo 14.

Tiene la palabra el señor diputado por Santiago del Estero.

Sr. García (C. E.). — Señor presidente: el último párrafo de este artículo dice lo siguiente: "Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por parte de la ANSSAL".

Pregunto a la comisión si acaso esto es una carga pública. Para estos casos no existe la carga pública. Además, en el derecho laboral no se presume la gratuidad del trabajo. ¿Quién les paga a los integrantes del Consejo Asesor? ¿Cómo les pagan? ¿Acaso les paga la ANSSAL? Estos asesores son representantes de los agentes del seguro, y éstos son las obras sociales, o sea, el dinero de los obreros. Entre otras cosas, son los representantes que designan las provincias.

Sr. Presidente (Pugliese). — ¿El señor diputado está proponiendo que se les pague? La comisión aclaró que la función es gratuita.

Sr. García (C. E.). — Pero eso no se dice.

Sr. Presidente (Pugliese). — Se establece que no recibirán remuneración por parte de la ANSSAL. ¿Usted propone que la reciban?

Sr. García (C. E.). — Yo propongo que esa situación quede aclarada. ¿El trabajo es gratuito?

Sr. Presidente (Pugliese). — Sí, señor diputado. Así lo ha señalado el miembro informante de la comisión.

Se va a votar el artículo 14.

—Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 15 a 21.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración el artículo 22.

Tiene la palabra el señor diputado por San Luis.

Sr. Barbeito. — Señor presidente: he solicitado la palabra no para hacer referencia al artículo en consideración sino para llamar la atención de la Honorable Cámara porque se están apro-

bando artículos que hacen referencia a una ley que aún no ha sido sancionada, y en base a la cual adquieren valor legal los artículos del presente proyecto.

Aunque no soy abogado ni constitucionalista, considero que este procedimiento es totalmente irregular e invalida lo que hemos estado aprobando. Por ese motivo mociono que el presente proyecto —que la mayoría tiene tanto interés en sancionar—, vuelva a comisión a fin de que sea adecuadamente redactado.

Repito que es inoportuno tratar este proyecto de ley antes que el de obras sociales.

Sr. Presidente (Pugliese). — Pero la consideración de este asunto comenzó el 2 de julio, señor diputado.

Sr. Barbeito. — El proyecto de ley de obras sociales es el que debería tratarse previamente, porque es el único que tiene vigencia...

Sr. Presidente (Pugliese). — Si esta observación la hubiese hecho el día que empezó el tratamiento...

Sr. Cardozo. — Ese día no estábamos en el recinto, señor presidente.

Sr. García (R. J.). — Creo que lo manifestado por el señor diputado preopinante se refiere al inciso a).

Queremos que la Presidencia nos indique el significado que tiene este artículo 22, porque su inciso a) hace referencia al artículo 16 de la ley de obras sociales. Esta es la razón por la que el señor diputado solicita que el proyecto vuelva a comisión. La Presidencia tendría que indicarnos cómo puede compatibilizarse una cosa con la otra.

Sr. Presidente (Pugliese). — Es la Cámara la que debe resolver y no la Presidencia. Aquí se está tratando el Orden del Día N° 1201 antes que el 1200.

Sr. García (R. J.). — Estamos trabajando mal, señor presidente.

Sr. Presidente (Pugliese). — Puede ser que así ocurra, señor diputado.

Sr. García (J. R.). — Entonces, será conveniente que el miembro informante aclare esta situación.

Sr. Presidente (Pugliese). — Lo que sucede es que existen dos proyectos de ley que se combinan entre sí. Pero ninguno de los dos se convertirá en ley mientras no sean aprobados por el Senado de la Nación y promulgados por el Poder Ejecutivo nacional.

Sr. García (J. R.). — No es una explicación, señor presidente.

Sr. Presidente (Pugliese). — Es la explicación de la Presidencia. Si hay otra, debe darla la Cámara.

Se va a votar la moción formulada por el señor diputado por San Luis a fin de que el asunto vuelva a comisión.

—Resulta negativa.

Sr. Presidente (Pugliese). — Corresponde continuar con la consideración del artículo 22.

Sr. García (R. J.). — Pido la palabra.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. García (R. J.). — Como estamos tratando este artículo, quisiera una explicación, pero no de la Presidencia sino del señor miembro informante de la comisión.

Quiero saber qué es lo que vamos a votar, porque esto se refiere a un artículo de una ley inexistente.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Stubrin. — Señor presidente: lamentablemente debo decir que esta preocupación de los colegas de la bancada justicialista es irrelevante, porque si la otra ley no resulta sancionada esta norma quedará enervada, ya que esa remisión dejaría de tener sentido. Pero esto no invalida lo que estamos votando. Podemos aprobar este proyecto aunque en el procedimiento parlamentario ello ocurra antes o después de la sanción del otro proyecto.

Objetivamente estamos votando una norma absolutamente legítima, una de cuyas cláusulas no quedará perfeccionada si la otra ley no se sanciona, y consecuentemente carecerá de valor. Aquí hay remisiones a una ley de obras sociales que no está sólo en la imaginación de alguien sino en un dictamen de comisión que tiene estado parlamentario y que será tratado en forma inmediata por la Cámara.

Comprendo el argumento que se esgrime, pero me parece que tiene la naturaleza de una chicana en el debate parlamentario. Ello es absolutamente respetable, pero no tiene ninguna validez normativa o jurídica. Este proyecto no dejará de ser ley por el hecho de remitirse a otra que todavía no ha sido sancionada.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Martínez Márquez. — Señor presidente: independientemente de que las argumentaciones del señor diputado Stubrin me parecen válidas, debo decir que la secuencia que se ha adoptado para el tratamiento de estos proyectos

es la correcta, porque mal podría legislarse sobre uno de los elementos que conforman el sistema nacional de seguro de salud si previamente no se conoce el marco de referencia dentro del que van a funcionar las obras sociales.

Obviamente, el hecho de tratar primero un proyecto y después el otro no obedece a ningún artilugio parlamentario sino a que simplemente había que hacer esta referencia en el proyecto que ahora estamos tratando porque aquí intervienen todos los elementos que en una integración funcional no sólo forman las obras sociales sino también los sectores público y privado.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Santiago del Estero.

Sr. García (C. E.). — Señor presidente: las explicaciones que está dando la mayoría son muy débiles. Se está hablando de la administración de un fondo integrado con aportes dispuestos por una ley que aún no se ha sancionado, y lo estamos haciendo como si ello ya hubiera ocurrido. ¿Creen que eso es algo normal? ¿Creen que es una chicana? No, señores diputados; está bien que ustedes sean mayoría —a lo mejor nosotros hacíamos lo mismo en 1974—, pero eso no es legal, no es constitucional. Se está haciendo referencia a un proyecto sobre el cual ni siquiera se ha comenzado a conversar. Yo creo que acá falta seriedad. Esto no es una chicana, señor diputado Stubrin.

No se puede invertir el orden. ¿Cómo vamos a hacer el techo si todavía no hemos levantado las paredes? Pienso que hay que comenzar a tratar el proyecto de ley de obras sociales, si es que hay tiempo y quórum, y luego el relativo al sistema nacional del seguro de salud.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por San Juan.

Sr. Usin. — Señor presidente: creo que la explicación a la pregunta del señor diputado García es fácil de entender. Se trata de dos proyectos de ley cuyos articulados se encuentran interrelacionados y será imposible tratar uno a continuación del otro si se mantiene este planteo.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: voy a referirme a lo que acaba de señalar el señor diputado preopinante.

Esto mismo fue informado por el señor ministro cuando narró el proceso de elaboración de los dos proyectos de ley. En su comienzo, había una sola iniciativa, que luego se desdobló. De manera que no es posible analizar una

sin hacer mención a la otra. Es decir, si eventualmente hubiésemos comenzado por considerar el proyecto de ley de obras sociales, estaríamos asistiendo ahora el mismo planteo.

Además, quiero agregar que nosotros sólo sancionaremos un proyecto que recién tendrá vida cuando sea promulgado. Vale decir que previamente deberá ser aprobado por el Senado, para luego ser remitido al Poder Ejecutivo, que será quien deberá promulgarlo.

Sin hacer un juicio de valor —como en alguna medida se hizo— en lo que puede ser una actitud chicanera, creo que lo práctico sería que nos aboquemos al tratamiento de este proyecto de ley para, una vez concluida su consideración, iniciar de inmediato el análisis del proyecto de ley de obras sociales. Ambos tienen una íntima interrelación y como deben ser sancionados en esta sesión, esta discusión no tiene sentido y se puede prolongar innecesariamente durante toda la noche. Por lo tanto, solicito que se continúe con la consideración en particular de este proyecto.

Sr. Presidente (Pugliese). — Ruego al señor diputado González Cabañas que no se retire del recinto, porque deseo que me reemplace en la Presidencia.

Sr. González Cabañas. — Salgo por un momento y enseguida regreso, señor presidente. (*Risas.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por San Luis.

Sr. Barbeito. — Señor presidente: se ha calificado como una chicana mi inquietud y preocupación.

Tiene tanto derecho a decir eso el señor diputado por Santa Fe como quien habla a sostener que fue una chicana iniciar el tratamiento del proyecto de ley de seguro nacional de salud con 60 señores diputados presentes, considerando este proyecto de ley en primer lugar cuando no había ningún dictamen de minoría sobre él ni observaciones formuladas, y existiendo en cambio un dictamen en disidencia total con relación al otro proyecto de ley.

Digo esto porque hubiera sido totalmente distinto el tratamiento de este orden del día si se hubiera considerado la otra iniciativa y no se hubiese aprobado el dictamen de mayoría.

De modo tal que creo que ha habido una equivocación en cuanto al orden de prelación, porque en primer lugar debió tratarse el proyecto sobre obras sociales. La ANSSAL podrá ser denominada como queramos, pero íntegramente depende de las obras sociales.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Vanossi. — Señor presidente: realmente, no salgo de mi asombro. Si no fuera porque hemos tenido la feliz oportunidad de asistir a una excelente escena de humor protagonizada entre usted y el señor diputado González Cabañas, consideraría que llevamos perdida casi media hora en la consideración de un planteo abstracto que, por lo tanto, es extemporáneo. El tema en cuestión ya ha sido abordado con gran precisión por el señor diputado Stubrin, pero deseo reforzarlo con la siguiente argumentación.

En el derecho las cosas no están libradas a un *impromptu*; hay etapas, instancias y preclusiones. Si el planteo que formula el señor diputado Barbeito fuera procedente tendría que haber sido manifestado antes de que el proyecto se votara en general. Desde el momento en que esta Cámara dio su aprobación en general a la iniciativa en consideración, se ha definido con criterio político, jurídico y constitucional la corrección del procedimiento que utiliza. Cada Cámara es juez privativo —esto no es revisable ni justiciable— de la forma en que entiende y aplica los poderes que tiene a efectos de llevarlos a la práctica.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Comisión de Legislación General, doctor Tomás Walther González Cabañas.

Sr. Vanossi. — En relación con lo establecido en el artículo 71 de la Constitución Nacional en el sentido de que “Ningún proyecto de ley desechado totalmente por una de las Cámaras podrá repetirse en las sesiones de aquel año”, hace varios años la Corte interpretó que cada Cámara puede, de acuerdo con su criterio, determinar si los proyectos son o no iguales. Aquí también la Cámara tiene criterio para determinar la prioridad de uno u otro proyecto, establecer si son interdependientes y fijar si una vez sancionados tendrán posibilidad de efectividad y cumplimiento. Esta Cámara ha efectuado esa apreciación política de carácter institucional al votar esta iniciativa en general.

Por lo tanto, el planteo del señor diputado Barbeito, que lo estimo muy respetable desde el punto de vista de la sana aspiración que lo anima a efectos de aventar cualquier sospecha o duda sobre la validez de nuestro proceder, es extemporáneo porque el tema está precluido. En consecuencia, propongo al señor diputado que retire su moción de orden a fin de continuar con la votación en particular, en razón de que ya ha pasado la oportunidad para la presentación de ese tipo de planteos.

Sr. Manzano. — Esa moción ya se votó y resultó rechazada.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por La Rioja.

Sr. Corzo. — Señor presidente: muy brevemente me referiré a la desprolijidad parlamentaria, porque estamos haciendo remisiones a un proyecto de ley de obras sociales que aún no ha sido puesto en consideración. En consecuencia, ¿qué va a ocurrir si modificamos en el proyecto de ley de obras sociales los artículos de la iniciativa que estamos tratando? De allí que no tenga sentido considerar el proyecto de ley del seguro nacional de salud, que se vincula con aspectos de la otra iniciativa que aún no hemos tratado. Por lo expuesto, reitero que estamos frente a una verdadera desprolijidad parlamentaria.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Se va a llamar para votar.

—Se llama para votar. Luego de unos instantes:

Sr. Presidente (González Cabañas). — Se va a votar el artículo 22.

—Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se aprueba el artículo 23.

Sr. Presidente (González Cabañas). — En consideración el artículo 24.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: propongo que en el inciso *a*) de este artículo, después del texto que dice: “Para su distribución automática entre los agentes del seguro en un porcentaje no menor al treinta y tres por ciento (33 %), con el fin de subsidiar a aquellos de menores ingresos, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria según la reglamentación que establece la ANSSAL”, se coloque un punto, y se agregue el siguiente párrafo: “Se exceptúan de la distribución automática los recursos establecidos en el inciso *b*) del artículo 21 de la presente ley”.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: teníamos decidido no votar el artículo tal como está redactado en el despacho de comisión, pero se menciona que fue fruto de un acuerdo con el movimiento obrero, acuerdo del que tuvimos conocimiento a través de un acta.

Entonces nos surgen dos interrogantes: el primero, si hay un acta suplementaria, porque esta modificación destruye toda la línea argumental empleada por el señor diputado Cáceres en cuanto a la inflexibilidad en el tratamiento de este proyecto; y el segundo, respecto de la curiosa aplicación del principio de solidaridad. Hay distribución hacia todos los agentes del seguro de todos los fondos menos de los que aporta el Estado. Es una manera especial de hacer solidaridad, que recuerda a aquel nacionalista español a quien le explicaron qué significaba el comunismo, haciéndolo de una manera tal que él adhirió: era aquello según lo cual se reparten las cosas de los otros.

¿Existe un acta suplementaria con la CGT, señor diputado? Porque de lo contrario no entiendo sus argumentos.

Sr. Cáceres. — Entiendo que las modificaciones convenidas son las siguientes: en el artículo 24 de este proyecto de ley y en el artículo 12, inciso *d*), del proyecto sobre obras sociales que se considerará a continuación. Esta es la información que poseo y en función de esa información propongo el agregado en el inciso *a*) de este artículo 24. Creo que la actitud del señor diputado preopinante no va a cambiar en mucho el sentido del voto.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: deseo ilustrar a la Honorable Cámara sobre el objeto de la discusión. El artículo 24 habla de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución. Esta figura apunta a equilibrar las prestaciones y a asegurar su universalidad e igualdad. Quizás en este objetivo se había fundado uno de los elementos propagandísticos del "proyecto Neri"; se decía que el afiliado metalúrgico de La Rioja tenía que gozar de igual atención que el afiliado metalúrgico de la Capital Federal.

Este Fondo de Redistribución transfiere fondos de las obras sociales más fuertes a otras de menor solidez económica y que como consecuencia de ello tienen déficit en sus prestaciones. Después de brindadas las correspondientes prestaciones de salud, las obras sociales favorecidas presentan la facturación y cobran mediante el Fondo de Redistribución. De modo que en primer lugar se trata de cubrir carencias de las obras sociales. En segundo lugar se procura que todas las obras sociales posean un correcto equipamiento. Esto en teoría, porque con relación a la práctica el señor diputado Fappiano ilustró cómo el 70 por ciento se usó para otros destinos.

El señor ministro nos dice que la base del proyecto es la solidaridad y el señor diputado Martínez Márquez sostiene que los fondos de las obras sociales no son totalmente de los trabajadores porque tanto el Estado como los empleadores contribuyen con su parte.

Cuando se hacen las determinaciones de costos en las empresas ese aparente aporte patronal se carga a "mano de obra". Por otra parte, en todos los casos el aporte patronal es hijo de un convenio colectivo obtenido después que los trabajadores se sentaron a negociar y consiguieron salario directo —lo que va al bolsillo— y salario indirecto —este tipo de prestaciones que a veces se denominan salario diferido—. Si ese aporte no hubiera salido de una negociación obrero-patronal, sería un aporte empresario. Sería aporte patronal si se dedujese del beneficio neto de las empresas al fin de cada ejercicio. Pero en las condiciones actuales no es aporte patronal sino salario diferido.

La recaudación es obligatoria y no meramente voluntaria porque lo que estamos legislando es derecho social. Desde la individualidad del trabajador la relación entre él y el patrón no es una relación entre iguales. La fuerza de negociación la toma de su pertenencia a la organización social y no negocia el trabajador sino una organización que representa colectivamente sus intereses, frente a un patrón que también está organizado en una asociación. A los efectos de que el peso de la relación con el empleador no caiga sobre el Estado, se establece que los aportes sean obligatorios. De esta manera el Estado no le tiene que explicar al patrón a cada momento por qué tiene que contribuir. En la relación directa entre el trabajador y el patrón éste tendería a argüir que no puede aportar o lo amenazaría a aquél con la falta de trabajo. Los aportes son obligatorios porque el empleador no los haría si fueran voluntarios. Esta es la historia de la legislación social. ¿Vamos a negar la legislación social? Está basada en que el trabajador es más débil que el empleador.

Así es como se constituyen los fondos, y de esa forma venimos a hacer solidaridad.

Planteamos solidaridad cuando establecemos la acción inicial de distribución automática entre los agentes del Seguro en un porcentaje no menor al 33 por ciento, salvo —según se dice— los mencionados en el inciso *b*) del artículo 21.

¿Y cuáles son los mencionados en el inciso *b*) del citado artículo? Los aportes que se determinan en el presupuesto general de la Nación.

¿Qué quiere decir esto? Este 33 por ciento de distribución automática se destina a lo que se llaman obras sociales sindicales, como una de las partes del Seguro, y proviene de los fondos que aportan los trabajadores. De los fondos del presupuesto general de la Nación, nada se dirige en forma automática a la obra social sindical. Es así que se crea una especie de "miniparitaria" entre el dirigente que está al frente de la obra social y la administración del organismo.

Dado que no hay automaticidad, por medio de algún mecanismo se deberá decidir a quién se le da y a quién no. Es interesante analizar esta mecánica en virtud de la cual muchas veces poblaciones que cubren el 5 por ciento del universo a prestar reciben el 42 por ciento del subsidio otorgado.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Stubrin. — Luego de haber escuchado con unción patriótica la exposición del señor diputado Manzano acerca de la naturaleza de la seguridad social en las democracias modernas, debo decirle que lamentablemente está equivocado. Se equivoca en la aplicación práctica, pero no por mala intención, sino por estar mal informado sobre la sistemática de la norma.

Estamos en presencia de dos clases de fondos. Una de ellas son los destinados a las provincias y que deberían provenir del presupuesto y estar dirigidos a resolver necesidades que el sistema plantea por circunstancias de marginalidad o indigencia en las provincias. Estos fondos deben contar con la aprobación del Congreso.

La otra clase de fondos se vincula con los porcentajes de redistribución en el sistema de obras sociales.

Con esta aclaración queda explicitado de modo contundente que existen dos fuentes de fondos, que tienen destinos diferentes.

Esa es la razón por la cual se han separado de este modo.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Manzano. — Señor presidente: he sido aludido y se han tergiversado mis dichos, con lo cual se configura la situación prevista en el reglamento, que me da derecho a hacer uso de la palabra.

Sr. Presidente (González Cabañas). — He dado el uso de la palabra al señor diputado por Córdoba.

Sr. Manzano. — ¿Me permite una interrupción, señor diputado, con autorización de la Presidencia?

Sr. Stolkiner. — Sí, señor diputado.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Es cierto que hay dos tipos de fondos: los provistos por el Estado y los provistos por los trabajadores y de cuentas especiales.

La excepción señalada por el señor miembro informante de la mayoría sobre uno de estos fondos quiebra el principio de solidaridad e igualdad, pues en el caso del Estado, se retira la automaticidad para todos los miembros del sistema.

Los fondos de los trabajadores se distribuyen entre todos los actores del sistema, pero en los restantes no hay automaticidad y no se dirigen de esa forma hacia las obras sociales sindicales.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Está en el uso de la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Stolkiner. — Señor presidente: no sé si entendí o interpreté mal lo que aquí se ha dicho o si las características y muy hábiles disquisiciones dialécticas del joven y distinguido colega, el diputado Manzano, me han llevado a esta confusión.

El artículo 21, ya aprobado, se refiere a los recursos para la financiación y, tal como dijo el señor ministro, ésta es una norma que vamos a poner en práctica.

Con anterioridad he dicho que la función primaria del Estado moderno es la salud del pueblo.

Sólo la realización fáctica del proyecto permitirá determinar con exactitud cuál será la necesidad de gastos y erogaciones a destinar al sistema de seguro social. Por ello es que el artículo 21 se refiere a la forma en que se integran los recursos.

El inciso b) del artículo 21 expresa: "Los aportes que se determinen en el presupuesto general de la Nación...". Incuestionablemente que las sumas que se deben prever anualmente en el presupuesto general de la Nación estarán adecuadas a las necesidades que se constatan para la eficaz marcha del seguro de salud. Lo mismo ocurre con el aporte del Tesoro nacional. Entonces, el fondo solidario surge de los recursos del Estado. De manera que no se puede decir, en función de una interpretación del artículo 24, que habrá una falencia de aportes del Estado.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Rodríguez (José). — Señor presidente: después de las aclaraciones que se han vertido, me animo a expresar las razones de la modificación.

Al discutirse el tema del fondo de distribución, se tuvo mucho cuidado en que ese fondo fuera distribuido entre las obras sociales que generan el propio fondo. Por eso se habla del 33 por ciento que no será distribuido para atender a los carenciados, sino para equiparar los niveles económicos de las propias obras sociales. También se habla del sostenimiento del sistema. Aquí se incluye a las obras sociales que no tienen esa equiparación, pero que necesitan subsidios para obras o para otros requerimientos, que es lo que ocurre en este momento.

El inciso b) del artículo 21 se refiere a un aporte específico que efectúa el Tesoro para atender a los carenciados. Como otra parte del proyecto incorpora a las provincias, que deberán efectuar aportes, no sería lógico que ese capital destinado al sector carenciado y a las provincias sea también tomado en este fondo de distribución del 33 por ciento. Por eso aceptamos esa modificación en su oportunidad. Es lógico que esos fondos se mantengan con toda su fuerza posible para poder llegar a esos sectores que requieren apoyo.

Sr. Manzano. — ¿Me permite una interrupción, señor diputado?

Sr. Rodríguez (José). — Ya terminé mi exposición, señor diputado.

Sr. Manzano. — Con el asentimiento de la Honorable Cámara...

Sr. Presidente (González Cabañas). — No puede hacer uso de la palabra, señor diputado. Permita a la Presidencia que cumpla con el reglamento.

Sr. Manzano. — Mis palabras serán muy útiles para esclarecer a la opinión pública.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cardozo. — Señor presidente...

Sr. Manzano. — ¿Me permite una interrupción, señor diputado?

Sr. Cardozo. — Sí, señor diputado.

Sr. Presidente (González Cabañas). — No puede hacer uso de la palabra, señor diputado. El señor diputado Cardozo todavía no desarrolló ninguna idea. Cuando lo haga, usted podrá pedir la interrupción para referirse a lo que haya expresado el señor diputado Cardozo.

Está en el uso de la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cardozo. — Estamos debatiendo un tema que es altamente trascendente e importante. Además, se vincula con las provincias.

Sr. Manzano. — ¿Me permite una interrupción, señor diputado, con permiso de la Presidencia?

Sr. Cardozo. — Sí, señor diputado.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Para una interrupción tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: no quiero dilatar más el debate, pero me referiré a una cuestión técnica que surge de la exposición del señor diputado Rodríguez.

Se ha hablado como si el universo estuviese fragmentado. Se ha hablado como si los carenciados estuviesen en un sector con un carné y un determinado prestador, mientras que los afiliados a las obras sociales se encontrarían en otro sector con otro carné y con otro prestador. Entonces, no sería lógico que la plata de los carenciados se dirigiese a otro sector. Del proyecto y de la exposición del ministro surge que existe un universo único. Es decir que el carenciado y el afiliado a la obra social irán al mismo prestador y usarán el mismo carné, la misma plata, la misma farmacia y el mismo remedio. Entonces, esta división es sólo teórica, salvo que como ya se desliza por allí, se vaya a introducir un coseguro diferencial, según el cual quien pueda pagar concurrirá a una clínica, y quien carezca de recursos seguirá peregrinando por los hospitales. Lo que ocurre es que si no hay separación de los universos no hay forma de separar la plata, porque el carné del carenciado lo incluye en el universo de quienes están en las obras sociales.

¿Cómo se separa la plata si una persona va con su carné al Sanatorio Güemes y a éste se le paga con los bonos de la ANSSAL? ¿Por qué están separados los fondos? Porque por medio de un artilugio se pretende que los fondos que aporta el Estado no vayan a las obras sociales sindicales.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Rodríguez (José). — Señor presidente: agradezco la clase de solidaridad que me ha dado el compañero Manzano, porque después de treinta años de estar en una obra social todos los días, hoy aprendo algo.

Yo no dije exactamente que esa gente va a tener un carné aparte, sino que el 33 por ciento de ese fondo se destina a las obras sociales de menores recursos, y el resto es para que el sector que no tiene cobertura pueda estar en iguales condiciones que el que la posee.

Reitero, señor presidente, que agradezco la clase de solidaridad; la pondré en práctica.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Continúa en el uso de la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cardozo. — Señor presidente: entiendo que aquí se ha efectuado un análisis sobre la modificación propuesta a este artículo, pues he visto que en un momento dado el señor miembro informante, diputado Cáceres, consultó a los ayudantes o asistentes que están en el palco bandeja, entre los cuales identifico al presidente del INOS. Dentro de ese análisis quizá podamos hallar la fórmula para que exista consenso general respecto de la redacción definitiva de este artículo. Por eso solicitaría al señor miembro informante que consultemos entre los diferentes bloques —podría ser en un breve cuarto intermedio en las bancas— para acordar sobre este tema y aprobarlo en conjunto.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor diputado por La Pampa.

Sr. Matzkin. — Señor presidente: quisiera hacer una consulta al señor miembro informante porque hay algo que no me ha quedado suficientemente claro.

Toda la línea argumental se basa en actas certificadas, y aquí se ha consultado acerca de si esta modificación está dentro de la misma línea, pero no escuché una respuesta concreta al respecto. Como quizá no logré entender adecuadamente, me permito preguntar al señor miembro informante si de la misma forma existe esa modificación consensuada.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Tiene la palabra el señor miembro informante.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: ya he señalado que tengo entendido que sí; por eso hice algunas consultas, no con un equipo de ayudantes, sino con quien fuera uno de los integrantes de la delegación del Poder Ejecutivo en la negociación con la Confederación General del Trabajo.

Tal como lo señaló con bastante precisión un señor diputado, el tema es claro: los aportes del Tesoro nacional para conjugar el déficit no se tocan; son fondos que van a las provincias, y por eso no tendría sentido efectuar el descuento. En cambio, los fondos que van al Fondo Solidario de Redistribución...

Sr. Manzano. — Todos van a las provincias.

Sr. Cardozo. — Lo que pasa es que el señor diputado Cáceres no estuvo en la comisión.

Sr. Jaroslavsky. — Quieren entrar en la campaña electoral.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Ruego a los señores diputados no interrumpir al señor miembro informante.

Sr. Cáceres. — Este tema ha formado parte de las diversas conversaciones que mantuvimos. Por ese motivo, sin debilitar la línea argumental que sostengo, he propuesto la incorporación mencionada al inciso a) del artículo 24.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Se va a llamar para votar.

—Se llama para votar. Luego de unos instantes:

Sr. Jaroslavsky. — Solicito que se pase lista.

Sr. Presidente (González Cabañas). — Así se hará, señor diputado.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara doctor Juan Carlos Pugliese.

—Se pasa lista, registrándose la presencia de 129 señores diputados.

—Se encuentran presentes al pasarse lista los señores diputados Abdala (O. T.), Aguilar, Alberti, Albornoz, Alderete, Alende, Allegro de Fonte, A'sogaray (M. J.), Aramburu, Arsón, Azcona, Baglini, Barbeito, Bernasconi, Berri, Bianchi de Zizzias, Bisciotti, Blanco (J. A.), Blanco (J. C.), Borda, Botta, Brizuela (G. R.), Bruno, Bulacio, Cáceres, Camisar, Canata, Cangiano, Cardozo, Carmona, Carranza, Castro, Cavallari, Clérico, Connolly, Copello, Cornaglia, Cortese, Corzo, Curátolo, De la Vega de Malvasio, De Nichilo, Del Río, Delfino, Di Cío, Díaz, Díaz de Agüero, Digón, Dovená, Espinoza, Falcioni de Bravo, Fappiano, Fino, Flores, García (R. J.), Gargiulo, Gay, Ginzo, Golpe Montiel, Gómez Miranda, González (H. E.), González Cabañas, Gorostegui, Goti, Guatti, Guzmán (H.), Huarte, Ibáñez, Ingaramo, Irigoyen, Jane, Jaroslavsky, Lazcoz, Lencina, Lépori, Lescano, Lestelle, Llorens, López, Losada, Lugones, Macedo de Gómez, Manzano, Marini, Martínez Márquez, Masini, Matzkin, Milano, Miranda, Monserrat, Mulqui, Negri, Ortiz, Papagno, Parente, Patiño, Peláez, Pellin, Pera Ocampo, Pereyra, Pérez, Piucill, Puebla, Pugliese, Pupillo, Rapacini, Rauber, Rea'i, Rodríguez (Jesús), Rodríguez (José), Rodríguez Artusi, Rojas, Salto, Silva (C. O.), Socchi, Soria Arch, Spina, Stavale, Stolkiner, Storani (C. H.), Stubrin, Torres (M.), Usin, Vairetti, Vano'i, Vanossi, Vidal, Zaffore y Zavaley.

Sr. Presidente (Pugliese). — Se va a votar el artículo 24, con el agregado en el inciso a) propuesto por la comisión.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Pugliese). — La Presidencia advierte a los señores diputados que a partir de este momento les está prohibido abandonar el recinto en virtud de que una sola ausencia dejaría a la Cámara sin quórum.

En consideración el artículo 25.

Se va a votar.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración el artículo 26.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cardozo. — Señor presidente: pienso que la comisión estará de acuerdo con la propuesta que seguidamente formularé porque interpreta cabalmente el espíritu de la norma.

El artículo 26 comienza diciendo lo siguiente: "Los agentes del seguro mantendrán los servicios propios existentes en la actualidad". Propongo que a continuación de la palabra "mantendrán" se agregue "y crearán" o "y desarrollarán", continuando luego la redacción tal como figura en el dictamen.

El objetivo de esta modificación es dar a las obras sociales la oportunidad de crear y desarrollar nuevos servicios, no sólo los propios, porque de lo contrario estaríamos fijándoles una limitación que inhibiría a aquellos dirigentes que con su trabajo e inteligencia pueden agregar otros servicios a los ya existentes.

De modo tal que sería conveniente agregar esos términos a los efectos de que lo que se ha señalado pueda concretarse. Si es posible esto, la cuestión se enhebra perfectamente con la continuación del artículo, que habla de la capacidad instalada, adecuada, por supuesto, a las normativas que la ANSSAL y la Secretaría de Salud de la Nación establezcan.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: el artículo 26 hace referencia a una de las partes del sistema. La capacidad instalada es una de las partes del sistema.

Se genera de la siguiente manera. El trabajador labora todo el mes. Le descuentan. El descuento va a parar al Fondo. Cuando el trabajador se enferma genera una demanda y el dinero que supone la atención de esa demanda genera un lucro, o sea que la medicina en Argentina es una actividad rentable, con mayor o menor rentabilidad de acuerdo a sus niveles históricos.

Este lucro queda en manos de los prestadores y genera capacidad instalada. ¿Qué quiere decir esto? Que los prestadores privados no son sociedades de beneficencia ni forman parte del mercado solidario. Pero si uno marcara con un isótopo radiactivo un billete de los que tendría que cobrar como sueldo un trabajador y le hiciéramos un seguimiento, ese billete pasaría por el descuento, iría al Fondo de Redistribución, de allí a la obra social y cuando el trabajador se enferma le pagarían a la clínica y ésta al que le vendió el tomógrafo.

Resulta entonces que la norma, para que el trabajador genere capacidad instalada nueva, obliga a la obra social a pasar por el ANSSAL y por la Secretaría de Salud, mientras que el prestador privado sólo tiene que pasar por su imaginación.

Entonces, fíjense qué cosa peculiar...

—Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Manzano. — Evidentemente, se genera mucha tensión cuando se trata con tanta liviandad una cuestión tan grave, sobre todo por el volumen de los fondos.

El propio ministro ha hecho referencia a cómo se dilapidó instalando alta tecnología, y este mecanismo abre la puerta para los fondos que serán destinados a la instalación de nueva capacidad en el sector privado, porque no hay ninguna norma que le prohíba a este sector instalar tomógrafos con los recursos del fondo solidario del sistema, pero hay una norma que se lo prohíbe a los sindicatos. Entonces, pido que me sigan en el razonamiento para que sepan de qué estamos hablando.

Cuando el medio médico-técnico acceda a una nueva tecnología —por ejemplo, la cámara gama—, quien tenga una enfermedad grave y no sea tratado con esa nueva tecnología sentirá que la atención es de segunda. Entonces, nos encontraremos ante la siguiente situación. El enfermo concurre al médico, y le dice: "Doctor: ¿me va a pedir la cámara gama? Me han dicho que la cámara gama es lo único que sirve", y el médico le dirá que se la va a pedir. La cámara gama es más cara que la visita y que el remedio, y da mucha plata.

Quien pertenezca, por ejemplo, al sindicato de los camioneros y desee poner una cámara gama en el sanatorio tendrá que hacer la peregrinación comenzando por la ANSSAL, luego por la Secretaría de Salud, etcétera, pero no sabe si se la van a dar. Entonces, quien tenga recursos para instalar una cámara gama, lo hace, y

se “chupa” todas las prestaciones del seguro. Todos quieren la cámara gama porque a través de la televisión se dice que ella es la única que permite detectar las enfermedades.

Habría que hacer un socialismo más extenso o un liberalismo más justo. Lo primero significaría poner limitaciones a los prestadores privados —hace poco hemos habilitado la importación de tomógrafos con mucha liberalidad— porque si no los privados cada vez se quedarán con más plata, es decir, con una parte mayor del billete marcado con el isótopo radiactivo, porque pueden crecer rápido, mientras que los prestadores del sistema crecerán muy despacio y tendrán que hacer la larga peregrinación. Entonces, pido a la comisión que me aclare cómo le cerramos la puerta al austral marcado con el isótopo radiactivo para que se quede dentro del sistema.

Es decir que mientras por un lado los prestadores privados se hacen ricos, por el otro, los prestadores del sistema, que deben construir su obra social, sus sanatorios, e incorporar nuevas tecnologías, etcétera, tienen que pedir permiso. Como con el carné en la mano se accede a todo el sistema y lo que genera la demanda es la utilización de tecnología —porque el médico que no la tiene se queda atrás—, se produce una transferencia de fondos del sistema solidario al sistema privado. El proyecto de ley no da respuestas a esta situación.

Por lo expuesto, propongo que el artículo 26 quede redactado de la siguiente manera: “Los agentes del seguro mantendrán los servicios propios existentes en la actualidad y los desarrollarán de acuerdo a su propia resolución. Asimismo, articularán sus programas de prestaciones médico-asistenciales con otras entidades del seguro, procurando su efectiva integración en las acciones de salud con las autoridades sanitarias que correspondan. 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”.

Cuando el artículo establece: “los servicios propios de los agentes del seguro estarán disponibles...”, está partiendo de una base solidaria. Por ejemplo, hay policlínicos ferroviarios de mucha calidad extendidos en el país a los que debe acceder el conjunto de los miembros del universo.

En consecuencia, proponemos suprimir el párrafo que dice: “Para desarrollar mayor capacidad instalada deberán adecuarse a las normativas que la ANSSAL y la Secretaría de Salud

de la Nación establezcan”, y agregar que los agentes del seguro, además de mantener los servicios propios existentes en la actualidad, “los desarrollarán de acuerdo a su propia resolución”.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor miembro informante de la comisión.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: en lo que se refiere a la primera inquietud en relación con el artículo 26, cuando se señalaba la conveniencia de agregar después de “Los agentes del seguro mantendrán...”, la expresión “y desarrollarán” o alguna similar, en realidad se estaba haciendo una proposición innecesaria, porque la segunda parte del artículo conlleva la idea de desarrollar, abre esa posibilidad, pero al mismo tiempo está planteando la necesidad de la adecuación a las normativas de la ANSSAL y de la Secretaría de Salud de la Nación.

Concretamente, si los agentes del seguro mantuviesen los servicios propios existentes en la actualidad y después, para desarrollar mayor capacidad instalada debieran adecuarse a las normativas que la ANSSAL y la Secretaría de Salud de la Nación establezcan, me parece que no tiene sentido el agregado “y desarrollarán”, porque en la segunda parte del artículo está planteada la posibilidad de desarrollar.

Pero al mismo tiempo, y esto lo admito, se crea una cierta limitación para el desarrollo; sin embargo, entiendo que esa limitación está íntimamente vinculada con una de las cuestiones fundamentales que se refieren al espíritu del proyecto de ley y que es la de evitar la dispersión de recursos materiales en este sistema que hasta el presente se ha venido manejando con lo que es el hospital público, con lo que es la parte privada y con lo que es la obra social.

La idea general del proyecto de ley es ordenar los recursos para garantizar una prestación más eficiente y efectiva, y yo no creo que podamos garantizarla si de acuerdo con la propuesta utilizamos una palabra que permita liberalizar en tal medida que se pierda la posibilidad de la planificación que nos haga integrar los recursos.

Me deja una preocupación el señor diputado preopinante, en lo que respecta a la parte privada; esa preocupación me queda. Es como un dardo que se me clava, pero entiendo que siempre se está en condiciones de mejorar la legislación, pues es algo que se va actualizando en forma permanente. Tanto el señor diputado preopinante como cualquier otro de los que se sientan en estas bancas tiene todo el derecho del mundo para presentar un proyecto de ley que

tienda a regular y a controlar el desfase que pueda haber en el ámbito privado, de manera tal que se igualen las posibilidades, que es lo que preocupa al señor diputado Manzano.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Formosa.

Sr. Fappiano. — Señor presidente: la idea del señor diputado Cardozo está referida a la posibilidad de que las obras sociales incorporadas o que se incorporen al seguro social de salud puedan crear capacidad instalada propia, es decir, puedan ser prestadoras del seguro aun cuando hoy no lo sean.

Si nos remontamos al origen de esta norma y atendemos en ese sentido a la actualmente vigente, veremos que hay un cambio total de enfoque. La ley vigente ha tendido a que las obras sociales dejaran de ser prestadoras de servicios, a que mantuvieran su capacidad instalada pero no desarrollasen una mayor. Las obras sociales quedaban como meros agentes del sistema de seguridad social. En cambio, esta propuesta es permisiva: las obras sociales pueden mantenerse y además desarrollar mayor capacidad instalada. La proposición del señor diputado Cardozo tiende a concretar un espíritu nuevo en esta norma, es decir, a posibilitar que aquellas obras sociales que carecen de una buena capacidad instalada la creen o desarrollen bajo su vigencia.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: retomo la ilación del debate a partir de la inquietud del señor diputado Cáceres. Con respecto a la facultad que tengo como diputado de presentar proyectos de ley, no me cabe ninguna duda de que cuando discutamos el proyecto de obras sociales el señor diputado Cáceres se va a enterar de cómo se puede regular la totalidad del sistema.

Voy al tema en discusión. La plata entra por un solo lado: los trabajadores. El proyecto prevé que entre por un segundo lado: que el Estado ponga un poco. No dice cuánto. Para mencionar cifras, recordemos que los trabajadores ponen dos mil millones de dólares y que hay 10 millones de personas fuera del sistema. Según el cálculo del INOS el sistema requiere 100 dólares por persona. Por lo tanto, para la incorporación de los 10 millones de personas faltarían mil millones de dólares, que seguramente cuando se apruebe este proyecto algún vocero del radicalismo los anunciará como objeto de una promesa de aporte gubernamental; si no ocurriera así, estaríamos repartiendo menos entre más.

Esa plata que entra por el lado mencionado sale por dos lados. Sale por la farmacia y sale por el prestador. Repárese en qué manera ingenua de legislar es regular la entrada, el manejo y el destino, pero no la salida. La salida de plata está en la farmacia y en el prestador. En ellos está la parte del león del sistema, porque el trabajador aporta para prevenir el tratamiento de una posible enfermedad y el sistema administra para tutelar un bien, que es la salud pública.

El prestador actúa, además de por vocación, para ganar plata, y el que vende remedios lo hace, además de por vocación, para ganar plata. Obsérvese que los que entran a sacar un beneficio monetario del sistema, que son los prestadores y la industria farmacéutica, no son objeto de regulación, mientras que los que entran porque no tienen más remedio —el Estado por una obligación, y los trabajadores por miedo al desamparo en la enfermedad— resultan en alto grado controlados. Estamos ante un socialismo muy particular: se ejerce la planificación sobre los débiles del sistema y se deja bajo libre albedrío a los fuertes: la industria farmacéutica y el sector privado de prestadores.

Según nuestra información, de fuente oficial, el sistema tiene 6 mil camas sindicales, 50 mil camas privadas y cien mil camas públicas. Si la plata se fuera de igual manera, andaríamos bien, pero la plata se va al revés. No tengo la cifra pero sí la curva. La curva se hace al revés: el grueso de la plata se va en las camas privadas y el grueso de las camas está en el sector público. Habría que regular también al otro sector. ¿Cómo? O se mete la mano adentro —no hemos hablado de esto— o se le da alta competitividad al sector solidario, y darle alta competitividad al sector solidario no es ponerle formulario más formulario ni reglamento más reglamento sino darle al sistema plata en la mano e imaginación y creatividad para que esa plata quede adentro.

Con esta norma el sector solidario seguirá perdiendo dos a uno en manos de quienes entran en el sistema para ganar plata.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Stubrin. — Señor presidente: muy brevemente, y afirmando la interpretación del señor miembro informante, deseo hacer dos comentarios.

En primer lugar, deseo referirme a la preocupación del señor diputado Cardozo en torno a que se garantice en forma absoluta que los agentes del seguro mantendrán los servicios

propios existentes en la actualidad, y a su temor de que se les impida el desarrollo futuro.

Esto sólo puede concebirse partiendo de la base de que la administración de la ANSSAL no va estar en manos de gente dispuesta a defender los intereses nacionales, o partiendo de la base de que dentro del sistema administrativo de la ANSSAL, conformado por un presidente y once directores —seis por el Estado nacional, tres por los trabajadores, uno por los jubilados y el restante por los empleadores—, absolutamente todos estarán entrapados en el mercado de los sanatorios o de los medicamentos y de todo el aparataje técnico, en contra del sistema solidario y al servicio de intereses espurios que detraen fondos del sistema.

Esta no es una hipótesis imaginable en la Argentina de la soberanía popular. Creo que una situación de este tipo no puede ocurrir de ninguna manera.

Lo que sí creo que podría llegar a ocurrir, cualquiera fuese el partido que estuviera en el gobierno, es que de dictarse una norma absolutamente manchesteriana, en virtud de la cual las obras sociales pudieran planificar por sí mismas el desarrollo de sus propias actividades sin importarles lo que ocurre en la obra social de al lado, llegaríamos a la conclusión de que sería preferible dejar las cosas como están.

¿De qué servirían en ese caso el seguro de salud, la racionalidad del gasto o los esfuerzos que hace el conjunto de la sociedad para resolver sus problemas asistenciales? Dejemos todo como está.

No sé si alguna vez, en función del desarrollo tecnológico, la ANSSAL reclamará a las obras sociales un determinado equipamiento y rechazará otro, pero sí sé que deberá tener como objetivo algo que está mucho antes que los problemas del financiamiento o del poder. Me refiero a los problemas de la salud de la población, que muchas veces tiene prioridades muy diferentes a las que defienden en los mercados, con criterios de *marketing*, los laboratorios y los productores de materiales relacionados. Esto se vincula con las disfunciones propias de quienes se asignan los mercados y con la famosa iatrogenia, que a veces deriva en la adicción por el consumo de ciertos medicamentos.

No hay que pensar que los representantes de la CGT, del Estado nacional o los integrantes de la ANSSAL obrarán como enemigos del sistema y actuarán para boicotearlo.

Seguramente la rentabilidad de los laboratorios y de las empresas de prestación privada y centros de salud de los grandes sanatorios dis-

minuirá notablemente con relación a épocas de libertad irrestricta en la prestación y administración de los servicios, en las que había una competencia que generó desigualdades e inequidades desde el punto de vista de la administración global.

A veces, la competencia entre distintas obras sociales por brindar mejores servicios ha generado un irracional sistema de distribución del gasto, provocando resultados perversos y no deseados.

Mi pregunta, para redondear este concepto, es la siguiente: ¿estamos dispuestos a avanzar hacia un sistema de salud en el cual la sociedad tenga injerencia, considerando el punto de vista del interés nacional y teniendo en cuenta por primera vez —lo que constituye un avance revolucionario en la Argentina— la participación de las provincias en la regionalización del sistema? ¿Estamos dispuestos a reconocer estas novedades y estos avances francamente gigantescos? ¿Estamos dispuestos a seguir sosteniendo —desde la perspectiva de un artículo que dice que las obras sociales tienen derecho a mantener toda la estructura de prestaciones con que cuentan en la actualidad— la conclusión absolutamente retorcida de que las obras sociales tendrán prohibido desarrollarse en el futuro y que sólo estarán habilitados para hacerlo los cuervos negros y los perversos naturales que tratan de sacar la plata marcada con el radioisótopo?

Yo hago la calificación de los malos de la película que tratan de robarse el billete sellado con el radioisótopo. ¿Cuánto se llevan ahora, cuánto se llevaron antes y cuánto ayudará la ANSSAL para que no se lleven en el futuro? Esta es una pregunta que la práctica social y la interacción de los dirigentes sindicales, los administradores públicos de la salud y los representantes de la CGT y de este sistema participativo que estamos inaugurando permitirán responder en el futuro. Estas son las preguntas relevantes. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Martínez Márquez. — Señor presidente: quizá pueda completar esta brillante disquisición del señor diputado Stubrin recordando las palabras del señor ministro de Salud y Acción Social.

En virtud de ellas quedaron establecidos los seis principios básicos en los que se asienta este sistema nacional del seguro de salud. Entre ellos, el más notable es el de la solidaridad. Este artículo que estamos tratando da el paso histórico

que nos permitirá salir de la solidaridad grupal, que es la que ha tenido hasta ahora la Nación mediante las obras sociales, y que ha cubierto las necesidades de sus respectivos y respetables grupos. Ahora pasaremos de los grupos al gran mecanismo de la solidaridad nacional.

Si no existiera una normatización del desarrollo de la capacidad instalada de las obras sociales, podría ocurrir que en una determinada población hubiesen obras sociales o entidades privadas con capacidad económica suficiente para instalar dos o tres bombas de cobalto. Podría suceder —tenemos experiencia en el país— que esa población sólo necesite nada más que una bomba de cobalto. Sabemos que una pastilla de cobalto se gasta independientemente de que se use o no. De manera que esta circunstancia determina lo que se llama una capacidad instalada ociosa, que es consecuencia directa de la mencionada solidaridad grupal. No nos olvidemos de uno de los principios básicos que debemos salvar en esta transición hacia un nuevo sistema: el de la solidaridad nacional.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Clérico. — Señor presidente: realmente ésta es una discusión muy interesante. El señor diputado Manzano ha expresado su preocupación en el sentido de que las obras sociales no puedan desarrollar sus servicios dados los controles que habrán de existir en función del proyecto que estamos discutiendo. El señor diputado Manzano, como muchos de nosotros, tiene alguna experiencia al respecto, porque en la medida en que han crecido los controles en la Argentina, nos hemos achicado como país. Cada vez tenemos menos servicios para satisfacer nuestras necesidades.

Entonces, el señor diputado Cáceres propone otra alternativa. Dice que no hay que quitar los controles a las obras sociales, sino que hay que ponérselos al sector privado, a fin de que no pueda desarrollarse si no crecen las obras sociales.

El señor diputado Stubrin introduce un elemento bastante novedoso. Expresa que los funcionarios de la ANSSAL van a tener la racionalidad de la que no disponen los dirigentes de las obras sociales. Claro: los funcionarios de la ANSSAL tienen un cerebro y un corazón privilegiados, que no poseen los dirigentes de las obras sociales. A continuación liga las obras sociales al odiado concepto del mercado. Pero veamos qué significa este odiado concepto del mercado con relación a las obras sociales. En este caso

él implica a los pacientes, los enfermos y la gente que necesita la mejor atención posible de las obras sociales.

Aquí se ha planteado la disyuntiva de siempre: creemos que la iniciativa privada —en este caso las obras sociales— tiene la capacidad de desarrollar los servicios para sus afiliados, o que esa capacidad sólo la poseen los funcionarios, en cuyo caso necesitaríamos una iniciativa más avanzada aún que esta que estamos considerando.

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Rodríguez (José). — Señor presidente: quisiera formular una propuesta a efectos de agilizar el debate, porque pareciera que lo que va a ocurrir es que esta noche no podremos aprobar el proyecto de ley de obras sociales... (*Aplausos.*) Entonces, mi obra social va a continuar intervenida como desde hace once años.

Disculpen, ése sólo fue un pensamiento en voz alta, porque ¿a quién le importa que una obra social que tiene quinientos mil beneficiarios esté intervenida desde hace once años? No le interesa a nadie.

Por eso quiero proponer a la comisión que luego de la palabra "mantendrán" se agregue la siguiente expresión: "y desarrollarán", lo que no altera el espíritu del artículo. De esta manera solucionaríamos el problema y podríamos seguir adelante, para poder sancionar esta noche el proyecto de ley sobre obras sociales, que tanto nos interesa. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor miembro informante.

Sr. Cáceres. — Señor presidente: la comisión no tiene inconvenientes en aceptar el agregado propuesto por el señor diputado José Rodríguez, pero como se trata de una posibilidad, considera que sería más apropiada la siguiente redacción: "Los agentes del seguro mantendrán y podrán desarrollar...".

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Stolkiner. — Señor presidente: las modificaciones que los señores diputados justicialistas pretenden introducir, desvirtúan la finalidad del proyecto de ley.

La Argentina está adherida a la Organización Mundial de la Salud, en donde se ha establecido —como ya lo mencionara— una serie de principios básicos referidos a la atención primaria e igualitaria de la salud.

Los señores diputados que tienen la suerte de estar más cerca de los sindicatos que yo saben muy bien que hay entidades gremiales poderosas que cuentan con magníficas instalaciones y me-

jores recursos que otras para desarrollarse. En este proyecto se prevé que las organizaciones que cuenten con capacidad prestataria ociosa facilitarán sus instalaciones a aquellos obreros o carenciados que no las tengan; para ello se establece la organización del seguro. Entonces, es lógico que la proyección del desarrollo de los establecimientos de la obra social se haga de acuerdo con un plan y no al arbitrio particular de cada una de las entidades. En consecuencia, la ANSSAL y la Secretaría de Salud son los órganos encargados de proyectar ese desarrollo.

Sr. Presidente (Pugliese).— La comisión ha propuesto agregar al artículo en consideración “y podrán desarrollar”. En consecuencia, la primera parte quedaría redactada de la siguiente manera: “Los agentes del seguro mantendrán y podrán desarrollar los servicios propios existentes en la actualidad.”

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Cardozo.— Señor presidente: entiendo que en la propuesta se ha omitido incluir una palabra.

Sr. Presidente (Pugliese).— La comisión ha aceptado agregar “y podrán desarrollar”.

Sr. Cardozo.— Considero que se ha deslizado un error en razón de que todo esto ha sido resuelto en el recinto. Se han vertido expresiones que de alguna manera me afectan, porque algunos señores diputados preopinantes dijeron que esta era una cuestión...

—Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Cardozo.— Déjenme hablar, porque estamos tratando de agilizar el debate para poder aprobar el proyecto. (*Aplausos.*)

Falta la palabra “crear”...

Sr. Rodríguez (Jesús).— La inquietud del señor diputado está expresamente contemplada por el segundo párrafo del artículo.

Sr. Manzano.— No, porque dice “mayor”, no dice “nuevo”. No es lo mismo, señor diputado.

Sr. Presidente (Pugliese).— ¿Qué responde la comisión?

Sr. Cáceres.— En un principio se pensó en agregar la palabra “desarrollarán”. De todas formas, nos pareció que “podrán desarrollar” era más atinado. Ahora bien, la idea de “desarrollar” conlleva la de “crear”; pero siempre adecuándose a la normativa que la ANSSAL y la Secretaría de Salud de la Nación...

Sr. Presidente (Pugliese).— Pero eso no se discute, señor diputado.

—Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Stubrin.— Pido la palabra.

Sr. Presidente (Pugliese).— Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Stubrin.— Señor presidente: la inquietud del señor diputado Cardozo se resuelve leyendo el artículo 15 que ya votamos. Dice así: “Las obras sociales comprendidas en la Ley de Obras Sociales serán agentes naturales del seguro, así como aquellas otras obras sociales que adhieran al régimen de la presente ley y se creen, se funden, se agreguen o se desagreguen.”

—Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Presidente (Pugliese).— La Presidencia considera que no hay nada en discusión, por cuanto es clara la propuesta de la comisión.

Se va a votar el artículo 26 con el agregado indicado.

Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 27 y 28.

Sr. Presidente (Pugliese).— En consideración el artículo 29.

Tiene la palabra el señor diputado por Formosa.

Sr. Fappiano.— Señor presidente: quiero proponer una modificación al inciso c) del artículo 29, a fin de darle mayor precisión.

Los que se inscriben en la ANSSAL como prestadores son personas físicas o jurídicas, y el inciso c) habla de establecimientos asistenciales pertenecientes a las obras sociales, agentes del seguro, cooperativas o mutualidades. Quienes en realidad tendrían que inscribirse son las obras sociales, agentes del seguro, cooperativas o mutualidades que posean establecimientos asistenciales, y en ese sentido solicito que se modifique la redacción. La sanción recae sobre las personas jurídicas, no sobre los establecimientos.

Propongo, concretamente, la siguiente redacción: “Las obras sociales, agentes del seguro, cooperativas o mutualidades que posean establecimientos asistenciales”.

Sr. Presidente (Pugliese).— ¿La comisión acepta la modificación propuesta?

Sr. Cáceres.— Sí, señor presidente.

Sr. Presidente (Pugliese).— Se va a votar el artículo 29 con la modificación propuesta por

el señor diputado por Formosa y aceptada por la comisión.

—Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 30 a 47.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración el artículo 48.

Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

Sr. Manzano. — Señor presidente: quisiera hacer una apelación retrospectiva a la autoridad del Ministerio de Salud y Acción Social.

El loable propósito de articular el sistema nacional con el de las provincias tiene un antecedente en la regulación sanitaria argentina, que son los programas asistidos con fondos nacionales que se ejecutan en las provincias, como el de leche materna, de control del mal de Chagas y en general la lucha contra enfermedades epidémicas, los comedores escolares, etcétera. Ustedes dirán que esto último es competencia del Ministerio de Educación, porque ¿qué tiene que ver lo que comen los niños con la salud? Durante el período del ex ministro Neri, nunca pudimos saber las ejecuciones de los programas. El ministro anunciaba la asignación de fondos, pero nunca mandaba la ejecución de los programas; durante el tratamiento del presupuesto nacional, el señor diputado Jesús Rodríguez manifestaba que no habían sido recibidos. Alguna vez venía alguna planilla de ejecución que acusaba un 24 o un 26 por ciento del total, y existe una cadena de denuncias de las provincias por la baja ejecución de los programas.

Sr. Presidente (Pugliese). — ¿Cuál es la modificación que propone, señor diputado?

Sr. Manzano. — Ahora voy a enunciar la modificación que propongo.

Sr. Presidente (Pugliese). — Debió haber comenzado por allí y luego desarrollar el fundamento.

Sr. Manzano. — Son estilos, señor presidente.

Sr. Presidente (Pugliese). — No, señor diputado, es el reglamento.

Sr. Manzano. — El reglamento no dice eso. Puedo fundar la modificación y después proponer el texto. Eso nadie me lo prohíbe.

Sr. Presidente (Pugliese). — Usted es el dueño...

Sr. Manzano. — Porque tengo razón.

Entonces, el artículo quedaría redactado de la siguiente manera: "Art. 48. — El Estado compromete la ejecución del total de las partidas de programas especiales nacionales sancionados

con la ley de presupuesto nacional." Por supuesto, de allí en más la numeración correlativa de los artículos se alteraría un lugar.

De lo contrario, es una discusión teórica. Seguramente el señor diputado Vanossi podrá explicar que es un agregado innecesario, en tanto las leyes son de cumplimiento obligatorio, pero desgraciadamente el dinero no llega y los programas no se cumplen, y como esto ocurre, cualquier ministro de Salud de una provincia radical podría asegurar cuánta certeza tiene la incorporación de este artículo.

Sr. Presidente (Pugliese). — ¿Acepta la comisión?

Sr. Cáceres. — La comisión mantiene tal cual está la redacción que figura en el dictamen.

Sr. Presidente (Pugliese). — Se va a votar el artículo 48.

—Resulta afirmativa.

—Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 49 a 51.

—El artículo 52 es de forma.

Sr. Presidente (Pugliese). — Queda sancionado el proyecto de ley¹.

Se comunicará al Honorable Senado.

2

REGIMEN LEGAL DE LAS OBRAS SOCIALES

(Orden del Día N° 1200)

Dictamen de mayoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Previsión y Seguridad Social, de Legislación del Trabajo y de Presupuesto y Hacienda han considerado el mensaje 854 y proyecto de ley de obras sociales; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, etc.

Artículo 1º — Quedan comprendidas en las disposiciones de la presente ley:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Página 2832.)

teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la nación;

- c) Las obras sociales de la administración central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados y del Poder Judicial;
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;
- e) Las obras sociales del personal de dirección;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 4º de la ley 21.476;
- g) Toda otra entidad creada o a crearse y que tenga como fines lo establecido por la presente ley.

Art. 2º — Las obras sociales comprendidas en los incisos c), d) y g) del artículo 1º funcionarán como entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa y tendrán el carácter de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas jurídicas; las obras sociales señaladas en los incisos a), e) y f) de dicho artículo funcionarán con individualidad administrativa, contable y financiera y tendrán el carácter de sujeto de derecho con el alcance que el Código Civil establece en el inciso 2º del segundo apartado del artículo 33.

Las obras sociales señaladas en el inciso b) del artículo 1º, creadas por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, mantendrán sus modalidades administrativas, contables y financieras conforme a las leyes que le dieron origen, con las salvedades establecidas en la presente ley.

Art. 3º — Las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud. Deberán, asimismo brindar otras prestaciones sociales.

En lo referente a las prestaciones de salud formarán parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud — en calidad de agentes naturales del mismo — sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan.

Art. 4º — Las obras sociales cualquiera sea su naturaleza, dependencia y forma de administración presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del seguro, la siguiente documentación ante la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL):

- a) Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- b) Presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento y la ejecución del programa;
- c) Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior;
- d) Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período a efectos de confeccionar un registro de los mismos.

Art. 5º — Las obras sociales deberán destinar como mínimo el ochenta por ciento (80 %) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Re-

distribución creado en jurisdicción de la ANSSAL, a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro, a sus beneficiarios.

Art. 6º — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley, como agentes del Seguro de Salud, deberán inscribirse en el registro que funcionará en el ámbito de la ANSSAL y en las condiciones que establezca la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario.

El cumplimiento de este requisito será condición necesaria para aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud.

Art. 7º — Las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación y la ANSSAL, en ejercicio de las funciones, atribuciones y facultades otorgadas por la legislación, serán de cumplimiento obligatorio para las obras sociales, exclusivamente en lo que atañe a su condición de agentes del Seguro de Salud.

Art. 8º — Quedan obligatoriamente incluidos, en calidad de beneficiarios titulares de las obras sociales:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación y sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sur;
- b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

Art. 9º — Quedan también incluidos, en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular; los hijos solteros hasta los veintidós años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral; los hijos solteros mayores de veintidós años y hasta los veinticinco inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular y cursen estudios universitarios o terciarios; los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintidós años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;
- b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios de otros ascendientes o descendien-

ter: por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1,5 %) por cada una de las personas que se incluyan.

Art. 10. — El carácter de beneficiario otorgado en el inciso a) del artículo 8º, en los incisos a) y b) del artículo 9º de esta ley subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador, con las siguientes salvedades:

- a) En caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores que se hubieran desempeñado en forma continuada durante más de tres (3) meses mantendrán su calidad de beneficiarios durante un período de tres (3) meses, contados desde su distracto, sin obligación de efectuar aportes;
- b) En caso de interrupción del trabajo por causa de accidente o enfermedad inculpable el trabajador mantendrá su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes;
- c) En caso de suspensión del trabajador sin goce de remuneración, éste mantendrá su carácter de beneficiario durante un período de tres (3) meses. Si la suspensión se prolongare más allá de dicho plazo podrá optar por continuar manteniendo ese carácter, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador;
- d) En caso de licencia sin goce de remuneración por razones particulares del trabajador, éste podrá optar por mantener durante el lapso de la licencia la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones de aportes a su cargo y contribución a cargo del empleador;
- e) Los trabajadores de temporada podrán optar por mantener el carácter de beneficiarios durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo cumpliendo durante ese período con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley. Este derecho cesará a partir del momento en que, en razón de otro contrato de trabajo, pasen a ser beneficiarios titulares en los términos previstos en el artículo 8º, inciso a) de la presente ley;
- f) En caso que el trabajador deba prestar servicio militar obligatorio por llamado ordinario, movilización o convocatorias especiales, durante el período que aquél no perciba remuneración por esta causa mantendrá la calidad de beneficiario titular, sin obligación de efectuar aportes;
- g) La mujer que quedare en situación de excedencia podrá optar por mantener su calidad de beneficiaria durante el período de la misma, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley;
- h) En caso de muerte del trabajador, los integrantes de su grupo familiar primario mantendrán el

carácter de beneficiarios por el plazo y en las condiciones del inciso a) de este artículo. Una vez vencido dicho plazo podrán optar por continuar en ese carácter, cumpliendo con los aportes y contribuciones que hubiere correspondido al beneficiario titular. Este derecho cesará a partir del momento en que por cualquier circunstancia adquieran la calidad de beneficiarios titulares prevista en esta ley.

En los supuestos de los incisos precedentes, el mantenimiento de la calidad de beneficiario del trabajador en relación de dependencia se extiende a su respectivo grupo familiar primario.

La autoridad de aplicación estará facultada para resolver los casos no contemplados en este artículo, como también los supuestos y condiciones en que subsistirá el derecho al goce de las prestaciones, derivado de los hechos ocurridos en el período durante el cual el trabajador o su grupo familiar primario revestían la calidad de beneficiarios, pudiendo ampliar los plazos de las coberturas cuando así lo considere.

Art. 11. — Cada obra social elaborará su propio estatuto conforme con la presente ley y las normas que se dicten en consecuencia, el que presentará ante la Dirección Nacional de Obras Sociales para su registro.

Art. 12. — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley serán administradas conforme con las siguientes disposiciones:

- a) Las obras sociales sindicales serán conducidas y administradas por autoridad colegiada, que no supere el número de cinco (5) integrantes, cuyos miembros serán elegidos por la asociación sindical con personería gremial signataria de los convenios colectivos de trabajo que corresponda, a través de su secretariado nacional, consejo directivo nacional o asamblea general de delegados congresales, conforme al estatuto de la obra social sindical. No existirá incompatibilidad en el ejercicio de cargos electivos entre las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley y la correspondiente asociación sindical;
- b) Las obras sociales, institutos de administración mixta, del Poder Legislativo, creados por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, continuarán desarrollando sus funciones conforme a las disposiciones legales que le dieran origen, con las salvedades especificadas en este cuerpo normativo;
- c) Las obras sociales de la administración central del Estado nacional, de sus organismos autárquicos y descentralizados y del Poder Judicial serán conducidas y administradas por un presidente propuesto por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación, cuatro (4) vocales en representación del Estado propuestos por el respectivo poder u organismo autárquico o descentralizado que corresponda y cuatro (4) vocales en representación de los beneficiarios que serán propuestos por la asociación sindical, con personería gremial pertinente. Todos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social;

- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado serán conducidas y administradas por un directorio integrado según las normas del inciso c). En estos casos la mitad de los vocales estatales serán designados a propuesta de la respectiva empresa. El presidente será designado por la Secretaría de Estado de Salud;
- e) Las obras sociales del personal de dirección serán administradas por una autoridad colegiada de hasta cinco (5) miembros en representación de los beneficiarios designados conforme a lo establecido en sus respectivos estatutos;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas —a la fecha de la presente ley— serán administradas de conformidad con lo dispuesto en los respectivos acuerdos o disposiciones mientras dure su vigencia;
- g) Las asociaciones de obras sociales serán conducidas y administradas por cuerpos colegiados, elegidos por las obras sociales integrantes de la asociación;
- h) Las obras sociales que adhieran a la presente ley mantendrán su propio régimen de administración y gobierno.

Art. 13. — Los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las obras sociales deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades e incompatibilidades civiles ni penales, su mandato no podrá superar el término de cuatro (4) años y podrán ser reelegidos.

Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de dichas entidades.

Art. 14. — Las obras sociales podrán constituir asociaciones de obras sociales que abarquen los beneficiarios residentes en el ámbito de funcionamiento de la asociación e integren sus recursos a fin de otorgar las prestaciones médico-asistenciales que correspondan a su calidad de agentes del Seguro de Salud.

Constituida la asociación tendrá la misma capacidad, derechos y obligaciones que las obras sociales en cuanto actúan en calidad de agentes del Seguro de Salud.

Art. 15. — A los efectos del funcionamiento de las obras sociales como agentes del Seguro de Salud, aquéllas deberán poner a disposición de los organismos de control dependientes de la ANSSAL el personal y los elementos que éstas requieran para el mejor cumplimiento de sus funciones.

Art. 16. — Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales según la presente ley:

- a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al seis por ciento (6 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicio en relación de dependencia;
- b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3 %) de su remunera-

ción. Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el artículo 9º, último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1,5 %) de su remuneración;

- c) En el caso de las sociedades o empresas del Estado, la contribución para el sostenimiento de la obra social no podrá ser inferior, en moneda constante, al promedio de los doce (12) meses anteriores a la fecha de promulgación de la presente ley.

Asimismo, mantendrán su vigencia los aportes de los jubilados y pensionados y los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales determinados por leyes, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares.

Mantienen su vigencia los montos o porcentajes de los actuales aportes y/o contribuciones establecidos en las convenciones colectivas de trabajo u otras disposiciones, cuando fueren mayores que los dispuestos en la presente ley, así como también los recursos de distinta naturaleza a cargo de las mismas partes o de terceros, destinados al sostenimiento de las obras sociales.

Art. 17. — Las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza que se mencionan en el artículo anterior no podrán ser aumentados sino por ley.

Art. 18. — A los fines del artículo 16 de la presente ley, se entiende por remuneración la definida por las normas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia.

A los efectos de establecer los aportes y contribuciones, la remuneración no podrá ser inferior a la fijada en disposiciones legales o convenios colectivos de trabajo o a la distribución normal de la actividad de que se trate.

Establécese que, a los efectos de los beneficiarios que otorga la presente ley, los aportes y contribuciones deberán calcularse para los casos de jornadas reducidas de trabajo, sobre una base mínima igual a ocho horas diarias de labor calculadas conforme a la categoría laboral del beneficiario titular y en base al convenio colectivo de trabajo de la actividad de que se trate, aplicándose sobre veintidós (22) días mensuales de dicha jornada mínima, para el personal jornalizado.

Para el personal mensualizado, los aportes y contribuciones mínimos serán calculados sobre las remuneraciones establecidas en los convenios colectivos de trabajo para la actividad y de acuerdo a la categoría laboral del trabajador, en base a la cantidad de doscientas horas mensuales salvo autorización legal o convención colectiva de trabajo que permita al empleador abonar una retribución menor.

Art. 19. — Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes en su carácter de agentes de retención deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener —al personal a su cargo—, dentro de los quince (15) días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración, conforme se establece a continuación:

- a) El noventa por ciento (90 %) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los in-

- cisos a) y b) del artículo 16 de esta ley a la orden de la obra social que corresponda;
- b) El diez por ciento (10 %) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta ley, y cuando se trate de obras sociales del personal de dirección la suma a depositarse será el quince por ciento (15 %) de las contribuciones y aportes que se efectúen. Todo a la orden de las cuentas recaudadoras que la ANSSAL habilitará de acuerdo a lo determinado en la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario.
- c) El cincuenta por ciento (50 %) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16, a la orden de la obra social correspondiente;
- d) El cincuenta por ciento (50 %) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16 a la orden de la ANSSAL, en los mismos términos que los indicados en el inciso b) precedente;
- e) Cuando las modalidades de la actividad laboral lo hagan conveniente, la autoridad de aplicación podrá constituir a entidades en agentes de retención de contribuciones y aportes calculados sobre la producción que equivalgan y reemplacen a los calculados sobre el salario, a cuyo efecto aprobará los convenios de corresponsabilidad suscritos entre dichas entidades y las respectivas obras sociales.

Art. 20. — Los aportes a cargo de los beneficiarios mencionados en los incisos b) y c) del artículo 8º serán deducidos de los haberes jubilatorios de pensión o de prestaciones no contributivas que les corresponda percibir por los organismos que tengan a su cargo la liquidación de dichas prestaciones, debiendo transferirse a la orden de la respectiva obra social en la forma y plazo que establezca la reglamentación.

Art. 21. — Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, los funcionarios e inspectores de la Dirección Nacional de Obras Sociales y de las obras sociales tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional.

Las actas de inspección labradas por los funcionarios e inspectores mencionados en el párrafo anterior hacen presumir, a todos los efectos legales, la veracidad de su contenido.

Art. 22. — Las obras sociales destinarán a sus gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicios, hasta un ocho por ciento (8 %) de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado por la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud. La reglamentación establecerá el plazo dentro del cual las obras sociales deberán ajustarse a esa proporción de gastos administrativos.

Art. 23. — Los fondos previstos por la presente ley como también los que por cualquier motivo correspon-

dan a las obras sociales deberán depositarse en instituciones bancarias oficiales nacionales, provinciales o municipales y serán destinados exclusivamente a la atención de las prestaciones y demás obligaciones de las mismas y de los gastos administrativos que demande su funcionamiento.

Las reservas y disponibilidades de las obras sociales sólo podrán ser invertidas en operaciones con las instituciones bancarias mencionadas en el párrafo anterior y/o en títulos públicos, con garantía del Estado, que aseguren una adecuada liquidez conforme a lo que determine la reglamentación.

Art. 24. — El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualizaciones adeudados a las obras sociales y de las multas establecidas en la presente ley se hará por la vía de apremio prevista en el Código Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por las obras sociales o los funcionarios en que aquéllas hubieren delegado esa facultad, según fuere el caso.

Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior, prescribirán a los diez (10) años.

Art. 25. — Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social —Secretaría de Coordinación de Salud y Acción Social— la Dirección Nacional de Obras Sociales que actuará como autoridad de aplicación de la presente ley, con jurisdicción sobre las obras sociales del artículo 1º.

Art. 26. — La Dirección Nacional de Obras Sociales tendrá como fin promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales en todo aquello que no encuentren obligadas por la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Actuará también como organismo de control para los aspectos administrativos y contables de las obras sociales.

Art. 27. — Para el cumplimiento de estos fines tendrá las siguientes atribuciones:

1. Requerirá y aprobará la memoria anual y balances de las obras sociales.
2. Requerirá y suministrará información adecuada para el mejor contralor de las obras sociales a la Dirección Nacional de Recaudación Previsional y a la ANSSAL.
3. Propondrá al Poder Ejecutivo la intervención de las obras sociales cuando se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento.

En este caso, cuando la denuncia provenga de la ANSSAL, por incumplimiento de sus obligaciones como agentes del seguro, se instrumentarán mecanismos sumarios para asegurar las prestaciones de salud garantizadas por la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

4. Llevará un registro de obras sociales en el que deberán inscribirse todas las obras sociales comprendidas en la presente ley con los recaudos que establezca la autoridad de aplicación.
5. A los efectos de la verificación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley y demás normas complementarias,

la Dirección Nacional de Obras Sociales podrá solicitar de las obras sociales la información necesaria, su ampliación y/o aclaraciones. Sin perjuicio de ello podrá requerir a la ANSSAL la colaboración de su sindicatura para que constituida en la entidad constate y/u obtenga la información que expresamente le recabe la Dirección Nacional de Obras Sociales.

6. Resolver los conflictos sobre encuadramiento de los beneficiarios de las obras sociales, determinando el destino de los aportes y contribuciones.

Art. 28. — Las violaciones a las disposiciones legales y reglamentarias o las que establezca el órgano de aplicación harán pasibles a las obras sociales de las siguientes sanciones, sin perjuicio de las que pudieren corresponder por otras leyes:

- a) **Apercibimiento;**
- b) **Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, hasta cien (100) veces el monto del haber mínimo de dicha jubilación, vigente al momento de hacerse efectiva la multa;**
- c) **Intervención.**

El órgano de aplicación dispondrá las sanciones establecidas en los incisos a) y b), graduándolas conforme a la gravedad y reiteración de las infracciones y la prevista en el inciso c) será dispuesta por el Poder Ejecutivo nacional.

La intervención de la obra social implicará la facultad del interventor de disponer de todos los fondos que le correspondan en virtud de esta ley y se limitará al ámbito de la misma.

Art. 29. — Solamente serán recurribles las sanciones previstas en los incisos b) y c) del artículo 28 de esta ley dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas por el órgano de aplicación o desde la publicación del acto pertinente por el Poder Ejecutivo nacional, en su caso, ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Federal y Contencioso Administrativo o la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo de la Capital Federal a opción del recurrente. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del término aludido ante el órgano de aplicación, el que remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámites.

En las jurisdicciones provinciales, será competente la Cámara Federal con jurisdicción en el domicilio del sancionado.

La sanción prevista en el artículo anterior, inciso c) será recurrible al solo efecto devolutivo.

Art. 30. — Los bienes pertenecientes a la administración central del Estado, organismos descentralizados, empresas y sociedades del Estado, paraestatales o de administración mixta afectados a la prestación de los servicios médico-asistenciales del seguro de salud, serán transferidos a la obra social correspondiente.

Art. 31. — Dispónese la condonación de la deuda, que las obras sociales mantienen al 31 de marzo de 1987 inclusive, con el Instituto Nacional de Obras Sociales, por los conceptos enunciados en el artículo 21, inciso c) de la ley 18.610 y artículo 13 incisos a) y b) de la ley 22.269.

Art. 32. — Los bienes afectados al funcionamiento de las obras sociales cuyo dominio pertenezca a una asociación sindical de trabajadores continuarán en el patrimonio de la asociación, pero las respectivas obras sociales no reconocerán usufructos a título oneroso por la utilización de dichas instalaciones, quedando a cargo de la obra social los gastos de mantenimiento, administración y funcionamiento.

Art. 33. — Las obras sociales del régimen de la ley 22.269 actualmente existentes, cualquiera sea su naturaleza jurídica, continuarán en su desenvolvimiento durante el período de la adecuación a las disposiciones de la presente ley.

Art. 34. — Las obras sociales deberán adecuarse al régimen de la presente ley dentro del plazo de un (1) año a contar de la fecha de su vigencia. Ese plazo podrá ser prorrogado por el Poder Ejecutivo nacional si las circunstancias lo hicieran necesario.

Art. 35. — Durante el período comprendido entre la entrada en vigencia de esta ley y la normalización de las obras sociales, la administración de las mismas será:

- a) En las obras sociales sindicales correspondientes a sindicatos que estén normalizados, dichos sindicatos designarán un administrador que será reconocido por la Dirección Nacional de Obras Sociales como representante legal de la obra social.

Del mismo modo se procederá a medida que las demás asociaciones sindicales completen su normalización institucional;

- b) Las obras sociales constituidas por leyes especiales, se normalizarán conforme a lo dispuesto por esta ley;
- c) Las obras sociales de la administración central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados y del Poder Judicial serán conducidas por una comisión normalizadora conformada de acuerdo con lo establecido en el inciso c) del artículo 12 de esta ley y presidida por un representante del Estado;
- d) En las obras sociales del personal de dirección, las actuales autoridades serán las encargadas de continuar con la administración debiendo cumplimentar los recaudos de esta ley.

Art. 36. — Las autoridades provisionales a que hace referencia el artículo anterior procederán a elaborar los estatutos de la obra social, que elevarán para su registro a la Dirección Nacional de Obras Sociales, de acuerdo con las normas que ésta dicte.

Art. 37. — Sustitúyese el artículo 5º de la ley 19.772, el que queda así redactado:

Artículo 5º — La dirección y administración de la obra social estará a cargo de un directorio, designado por el Ministerio de Salud y Acción Social,

con observancia de los recaudos previstos en el artículo 7º de la presente ley, integrado por un presidente, un vicepresidente y cuatro directores, todos ellos a propuesta de la Confederación General de Empleados de Comercio de la República Argentina y dos directores en representación del Estado. El Ministerio de Salud y Acción Social deberá designar a los integrantes del directorio conforme al párrafo anterior, dentro del término de treinta (30) días de recibida la propuesta.

Art. 38. — Sustitúyese el artículo 4º de la ley 18.299. el que queda así redactado:

Artículo 4º — La administración del instituto estará a cargo de un consejo de administración el que será integrado por un presidente propuesto por el consejo de administración, seis (6) vocales en representación del personal de la industria del vidrio y sus actividades afines, cinco (5) de los cuales provendrán del sindicato obrero y uno (1) por el sindicato de empleados, dos (2) vocales en representación de los empleadores, que serán propuestos por entidades suficientemente representativas de la industria del vidrio y afines y dos (2) vocales en representación del Estado, propuestos por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación.

Todos ellos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Los vocales podrán ser reemplazados por sus representantes, en cuyo caso el nuevo vocal ejercerá su mandato hasta la finalización del período que le correspondiere al sustituido.

Art. 39. — Sustitúyese el artículo 5º de la ley 19.032, modificada por sus similares 19.465; 21.545; 22.245 y 22.954, el que queda así redactado:

Artículo 5º — El gobierno y administración del Instituto estarán a cargo de un directorio integrado por un presidente en representación del Estado y doce (12) directores, cuatro (4) en representación de los beneficiarios, dos (2) en representación de los trabajadores activos y seis (6) en representación del Estado, designados todos ellos por el Ministerio de Salud y Acción Social. La designación de los directores en representación de los beneficiarios se hará a propuesta de las entidades representativas y deberán ser jubilados o pensionados del régimen nacional de previsión.

La designación de los directores en representación de los trabajadores activos se hará a propuesta de la Confederación General del Trabajo de la República Argentina.

El presidente y los directores durarán cuatro (4) años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos y gozarán de la remuneración que establezca el presupuesto.

Art. 40. — Sustitúyense los artículos 5º y 7º de la ley 19.518, los que quedan así redactados:

Artículo 5º: El Instituto será dirigido y administrado por un directorio integrado por un (1) presidente, un (1) vicepresidente, doce (12) directores y un (1) síndico.

Artículo 7º: Los directores del Instituto serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de las siguientes entidades: uno (1) por la Asociación Argentina de Compañías de Seguros, uno (1) por la Asociación de Cooperativas y Mutualidades de Seguro, uno (1) por la Asociación Argentina de Sociedades de Capitalización, uno (1) por la Asociación de Aseguradores Extranjeros en la Argentina, seis (6) por la asociación profesional de trabajadores con personería gremial representativa de las actividades comprendidas y dos (2) en representación del Estado, a propuesta de la Secretaría de Salud de la Nación.

El síndico será designado por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de la ANSSAL.

Art. 41. — Las obras sociales por convenio a que se refiere el artículo 1º, inciso f), existentes en la actualidad continuarán desarrollando su actividad dentro del sistema de la presente ley, salvo que dentro del plazo de noventa (90) días cualquiera de las partes denunciara el respectivo acuerdo ante la Dirección Nacional de Obras Sociales.

Art. 42. — A partir de la fecha de promulgación de la presente ley las funciones y atribuciones previstas para la Dirección Nacional de Obras Sociales serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), hasta tanto se reglamente esta ley y comience a funcionar el nuevo organismo.

Art. 43. — Deróganse las leyes 18.610, 22.269, decretos y toda otra disposición que se oponga a lo regulado por la presente ley.

Art. 44. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 1º de julio de 1987.

Luis A. Cáceres, — Miguel J. Martínez Márquez. — Ricardo A. Terrile. — Jesús Rodríguez. — Ariel Puebla. — Julio L. Dimasi. — Eduardo A. Del Río. — Tulio M. Bernasconi. — Antonio Alborno. — Carlos A. Alderete. — Ignacio J. Avalos. — Isidro R. Bakirdjian. — Carlos H. Bianchi. — Victorio O. Bisciotti. — José C. Blanco. — Julio S. Bulacio. — José D. Canata. — Augusto Cangiano. — Pedro J. Capuano. — Ricardo J. Cornaglia. — Lorenzo J. Cortese. — Atilio A. Curátolo. — Jorge R. Delfino. — Nemecio C. Espinoza. — José A. Furque. — Néstor L. Golpe Montiel. — Joaquín V. González. — José I. Gorostegui. — Pedro A. Lépori. — Horacio E. Lugones. — Roberto Llorens. — Raúl M. Milano. — Pedro C. Ortiz. — Rodolfo M. Parente. — Osvaldo F. Pellín. — Tomás C. Pera Ocampo. — Pedro A. Pereyra. — Roberto E. Sammartino. — Hugo A. Socchi. — Juan C. Stavale. — Lionel A. Suárez. — Domingo S. Usin. — Carlos A. Vidal. — Balbino P. Zubiri.

En disidencia parcial:

Carlos A. Zaffore.

En disidencia total:

*Alvaro C. Alsogaray. — José P. Aramburu.
— Juan C. Barbeito. — Julio C. Corzo. —
Primo A. Costantini. — Eugenio A. Lestelle.
— Miguel P. Monserrat.*

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Previsión y Seguridad Social, de Legislación del Trabajo y de Presupuesto y Hacienda han considerado el mensaje 854 y proyecto de ley de obras sociales.

Los legisladores al comenzar el análisis del proyecto, lo hicieron convencidos de estar frente a una futura estructura jurídica de imponderable necesidad social tendiente a conformar un marco homogéneo en las prestaciones asistenciales con la finalidad de aportar mayor e igual cobertura a mayor cantidad de beneficiarios.

El estudio en general del proyecto no presentó problema alguno, el desglose en particular de los diversos artículos que componen su texto, promovió de los señores diputados integrantes la formulación de algunas modificaciones en su casi totalidad de forma y no de fondo.

Con la finalidad precedentemente expresada, se procedió a modificar la composición del artículo 1º en sus incisos b); c); f) y g). En el inciso b) con la nueva redacción se pretendió englobar con mayor claridad aquellos entes, que a través de leyes específicas, fueron creados dentro de la estructura de un determinado organismo con destino a cubrir aspectos sociales de sus recursos humanos. El inciso c) fue modificado en razón de que la identificación del Poder Ejecutivo implicaba la investidura del primer magistrado y sin relación con los entes que componen la administración central del Estado que son los destinatarios. La referencia al Poder Legislativo implicaba señalar un ente comprendido en el inciso anterior. Las modificaciones de los incisos f) y g) se consideraron necesarias para dar mayor especificidad a los mismos.

Con referencia al artículo 3º, se promovió el reemplazo de la palabra "podrían" por la palabra "deberán", dado que se consideró como integral la responsabilidad de las obras sociales para las funciones que cumplen.

En el artículo 8º, se observó en su inciso b) la no inclusión de los beneficiarios de la Obra Social de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, por lo que se resolvió su inclusión.

En la consideración del artículo 12, se procedió a modificar el texto de sus incisos b) y c) a los efectos de adaptarlos a las modificaciones promovidas en los incisos similares del artículo 1º.

El estudio del artículo 13 permitió a las comisiones considerar que el término "inhibiciones" empleado en el texto para determinar impedimento, no concordaba con el real sentido jurídico que se pretendía darle, por lo que se resolvió reemplazar dicho término por las

palabras "inhabilidades e incompatibilidades" con sentido semántico más específico para el caso.

En el artículo 19, se modificaron los porcentajes que de común acuerdo de partes se fijaron con posterioridad al envío del proyecto al Congreso.

En el artículo 23, se consideró oportuno, identificar las instituciones bancarias oficiales, depositarias de los fondos previstos por esta ley.

En el artículo 35, inciso c), se hace necesaria la modificación para adoptarlo al texto del mismo inciso del artículo 1º.

La modificación del artículo 39, en su último párrafo, es la simple pluralización de las entidades representativas de los beneficiarios jubilados.

Con estas consideraciones creen las comisiones haber cumplimentado su responsabilidad en el estudio del presente proyecto de ley, y a los efectos de su sanción, lo elevan a la consideración de ese honorable cuerpo.

José I. Gorostegui.

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Previsión y Seguridad Social, de Legislación del Trabajo y de Presupuesto y Hacienda han considerado el mensaje 854 y proyecto de ley de obras sociales; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante aconsejan la sanción del siguiente:

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, etc.

Artículo 1º — Intégrese el Sistema Nacional de Obras Sociales (SINOS), con el objetivo de extender a todos los habitantes del país los beneficios de las obras sociales, sin discriminación social, económica, cultural o geográfica, fijando al Estado las políticas sanitarias y coordinando con las organizaciones intermedias de la comunidad, las que consolidarán la participación en la conducción y gestión del sistema.

Art. 2º — El SINOS tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones médico-sociales, tendientes a la promoción, protección recuperación y rehabilitación de la salud individual y familiar y acciones de bienestar social, condicionantes de la salud, con criterio de justicia y garantizando para todos los habitantes del suelo argentino, el derecho a la vida y a la salud.

Art. 3º — Quedan comprendidas en las disposiciones de la presente ley:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que te-

niendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación;

- c) Las obras sociales de la Administración Central del Estado nacional, del Poder Judicial y sus organismos autárquicos y descentralizados;
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;
- e) Las obras sociales del personal de dirección;
- f) Las obras sociales constituidas por convenios con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 4º de la ley 21.746;
- g) Las obras sociales constituidas por convenios con empresas privadas o públicas;
- h) Toda entidad creada o a crearse y que tenga como fines lo establecido por la presente ley;
- i) La obra social de trabajadores autónomos a crearse de acuerdo a lo establecido en la presente ley.

Art. 4º — Quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios titulares de las obras sociales:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público de los poderes Ejecutivo y Judicial de la Nación y sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sur;
- b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales de los trabajadores autónomos;
- e) Las personas que con residencia permanente en el país se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de trabajo remunerado o de beneficios sociales o cualquiera otra situación que signifique desamparo social y las que contempla esta ley.

Art. 5º — Las obras sociales de los gobiernos provinciales, municipales y los jubilados, retirados y pensionados del mismo ámbito y los organismos que brinden cobertura al personal militar y civil de las fuerzas armadas y de seguridad y a los jubilados, retirados y pensionados de igual ámbito podrán optar por su incorporación total o parcial al SINOS mediante los correspondientes convenios de adhesión.

Art. 6º — Las entidades mutuales podrán integrarse en el SINOS, en la oportunidad y forma que fije la reglamentación.

Art. 7º — Las provincias podrán incorporar dentro de las obras sociales de su jurisdicción a los beneficiarios previstos en el artículo 4º a cuyo efecto celebrarán los respectivos convenios de adhesión.

Art. 8º — Quedan también incluidos, en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular; los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral; los hijos solteros, mayores de veintiún años y hasta los veinticinco inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular cursen estudios universitarios o terciarios, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años, los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;
- b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo, ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

El Instituto Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes y descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1,5 %) por cada una de las personas que se incluyan.

Art. 9º — El carácter de beneficiario otorgado en el inciso a) del artículo 4º y en los incisos a) y b) del artículo 8º de esta ley, subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador, con las siguientes salvedades:

- a) En caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores mantendrán su calidad de beneficiarios sin obligación de efectuar aportes, estando los mismos a cargo del Tesoro nacional;
- b) En caso de interrupción de trabajo por causa de accidente o enfermedad inculpable, el trabajador mantendrá su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes;
- c) En caso de suspensión del trabajador sin goce de remuneración, éste mantendrá su carácter de beneficiario durante un período de tres (3) meses. Si la suspensión se prolongase más allá de dicho plazo, el Estado nacional se hará cargo de los aportes correspondientes;
- d) En caso de licencia sin goce de remuneración por razones particulares del trabajador, éste po-

drá optar por mantener durante el lapso de la licencia la calidad de beneficiario, cumpliendo con las obligaciones de aportes a su cargo y contribución a cargo del empleador;

- e) Los trabajadores de temporada podrán optar por mantener el carácter de beneficiarios durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo cumpliendo el Estado nacional durante ese período con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley. Este derecho cesará a partir del momento en que en razón de otro contrato de trabajo pasen a ser beneficiarios en los términos previstos en el artículo 4º inciso a) de la presente ley;
- f) En caso que el trabajador deba prestar servicio militar obligatorio por llamado ordinario, por movilización o convocatorias especiales, durante el período que aquél no perciba remuneración por esta causa mantendrá la calidad de beneficiario titular sin obligación de efectuar aportes;
- g) La mujer que quedare en situación de excedencia podrá optar por mantener su calidad de beneficiaria durante el período de la misma, cumpliendo el Estado nacional con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley;
- h) En caso de muerte del trabajador los integrantes de su grupo familiar primario mantendrán el carácter de beneficiarios, por el plazo y en las condiciones del inciso a) de este artículo. Una vez vencido dicho plazo podrán optar por continuar en ese carácter cumpliendo el Estado nacional con los aportes y contribuciones que hubiere correspondido al beneficiario titular.

Este derecho cesará a partir del momento en que por cualquier circunstancia adquiera la calidad de beneficiarios titulares prevista en esta ley.

En los supuestos de los incisos precedentes, el mantenimiento de la calidad de beneficiarios del trabajador en relación de dependencia se extiende a su respectivo grupo familiar primario. En los supuestos de los incisos a), e), e), g) y h) en todos los casos continuará la prestación en la obra social mediante el aporte del Estado nacional, el que será igual al momento del ingreso por beneficiario del Sistema Nacional de Obras Sociales.

Art. 10. — La autoridad de aplicación del SINOS será la Secretaría de Salud de la Nación. En su ámbito funcionará el Instituto Nacional de Obras Sociales, como ente no estatal con personería jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa. En tal carácter está obligada a ejecutar el ciento por ciento (100 %) de los ingresos genuinos que perciba.

Art. 11. — El Instituto Nacional de Obras Sociales estará constituido por un directorio integrado por doce

(12) miembros, de los cuales cinco (5) en representación de los trabajadores organizados en la Confederación General del Trabajo, tres (3) en representación del Estado nacional, uno (1) en representación de los jubilados y pensionados, uno (1) en representación de los empleadores, uno (1) en representación de los prestadores, uno (1) en representación de las obras sociales adheridas. Los directores serán designados en forma directa por el ministro de Salud y Acción Social dos (2), y por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social uno (1), para los representantes del Estado y a propuesta de la Confederación General del Trabajo y de las entidades representativas u organizaciones que nucleen a los demás sectores de acuerdo con el procedimiento que determine la reglamentación. Los directores elegirán un presidente el que será designado por el Poder Ejecutivo nacional con rango de subsecretario de Estado.

Art. 12. — Los directores durarán tres (3) años en sus funciones, podrán ser nuevamente designados por otros períodos de ley y gozarán de la retribución que fije el Poder Ejecutivo nacional, deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades civiles y penales. Podrán ser reelegidos. Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de sus funciones.

En caso de ausencia o impedimento del presidente, será reemplazado por uno de los directores, según lo que decida el directorio.

Art. 13. — Corresponde al presidente:

- a) Representar al INOS en todos sus actos;
- b) Ejercer las funciones, facultades y atribuciones y cumplir con los deberes y obligaciones establecidas en la presente ley, su reglamentación y disposiciones que la complementen;
- c) Convocar y presidir las reuniones del directorio en las que tendrá voz y voto, en las que prevalecerá en caso de empate;
- d) Invitar a participar con voz pero sin voto, a un representante de sectores interesados, no representados en el directorio, cuando se traten temas específicos de su área de acción;
- e) Convocar y presidir las reuniones del consejo asesor y de la comisión permanente de concertación, que crea la presente ley;
- f) Aplicar apercibimientos y multas de hasta cuatro (4) veces el monto mínimo, según lo establecido en artículo 58 de la presente ley;
- g) Intervenir en lo atinente a la estructura orgánica funcional y dotación de personal del organismo;
- h) Adoptar todas las medidas que, siendo competencia del directorio, no admitan dilación, sometiénolas a consideración en la sesión inmediata;
- i) Delegar funciones en otros miembros del directorio o empleados superiores del organismo.

Art. 14. — Corresponde al directorio.

- a) Dictar su reglamento interno;
- b) Intervenir en la elaboración del presupuesto anual de gastos, cálculos de recursos y cuentas de inversiones y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio;
- c) Llevar un registro de obras sociales en el que deberán inscribirse todas las obras sociales comprendidas en la presente ley, con los recaudos que establezca la autoridad de aplicación;
- d) Solicitar de las obras sociales la información necesaria, su ampliación y/o aclaraciones, a los efectos de la verificación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley;
- e) Requerir y suministrar información adecuada para el mejor contralor de las obras sociales a la Dirección Nacional de Recaudación Previsional;
- f) Designar a los síndicos y fijarles su remuneración;
- g) Asignar los recursos del fondo de redistribución dictando las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones;
- h) Intervenir en la elaboración y actualización de los instrumentos utilizados para la regulación de efectores y prestadores;
- i) Dictar las normas que regulen las distintas modalidades en las relaciones contractuales entre las obras sociales y los prestadores;
- j) Autorizar inscripciones y cancelaciones en el Registro Nacional de Obras Sociales;
- k) Aplicar las sanciones previstas en el artículo 58 de la presente ley;
- l) Delegar funciones en el presidente por tiempo determinado;
- ll) Aprobar la estructura orgánico-funcional del INOS;
- m) Designar, promover, remover y suspender al personal de la institución.

Art. 15. — En el ámbito del INOS funcionará un consejo asesor, integrado por representantes de las obras sociales, de las entidades adherentes inscritas como tales, de la Confederación Médica de la República Argentina, Confederación Odontológica, Confederaciones Bioquímicas y Farmacéutica, Confederación de Clínicas y Sanatorios y de la Universidad Nacional.

El Consejo Asesor tendrá por cometido asesorar al INOS sobre los temas vinculados con la organización y funcionamiento de las obras sociales y del SINOS.

Elaborará un reglamento, y sus integrantes no percibirán por parte del INOS remuneración alguna.

Art. 16. — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley serán administradas conforme con las siguientes disposiciones:

- a) Las obras sociales sindicales serán conducidas y administradas por autoridad colegiada, que no

supere el número de cinco (5) integrantes, cuyos miembros serán elegidos por la asociación sindical con personería gremial signataria de los convenios colectivos de trabajo que corresponda, a través de su Secretariado Nacional o Asamblea General de Delegados Congressales, conforme al estatuto de la organización gremial correspondiente.

No existirá incompatibilidad en el ejercicio de cargos electivos entre las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley y la correspondiente asociación sindical;

- b) Las obras sociales, institutos de administración mixta y las reparticiones u organismos creados por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, continuarán desarrollando sus funciones conforme a las disposiciones legales que le dieran origen, con las salvedades especificadas en este cuerpo normativo;
- c) Las obras sociales de la Administración Central del Estado nacional, del Poder Judicial y sus organismos autárquicos y descentralizados serán conducidas y administradas por un presidente y cuatro (4) vocales en representación de los beneficiarios, que serán propuestos por la asociación sindical con personería gremial pertinente y cuatro (4) vocales en representación del Estado, propuestos por el respectivo poder u organismo autárquico o descentralizado que corresponda;
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado serán conducidas y administradas por un directorio integrado según las normas del inciso c).

En estos casos la mitad de los vocales estatales serán designados a propuesta de la respectiva empresa;

- e) Las obras sociales del personal de Dirección serán administradas por una autoridad colegiada de hasta cinco (5) miembros en representación de los beneficiarios designados conforme a lo establecido en sus respectivos estatutos;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio por empresas privadas o públicas —a la fecha de la presente ley— serán administradas de conformidad con lo dispuesto en los respectivos acuerdos o disposiciones mientras dure su vigencia;
- g) Las asociaciones de obras sociales serán conducidas y administradas por cuerpos colegiados, elegidos por las obras sociales integrantes de la asociación;
- h) Las obras sociales que adhieran a la presente ley, mantendrán su propio régimen de administración y gobierno.

Art. 17. — Los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las obras sociales deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades e incompatibilidades civiles y penales. Su mandato no podrá superar el término de cuatro (4) años y podrán ser reelegidos. Serán personal y solidariamente responsables por los actos y he-

chos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de dichas entidades.

Art. 18. — Las obras sociales podrán constituir asociaciones de obras sociales que abarquen los beneficiarios residentes en el ámbito de funcionamiento de la asociación e integren sus recursos a fin de otorgar las prestaciones médico-asistenciales. Tendrán la misma capacidad, derechos y obligaciones de las obras sociales.

Art. 19. — Cada obra social elaborará su propio estatuto conforme con la presente ley, el que presentará ante el Instituto Nacional de Obras Sociales par su registro.

Art. 20. — Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales según la presente ley:

- a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al seis por ciento (6 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia;
- b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3 %) de su remuneración. Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el artículo noveno (9º), último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1½ %) de su remuneración;
- c) En el caso de las sociedades o empresas del Estado, la contribución para el sostenimiento de la obra social no podrá ser inferior, en moneda constante al promedio de los doce (12) meses anteriores a la fecha de promulgación de la presente ley;
- d) El aporte del nueve por ciento (9 %) calculado sobre los montos asignados a cada una de las categorías en que se dividen los afiliados al régimen de jubilaciones y pensiones para trabajadores autónomos (artículo 10, texto ordenado ley 18.038);
- e) En los casos del artículo 8º incisos a), c), d), e), g), h), el aporte será igual al promedio del ingreso por beneficiario de las obras sociales comprendidas en el sistema nacional de obras sociales (SINOS) y serán aportadas por el Estado nacional en los plazos y formas que fijan la presente ley y su reglamentación;
- f) Para la cobertura de los habitantes que por carecer de trabajo y/o de obras sociales al momento de promulgación de la presente ley, el Estado nacional aportará por cada uno de ellos el promedio del ingreso por beneficiario de las obras sociales comprendidas en el SINOS, en los plazos y formas que fijan la presente ley y su reglamentación.

Art. 21. — Las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza, dependencia y administración, presentarán anualmente al INOS:

- a) El programa de prestaciones para sus beneficiarios;

- b) El presupuesto de gastos y recursos de la obra social y la memoria general y balance del período anterior, previamente aprobado por los mecanismos previstos en el estatuto de cada obra social;

- c) Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones que celebre durante el mismo período.

Art. 22. — A los fines del artículo 20 de la presente ley, se entiende por remuneración la definida por las normas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia.

A los efectos de establecer los aportes y contribuciones, la remuneración no podrá ser inferior a la fijada en disposiciones legales o convenios colectivos de trabajo o a la retribución normal de la actividad de que se trate.

Establécese que, a los efectos de los beneficios que otorga la presente ley, los aportes y contribuciones deberán calcularse para los casos de jornadas reducidas de trabajo, sobre una base mínima igual a ocho (8) horas diarias de labor calculadas conforme la categoría laboral del beneficiario titular y en base al convenio colectivo de trabajo de la actividad de que se trate, aplicándose sobre veintidós (22) días mensuales de dicha jornada mínima, para el personal jornalizado.

Para el personal mensualizado, los aportes y contribuciones mínimos serán calculados sobre las remuneraciones establecidas en los convenios colectivos de trabajo para la actividad y de acuerdo a la categoría laboral del trabajador, en base a la cantidad de 200 horas mensuales, salvo autorización legal o convención colectiva de trabajo que permita al empleador abonar una retribución menor.

Art. 23. — Los empleadores, dadores de trabajos o equivalentes en su carácter de agentes de retención o el Estado nacional, en los casos que corresponda, deberán depositar la contribución a su cargo, junto con los aportes que hubieran debido retener —al personal a su cargo— dentro de los quince (15) días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración a la orden de la obra social correspondiente.

Art. 24. — Los aportes a cargo de los beneficiarios mencionados en los incisos b) y c) del artículo 20 serán deducidos de los haberes jubilatorios de pensión o de prestaciones no contributivas que le corresponden percibir, por los organismos que tengan a su cargo la liquidación de dichas prestaciones, debiendo transferirse a la orden de la respectiva obra social en la forma y plazo que establezca la reglamentación.

Art. 25. — Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, los funcionarios e inspectores del INOS y de las obras sociales tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional.

Las actas de inspección labradas por los funcionarios e inspectores mencionados en el párrafo anterior hacen presumir a todos los efectos legales, la veracidad de su contenido.

Art. 26. — Las obras sociales destinarán como mínimo el 80 % de sus recursos deducidos los aportes al fondo de redistribución, a servicios de atención de la salud, 5 % a gastos administrativos y el resto a prestaciones de bienestar social.

Art. 27. — En el ámbito del INOS, funcionará bajo su administración, y como cuenta especial, un fondo de redistribución que se integrará con los siguientes recursos:

- a) El 10 % de las sumas de las contribuciones y aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 20 de la ley de obras sociales. Para las obras sociales del personal de dirección el porcentaje mencionado precedentemente se elevará al 15 % de dicha suma de contribuciones y aportes;
- b) El 50 % de los recursos de distinta naturaleza;
- c) Los reintegros de los préstamos a que se refiere el artículo 20 de la presente ley;
- d) Los montos reintegrados por apoyo financiero que se revoquen con más su actualización e intereses;
- e) El productos de las multas que se apliquen en virtud de la presente ley;
- f) Las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo;
- g) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al fondo de redistribución;
- h) Los aportes que se establezcan en el presupuesto general de la Nación, según lo indicado en los incisos del artículo 9º de la presente ley;
- i) Los saldos del fondo de redistribución creados por el artículo 13 de la ley 22.269, así como los créditos e importes adeudados al mismo que se perciban, se incorporarán al fondo de redistribución creado por la presente ley.

Art. 28. — Los recursos del fondo de redistribución se otorgarán en calidad de préstamo, subvenciones y subsidios y serán destinados por el INOS:

- a) Para su distribución automática entre las obras sociales en un porcentaje no menor al 50 % con el fin de subsidiar a aquellos de menores ingresos, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria según la reglamentación que establezca el INOS;
- b) Para apoyar financieramente las obras sociales;
- c) Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del sistema;
- d) Para atender los gastos administrativos y de financiamiento del INOS con un límite de hasta el 3 % del total de los recursos del fondo;
- e) Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio serán distribuidos entre las obras so-

ciales en proporción a los montos con que hubieran contribuido durante el mismo período, en las condiciones que dicte el INOS.

Art. 29. — Los fondos previstos por la presente ley como también los que por cualquier motivo correspondan a las obras sociales, deberán depositarse en instituciones bancarias oficiales, nacionales, provinciales y municipales y serán destinadas exclusivamente a la atención de las prestaciones y demás obligaciones de las mismas y de los gastos administrativos que demande su funcionamiento.

Las reservas y disponibilidades de las obras sociales sólo podrán ser invertidas en operaciones con las instituciones bancarias mencionadas en el párrafo anterior y/o en títulos públicos, con garantía del Estado, que aseguren una adecuada liquidez conforme a lo que determine la reglamentación.

Art. 30. — El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualizaciones adeudados a las obras sociales y de las multas establecidas en la presente ley se hará por la vía de apremio prevista en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por las obras sociales o los funcionarios en que aquéllas hubieran delegado esa facultad, según como fuere el caso.

Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior prescribirán a los diez años.

Será reprimido con prisión de un mes a seis años el obligado que dentro de los quince días corridos de intimado formalmente no depositare los importes previstos destinados al fondo de redistribución.

Cuando se tratare de personas jurídicas, sociedades, asociaciones u otras entidades de derecho privado, fallidos o incapaces, la pena corresponderá a los directores, gerentes o representantes responsables de la omisión.

Los órganos de recaudación establecidos en la presente ley y las obras sociales deberán formular la denuncia correspondiente o asumir el carácter de parte querrelante en las causas penales que se sustancien con motivo de lo dispuesto en este artículo.

Art. 31. — Las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza, dependencia y forma de administración presentarán anualmente al INOS:

- a) El programa de prestaciones para sus beneficiarios;
- b) El presupuesto de gastos y recursos de la obra social y la memoria general y balance del período anterior, previamente aprobado por los mecanismos previstos en el estatuto de cada obra social.

El Instituto Nacional de Obras Sociales designará síndicos que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los organismos y funcionarios vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Su directorio establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de la sindicatura.

Art. 32. — Los hospitales y demás centros asistenciales dependientes de la ciudad de Buenos Aires y del territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur se incorporarán al sistema en calidad de prestadores en las condiciones que determina la reglamentación.

Art. 33. — El Estado nacional deberá prever en el presupuesto nacional, fondos suficientes para asistir a las provincias, municipios y a la Secretaría de Salud en la rehabilitación del hospital público. Su cálculo y distribución entre las provincias que adhieran al sistema, se hará en coordinación con el CO.FE.SA.

Art. 34. — Los establecimientos públicos que adhieran al sistema, en plazos y formas a determinar en el convenio de adhesión, promoverán su descentralización administrativa y la participación de las organizaciones comunitarias en su conducción, la utilización autónoma de los recursos provenientes del pago de sus prestaciones por parte del sistema, y la participación de todo el personal en la distribución de los recursos, así como forma de relación contractual que ligen los intereses de todos los trabajadores al desarrollo del sistema.

Art. 35. — Todos los trabajadores, profesionales o no, que presten servicios en algún efector del sistema, serán considerados parte del mismo, debiendo la reglamentación fijar en un plazo máximo de ciento ochenta días, las normas para garantizar su dignificación económica, capacitación continua, goce de beneficios sociales y cobertura de riesgos laborales.

Art. 36. — El Instituto Nacional de Obras Sociales, deberá garantizar la existencia de efectores del SINOS que pertenecientes hoy a cualquier efector (centros periféricos estatales, obras sociales actuales, consultorios privados), se integren en un plan que contemplando las particularidades locales y regionales, rescate las funciones de los centros de salud y a la medicina familiar y social: tareas de promoción de la salud, prevención, detección precoz, protección materno infantil, educación sanitaria y participación de la comunidad.

Art. 37. — Las obras sociales mantendrán los servicios propios existentes.

Art. 38. — Todos los efectores del SINOS, para desarrollar mayor capacidad instalada, deberán adecuarse a las normativas que fija el INOS.

Art. 39. — Las obras sociales desarrollarán un programa de prestaciones, normatizados por el INOS y la secretaria de salud que definirán cuáles son las obligatorias. Asimismo deberán asegurar la cobertura de medicamentos esenciales que las prestaciones requieran.

Art. 40. — El INOS llevará un registro nacional de prestadores que contraten con el SINOS, como requisito indispensable para poder ser contratados. Deberán inscribirse:

- a) Las personas físicas, individualmente o asociadas con otras;

- b) Los establecimientos y organismos asistenciales públicos y privados;
- c) Los establecimientos asistenciales pertenecientes a obras sociales creadas o a crearse, cooperativas o mutualidades;
- d) Las asociaciones que representen a profesionales de la salud o a establecimientos que contraten servicios en nombre de sus miembros;
- e) Las entidades y asociaciones privadas, con y sin fines de lucro, que dispongan de recursos humanos y físicos;
- f) Cada prestador individual, sea persona física. establecimiento o asociación, no podrá figurar más de una vez en el registro.

No podrán inscribirse en el registro ni recibir pago por prestaciones otorgadas al SINOS, las personas o entidades que ofrezcan servicios a cargo de terceros.

Art. 41. — La Secretaría de Salud de la Nación establecerá las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales sobre cuya base el INOS fijará los requisitos a cumplir por parte de las personas o entidades que se inscriban en el Registro Nacional de Prestadores.

La aplicación de dicha norma así como su adaptación a las realidades locales, serán convenidas por la Secretaría de Salud de la Nación, por los organismos correspondientes de las provincias y municipalidades.

Art. 42. — La inspección en el Registro Nacional de Prestadores implicará para los prestadores la obligación a respetar las normas y valores retributivos que rijan las contrataciones con las obras sociales, mantener la prestación de servicios en las modalidades convenidas durante el lapso de inscripción y por un tiempo adicional de sesenta días corridos y ajustarse a las normas que en ejercicio de sus facultades, derechos y atribuciones establezca el INOS.

Art. 43. — Las prestaciones de salud garantizadas por la presente ley, que sean comprometidas por los prestadores de servicios durante el lapso y según las modalidades convenidas con las obras sociales, se consideran servicios de asistencia social de interés público.

La interrupción de las prestaciones convenidas —sin causa justificada— se considerará infracción en los términos del inciso d) del artículo 57 de la presente ley.

Art. 44. — La Secretaría de Salud de la Nación aprobará las modalidades, los nomencladores y valores retributivos para la contratación de las prestaciones de salud, los que serán elaborados por el INOS.

Art. 45. — A los fines dispuestos precedentemente, funcionará en el ámbito del INOS la comisión permanente de concertación que será presidida por uno de sus directores e integrada por cinco representantes de las obras sociales y cinco representantes por las entidades representativas mayoritarias de los prestadores del ámbito nacional o provincial.

La comisión permanente de concertación participará en la elaboración de las normas y procedimientos a que se ajustará la prestación de servicios y las modalidades y valores retributivos.

El INOS dictará el reglamento de funcionamiento de la citada comisión, la que preverá la constitución de subcomisiones y la participación de la autoridad sanitaria correspondiente.

En los casos que la comisión permanente de concertación deba considerar aspectos relativos a distintas ramas profesionales o actividades de atención de la salud podrá integrar, con voz pero sin voto, al correspondiente representante para el tratamiento del tema.

La comisión permanente de concertación funcionará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos.

Cuando no sostengan acuerdos el presidente del INOS actuará como instancia de conciliación y si subsistiera la diferencia laudará el ministro de Salud y Acción Social.

Art. 46. — El INOS, en el caso que la Secretaría de Salud de la Nación establezca listado de fármacos deberá aplicarlo en forma obligatoria para todos los agentes del seguro.

Art. 47. — Las normas referidas al régimen de prestaciones de salud del INOS se aplicarán a las que otorguen las entidades mutuales que adhieran al régimen de la presente ley. Dicha adhesión se formalizará ante el INOS de acuerdo con las normas que fija la reglamentación.

Art. 48. — Los bienes pertenecientes a la administración central del Estado, organismos descentralizados, empresas y sociedades del Estado, paraestatales o de administración mixta afectados a la prestación de los servicios médicos asistenciales del SINOS serán transferidos a la obra social correspondiente.

Art. 49. — Dispónese la condonación de la deuda, que las obras sociales mantienen al treinta y uno de marzo de mil novecientos ochenta y siete inclusive con el Instituto Nacional de Obras Sociales, por los conceptos enunciados en el artículo veintinueve, inciso c) de la ley 18.610 y artículo trece, incisos a) y b) de la ley 22.269.

Art. 50. — Los bienes afectados al funcionamiento de las obras sociales cuyo dominio pertenezca a una asociación sindical de trabajadores continuarán en el patrimonio de la asociación, pero las respectivas obras sociales no reconocerán usufructos a título oneroso por la utilización de dichas instalaciones, quedando a cargo de la obra social los gastos de mantenimiento, administración y funcionamiento.

Art. 51. — Las obras sociales del régimen de la ley 22.269 actualmente existente cualquiera sea su naturaleza jurídica, continuarán en su desenvolvimiento durante el período de la adecuación a las disposiciones de la presente ley.

Art. 52. — Las obras sociales deberán adecuarse al régimen de la presente ley dentro del plazo de seis meses a contar de la fecha de su vigencia.

Art. 53. — Durante el período comprendido entre la entrada en vigencia de esta ley y la normalización de las obras sociales, la administración de las mismas será:

- a) En las obras sociales sindicales correspondientes a sindicatos que estén normalizadas, dichos sin-

dicatos designarán un administrador que será reconocido por el INOS como representante legal de la obra social;

Del mismo modo se procederá a medida que las demás asociaciones sindicales completen su normalización institucional;

- b) Las obras sociales constituidas por leyes especiales se normalizarán conforme a lo dispuesto por esta ley;
- c) Las obras sociales de la administración central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados y del Poder Judicial, serán conducidas por una comisión normalizadora conformada de acuerdo con lo establecido en el inciso c) del artículo 16 de esta ley y presidida por un representante del Estado;
- d) En las obras sociales del personal de dirección, las actuales autoridades serán las encargadas de continuar con la administración debiendo cumplimentar los recaudos de esta ley.

Art. 54. — Las autoridades previsionales a que hace referencia el artículo anterior procederán a elaborar los estatutos de la obra social, debiendo cumplirse la normalización antes del treinta y uno de diciembre de mil novecientos ochenta y siete.

Art. 55. — Créase la obra social de trabajadores autónomos que se regirá por las normas establecidas en la presente ley, será conducida por las autoridades designadas por las respectivas asociaciones profesionales y deberá cumplir su normalización en el plazo de un año, a partir de la promulgación de la ley.

Art. 56. — Las violaciones a las disposiciones legales y reglamentarias o las que establezca el órgano de aplicación harán pasibles a las obras sociales de las siguientes sanciones, sin perjuicios de las que pudieren corresponder por otras leyes:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa desde una vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, hasta cien veces el monto del haber mínimo de dicha jubilación, vigente al momento de hacerse efectiva la multa;
- c) Denuncia ante el Poder Judicial.

El órgano de aplicación dispondrá las sanciones establecidas en los incisos a) y b), graduándola conforme a la gravedad y reiteración de las infracciones, y la prevista en el inciso c) será dispuesta por el Poder Judicial a solicitud del INOS.

Art. 57. — Solamente serán recurribles las multas previstas en el inciso b) del artículo 55 de esta ley dentro de los diez días hábiles de notificadas por el órgano de aplicación o desde la publicación del acto pertinente por el Poder Ejecutivo nacional, en su caso, ante la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo de la Capital Federal a opción del recurrente. El recurso deberá

interponerse y fundarse dentro del término aludido ante el órgano de aplicación, el que remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámites.

Art. 58. — La violación de las disposiciones de la presente ley y su reglamentación, las normas que establezcan la Secretaría de Salud de la Nación, el INOS y las contenidas en los estatutos de las obras sociales; o la violación por parte de los prestadores de las condiciones contractuales, harán pasibles a los prestadores de las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa de una vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia vigente al momento de hacerse efectiva la multa, y hasta cien veces dicho monto: la multa se aplicará por cada incumplimiento comprobado a los agentes del INOS;
- c) Suspensión de hasta un año o cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y su graduación se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones, conforme al procedimiento que establezca el INOS que deberá asegurar el derecho de defensa y el debido proceso.

Art. 59. — Sustitúyese el artículo 5º de la ley 19.032, modificada por sus similares 19.465, 21.545, 22.245 y 22.954, el que queda así redactado:

Artículo 5º — El gobierno y administración del instituto estará a cargo de un directorio integrado por doce directores, seis en representación de los beneficiarios, dos en representación de la Confederación General del Trabajo, cuatro en representación del Estado, designados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

La designación de los directores en representación de los beneficiarios se hará a propuesta de las entidades representativas y deberán ser jubilados o pensionados del régimen nacional de previsión.

El directorio elegirá un presidente.

Art. 60. — Las obras sociales por convenio a que se refiere el artículo 3º, inciso g), existente en la actualidad, continuarán desarrollando su actividad dentro del sistema de la presente ley, salvo que dentro del plazo de noventa días cualquiera de las partes denunciara el respectivo acuerdo ante el INOS.

Art. 61. — La presente ley deberá reglamentarse en el plazo de ciento veinte días.

Art. 62. — Deróganse las leyes 18.610, 22.269, decretos y toda otra disposición que se oponga a lo regulado por la presente ley.

Art. 63. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.
Sala de las comisiones, 1º de julio de 1987.

Juan C. Barbeito. — Julio C. Corzo. — Osvaldo Borda. — Primo A. Costantini. — Oscar L. Fappiano. — Roberto J. García. — Eugenio A. Lestelle. — Jorge R. Matzkin. — Lorenzo A. Pepe.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública, de Previsión y Seguridad Social, de Legislación del Trabajo y de Presupuesto y Hacienda han considerado el mensaje 854 y proyecto de ley de obras sociales.

Del estudio del mencionado proyecto los legisladores justicialistas reconocen, como razón de ser, la necesidad de lograr el pleno bienestar de los trabajadores y sus familias, con la concepción integral de la salud que incluye la atención profesional, así como también las prestaciones sociales de vivienda, turismo, recreación, capacitación, educación y cultura y toda otra asistencia social.

Resulta redundante insistir que ha sido la comunidad nacional a través de las organizaciones libres del pueblo quienes crearon y desarrollaron el sistema argentino de obras sociales, con los aportes de los salarios de los trabajadores, cubriendo solidariamente las falencias que la desidia de los demás sectores sociales generaron. Este sistema, puesto en marcha a partir de la década del 40, puso en evidencia la capacidad y voluntad de las organizaciones sindicales para construir un modelo propio y original que sirvió para mejorar la salud y calidad de vida de los argentinos.

El modelo es la expresión concreta y real de la justicia social, entendida como la plena realización del hombre dentro de la comunidad, asegurando una más equitativa redistribución de la riqueza y un protagonismo cierto de los trabajadores en la administración de su patrimonio social.

Se trató de refirmar, a través de este modelo, la unidad existente entre el trabajo y la seguridad social, donde el trabajador ha elegido en libertad la organización sindical como instrumento irremplazable para lograr los mejores niveles de bienestar, concretando los principios de solidaridad, participación, responsabilidad social y reconocimiento del protagonismo que corresponde a las organizaciones libres del pueblo. El proyecto de ley profundiza la orientación que en la seguridad social las organizaciones de los trabajadores han conseguido desarrollar hasta el presente, aun frente a las dictaduras y enfrentando los poderosos intereses que han intentado demorar su natural evolución hacia un perfeccionamiento.

Tiene que ser la comunidad toda, con el esfuerzo protagónico de sus distintos sectores representados por las entidades intermedias, quien conduzca el sistema sin hegemonía de ningún sector.

En cuanto a la cobertura de todos los argentinos es una necesidad urgente en nuestro país, que se dramatiza como consecuencia del abandono del Estado nacional como responsable y garante de la salud de su población, hecho que se patentiza en el estado indigno del hospital público.

Por ello, este proyecto prevé una financiación responsable para proteger a los que tienen recursos propios como los trabajadores autónomos y sistematiza el aporte del Estado nacional para los desocupados y desamparados.

Estos grupos sociales, cuya existencia es testimonio de la injusta política oficial económica y social, se incorporan al sistema de obras sociales sin crear nuevas estructuras burocráticas, por intermedio de las obras sociales provinciales y municipales reafirmando el principio federal.

La concreción de este avance proyectado hacia el siglo XXI, no requiere del tutelaje ni de la imposición del Estado, que intenta encubrir la confiscación del patrimonio histórico de los trabajadores.

Se trata de proseguir el camino que permita ahondar el protagonismo de los trabajadores, en la búsqueda de acrecentar el pleno bienestar social del pueblo argentino.

Jorge R. Matzkin.

ANTECEDENTE

Buenos Aires, 4 de junio de 1987.

Al Honorable Congreso de la Nación.

Tengo el agrado de dirigirme a vuestra honorabilidad para llevar un proyecto de ley de obras sociales, que en el marco conceptual de una auténtica democracia participativa, afiance el rol de las entidades intermedias en la gestión social.

Este proyecto de ley apunta a la regulación de la actividad de las obras sociales con un criterio de ordenamiento común en el que se rescata la naturaleza heterogénea de las mismas.

En efecto, desde sus orígenes, el desarrollo de las obras sociales nos muestra, por un lado, un importante esfuerzo de solidaridad grupal, espontáneo y voluntarista, que representó una indudable mejoría en las condiciones de vida de los beneficiarios y, por el otro, significativas diferencias tanto en la modalidad organizativa como en los beneficios sociales otorgados.

La prestación de estos servicios sociales por parte de las entidades intermedias se acentúa a partir de la década del '40 en la que se consolidan institucionalmente y, posteriormente, a comienzos de la década del '70 en la que adquieren una mayor relevancia económica al instituirse los aportes y contribuciones obligatorias.

Rescatando el concepto de solidaridad grupal de aquellos orígenes y las diferentes modalidades con que se ha operado la misma, este proyecto de ley intenta avanzar hacia un concepto más amplio de solidaridad nacional al establecer, en cuanto a la prestación médico-asistencial, la integración de las obras sociales como agentes naturales del Seguro Nacional de Salud en el marco de las políticas generales de salud que la Nación se fije como prioritarias.

Por otra parte, se acentúa el mecanismo solidario en la financiación del sistema, al mantener al 3 % el aporte del trabajador y aumentar al 6 % la contribución de los empleadores, que en este caso actúan como agentes de retención, trasladando al conjunto social

este aumento de la capacidad financiera que redundará en una posibilidad de mayores y mejores prestaciones.

Se busca de este modo, con un criterio racional, la integración funcional de los esfuerzos de los actores sociales, con el objetivo de lograr la equidad, la solidaridad y la participación.

Para esto, es imprescindible buscar un sistema que rescatando el pluralismo, logre una mayor homogeneidad en el ordenamiento y administración del sistema, a la par de alcanzar una mayor racionalidad administrativa.

Es así que, enmarcado en los postulados del artículo 14 bis de la Constitución Nacional, se prevé la administración de las obras sociales por sus beneficiarios, con participación del Estado.

La experiencia histórica, así como también una concepción moderna del significado global de la seguridad social, nos llevan a enfatizar las prestaciones médico-asistenciales a las que las obras sociales deberán destinar el ochenta (80) por ciento de sus recursos, así como también a rescatar el resto de las prestaciones de bienestar que hacen a esa concepción integral de los sistemas de seguridad social.

La Dirección Nacional de Obras Sociales, cuya creación, en el ámbito de la Secretaría de Coordinación y Acción Social, prevé el presente proyecto de ley, será la autoridad de aplicación que regulará el funcionamiento de la actividad global de las obras sociales.

El proyecto prevé, asimismo, pequeñas modificaciones a las leyes de creación de algunos institutos de obras sociales de administración mixta, a fin de dotarlos de un régimen de administración similar.

Por último, quiero resaltar ante vuestra honorabilidad que el presente proyecto se inscribe en el marco de la política de concertación e integración de los sectores sociales, a través de la búsqueda de los denominadores comunes de solidaridad y participación, con el objeto de consolidar la grandeza de la Nación y la felicidad de su pueblo, en la que todos los argentinos nos hallamos empeñados para alcanzar el destino común que nos merecemos.

Dios guarde a vuestra honorabilidad.

Mensaje 854.

RAÚL R. ALFONSÍN.
Conrado H. Storani.

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, etc.

Artículo 1º — Quedan comprendidas en las disposiciones de la presente ley:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Las obras sociales e institutos de administración mixta creados por ley;
- c) Las obras sociales de los poderes Ejecutivo, Legislativo, Judicial y sus organismos autárquicos y descentralizados;
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;
- e) Las obras sociales del personal de dirección;

- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas;
- g) Toda otra entidad a crearse y que tenga como fines lo establecido por la presente ley.

Art. 2º — Las obras sociales comprendidas en los incisos c), d) y g) del artículo 1º funcionarán como entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa y tendrán el carácter de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas jurídicas; las obras sociales señaladas en los incisos a), e) y f) de dicho artículo funcionarán con individualidad administrativa, contable y financiera y tendrán el carácter de sujeto de derecho con el alcance que el Código Civil establece en el inciso 2º del segundo apartado del artículo 33.

Las obras sociales señaladas en el inciso b) del artículo 1º, creadas por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, mantendrán sus modalidades administrativas, contables y financieras conforme a las leyes que le dieron origen, con las salvedades establecidas en la presente ley.

Art. 3º — Las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud. Podrán, asimismo, brindar otras prestaciones sociales.

En lo referente a las prestaciones de salud formarán parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud —en calidad de agentes naturales del mismo— sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan.

Art. 4º — Las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza, dependencia y forma de administración, presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del seguro, la siguiente documentación ante la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL):

- a) Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- b) Presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento y la ejecución del programa;
- c) Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior;
- d) Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de confeccionar un registro de los mismos.

Art. 5º — Las obras sociales deberán destinar, como mínimo, el ochenta por ciento (80 %) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado en jurisdicción de la ANSSAL, a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el Seguro, a sus beneficiarios.

Art. 6º — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley, como agentes del Seguro de Salud, deberán inscribirse en el registro que funcionará en el ámbito de la ANSSAL y en las condiciones que establezca la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario.

El cumplimiento de este requisito será condición necesaria para aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud.

Art. 7º — Las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación y la ANSSAL, en ejercicio de funciones, atribuciones y facultades otorgadas por la legislación, serán de cumplimiento obligatorio para las obras sociales, exclusivamente en lo que atañe a su condición de agentes del seguro de salud.

Art. 8º — Quedan obligatoriamente incluidos, en calidad de beneficiarios titulares de las obras sociales:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación y sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sur;
- b) Los jubilados y pensionados nacionales;
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

Art. 9º — Quedan también incluidos, en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular; los hijos solteros hasta los veintinueve años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral; los hijos solteros, mayores de veintinueve años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular y cursen estudios universitarios o terciarios; los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintinueve años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;
- b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1,5 %) por cada una de las personas que se incluyan.

Art. 10. — El carácter de beneficiario otorgado en el inciso a) del artículo 8º y en los incisos a) y b) del artículo 9º de esta ley subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público

y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador, con las siguientes salvedades:

- a) En caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores que se hubieran desempeñado en forma continuada durante más de tres (3) meses mantendrán su calidad de beneficiarios durante un período de tres (3) meses, contados desde su distracto, sin obligación de efectuar aportes;
- b) En caso de interrupción del trabajo por causa de accidente o enfermedad inculpable, el trabajador mantendrá su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes;
- c) En caso de suspensión del trabajador sin goce de remuneración, éste mantendrá su carácter de beneficiario durante un período de tres (3) meses. Si la suspensión se prolongare más allá de dicho plazo, podrá optar por continuar manteniendo ese carácter, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador;
- d) En caso de licencia sin goce de remuneración por razones particulares del trabajador, éste podrá optar por mantener durante el lapso de la licencia la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones de aportes a su cargo y contribución a cargo del empleador;
- e) Los trabajadores de temporada podrán optar por mantener el carácter de beneficiarios durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo cumpliendo durante ese período con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley. Este derecho cesará a partir del momento en que, en razón de otro contrato de trabajo, pasen a ser beneficiarios titulares en los términos previstos en el artículo 8º, inciso a), de la presente ley;
- f) En caso que el trabajador deba prestar servicio militar obligatorio por llamado ordinario, movilización o convocatorias especiales, durante el período que aquél no perciba remuneración por esta causa mantendrá la calidad de beneficiario titular, sin obligación de efectuar aportes;
- g) La mujer que quedare en situación de excedencia podrá optar por mantener su calidad de beneficiaria durante el período de la misma, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley;
- h) En caso de muerte del trabajador, los integrantes de su grupo familiar, primario mantendrán el carácter de beneficiarios, por el plazo y en las condiciones del inciso a) de este artículo. Una vez vencido dicho plazo podrán optar por continuar en ese carácter, cumpliendo con los aportes y contribuciones que hubiere correspondido al beneficiario titular. Este derecho cesará

a partir del momento en que por cualquier circunstancia adquieran la calidad de beneficiarios titulares prevista en esta ley.

En los supuestos de los incisos precedentes, el mantenimiento de la calidad de beneficiario del trabajador en relación de dependencia se extiende a su respectivo grupo familiar primario.

La autoridad de aplicación estará facultada para resolver los casos no contemplados en este artículo, como también los supuestos y condiciones en que subsistirá el derecho al goce de las prestaciones derivadas de los hechos ocurridos en el período durante el cual el trabajador o su grupo familiar primario revestían la calidad de beneficiarios, pudiendo ampliar los plazos de las coberturas cuando así lo considere.

Art. 11. — Cada obra social elaborará su propio estatuto conforme con la presente ley y las normas que se dicten en consecuencia, el que presentará ante la Dirección Nacional de Obras Sociales para su registro.

Art. 12. — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley serán administradas conforme con las siguientes disposiciones:

- a) Las obras sociales sindicales serán conducidas y administradas por autoridad colegiada, que no supere el número de cinco (5) integrantes, cuyos miembros serán elegidos por la asociación sindical con personería gremial signataria de los convenios colectivos de trabajo que corresponda, a través de su secretariado nacional, consejo directivo nacional o asamblea general de delegados congresales, conforme al estatuto de la obra social sindical. No existirá incompatibilidad en el ejercicio de cargos electivos entre las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley y la correspondiente asociación sindical;
- b) Las obras sociales e institutos de administración mixta, creados por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, continuarán desarrollando sus funciones conforme a las disposiciones legales que le dieran origen, con las salvedades especificadas en este cuerpo normativo;
- c) Las obras sociales de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial y sus organismos autárquicos y descentralizados serán conducidas y administradas por un presidente propuesto por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación, cuatro (4) vocales en representación del Estado propuestos por el respectivo poder u organismo autárquico o descentralizado que corresponda y cuatro (4) vocales en representación de los beneficiarios que serán propuestos por la asociación sindical, con personería gremial pertinente. Todos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social;
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado serán conducidas y administradas por un directorio integrado según las normas del inciso c).

En estos casos la mitad de los vocales estatales serán designados a propuesta de la respectiva empresa. El presidente será designado por la Secretaría de Estado de Salud;

- e) Las obras sociales del personal de dirección serán administradas por una autoridad colegiada de hasta cinco (5) miembros en representación de los beneficiarios designados conforme a lo establecido en sus respectivos estatutos;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas —a la fecha de la presente ley— serán administradas de conformidad con lo dispuesto en los respectivos acuerdos o disposiciones mientras dure su vigencia;
- g) Las asociaciones de obras sociales serán conducidas y administradas por cuerpos colegiados, elegidos por las obras sociales integrantes de la asociación;
- h) Las obras sociales que adhieran a la presente ley mantendrán su propio régimen de administración y gobierno.

Art. 13. — Los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las obras sociales deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades civiles ni penales, su mandato no podrá superar el término de cuatro (4) años y podrán ser reelegidos.

Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de dichas entidades.

Art. 14. — Las obras sociales podrán constituir asociaciones de obras sociales que abarquen los beneficiarios residentes en el ámbito de funcionamiento de la asociación e integren sus recursos a fin de otorgar las prestaciones médico-asistenciales que correspondan a su calidad de agentes del Seguro de Salud.

Constituida la asociación tendrá la misma capacidad, derechos y obligaciones que las obras sociales en cuanto actúan en calidad de agentes del Seguro de Salud.

Art. 15. — A los efectos del funcionamiento de las obras sociales como agentes del Seguro de Salud aquéllas deberán poner a disposición de los organismos de control dependientes de la ANSSAL el personal y los elementos que éstas requieran para el mejor cumplimiento de sus funciones.

Art. 16. — Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales según la presente ley:

- a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al seis por ciento (6 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia;
- b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3 %) de su remuneración. Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el

artículo 9º, último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1,5 %) de su remuneración;

- c) En el caso de las sociedades o empresas del Estado, la contribución para el sostenimiento de la obra social no podrá ser inferior, en moneda constante, al promedio de los doce meses anteriores a la fecha de promulgación de la presente ley.

Asimismo, mantendrán su vigencia los aportes de los jubilados y pensionados y los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales determinados por leyes, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares.

Mantienen su vigencia los montos o porcentajes de los actuales aportes y/o contribuciones establecidos en las convenciones colectivas de trabajo u otras disposiciones, cuando fueren mayores que los dispuestos en la presente ley, así como también los recursos de distinta naturaleza a cargo de las mismas partes o de terceros, destinados al sostenimiento de las obras sociales.

Art. 17. — Las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza que se mencionan en el artículo anterior no podrán ser aumentados sino por ley.

Art. 18. — A los fines del artículo 16 de la presente ley, se entiende por remuneración la definida por las normas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia.

A los efectos de establecer los aportes y contribuciones, la remuneración no podrá ser inferior a la fijada en disposiciones legales o convenios colectivos de trabajo o a la retribución normal de la actividad de que se trate.

Establécese que, a los efectos de los beneficios que otorga la presente ley, los aportes y contribuciones deberán calcularse para los casos de jornadas reducidas de trabajo, sobre una base mínima igual a ocho horas diarias de labor calculadas conforme a la categoría laboral del beneficiario titular y en base al convenio colectivo de trabajo de la actividad de que se trate, aplicándose sobre veintidós (22) días mensuales de dicha jornada mínima, para el personal jornalizado.

Para el personal mensualizado, los aportes y contribuciones mínimos serán calculados sobre las remuneraciones establecidas en los convenios colectivos de trabajo para la actividad y de acuerdo a la categoría laboral del trabajador, en base a la cantidad de doscientas horas mensuales, salvo autorización legal o convención colectiva de trabajo que permita al empleador abonar una retribución menor.

Art. 19. — Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes, en su carácter de agentes de retención, deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener —al personal a su cargo—, dentro de los quince (15) días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración, conforme se establece a continuación:

- a) El noventa por ciento (90 %) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los

incisos *a*) y *b*) del artículo 16 de esta ley a la orden de la obra social que corresponda;

- b*) El diez por ciento (10 %) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos *a*) y *b*) del artículo 16 de esta ley, y cuando se trate de obras sociales del personal de dirección la suma a depositarse será del quince por ciento (15 %) de las contribuciones y aportes que se efectúen. Todo a la orden de las cuentas recaudadoras que la ANSSAL habilitará de acuerdo a lo determinado en la Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario;
- c*) El cuarenta y cinco por ciento (45 %) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16, a la orden de la obra social correspondiente;
- d*) El cincuenta y cinco por ciento (55 %) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16 a la orden de la ANSSAL, en los mismos términos que los indicados en el inciso *b*) precedente;
- e*) Cuando las modalidades de la actividad laboral hagan conveniente, la autoridad de aplicación podrá constituir a entidades en agentes de retención de contribuciones y aportes calculados sobre la producción, que equivalgan y reemplacen a los calculados sobre el salario, a cuyo efecto aprobará los convenios de corresponsabilidad suscritos entre dichas entidades y las respectivas obras sociales

Art. 20. — Los aportes a cargo de los beneficiarios mencionados en los incisos *b*) y *c*) del artículo 8º serán deducidos de los haberes jubilatorios de pensión o de prestaciones no contributivas que les corresponda percibir, por los organismos que tengan a su cargo la liquidación de dichas prestaciones, debiendo transferirse a la orden de la respectiva obra social en la forma y plazo que establezca la reglamentación.

Art. 21. — Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, los funcionarios e inspectores de la Dirección Nacional de Obras Sociales y de las obras sociales tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional.

Las actas de inspección labradas por los funcionarios e inspectores mencionados en el párrafo anterior hacen presumir, a todos los efectos legales, la veracidad de su contenido.

Art. 22. — Las obras sociales destinarán a sus gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicios, hasta un ocho por ciento (8 %) de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado por la Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud. La reglamentación establecerá el plazo dentro del cual las obras sociales deberán ajustarse a esa proporción de gastos administrativos.

Art. 23. — Los fondos previstos por la presente ley, como también los que por cualquier motivo correspondan a las obras sociales, deberán depositarse en instituciones bancarias oficiales y serán destinados exclusivamente a la atención de las prestaciones y demás obligaciones de las mismas y de los gastos administrativos que demande su funcionamiento.

Las reservas y disponibilidades de las obras sociales sólo podrán ser invertidas en operaciones con las instituciones bancarias mencionadas en el párrafo anterior y/o en títulos públicos, con garantía del Estado, que aseguren una adecuada liquidez conforme a lo que determine la reglamentación.

Art. 24. — El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualizaciones adeudados a las obras sociales y de las multas establecidas en la presente ley se hará por la vía de apremio prevista en el Código Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por las obras sociales o los funcionarios en que aquéllas hubieren delegado esa facultad, según fuere el caso.

Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior prescribirán a los diez (10) años.

Art. 25. — Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social— la Dirección Nacional de Obras Sociales, que actuará como autoridad de aplicación de la presente ley, con jurisdicción sobre las obras sociales del artículo 1º.

Art. 26. — La Dirección Nacional de Obras Sociales tendrá como fin promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales en todo aquello que no se encuentren obligadas por la Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Actuará también como organismo de control para los aspectos administrativos y contables de las obras sociales.

Art. 27. — Para el cumplimiento de estos fines tendrá las siguientes atribuciones:

1. Requerirá y aprobará la memoria anual y balances de las obras sociales.
2. Requerirá y suministrará información adecuada para el mejor contralor de las obras sociales a la Dirección Nacional de Recaudación Previsional y a la ANSSAL.
3. Propondrá al Poder Ejecutivo nacional la intervención de las obras sociales cuando se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento.

En este caso, cuando la denuncia provenga de la ANSSAL, por incumplimiento de sus obligaciones como agentes del seguro, se instrumentarán mecanismos sumarios para asegurar las prestaciones de salud garantizados por la Ley del Sistema Nacional de Seguro de Salud.

4. Llevará un registro de obras sociales en el que deberán inscribirse todas las obras sociales comprendidas en la presente ley con los recaudos que establezca la autoridad de aplicación.
5. A los efectos de la verificación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley, y demás normas complementarias, la

Dirección Nacional de Obras Sociales podrá solicitar de las obras sociales la información necesaria, su ampliación y/o aclaraciones. Sin perjuicio de ello podrá requerir a la ANSSAL la colaboración de su sindicatura para que constituida en la entidad constate y/u obtenga la información que expresamente le recabe la Dirección Nacional de Obras Sociales.

6. Resolver los conflictos sobre encuadramiento de los beneficiarios de las obras sociales, determinando el destino de los aportes y contribuciones.

Art. 28. — Las violaciones a las disposiciones legales y reglamentarias o las que establezca el órgano de aplicación harán pasibles a las obras sociales de las siguientes sanciones, sin perjuicio de las que pudieren corresponder por otras leyes:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, hasta cien (100) veces el monto del haber mínimo de dicha jubilación, vigente al momento de hacerse efectiva la multa;
- c) Intervención.

El órgano de aplicación dispondrá las sanciones establecidas en los incisos a) y b), graduándolas conforme a la gravedad y reiteración de las infracciones y la prevista en el inciso c) será dispuesta por el Poder Ejecutivo nacional.

La intervención de la obra social implicará la facultad del interventor de disponer de todos los fondos que le correspondan en virtud de esta ley y se limitará al ámbito de la misma.

Art. 29. — Solamente serán recurribles las sanciones previstas en los incisos b) y c) del artículo 28 de esta ley dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas por el órgano de aplicación o desde la publicación del acto pertinente por el Poder Ejecutivo nacional, en su caso, ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Federal y Contencioso Administrativo o la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo de la Capital Federal a opción del recurrente. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del término aludido ante el órgano de aplicación, el que remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

En las jurisdicciones provinciales será competente la Cámara Federal con jurisdicción en el domicilio del sancionado.

La sanción prevista en el artículo anterior, inciso c), será recurrible al solo efecto devolutivo.

Art. 30. — Los bienes pertenecientes a la administración central del Estado, organismos descentralizados, empresas y sociedades del Estado, paraestatales o de administración mixta afectados a la prestación de los servicios médico-asistenciales del Seguro de Salud, serán transferidos a la obra social correspondiente.

Art. 31. — Dispónese la condonación de la deuda que las obras sociales mantienen al 31 de marzo de

1987, inclusive, con el Instituto Nacional de Obras Sociales, por los conceptos enunciados en el artículo 21, inciso c) de la ley 18.610 y artículo 13, inciso a) y b) de la ley 22.269.

Art. 32. — Los bienes afectados al funcionamiento de las obras sociales cuyo dominio pertenezca a una asociación sindical de trabajadores continuarán en el patrimonio de la asociación, pero las respectivas obras sociales no reconocerán usufructos a título oneroso por la utilización de dichas instalaciones, quedando a cargo de la obra social los gastos de mantenimiento, administración y funcionamiento.

Art. 33. — Las obras sociales del régimen de la ley 22.269 actualmente existentes, cualquiera sea su naturaleza jurídica, continuarán en su desenvolvimiento durante el período de la adecuación a las disposiciones de la presente ley.

Art. 34. — Las obras sociales deberán adecuarse al régimen de la presente ley dentro del plazo de un (1) año a contar de la fecha de su vigencia. Ese plazo podrá ser prorrogado por el Poder Ejecutivo nacional si las circunstancias lo hicieran necesario.

Art. 35. — Durante el período comprendido entre la entrada en vigencia de esta ley y la normalización de las obras sociales, la administración de las mismas será:

- a) En las obras sociales sindicales correspondientes a sindicatos que estén normalizados, dichos sindicatos designarán un administrador que será reconocido por la Dirección Nacional de Obras Sociales como representante legal de la obra social.

Del mismo modo se procederá a medida que las demás asociaciones sindicales completen su normalización institucional;

- b) Las obras sociales constituidas por leyes especiales se normalizarán conforme a lo dispuesto por esta ley;
- c) Las obras sociales de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial y sus organismos autárquicos y descentralizados serán conducidas por una comisión normalizadora conformada de acuerdo con lo establecido en el inciso c) del artículo 12 de esta ley y presidida por un representante del Estado;
- d) En las obras sociales del personal de dirección, las actuales autoridades serán las encargadas de continuar con la administración, debiendo cumplimentar los recaudos de esta ley.

Art. 36. — Las autoridades provisionales a que hace referencia el artículo anterior procederán a elaborar los estatutos de la obra social, que elevarán para su registro a la Dirección Nacional de Obras Sociales, de acuerdo con las normas que ésta dicte.

Art. 37. — Sustitúyese el artículo 5º de la ley 19.772, el que queda así redactado:

Artículo 5º — La dirección y administración de la obra social estará a cargo de un directorio, designado por el Ministerio de Salud y Acción Social, con observancia de los recaudos previstos en

el artículo 7º de la presente ley, integrado por un presidente, un vicepresidente y cuatro directores, todos ellos a propuesta de la Confederación General de Empleados de Comercio de la República Argentina y dos directores en representación del Estado. El Ministerio de Salud y Acción Social deberá designar a los integrantes del directorio conforme al párrafo anterior, dentro del término de treinta (30) días de recibida la propuesta.

Art. 38. — Sustitúyese el artículo 4º de la ley 18.299, el que queda así redactado:

Artículo 4º — La administración del instituto estará a cargo de un consejo de administración, el que será integrado por un presidente propuesto por el consejo de administración, seis (6) vocales en representación del personal de la industria del vidrio y sus actividades afines, cinco (5) de los cuales provendrán del sindicato obrero y uno (1) por el sindicato de empleados, dos (2) vocales en representación de los empleadores, que serán propuestos por entidades suficientemente representativas de la industria del vidrio y afines y dos (2) vocales en representación del Estado, propuestos por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación.

Todos ellos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Los vocales podrán ser reemplazados por sus representantes, en cuyo caso el nuevo vocal ejercerá su mandato hasta la finalización del período que le correspondiere al sustituido.

Art. 39. — Sustitúyese el artículo 5º de la ley 19.032, modificada por sus similares 19.465, 21.545, 22.245 y 22.954, el que queda así redactado:

Artículo 5º — El gobierno y administración del instituto estarán a cargo de un directorio integrado por un presidente en representación del Estado y doce (12) directores, cuatro (4) en representación de los beneficiarios, dos (2) en representación de los trabajadores activos y seis (6) en representación del Estado, designados todos ellos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

La designación de los directores en representación de los beneficiarios se hará a propuesta de la entidad representativa y deberán ser jubilados o pensionados del Régimen Nacional de Previsión.

La designación de los directores en representación de los trabajadores activos, se hará a propuesta de la Confederación General del Trabajo de la República Argentina.

El presidente y los directores durarán cuatro (4) años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos y gozarán de la remuneración que establezca el presupuesto.

Art. 40. — Sustitúyese los artículos 5º y 7º de la ley 19.518, los que quedan así redactados:

Artículo 5º — El instituto será dirigido y administrado por un directorio integrado por un (1) presidente, un (1) vicepresidente, doce (12) directores y un (1) síndico.

Artículo 7º — Los directores del instituto serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de las siguientes entidades: uno (1) por la Asociación Argentina de Compañías de Seguros, uno (1) por la Asociación de Cooperativas y Mutualidades de Seguro, uno (1) por la Asociación Argentina de Sociedades de Capitalización, uno (1) por la Asociación de Aseguradores Extranjeros en la Argentina, seis (6) por la asociación profesional de trabajadores con personería gremial representativa de las actividades comprendidas y dos (2) en representación del Estado, a propuesta de la Secretaría de Salud de la Nación.

El síndico será designado por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de la ANSSAL.

Art. 41. — Las obras sociales por convenio a que se refiere el artículo 1º, inciso f), existentes en la actualidad, continuarán desarrollando su actividad dentro del sistema de la presente ley, salvo que dentro del plazo de noventa (90) días cualquiera de las partes denunciara el respectivo acuerdo ante la Dirección Nacional de Obras Sociales.

Art. 42. — A partir de la fecha de promulgación de la presente ley las funciones y atribuciones previstas para la Dirección Nacional de Obras Sociales serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), hasta tanto se reglamente esta ley y comience a funcionar el nuevo organismo.

Art. 43. — Deróganse las leyes 18.610, 22.269, decretos y toda otra disposición que se oponga a lo regulado por la presente ley.

Art. 44. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Conrado H. Storani.

Sr. Presidente (Pugliese). — En consideración en general.

Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

Sr. Martínez Márquez. — Señor presidente: el concepto de salud, que es el sustrato del proyecto de ley que acabamos de sancionar y que por otra parte constituye el hacer fundamental de las obras sociales, cuyo régimen abordamos en este instante, ha ido cambiando con el devenir de los tiempos. Las medidas, legislaciones y preceptos destinados a la atención de la salud de la población también han ido cambiando. Así, el precepto de la salud que hace veinte años para muchos significaba simplemente el requerimiento de una medicina completa, eficiente y oportuna fue cambiando paulatinamente y se le agregaron nuevos elementos, como la accesibilidad. Posteriormente se avanzó aún más en este concepto y se comenzó a hablar de la promoción, la previsión, la recuperación y la rehabilitación como elementos constitutivos del desiderátum de la atención de la salud de la población.

Este concepto permanentemente cambiante ha sido definido por el máximo organismo mundial de la salud —la Organización Mundial de la Salud—, y hoy lo hemos recordado en este recinto, bajo el apotegma de “salud para todos”: para estos cinco mil millones de habitantes que acaba de reunir la humanidad.

Aunque parezca paradójico, un escritor que no es contemporáneo —me refiero a Arnold Toynbee— predijo que el siglo XX sería recordado no por los inventos o los adelantos científicos o la violencia sino por la preocupación permanente de la sociedad humana de dar mayor bienestar a toda la raza, como un objetivo eminentemente práctico. Esto se inscribe en aquella definición de la Organización Mundial de la Salud que está exigiendo e instando a la humanidad a que en el año 2000 todos tengan acceso a la salud.

Es conveniente que en este contexto comencemos a racionalizar el significado del término “bienestar social”, que es una realidad contemporánea. Tendremos que reconocer que la calidad de vida que tiene asignada el ser humano en este planeta es tan importante como la vida misma. Esta realidad social no es propia del ser humano sino que se halla dentro del contexto de la sociedad de la cual él forma parte. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que mientras la seguridad social debe entenderse como un objetivo práctico, el bienestar social es un estado posterior.

Esta seguridad social que ha tomado cuerpo en los últimos 50 años y que viene preocupando al ser humano desde antiguo, ya no puede considerarse como subsumida en lo que se entendía como privativo en el derecho del trabajo por su carácter tuitivo. La seguridad social ha avanzado sobre ese carácter tuitivo que tiene el derecho del trabajo y, entonces, el derecho de la seguridad social pasa a ser un elemento de una contundencia actual inocultable.

Brevemente podemos analizar la evolución histórica —si se me permite la licencia—, el desarrollo ontogénico de esta seguridad social. Primero fueron los impulsos espontáneos individuales como el ahorro y la caridad; después, los impulsos espontáneos colectivos como la beneficencia, el mutualismo y el cooperativismo. Posteriormente fueron los impulsos jurídicos colectivos, como la asistencia social; luego los impulsos jurídicos individuales, como el seguro privado y, finalmente, la actividad pública del Estado en los seguros sociales.

¿Cuáles son los antecedentes de este sistema y a dónde se remontan? A la Alemania del Kaiser, en tres etapas sucesivas: 1883, 1884 y 1889.

La primera, con el seguro de enfermedad, después con el seguro de accidentes de trabajo y, finalmente, en 1889, con el de invalidez y vejez. Esto después se difunde en Francia y luego de la Segunda Guerra Mundial literalmente en toda Europa.

Aquí hay que recordar un antecedente sumamente famoso, que es el que se conoce como el plan Beveridge en el Reino Unido, que quedaba patentizado con una simple frase: la liberación de la necesidad. Esto dio motivo, como inspiración, a documentos que ya han hecho historia en el desarrollo de la seguridad social en el mundo, como fue la Declaración de Filadelfia, que a su vez produjo las declaraciones o recomendaciones 67 y 69 de la Organización Internacional del Trabajo —mencionadas esta noche en este recinto, por lo que no voy a abundar sobre ellas—, y, además, el Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo, de 1952, que reconoce la cobertura de todas las contingencias sociales.

¿Cuáles son los objetivos de la seguridad social? Cubrir las resultantes económicas de las contingencias sociales. Los principios en que se sustenta son: la solidaridad, la responsabilidad, la subsidiariedad, la compensación relativa, la universalidad, la generalización y la inmediatez, todos preceptos de los cuales está impregnado el proyecto que acabamos de sancionar. Las grandes legislaciones han sido influidas también por las modificaciones de las tendencias modernas y contemporáneas, que consisten en la integralidad, la internacionalidad, la unidad y la participación, todos elementos que también han impregnado a esta sanción que hemos dado esta noche.

¿Cómo podemos definir conceptualmente la seguridad social, redondeando el concepto? Es una disciplina social que tiende al bienestar colectivo frente a las contingencias y otras necesidades vitales mediante beneficios, prestaciones y servicios.

Pero el problema de la seguridad social radica, nace y termina en la financiación. En consecuencia, debemos tener en cuenta que la seguridad social comprende la previsión, la asistencia social y la acción social. Muchas veces existe confusión entre estos dos últimos elementos, pero ante lo avanzado de la hora no voy a delinearla porque entiendo que los señores diputados conocen sobradamente el tema.

También hay que mencionar otros antecedentes que atañen al marco referencial de esta importante iniciativa que vamos a sancionar. Entre ellos, el Código Social de Malinas, la Social Security de los Estados Unidos, de 1935,

la Carta del Atlántico de 1941 y la Declaración de los Derechos del Hombre, el más importante documento dentro de los antecedentes históricos del derecho de la seguridad social, que data de 1948.

Para terminar con este tema de la seguridad social —dentro de cuyo marco referencial se encuentran las obras sociales—, podemos decir que es el conjunto de medidas destinadas a proteger a la población contra las necesidades derivadas de las contingencias económicas.

Ya hicimos referencia al plan Beveridge. Las resoluciones de la OIT también deben ser tenidas en cuenta. No voy a entrar en estos temas porque quiero acortar el debate. Pero creo necesario reiterar la tuitividad creciente que ha tomado el derecho de la seguridad social.

Hay dos conceptos que deben ser aclarados: el de necesidades sociales y el de contingencias sociales. Son conceptos absolutamente disímiles. Las contingencias producen causalmente las necesidades. Las contingencias son de variado tipo: patológicas: enfermedad, invalidez, accidentes; biológicas: maternidad, vejez y muerte; y económico-sociales, como una excesiva carga de familia.

Este debate no comenzó —como insinuaba el señor diputado Alsogaray— mediante una masificación, con un paquete de medidas. El debate comenzó en el verano del 84, y en septiembre del 85 las dos iniciativas que hoy tratamos tenían estado parlamentario. Discutimos centenares de horas, tenemos miles de hojas de versión taquigráfica de reuniones celebradas en las comisiones de Asistencia Social y Salud Pública y de Previsión y Seguridad Social. El trabajo en la comisión fue importante. Consultamos con todos los sectores interesados en la cuestión. El diputado que habla incluso se tomó el trabajo de recorrer buena parte del país tratando de ilustrar a la población sobre este tema. Lo hizo consciente de que no iba a cobrar ningún rédito sino a enriquecerse con las múltiples opiniones fruto del encuentro con gente que tiene su propia problemática en las distintas regiones del país.

Quisiera recordar una parte del mensaje que el presidente Alfonsín pronunciara el 10 de diciembre de 1983 al asumir la primera magistratura de nuestra Nación: “En el campo de la salud, democracia quiere decir principalmente dos cosas para nosotros: hacer realmente equitativas las posibilidades de acceso a la mejor calidad de servicio de salud que nuestro país pueda ofrecer a su pueblo y, por otra parte, garantizar una amplia participación po-

pular y de los diversos sectores de interés en la programación y desarrollo de las actividades necesarias”. El proyecto que sancionamos y el que ahora estamos considerando se dirigen a eliminar las odiosas diferencias entre una medicina para ricos y otra medicina para pobres. Hay todo un espectro de variaciones en la atención médica recibida por personas de diferentes regiones, de diferentes condiciones económicas y también sociales.

Para simplificar diría que, aparte de los aspectos principistas, mencionados muy bien por el señor ministro Storani, hay que tener en cuenta que estos dos proyectos son realistas. Diría además que son proyectos políticos, no reglamentaristas. Son proyectos de transición que buscan el camino hacia el desiderátum de toda sociedad que se precie de moderna y quiera avanzar hacia los más altos niveles de organización mundial en materia de seguridad social.

Ya hemos anticipado que la obligatoriedad de conducción por parte del Estado se debe a su deber indelegable de proteger y garantizar los derechos de la población.

Por otra parte, ésta es una norma superadora de falsas opciones, aunque no se haya dicho en este recinto.

Actualmente vivimos realidades que son verdaderas utopías. Me refiero al hecho de que muchos habitantes piensan que tienen la posibilidad de elegir, cuando en verdad no es así.

Ya se ha dicho en este recinto —aunque de otra forma—, que los tres subsectores mencionados, el privado, el público y el de las obras sociales, presentan deficiencias. Ninguno de ellos, ni aun los más modernos, equipados y sofisticados por su poderío económico, pueden afirmar que han alcanzado la integralidad en el sistema prestacional de salud.

Esta superación de falsas opciones nos lleva a creer que perseguimos que el hospital vuelva a ser el reducto al cual vayan los desprotegidos, carenciados, marginados, o como se los quiera calificar.

El hospital debe desempeñar un rol fundamental dentro de las actividades concurrentes y perfectibles en cuanto a la racionalidad de su utilización, y formar parte de la integración funcional dentro del esquema general.

En esa integración funcional podrán aplicarse todos los principios que enunciara el señor ministro y que fueran reiterados por el señor diputado Berri.

El señor diputado Cornaglia nos recordaba ayer que en 1857 tuvimos la primera mutuali-

dad, que fue el origen de las obras sociales. Recién luego de veinte años apareció el primer sindicato.

Fue menester encauzar las necesidades directas del individuo, lo que luego derivó en exigencias de los sindicatos y en la instrumentación de normas de carácter laboral.

¿En qué contexto se desenvuelven las obras sociales? Esto es algo que merece figurar en el Diario de Sesiones. Tenemos 354 obras sociales y las sindicales cubren el 46 por ciento de la población, en tanto las otras cubren el 54 por ciento restante. Por otra parte, de las 354 obras sociales, el 68 por ciento son sindicales.

Más exactamente, las obras sociales de administración mixta constituyen el 4,2 por ciento del total; las sindicales, el 68,4; las de personal directivo, el 5,2; las estatales, el 8,3; las de convenios, el 10,8; las de la ley 21.476, el 1,7 por ciento; las de adhesión, el 1 por ciento y las de empresas el 0,4 por ciento.

Sería lícito que contestara cada una de las críticas —de las que he tomado debida nota— que se hicieron a este sistema.

Por razones de técnica legislativa fue necesario elaborar dos proyectos diferentes, pero la unidad conceptual de los asuntos en cuestión hace que sea muy difícil diferenciar el tema de las obras sociales del que se refiere al seguro nacional de salud.

Obviamente, las obras sociales son el sustrato más importante de este sistema nacional del seguro de salud. No lo voy a hacer, con lo cual evitaré el disgusto de responder a algunas réplicas posiblemente justas y que sin lugar a dudas han enriquecido este debate.

Se han vertido inexactitudes. Creo que han sido dichas con honestidad. En parte devienen de un desconocimiento del articulado de la ley y en otros casos son producto de un desconocimiento supino de lo que significa este sistema de obras sociales, que es sumamente complejo.

El señor diputado González Cabañas, parafraseando al filósofo italiano Solari, decía que la verdadera libertad es la libertad social. La libertad —esa ilusión necesaria, como decía Borges— es difícil analizarla si no la conectamos con la justicia. Así como la sevicia es el grado más alto de crueldad y de maldad, la equidad es el grado superlativo de la justicia. Aquí enraizamos dos elementos sumamente importantes que rescatamos de un mensaje del presidente Illia —en el cual hablaba de la justicia distributiva— y de un precepto enunciado por el presidente Alfonsín. Sin ser coetáneas, las expresiones enlazan la verdadera significación del tema de las obras so-

ciales, que no podemos dejarlas funcionar en una verdadera anarquía. Aquí se desarrolla un sistema prestacional que es absolutamente imposible regular.

Entonces, nos preguntamos si es factible seguir con la situación existente. Hay obras sociales que no merecen ese nombre, porque tienen una pobreza y una limitación de medios que no está relacionada con la capacidad de sus dirigentes, sino simplemente con el nivel medio de los ingresos de la población obrera que cobijan o, en todo caso, con su escaso número.

De todas maneras, nos reservamos las opiniones que emitiremos al analizarse en particular este temario. Estamos en el umbral de producir la transformación más importante que este gobierno radical procura brindar a la Nación. Simplemente, se trata de salir de la prehistoria de nuestro sistema prestacional, basado en las obras sociales, que son auténticamente nobles, pero que se han desarrollado a través de lo que se ha denominado la solidaridad grupal. La participación de las obras sociales en el sistema nacional del seguro de salud forma parte de la verdadera integración nacional. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Tiene la palabra el señor diputado por San Luis.

Sr. Barbeito. — Señor presidente: hoy debiera ser un día de júbilo para el peronismo y para la democracia. Venimos, mediante una reparación tardía, a derogar la ley de la dictadura militar sobre las obras sociales. Es tardía porque han pasado más de tres años y medio; es demasiado el tiempo perdido. Con la ley vigente de obras sociales —la 22.269— la dictadura militar intentó consolidar el proyecto político y económico instaurado en 1976, que se caracterizó por una transformación estructural de la Argentina, entre cuyos componentes esenciales estaba el aplastamiento de la participación de los trabajadores, que le permitiera ejercer con mayor libertad su proyecto colonialista, antinacional, antipopular y antiindustrial.

Esa norma transformaba a las organizaciones de los trabajadores en meros entes decorativos sin poder de decisión, quitando el manejo de las obras sociales a sus legítimos dueños. Con ese fin utilizaba argumentos tecocráticos, como la creación de superestructuras —los entes— con jurisdicciones geográficas que se fundaban en un mayor ordenamiento y control del sistema con supuestas economías de operación, racionalidad del gasto y políticas únicas en un sector.

Este razonamiento técnico que pretendía enmascarar el proyecto político tampoco era cierto.

La historia de los sistemas de salud y seguridad social demuestra el fracaso de los sistemas estatistas por su carácter impersonal, burocrático, autoritario y no participativo. Ello es fácilmente demostrable en el modelo argentino, en el que las obras sociales estatales muestran la cruda realidad de lo expresado.

El proyecto oficialista desconoce la historia de las obras sociales y lo que ellas significan para la inmensa mayoría del pueblo argentino, pues utiliza argumentos técnicos similares a los de la dictadura.

El anteproyecto de ley de Seguro Nacional de Salud —el proyecto Neri— dado a conocer como ensayo piloto; la virtual reglamentación de la ley de la dictadura por intermedio de la resolución 147/84 del Ministerio de Salud y Acción Social, que prácticamente intervenía a todas las obras sociales; las permanentes manifestaciones del ex ministro Neri; el mantenimiento de las intervenciones a las obras sociales producidas durante el proceso militar y las nuevas intervenciones del gobierno democrático amparadas en la legislación militar, son hechos políticos concretos que marcan este caprichoso concepto de la democracia, en nombre de la cual se dice actuar.

Felizmente el proyecto Neri no prosperó por el sentido común de los integrantes de la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública, quienes al recabar la opinión de todos los sectores interesados llegaron a la conclusión de su inviabilidad, exhibiendo una ponderable prudencia. Esa iniciativa nunca se llegó a tratar luego de que se evaluaron las unánimes críticas recibidas.

El proyecto político inicial del oficialismo utilizó leyes, procedimientos, interventores y argumentos técnicos tristemente conocidos por los trabajadores, pero ahora se modificó la estrategia inicial. Por eso hoy estamos considerando un proyecto de ley de obras sociales.

Aquí no debemos utilizar eufemismos y tenemos que hablar con claridad. Con esta escisión que se ha efectuado se ha mutilado un cuerpo que por historia, concepción, racionalidad, eficiencia, sentido común y funciones es un todo indivisible que en la historia argentina tiene un nombre: obras sociales. Debemos tener en claro que hoy estamos considerando un proyecto de ley de obras sociales que caprichosamente se ha dividido en uno que conserva su nombre y parte de su función, y otro que mantiene una gran porción de su función, al que le han cambiado la denominación.

El bloque del peronismo renovador se opone a la división de este proyecto por las razones que paso a enumerar. Esta iniciativa es esta-

tista. Nosotros hemos efectuado la revolución sanitaria con Carrillo, y hemos alentado las organizaciones libres del pueblo para que sean ellas —sindicatos, mutuales, gremios profesionales, etcétera—, como representantes de los interesados de los que habla el artículo 14 bis de nuestra Constitución, las que organicen la mejor forma de atención de la salud.

En esta curiosa interpretación a la que nos está acostumbrando el constitucionalista partido radical, se ha efectuado la estatización del Sistema Nacional de Obras Sociales a través de la constitución financiera, manejo de obras sociales, designación de funcionarios y manejo de los fondos. Es estatista, pero no cumple su responsabilidad primaria e indelegable como garante de la salud de los argentinos.

Según fuentes responsables, se ha trabajado meses en el estudio de este proyecto, pero en el presupuesto no se fijaron los fondos necesarios para hacerlo viable y ni siquiera una partida adecuada para mejorar el estado calamitoso del hospital público, prestador obligado de cualquier sistema y de exclusiva responsabilidad gubernativa.

La mayoría radical y sus aliados aprobaron en este recinto el presupuesto más bajo de la historia de los gobiernos democráticos para el área de salud: 4,2 por ciento, en tanto que las provincias tienen el 15,4 por ciento. Por ello, quien no cumplió con sus deberes primarios en el sector de salud decide confiscar el patrimonio de la comunidad nacional que organizada, en cuarenta y cinco años de historia, desarrolló un modelo genuino y participativo de salud. Ahora se apropia de una gran parte de las obras sociales y le cambia el nombre; lo titula "seguro" y se arroga el papel hegemónico en la conducción, gestión y manejo del conjunto, dejando en minoría a los trabajadores y jubilados y desconociendo como protagonistas a los profesionales organizados.

Los jubilados —alrededor de 2.900.000 argentinos— están relegados por leyes discriminatorias que trampean sus indudables derechos. Ellos aspiran a ser protagonistas de su destino porque tienen capacidad, experiencia, vocación de servicio y una financiación específica que asegura la independencia de su obra social: el PAMI.

No hay ninguna razón valedera para que el Estado, con esa vocación de ameba que todo lo engulle, se inmiscuya y ejerza un tutelaje no deseado ni pertinente. Burocratiza para concretar esta estatización de una manera insólita y, en algunos casos, risueña. En nombre de la salud de los argentinos o de la eficiencia y mejor

gestión, se asigna un 8 por ciento de los recursos del Fondo de Redistribución para gastos de ese enegndro que está creando: la ANSSAL. Esto no tiene coherencia con ninguna ciencia administrativa ni con el mensaje que supuestamente el partido gobernante quiere transmitir. ¿Cómo se arroga el derecho a la conducción de todo el sistema, llenándolo de funcionarios, estableciendo duplicidad de ámbitos y jurisdicciones, quien no ha podido ejecutar con un mínimo de eficiencia una minúscula función como era la de comprar medicamentos con los fondos que le votó esta Honorable Cámara? (*Aplausos.*) Esto significa creer en alguna magia o vivir en otro país. Por eso quizá con esto de la modernidad nos quieren cambiar el nombre de algo que funcionó —las obras sociales—, pese al despiadado ataque a que fue sometido, y de algo que inventó alguna cabecita que mira hacia afuera y trae títulos, sin mirar para adentro y aprovechar experiencias.

Se nos ha dicho que esto es lo que aprobó el movimiento obrero en diálogo con el gobierno. Yo les digo que entiendo a esos dirigentes del movimiento obrero que han conversado sobre estos temas. Pero tengamos presente desde dónde han hecho la negociación, o sea, desde una situación de inferioridad en la que están viendo cómo se arruina y se destruye su esfuerzo de muchos años para construir obras sociales que, luego de tres años y medio de democracia, pasaron de la dictadura militar al comité radical. Con una ley vigente hecha en el esplendor del proceso y de tal magnitud que ni el propio proceso se animó a reglamentar, la opción fue clara: aceptan o seguimos con la ley del proceso y la reglamentación. Amenaza cierta pero expresa; sin duda, una dura opción.

¿Qué capacidad de diálogo tiene el movimiento obrero ante esta disyuntiva? ¿Hay diálogo entre el carcelero y el preso? Si lo hay, ¿es éste válido como expresión de la democracia o de un pacto social? ¿Puede el sediento resistir a cualquier proposición que cercene su derecho cuando el agua la tiene el interlocutor? La respuesta es obvia: no. Entendemos a los compañeros que han conversado con los funcionarios, pero el diálogo se desarrolló con las obras sociales aprisionadas por el gobierno nacional bajo el amparo de las penalidades del régimen de facto. En esas condiciones no pueden obtener más que un 10 o un 15 por ciento de todo lo que les pertenece.

Nosotros queremos más para los trabajadores argentinos. Pretendemos el gobierno de las obras sociales para los obreros sindicalizados, para los

jubilados y para todos aquellos trabajadores argentinos cubiertos por obras sociales como YPF, Issara, Osecac, bancarios, ENTEL, Obras Sanitarias de la Nación, SEGBA, ferroviarios, etcétera.

Por eso, reitero, no hay diálogo entre el prisionero y el carcelero. En primer lugar, las obras sociales del pueblo deben ser libres, sin tutelas ni interventores. Luego, desde esa libertad de sus organizaciones, se podrá establecer el diálogo democrático y pluralista.

¿Cuál ha sido el precio para salir de la cárcel de la legislación militar? Partir sus obras sociales en dos, encaramarse el Estado en el sistema y convertir a las obras sociales en agentes, que como todos saben cumplen órdenes solamente; llenarlas de funcionarios y establecer una increíble e ineficiente red con un concepto viciado de la participación, donde jubilados y trabajadores están siempre en minoría, por lo que son comparsas de decisiones tomadas por los funcionarios.

Este proyecto de ley no es nada bueno, por decirlo en cervantino modo. Dicho en el lenguaje habitual de nuestras calles, es menos peor que la ley del proceso, pero sigue siendo obviamente muy malo.

Durante más de dos años hemos recibido la opinión de todas las entidades intermedias, y esas inquietudes volcadas en el seno de la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública se materializan en un serio intento por lograr un proyecto de ley que satisfaga a sus dueños, los trabajadores argentinos, y a la sociedad toda, destinataria final de sus servicios.

Por lo que hemos dicho, hacemos la siguiente propuesta. En primer lugar, una sola ley, llamando a las cosas por su nombre: obras sociales. No copiemos más nombres extranjeros. En segundo lugar, crear en la comunidad. Por ello, hay que devolverle lo que creó y desarrolló mejor que cualquiera de los otros sectores y protagonistas. Esto se llama participación en serio. En el peronismo tiene nombre: comunidad organizada.

Nuestra propuesta es que se respete la Constitución, la historia y el modelo nacional.

Queremos que la conducción del sistema esté en manos de sus protagonistas, los trabajadores, jubilados y prestadores, con el Estado presente en la conducción pero no hegemonizando todas las decisiones por la lógica aritmética de la mayoría de funcionarios.

La solidaridad no se logra por decreto. Los funcionarios del Estado tienen que estar fuera de las obras sociales, fiscalizando y controlando, pero no manejándolas.

En cuanto a su eficiencia y desburocratización, el sistema de salud no tolera que se malgasten sus escasos recursos para las tremendas necesidades que crea una política social injusta. No se puede duplicar ámbitos, organismos y funcionarios y desviar cuantiosos fondos para reparticiones a crearse. Tenemos pocos recursos. Usémoslos correctamente para lo que son sus fines específicos.

Respecto de la extensión de la cobertura, queremos que el sistema de obras sociales ampare a todos los argentinos, porque ha demostrado, pese a sus defectos, ser el mejor.

Coincidimos con el oficialismo en que todos los argentinos deben ser iguales en cuanto a la atención de su salud; pero queremos que ello se concrete en la ley y no sea una expresión de voluntad política que no está acompañada de su forma de instrumentación y, lo que es más grave, no tiene clara su financiación. Para ello, llamemos a las cosas por su nombre y propongamos para los argentinos que no tienen obra social porque son pobres, desocupados o no tienen trabajo en relación de dependencia, un sistema en el que cada uno tenga su obra social.

El universo que debe cubrir cualquier sistema de salud tenemos que considerarlo dividido en dos partes: dos tercios de la población están cubiertos con las obras sociales, pero nos queda un tercio que está conformado por los autónomos o cuentapropistas y el sector de los desposeídos o indigentes.

Los desocupados, esa triste realidad de nuestro país, mantendrán su única obra social con el aporte correspondiente del Estado mientras dure esta situación, según el promedio de recaudación *per capita* de todas las obras sociales que efectúan aportes al fondo de distribución. Esto permitirá que mantengan su núcleo primario de atención, que debe estar organizado según su necesidad, idiosincrasia y territorio geográfico.

Los pobres, a los que modernamente se denomina carenciados, se deben incorporar a las obras sociales provinciales efectuando la Nación los aportes correspondientes, que serán iguales al promedio de la recaudación *per capita* de cada obra social provincial.

Los autónomos, esa palabra que esconde gran cantidad de actividades, tendrán su propia obra social, tal como lo propuso la Confederación General del Trabajo en su proyecto "Azul y Blanco", que será conducida por los beneficiarios y financiada por los aportes del 9 por ciento sobre los montos asignados a cada una de las categorías en que se dividen los afiliados al régimen de jubilaciones y pensiones para trabajadores autónomos, conforme al artículo 10 de la ley 18.038.

Es simple: con la creación de una sola obra social y la financiación del Estado, como parte de su responsabilidad de garante de los desposeídos, se da plena justicia al resto de los argentinos. Esta es una propuesta responsable, sin falsos paradigmas y basada en nuestra realidad.

El hospital público es el otro perdedor de estas propuestas, porque en el proyecto oficial aparece descuartizado. En efecto, si damos financiación y obra social a todos los argentinos, ¿quién será el que concurrirá al hospital público? Para que ello no ocurra no es necesario hablar de proyectos faraónicos de hospitales que no tenemos. Si en tres años y medio no hemos podido inaugurar el que ya estaba construido y terminado, pese a las continuas promesas, ¿cuál será el destino de los que hay que hacer con recursos que el país no posee?

Utilicemos la imaginación y demos fe y participación a la comunidad. Para ello, más que plantear esta idea de la modernidad del año 2000 debemos hablar de creatividad y realismo de 1987. Esto significa dotar al hospital público de más presupuesto e incorporar a sus trabajadores profesionales y no profesionales a un sistema que les permita vivir de la salud y para la salud. Para lograr este objetivo resulta impostergable crear una carrera sanitaria nacional del sistema de obras sociales que posibilite el compromiso de los trabajadores para con el hospital público, al que también hay que dotar de un régimen administrativo y contable flexible y de una conducción que tenga como protagonista a la comunidad.

Debemos creer en la comunidad, en los profesionales de la salud y en los trabajadores del sector como protagonistas esenciales. Este es el primer paso, y el más importante, para vincular las obras sociales con el hospital público.

Las fuentes de financiación del sistema tienen un solo origen: las obras sociales. Si el Estado se apodera de esos fondos, ¿pagará las prestaciones? Si lo hace, no mejora el hospital público porque no tiene presupuesto, y si lo mejorara, no daría abasto para pagar las prestaciones.

La manta del pobre es corta: si la estira, descubre los pies, y si la baja, no llega al pecho. El Estado no cumple con su rol y tampoco arbitra los fondos necesarios para arreglar sus hospitales.

Démosle a la salud el sentido preventivo e integral que debe tener. El enorme valor del modelo nacional de las obras sociales no puede desperdiciarse.

Señor presidente, señores diputados: nuestra historia es rica en aciertos y fracasos. Aprendamos de los aciertos. Pero dejemos que con su experiencia y participación sean los traba-

jadores argentinos y las entidades intermedias quienes mejoren y amplíen este sistema.

En el área de las obras sociales hemos alcanzado un modelo evolutivo nacional respetado en el mundo entero. Hay que perfeccionarlo y cumplirlo para acoger a quienes carecen de esa cobertura.

Creemos en la comunidad y no en los funcionarios. En estos venturosos días de democracia, devolvamos a la comunidad el poder social que concepciones totalitarias del Estado concentraron en ellas mismas. Obras sociales para todos y en manos del democrático poder social de los trabajadores, las entidades intermedias y la comunidad en su conjunto.

Hay un divorcio entre el discurso radical de democrática participación retórica y su praxis: totalitaria, estatizante y verticalista a ultranza.

Pongamos la firma en el proyecto correcto. No aceptemos malabarismos políticos circunstanciales y habremos cumplido con el pueblo que nos otorgó este mandato que ejercemos (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Pugliese). — Dado lo avanzado de la hora y teniendo en cuenta la cantidad de señores diputados presentes en el recinto, así como la información que posee la Presidencia en el sentido de que en la casa no hay número, en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 157 del reglamento invito a la Honorable Cámara a pasar a cuarto intermedio hasta el día miércoles 22 a la hora 15.

—Se pasa a cuarto intermedio a la hora 1 y 57 del día 17.

LORENZO D. CEDROLA.
Director del Cuerpo de Taquígrafos.

3

APENDICE

SANCIONES DE LA HONORABLE CAMARA

PROYECTO DE LEY QUE PASA EN REVISION
AL HONORABLE SENADO

El Senado y Cámara de Diputados, etc.

CAPÍTULO I

Del ámbito de aplicación

Artículo 1º — Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

Art. 2º — El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitaria, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación,

las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de obras sociales, en lo pertinente.

Art. 3º — El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.

Dichas políticas estarán 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, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país. Se orientarán también a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud.

Art. 4º — La Secretaría de Salud de la Nación promoverá la descentralización progresiva del Seguro en las jurisdicciones provinciales, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y el territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

A ese efecto, las funciones, atribuciones y facultades que la presente ley otorga a la Secretaría de Salud de la Nación y a la Administración Nacional del Seguro de Salud podrán ser delegadas en las aludidas jurisdicciones mediante la celebración de los convenios correspondientes.

CAPÍTULO II

De los beneficiarios

Art. 5º — Quedan incluidos en el seguro:

- a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales;
- b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fije la reglamentación;
- c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.

Art. 6º — El personal dependiente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades y los jubilados, retirados y pensionados del mismo ámbito no serán incluidos obligatoriamente en el seguro. Sin embargo podrá optarse por su incorporación parcial o total al seguro mediante los correspondientes convenios de adhesión.

Los organismos que brinden cobertura asistencial al personal militar y civil de las fuerzas armadas y de seguridad y a los jubilados, retirados y pensionados del mismo ámbito podrán optar por su incorporación total o parcial al seguro mediante los correspondientes convenios de adhesión.

CAPÍTULO III

De la administración del seguro

Art. 7º — La autoridad de aplicación del seguro será la Secretaría de Salud de la Nación. En su ámbito, funcionará la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), como entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

En tal carácter está facultada para ejecutar el ciento por ciento (100 %) de los ingresos genuinos que perciba.

Art. 8º — Corresponde a los agentes del seguro y a las entidades que adhieran al mismo el cumplimiento de las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación y la ANSSAL en ejercicio de las funciones, atribuciones y facultades otorgadas por la presente ley.

Art. 9º — La ANSSAL tendrá la competencia que le atribuye la presente ley en lo concerniente a los objetivos del seguro, promoción e integración del desarrollo de las prestaciones de salud y la conducción y supervisión del sistema establecido.

Art. 10. — La ANSSAL estará a cargo de un directorio integrado por un (1) presidente y once (11) directores. El presidente tendrá rango de subsecretario y será designado por el Poder Ejecutivo nacional, a propuesta del Ministerio de Salud y Acción Social. Los directores serán seis (6) en representación del Estado nacional, tres (3) en representación de los trabajadores organizados en la Confederación General del Trabajo, uno (1) en representación de los jubilados y pensionados y uno (1) en representación de los empleadores.

Los directores serán designados por la Secretaría de Salud de la Nación, en forma directa para los representantes del Estado, a propuesta de la Confederación General del Trabajo los representantes de los trabajadores organizados y a propuesta de las organizaciones que nuclean los demás sectores, de acuerdo con el procedimiento que determine la reglamentación.

Art. 11. — Los directores durarán tres (3) años en sus funciones, podrán ser nuevamente designados por otros períodos de ley y gozarán de la retribución que fije el Poder Ejecutivo nacional.

Deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades civiles ni penales. Podrán ser reelegidos. Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de sus funciones.

En caso de ausencia o impedimento del presidente, será reemplazado por uno de los directores estatales, según el orden de prelación de su designación.

Art. 12. — Corresponde al presidente:

- a) Representar a la ANSSAL en todos sus actos;
- b) Ejercer las funciones, facultades y atribuciones y cumplir con los deberes y obligaciones establecidos en la presente ley, su reglamentación y disposiciones que la complementen;
- c) Convocar y presidir las reuniones del directorio en las que tendrá voz y voto el que prevalecerá en caso de empate;
- d) Invitar a participar, con voz pero sin voto, a un representante de sectores interesados, no representados en el directorio, cuando se traten temas específicos de su área de acción;
- e) Convocar y presidir las reuniones del consejo asesor y de la comisión permanente de concertación, que crea la presente ley;
- f) Aplicar apercibimientos y multas de hasta cuatro (4) veces el monto mínimo, según lo establecido en el artículo 43 de la presente ley;
- g) Intervenir en lo atinente a la estructura orgánica funcional y dotación de personal del organismo;
- h) Adoptar todas las medidas que, siendo competencia del directorio, no admitan dilación, sometiénolas a la consideración en la sesión inmediata;
- i) Delegar funciones en otros miembros del directorio o empleados superiores del organismo.

Art. 13. — Corresponde al directorio:

- a) Dictar su reglamento interno;
- b) Intervenir en la elaboración del presupuesto anual de gastos, cálculo de recursos y cuenta de inversiones y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio;
- c) Designar a los síndicos y fijarles su remuneración;
- d) Asignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución dictando las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones;

- e) Intervenir en la elaboración y actualización de los instrumentos utilizados para la regulación de efectores y prestadores;
- f) Dictar las normas que regulen las distintas modalidades en las relaciones contractuales entre los agentes del seguro y los prestadores;
- g) Autorizar inscripciones y cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Seguro;
- h) Aplicar las sanciones previstas en el artículo 43 de la presente ley;
- i) Delegar funciones en el presidente por tiempo determinado;
- j) Aprobar la estructura orgánica funcional, dictar el estatuto, escalafón y fijar la retribución de los agentes de la ANSSAL;
- k) Designar, promover, remover y suspender al personal de la institución.

Art. 14. — En el ámbito de la ANSSAL, funcionará un Consejo Asesor que tendrá por cometido asesorarlo sobre los temas vinculados con la organización y funcionamiento del seguro y proponer iniciativas encuadradas en sus objetivos fundamentales.

Estará integrado por los representantes de los agentes del seguro, de las entidades adherentes inscritas como tales, de las entidades representativas mayoritarias de los prestadores y representantes de las provincias que hayan celebrado los convenios que establece el artículo 48.

Podrán integrarlo además representantes de sectores interesados, no representados en el directorio de la ANSSAL, a propuesta del propio Consejo Asesor, con el carácter y en las condiciones que determine la reglamentación.

El Consejo Asesor elaborará su reglamento de funcionamiento el que será aprobado por el directorio de la ANSSAL.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por parte de la ANSSAL.

CAPÍTULO IV

De los agentes del seguro

Art. 15. — Las obras sociales comprendidas en la Ley de Obras Sociales serán agentes naturales del seguro, así como aquellas otras obras sociales que adhieran al régimen de la presente ley.

Art. 16. — Las entidades mutuales podrán integrarse en el seguro en la oportunidad y forma que fije la reglamentación. En tal caso, las mutuales se inscribirán en el Registro Nacional de Agentes del Seguro. Tendrán las mismas obligaciones y responsabilidades que los demás agentes del seguro tienen respecto de sus beneficiarios y del sistema.

Art. 17. — La ANSSAL, llevará un Registro Nacional de Agentes del Seguro, en el que inscribirá:

- a) A las obras sociales comprendidas en la Ley de Obras Sociales;
- b) A las asociaciones de obras sociales;

- c) A otras obras sociales que adhieran al régimen de la presente ley;
- d) A las entidades mutuales inscritas en las condiciones del artículo anterior.

Formalizada la inscripción expedirá un certificado que acredite la calidad de agente del seguro.

La inscripción habilitará al agente para aplicar los recursos destinados a las prestaciones de salud, previstos en la Ley de Obras Sociales.

Art. 18. — Los agentes del Seguro, cualquiera sea su naturaleza, dependencia y forma de administración, deberán presentar anualmente a la ANSSAL para su aprobación, en el tiempo y forma que establezca la reglamentación:

- a) El programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- b) El presupuesto de gastos y recursos para la ejecución del mencionado programa.

La ANSSAL resolverá dentro de los treinta (30) días hábiles inmediatos a su presentación la aprobación, observaciones o rechazo de las proposiciones referidas en los incisos precedentes. Transcurrido el plazo antes señalado sin resolución expresa, se considerarán aprobadas las propuestas.

Asimismo deberán enviar para conocimiento y registro de la ANSSAL:

1. La memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior.
2. Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones que celebre durante el mismo período.

Art. 19. — La ANSSAL designará síndicos que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los agentes del seguro vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Estas sindicaturas serán colegiadas y cada una de ellas podrá abarcar más de un agente del seguro.

Su actuación será rotativa con un máximo de cuatro años de funciones en un mismo agente del seguro.

Los síndicos podrán ser removidos por ANSSAL y percibirán la remuneración que la misma determine, con cargo a su presupuesto.

La ANSSAL establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de la sindicatura.

Art. 20. — Las resoluciones de los órganos de conducción o de cualquier funcionario del agente del seguro, deberán ser notificadas a la sindicatura dentro de los cinco (5) días hábiles de producidas. Esta, en igual plazo deberá expedirse y en caso de efectuar observaciones las mismas deberán ser fundadas y podrán ser recurridas ante la ANSSAL de acuerdo al siguiente procedimiento.

1. En el término de cinco (5) días hábiles subsiguientes a la notificación de la observación, el agente del seguro elevará a la ANSSAL la actuación observada y los fundamentos para su

insistencia, sin que ello implique la suspensión de la ejecutoriedad de la resolución cuestionada.

2. El directorio de la ANSSAL deberá resolver la cuestión planteada dentro de los diez (10) días hábiles de recepcionadas las actuaciones, notificando al agente la decisión adoptada, la que será irrecurrible en sede administrativa.

Vencido el plazo antes mencionado, y no mediando resolución expresa, quedará firme el acto observado.

La sindicatura podrá asistir a las sesiones del órgano conductor del agente del seguro, con voz pero sin voto, y sus opiniones deberán constar en las respectivas actas.

CAPÍTULO V

De la financiación del seguro

Art. 21. — Los recursos para la financiación de las prestaciones garantizadas por el Sistema Nacional del Seguro de Salud se integrarán:

- a) Con el ochenta por ciento (80 %) como mínimo de los recursos brutos que perciban los agentes del seguro en los términos del artículo 5º de la Ley de Obras Sociales;
- b) Los aportes que se determinen en el presupuesto general de la Nación y de las demás jurisdicciones, con destino a la incorporación de la población sin cobertura y carente de recursos;
- c) El aporte del Tesoro nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del seguro, determine el presupuesto general de la Nación;
- d) Con las sumas que ingresen al Fondo Solidario de Redistribución.

Art. 22. — En el ámbito de la ANSSAL, funcionará bajo su administración y como cuenta especial, un Fondo Solidario de Redistribución que se integrará con los siguientes recursos:

- a) El diez por ciento (10 %) de la suma de las contribuciones y aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales. Para las obras sociales del personal de dirección el porcentaje mencionado precedentemente se elevará al quince por ciento (15 %) de dicha suma de contribuciones y aportes;
- b) El cincuenta por ciento (50 %) de los recursos de distinta naturaleza a que se refiere la última parte del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales;
- c) Los reintegros de los préstamos a que se refiere el artículo 24 de la presente ley;
- d) Los montos reintegrados por apoyos financieros que se revoquen con más su actualización e intereses;
- e) El producido de las multas que se apliquen en virtud de la presente ley;
- f) Las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo;

- g) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al Fondo Solidario de Redistribución;
- h) Los aportes que se establezcan en el presupuesto general de la Nación, según lo indicado en los incisos b) y c) del artículo 21 de la presente ley;
- i) Con el cinco por ciento (5 %) de los ingresos que por todo concepto, perciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados;
- j) Los aportes que se convengan con las obras sociales provinciales o de otra naturaleza que adhieran al Sistema Nacional del Seguro de Salud;
- k) Los saldos del Fondo de Redistribución creados por el artículo 13 de la ley 22.269, así como los créditos e importes adeudados al mismo que se perciban, se incorporarán al Fondo Solidario de Redistribución creado por la presente ley.

Art. 23. — La recaudación y fiscalización de los aportes, contribuciones y recursos de otra naturaleza destinados al Fondo Solidario de Redistribución lo hará la ANSSAL directamente o a través de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, conforme a lo que determine la reglamentación, sin perjuicio de la intervención de organismos provinciales o municipales, que correspondieren.

En caso de que la recaudación se hiciera por la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, la ANSSAL podrá controlar y fiscalizar directamente a los obligados el cumplimiento del pago con el Fondo Solidario de Redistribución.

Art. 24. — Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución se otorgarán en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios y serán destinados por la ANSSAL:

- a) Para su distribución automática entre los agentes del seguro en un porcentaje no menor al treinta y tres por ciento (33 %) con el fin de subsidiar a aquellos de menores ingresos, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria según la reglamentación que establezca la ANSSAL. Se exceptúan de la distribución automática los recursos establecidos en el inciso b) del artículo 21 de la presente ley;
- b) Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, conforme a las normas que la ANSSAL dicte a tales efectos;
- c) Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro;
- d) Para atender los gastos administrativos y de financiamiento de la ANSSAL con un límite de hasta el ocho por ciento (8 %) del total de los recursos del fondo;
- e) Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio serán distribuidos entre los agentes del seguro, en proporción a los montos con que hubieran contribuido durante el mismo período,

en las condiciones que dicte la ANSSAL y exclusivamente para ser aplicados al presupuesto de prestaciones de salud.

CAPÍTULO VI

De las prestaciones del seguro

Art. 25. — Las prestaciones del seguro serán otorgadas de acuerdo con las políticas nacionales de salud, las que asegurarán la más plena utilización de los servicios y capacidad instalada existente y estarán basadas en la estrategia de atención primaria de la salud; promoviendo la libre elección de prestadores por parte de los beneficiarios, donde ello fuere posible.

Art. 26. — Los agentes del seguro mantendrán y podrán desarrollar los servicios propios existentes en la actualidad. Para desarrollar mayor capacidad instalada deberán adecuarse a las normativas que la ANSSAL y la Secretaría de Salud de la Nación establezcan.

Asimismo articularán sus programas de prestaciones médico-asistenciales con otras entidades del seguro, procurando su efectiva integración en las acciones de salud con las autoridades sanitarias que correspondan. En tal sentido, 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.

Art. 27. — Las prestaciones de salud serán otorgadas por los agentes del seguro según las modalidades operativas de contratación y pago que normaticen la ANSSAL de conformidad a lo establecido en los artículos 13, inciso f) y 35 de esta ley, las que deberán asegurar a sus beneficiarios servicios accesibles, suficientes y oportunos.

Art. 28. — Los agentes del seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo o lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos esenciales que las aludidas prestaciones requieran.

Art. 29. — La ANSSAL llevará un Registro Nacional de Prestadores que contraten con los agentes del seguro, que será descentralizado progresivamente por provincia o región, a cuyo efecto la ANSSAL convendrá la delegación de sus atribuciones en los organismos o entidades que correspondan. La inscripción en dicho registro será requisito indispensable para que los prestadores puedan celebrar contrato con los agentes del seguro.

Deberán inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores:

- a) Las personas físicas, individualmente o asociadas con otras;
- b) Los establecimientos y organismos asistenciales públicos y privados;
- c) Las obras sociales, agentes del seguro, cooperativas o mutualidades que posean establecimientos asistenciales;

d) Las asociaciones que representen a profesionales de la salud o establecimientos asistenciales que contraten servicios en nombre de sus miembros;

e) Las entidades y asociaciones privadas, con o sin fines de lucro que dispongan de recursos humanos y físicos;

f) Cada prestador individual, sea persona física, establecimiento o asociación no podrá figurar más de una vez en el registro.

No podrán inscribirse en el registro ni recibir pagos por prestaciones otorgadas al seguro las personas o entidades que ofrezcan servicios a cargo de terceros.

Art. 30. — Los hospitales y demás centros asistenciales dependientes de la ciudad de Buenos Aires y del territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, se incorporarán al seguro en calidad de prestadores, en las condiciones que determina la reglamentación.

Art. 31. — La Secretaría de Salud de la Nación establecerá las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales sobre cuya base la ANSSAL fijará los requisitos a cumplir por parte de las personas o entidades que se inscriban en el Registro Nacional de Prestadores.

La aplicación de dicha normas, así como su adaptación a las realidades locales, serán convenidas por la Secretaría de Salud de la Nación, con los organismos correspondientes de las provincias y municipalidades.

Art. 32. — La inscripción en el Registro Nacional de Prestadores implicará para los prestadores la obligación de respetar las normas y valores retributivos que rijan las contrataciones con los agentes del seguro, mantener la prestación del servicio en las modalidades convenidas durante el lapso de inscripción y por un tiempo adicional de sesenta (60) días corridos y ajustarse a las normas que en ejercicio de sus facultades, derechos y atribuciones establezca la ANSSAL.

Art. 33. — Las prestaciones de salud garantizadas por la presente ley, que sean comprometidas por los prestadores de servicio durante el lapso y según las modalidades convenidas con los agentes del seguro, se considerarán servicio de asistencia social de interés público.

La interrupción de las prestaciones convenidas —sin causa justificada— se considerará infracción en los términos del inciso b) del artículo 42 de la presente ley.

Art. 34. — La Secretaría de Salud de la Nación aprobará las modalidades, los nomencladores y valores retributivos para la contratación de las prestaciones de salud, los que serán elaborados por la ANSSAL.

Art. 35. — A los fines dispuestos precedentemente, funcionará en el ámbito de la ANSSAL la Comisión Permanente de Concertación que será presidida por uno de sus directores e integrada con cinco (5) representantes por los agentes del seguro y cinco (5) representantes por las entidades representativas mayoritarias de los prestadores de ámbito nacional o provincial.

La Comisión Permanente de Concertación participará en la elaboración de las normas y procedimientos a que

se ajustará la prestación de servicios y las modalidades y valores retributivos.

La ANSSAL dictará el reglamento de funcionamiento de la citada comisión, el que preverá la constitución de subcomisiones y la participación de la autoridad sanitaria correspondiente.

En los casos que la Comisión Permanente de Concertación deba considerar aspectos relativos a distintas ramas profesionales y actividades de atención de la salud podrá integrar, con voz pero sin voto, al correspondiente representante para el tratamiento del tema.

La Comisión Permanente de Concertación funcionará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos.

Cuando no se obtengan acuerdos el presidente de la ANSSAL actuará como instancia de conciliación y si subsistiera la diferencia laudará el ministro de Salud y Acción Social.

Art. 36. — La ANSSAL, en el caso que la Secretaría de Salud de la Nación establezca listado de fármacos, deberá aplicarlos en forma obligatoria para todos los agentes del seguro.

Art. 37. — Las normas referidas al régimen de prestaciones de salud del seguro se aplicarán a las que otorguen las entidades mutuales que adhieran al régimen de la presente ley. Dicha adhesión se formalizará ante la ANSSAL de acuerdo con las normas que fija la reglamentación.

CAPÍTULO VII

De la jurisdicción, infracciones y penalidades

Art. 38. — La ANSSAL y los agentes del seguro estarán sometidos exclusivamente a la jurisdicción federal, pudiendo optar por la correspondiente justicia ordinaria cuando fueren actoras. El sometimiento de los agentes del seguro a la justicia ordinaria estará limitado a su actuación como sujeto de derecho en los términos dispuestos en la Ley de Obras Sociales.

Art. 39. — La ANSSAL y los agentes del seguro estarán exentos del pago de tasas y contribuciones nacionales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. El Poder Ejecutivo nacional gestionará una exención similar de los gobiernos provinciales.

Art. 40. — A instancia de la ANSSAL, previo traslado por diez (10) días hábiles al agente del seguro cuestionado, la Secretaría de Salud de la Nación podrá requerir al Poder Ejecutivo nacional la intervención de la entidad cuando se produzcan en ella acciones u omisiones que por su carácter o magnitud impidan o alteren su funcionamiento en cuanto a las prescripciones de la presente ley. Al mismo tiempo la ANSSAL deberá disponer los mecanismos sumarios que permitan la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.

Art. 41. — Será reprimido con prisión de un mes a seis años el obligado que dentro de los quince (15) días corridos de intimado formalmente no depositare los importes previstos en los incisos *b*), *d*) y *e*) del artículo 19 de la Ley de Obras Sociales, destinados al Fondo Solidario de Redistribución.

Cuando se tratare de personas jurídicas, sociedades, asociaciones y otras entidades de derecho privado, fallidos o incapaces, la pena corresponderá a los directores, gerentes o representantes responsables de la omisión.

Los órganos de recaudación establecidos en la presente ley y los agentes del seguro deberán formular la denuncia correspondiente o asumir el carácter de parte querellante en las causas penales que se sustancien con motivo de lo dispuesto en este artículo.

La justicia federal será competente para conocer sobre los delitos previstos en el presente artículo.

Art. 42. — Se considera infracción:

- a) La violación de las disposiciones de la presente ley y su reglamentación, las normas que establezcan la Secretaría de Salud de la Nación, la ANSSAL y las contenidas en los estatutos de los agentes del seguro;
- b) La violación por parte de los prestadores de las condiciones contenidas en las contrataciones de los servicios;
- c) La negativa de un agente del seguro a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la ANSSAL o los síndicos requieran en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones;
- d) El incumplimiento de las directivas impartidas por las autoridades de aplicación;
- e) La no presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, a que hace referencia el artículo 18 de la presente ley.

Art. 43. — Las infracciones previstas en el artículo anterior acarrearán las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, vigente al momento de hacerse efectiva la multa, y hasta cien (100) veces dicho monto.
La multa se aplicará por cada incumplimiento comprobado a los agentes del seguro;
- c) Suspensión de hasta un año o cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y su graduación se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones.

Art. 44. — El juzgamiento de las infracciones previstas en el artículo anterior se hará conforme al procedimiento que establezca la ANSSAL que deberá asegurar el derecho de defensa y el debido proceso.

La suspensión o cancelación de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores que se menciona en el artículo anterior tendrá efecto para todos los agentes del seguro.

Art. 45. — Sólo serán recurridas las sanciones previstas en los incisos *b*) y *c*) del artículo 43 de la presente ley, dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas, fehacientemente y en domicilio legal del agente del seguro o del prestador.

Será irrecurrible la sanción de multa que no exceda de cuatro (4) veces el monto mínimo fijado en el inciso *b*) de dicho artículo.

Será competente para conocer el recurso la Cámara Federal que corresponda de acuerdo con el domicilio del recurrente.

El recurso se deducirá ante la Secretaría de Salud de la Nación con la expresión de su fundamento. Interpuesto el recurso las actuaciones se elevarán inmediatamente al tribunal correspondiente, pudiendo en el mismo acto la Secretaría de Salud de la Nación, contestar los agravios del recurrente.

Art. 46. — La ANSSAL podrá delegar en los organismos provinciales o municipales que hayan adherido al seguro la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas en el artículo 42 de la presente ley y otorgarles su representación en la tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique.

Art. 47. — El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualización adeudados al Fondo Solidario de Redistribución y de las multas establecidas por la presente ley, se hará por la vía de ejecución fiscal prevista en el Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por el presidente de la ANSSAL. Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior, prescribirán a los diez (10) años.

CAPÍTULO VIII

De la participación de las provincias

Art. 48. — Las provincias podrán administrar el seguro dentro de su jurisdicción, a cuyo efecto celebrarán los respectivos convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación.

La adhesión de las provincias implicará la articulación, de sus planes y programas con los que la autoridad de aplicación establezca y el cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del seguro, sin perjuicio de la adecuación que se requiera para su utilización local.

Art. 49. — La adhesión al Sistema Nacional del Seguro de Salud implicará para las provincias:

- a) Incorporar en su ámbito, en las condiciones que se hayan determinado según lo previsto en el inciso *b*) del artículo 5º de la presente ley, a los trabajadores autónomos del régimen nacional con residencia permanente en la jurisdicción y

a los pertenecientes a regímenes del ámbito provincial, cuando los hubiere;

- b) Incorporar en su ámbito a las personas indicadas en el inciso *c*) del artículo 5º de la presente ley, a cuyo efecto recibirán apoyo financiero del Tesoro nacional a través del Fondo Solidario de Redistribución por un monto igual al que la provincia aporte a esta finalidad;
- c) Administrar sobre la base de las normas generales del sistema, el Registro de Prestadores para la provincia, a cuyo fin establecerá las normas particulares y complementarias que resulten menester;
- d) Aplicar en su ámbito las normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos de salud que serán requisito para la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores;
- e) Participar en el Fondo Solidario de Redistribución a través del organismo que se determine, efectuando las contribuciones previstas en el inciso *j*) del artículo 22 de la presente ley y recibiendo los apoyos financieros referidos en el artículo 24 de esta ley;
- f) Establecer y coordinar dentro de su ámbito una subcomisión de la Comisión Permanente de Concertación, sujeta a la aprobación de ésta, con representantes de los agentes del seguro y de los prestadores propuestos por sus organizaciones representativas mayoritarias;
- g) Suministrar la información que le sea requerida por la ANSSAL en relación con la administración y desarrollo en su ámbito del Sistema Nacional del Seguro de Salud;
- h) Ejercer las demás facultades, atribuciones o funciones que se le deleguen según el convenio de adhesión y cumplir con las obligaciones que le imponga el mismo.

Art. 50. — Las provincias que asuman la administración del Sistema Nacional del Seguro de Salud en su jurisdicción, determinarán el organismo a cuyo cargo estarán dichas funciones.

CAPÍTULO IX

Disposiciones transitorias

Art. 51. — A partir de la fecha de promulgación de la presente ley las funciones y atribuciones previstas para la Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL), serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), hasta tanto se reglamente la ley y asuma sus funciones el nuevo organismo.

Art. 52. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.