

LEOPOLDO FRENKEL
DOCTOR EN CIENCIAS JURÍDICAS

EL CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
Y
LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DE OBRA SOCIAL

BUENOS AIRES

2001

CONTENIDO

1. Los antecedentes del régimen de las obras sociales. Las leyes 18.610 y 22.269.
2. El actual régimen legal de las obras sociales y del seguro de salud en la Argentina: leyes 23.660 y 23.661.
3. La década del noventa: flexibilización normativa y libertad de elección de obra social.
4. Las reglamentaciones recientes: análisis de los decretos 446/2000, 1140/2000 y 1305/2000.
5. El Consejo Federal de Inversiones (CFI). Su naturaleza jurídico-institucional.
6. El CFI y la atención de la salud de su personal. Análisis del sistema vigente: los contratos con Asistencia Médica Social Argentina (AMSA) y el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA).
7. El CFI y el Fondo de Obra Social (FOS).
8. Conclusiones

I. LOS ANTECEDENTES DEL REGIMEN DE LAS OBRAS SOCIALES. LAS LEYES 18.610 Y 22.269.

Un sanitarista argentino, el Dr. Hugo Arce, al estudiar como consultor internacional el sistema de salud de nuestro país en el siglo XX, advierte la sucesión de tres modelos diferentes.

Al primero Arce lo denomina **modelo pluralista no planificado**, que rige hasta 1945, en el que la salud es entendida como responsabilidad individual u objeto de caridad. La administración de los hospitales públicos se apoya en entidades de beneficencia y existe una intensa actividad mutual extraestatal, basada esencialmente en la nacionalidad de origen del trabajador.

La época que corre entre el fin de la Segunda Guerra Mundial y 1955 es la del llamado **modelo de planificación estatal centralizada**, cuya principal característica es la fuerte presencia del Estado Nacional en la inversión, planificación y administración de los servicios sanitarios en un marco en el que predomina el concepto de salud pública. Se crea un ministerio específico y se multiplica el número de camas hospitalarias. Las mutuales, siempre presentes, reagrupan ahora a los trabajadores por rama de producción: es el origen remoto de las obras sociales.

Finalmente, entre 1955 y el principio de la década de los noventa es la hora del **modelo pluralista de planificación descentralizada**, cuyos rasgos más notorios son la progresiva desconcentración de la decisión hacia los Estados provinciales y otros entes no estatales. Se provincializan los hospitales públicos y surgen diversos proyectos de autarquía administrativa. Las obras sociales pasan del carácter voluntario que tenían con el mutualismo a la obligatoriedad, por convenios colectivos de trabajo. Al mismo tiempo crece la presencia de la medicina prepaga. Este último modelo tiene tres etapas claramente diferenciadas: la primera, entre 1955 y 1970, de formación.

Luego, entre 1970 y 1977, la de institucionalización. Por último, entre 1977 y 1990, la de crisis distributiva (Hugo E. Arce. El territorio de las decisiones sanitarias. Ediciones Macchi, Buenos Aires, 1993, ps. 157 y ss. Conf. asimismo Hugo E. Arce. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Proyecto CEPAL/GTZ, Serie Financiamiento del Desarrollo, Documento N° 59 (LC/L.1042), Santiago de Chile, junio de 1997, ps. 8 y ss.).

Las obras sociales emergen en el primer tramo de la etapa de institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada, culminando con la sanción de la ley N° 18.610 el 23 de febrero de 1970. Sin embargo, se llega a esta normativa a través de sucesivas aproximaciones. En abril de 1967, en efecto, se había promulgado la ley N° 17.230 creando la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales Estatales. El informe elaborado por esta Comisión llevó a la sanción, en agosto de 1968, de la ley N° 17.850, que fijaba las normas operativas y arancelarias regulatorias del sistema. En diciembre de 1968 se sancionó la ley N° 18.045 regulatoria de los convenios entre proveedores y compradores de servicios. Por fin, en diciembre de 1969, la ley N° 18.483 había establecido los aranceles obligatorios para todos los convenios.

Con la ley N° 18.610 se inicia la tendencia hacia la universalización de la cobertura del Sistema de Obras Sociales, procurando su unificación, homogeneización y regulación, y estableciendo sus bases normativas. En la órbita del Ministerio de Bienestar Social fue creado el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como autoridad de aplicación de la ley. Asimismo, se creó una cuenta especial, el Fondo de Redistribución, cuyos recursos tenían por objeto atenuar las desigualdades entre las diferentes entidades prestatarias.

Quedaron comprendidas en las disposiciones de esta ley las obras sociales de la Administración Central del Estado, organismos descentralizados, empresas del Estado, paraestatales, de administración mixta y de las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial. Se estableció la obligación de financiar dichas obras con aportes y contribuciones de los empleados y empleadores, con un ámbito de acción que alcanzaba a todo el personal, independientemente de que fuera o no afiliado del gremio. La administración de los entes prestadores del servicio, respecto de los sectores en que no hubiere otro de carácter estatal, paraestatal, de organismos descentralizados o mixtos, quedaba a cargo de la asociación profesional que había concertado el convenio colectivo de trabajo aplicable a la actividad respectiva. Si hasta entonces la obra social no se había creado, el sindicato debía hacerlo en el futuro para poder percibir los fondos puestos a su disposición.

Ulteriormente, dentro del mismo ámbito de la ley, se extendió el sistema a los trabajadores a domicilio y a los distribuidores de diarios y revistas, al personal de actividades rurales y afines (ley N° 19.316), de comercio (ley N° 19.772) y conductores de taxis (ley N° 20.283). De no menor trascendencia fue la sanción de la ley N° 18.825, que estableció que en las obras públicas a cargo del Estado Nacional o de sus entes, sea directamente o por concesión, debía realizarse un aporte del uno por ciento (1%) sobre el monto total de la construcción o explotación por parte del Estado y otro tanto por parte del sector empresarial para subsidiar las obras sociales de los sindicatos interesados. Estos recursos eran no sólo aplicables a la atención médico-asistencial, sino por igual extensibles a los servicios de proveeduría, comedores económicos, recreación y extensión cultural.

Por otra parte, procurando también la universalización del sistema, por

ley N° 19.032 fue creado el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), para dar cobertura a la totalidad del sector pasivo que, hasta entonces, se hallaba parcialmente cubierto a través de su entidad de origen. Asimismo, en esa época alcanzan un notable desarrollo las obras sociales para empleados públicos provinciales -que se hallaban expresamente excluidas del régimen de la ley N° 18.610- y que hoy constituyen la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA).

La ley N° 18.610 mantuvo su vigencia hasta el 15 de agosto de 1980, en que fue sustituida por la ley N° 22.269. En los fundamentos de la nueva normativa sancionada quedaban explicitadas algunas de las razones que había tenido en cuenta el Poder Ejecutivo para impulsar la derogación del régimen de obras sociales creado por la ley N° 18.610: a) la falta de funcionamiento pleno del INOS y la consiguiente carencia de controles adecuados, que provocaban la ausencia total o parcial de prestaciones, la falta de una adecuada cobertura para importantes sectores de afiliados y la utilización de fondos de las obras sociales para el financiamiento de actividades ajenas a sus fines; y b) la inexistencia de una política nacional de salud y la carencia de normas a las cuales debían ajustarse las prestaciones e inversiones de las obras sociales, que posibilitaban que éstas actuaran conforme a sus propios criterios, sin la coordinación que debía necesariamente existir entre las diversas obras sociales y los organismos estatales de salud pública.

Estaban obligatoriamente comprendidos en los alcances de la ley N° 22.269, con sus respectivos grupos familiares primarios, los trabajadores en relación de dependencia, los jubilados y pensionados, y los beneficiarios de prestaciones no contributivas. Quedaban excluidos del sistema previsto por la ley, con sus respectivos sectores pasivos, el personal militar y civil de las

Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policía Federal y Servicio Penitenciario Federal; el personal dependiente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades; y el personal de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

La nueva ley le encargó la administración del servicio a entes de obras sociales, dotados de individualidad jurídica, administrativa y financiera que debía crear el INOS. A tal efecto, se estableció un plazo de tres (3) años. Durante el mismo, las obras sociales preexistentes continuarían con la prestación del servicio hasta el momento en que aquéllos fueran creados. En esa oportunidad, se les transferiría la infraestructura dedicada a la prestación de servicios médico-asistenciales adquirida con recursos provenientes de la ley N° 18.610. Los entes de obra social, a partir de su creación, se considerarían continuadores de las obras sociales existentes en ese momento.

Los nuevos entes, además, debían adecuarse a pautas de dimensión mínima. Para ello, el INOS dispondría el agrupamiento gradual de las obras sociales que se hallaren por debajo de dicho tamaño y determinaría la inclusión de los beneficiarios de las mismas. Con el fin de establecer la dimensión mínima de las obras sociales y la conveniencia de su agrupamiento, así como la distribución de los afiliados, deberían tenerse en cuenta pautas “de eficiencia y economicidad en la administración de los servicios y de la administración de los recursos”. Tales entes de obras sociales, empero, nunca fueron creados.

Respecto de la ley N° 18.610, que instituía un régimen de centralización normativa con autonomía ejecutiva, la ley N° 22.269 pasó a la estatización total del sistema. En los hechos, la primera de las normas citadas permaneció vigente muchos años después de su derogación y hasta no hace mucho tiempo tuvo influencia en la práctica cotidiana de la seguridad social.

La otra ley, la N° 22.269, durante sus ocho años de vigencia, nunca llegó a reglamentarse por ser incompatible con la historia y la realidad política del sistema.

2. EL ACTUAL REGIMEN LEGAL DE LAS OBRAS SOCIALES Y DEL SEGURO DE SALUD EN LA ARGENTINA: LEYES 23.660 Y 23.661

2.1. Consideraciones preliminares

No es un exceso afirmar que la ley N° 22.269 había nacido muerta. A poco de instalarse el gobierno constitucional surgido de las elecciones de octubre de 1983, se inició en el país un debate sobre la necesidad de diseñar un nuevo sistema de salud. Como se recordará a través del Ministerio de Salud y Acción Social, cuya titularidad ejercía el Dr. Aldo Neri, el Poder Ejecutivo impulsaba un proyecto de Ley Nacional de Seguro de Salud, que era resistido por las organizaciones profesionales de trabajadores. Estas, a su vez, con el llamado “Proyecto Azul y Blanco” de la Confederación General del Trabajo, proponían una nueva Ley de Obras Sociales que representaba, lisa y llanamente, una vuelta a los principios de la derogada ley N° 18.610. La discusión ocuparía los ámbitos político, parlamentario y gremial durante los siguientes cinco años.

El 29 de diciembre de 1988, el Congreso Nacional sancionó la Ley de Obras Sociales y la del Sistema Nacional del Seguro de Salud, fruto directo de las largas negociaciones entre posiciones discordantes. Ambas formas fueron promulgadas por el Poder Ejecutivo el 5 de enero de 1989 bajo los Nros. 23.660 y 23.661, respectivamente. Se trata de dos leyes complementarias y, para algún especialista, “arbitrariamente desdobladas” para dar satisfacción a ambas partes (Conf. Hugo E. Arce. “La acreditación hospitalaria. Un instrumento de evaluación de la calidad de la atención médica”, en Revista Argentina de Estudios Avanzados”. N° 1, Año I, Junio 1991, p. 153).

2.2. Los alcances de la ley N° 23.660

De acuerdo al texto originario del artículo 1° de la ley N° 23.660, quedaban comprendidas en las disposiciones de la misma las siguientes obras sociales: a) de carácter sindical, correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo; b) administradas en forma mixta, incluyendo los institutos creados por leyes; c) del personal de la Administración Central del Estado Nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados, la del Poder Judicial y la de las universidades nacionales, d) de las empresas y sociedades del Estado; e) del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios; f) constituídas por convenios con empresas privadas o públicas y las creadas a partir de convenios de corresponsabilidad, según la ley N° 21.476; g) del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran; y h) toda otra entidad creada o a crearse que tenga como fin lo establecido por esta ley.

2.3. Las obras sociales excluidas del sistema.

La ley 23.890, sancionada el 29 de setiembre de 1990 y promulgada el 24 de octubre del mismo año, al modificar parcialmente la ley N° 23.660, exceptuó de las disposiciones de la misma a las obras sociales del Poder Judicial y de las universidades nacionales. Estas últimas organizaron luego su subsistema a través de la ley N° 24.741, sancionada el 27 de noviembre de 1996.

Por otra parte, el personal dependiente de los gobiernos provinciales, de cualquiera de sus poderes, así como el de las municipalidades, no se

encuentra obligatoriamente comprendido ni en el régimen de obras sociales ni en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, pero puede optar por su incorporación parcial o total a este último mediante convenios de adhesión. Tal lo establecido por el artículo 6° de la ley N° 23.661. Como ya se dijera, estas entidades se hallan reunidas en la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA). El pasado 27 de diciembre de 2000, esta Confederación hizo pública la Declaración de Ushuaia, en la que se expresa que “ante el proceso de desregulación de las obras sociales regidas por la ley nacional 23.660, es necesario aclarar que las obras sociales provinciales no están comprendidas”.

En similar situación de un régimen optativo se hallan los organismos que brindan cobertura asistencial al personal militar y civil de las Fuerzas Armadas y de seguridad, al personal del Poder Legislativo de la Nación y/o los jubilados, retirados y pensionados de dichos ámbitos, quienes podrán optar también por su incorporación total o parcial al seguro de salud mediante los correspondientes convenios de adhesión (ley N° 23.661, artículo 6°, párrafo 2°).

2.4. Los beneficiarios del sistema

Según el carácter laboral y su ubicación familiar, la ley N° 23.660, artículos 8° y 9°, establece que están comprendidos como beneficiarios dentro del régimen:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en 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 Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico

Sur. A estas dos jurisdicciones, con posterioridad a la sanción de la ley, se les reconoció la autonomía.

- b) Los jubilados y pensionados nacionales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.
- d) Los integrantes del llamado grupo familiar primario, entendiendo por tal el formado por el cónyuge; hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad y ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral; los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular y que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por la autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos que se establecen para los hijos.
- e) Las personas que conviven con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.
- f) La autoridad administrativa de aplicación podrá autorizar la inclusión como beneficiarios de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo. Por cada una de estas personas incorporadas al régimen de prestación de la obra social, el titular debe hacer un aporte especial del uno y medio por ciento (1,5%) de su salario.

2.5. La administración de las obras sociales.

El artículo 11 de la ley N° 23.660 establece que cada obra social dictará su estatuto conforme a la ley y las normas reglamentarias.

Teniendo en cuenta que son patrimonio de los trabajadores que las componen, las obras sociales sindicales serán administradas por una autoridad colegiada, no superior a cinco (5) miembros, elegida conforme al estatuto. Las obras sociales e institutos de administración mixta, creados por leyes especiales, se regirán por las normas de origen. Las de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados serán administradas por un (1) presidente designado por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación, cuatro (4) vocales en representación del Estado y otros cuatro (4) en representación de los beneficiarios. De igual modo se procederá en las empresas o sociedades del Estado. Las obras sociales del personal de dirección y asociaciones profesionales de empresarios serán administradas por una autoridad colegiada de hasta cinco (5) miembros, designados teniendo en cuenta lo que dispongan los estatutos. En cuanto a las obras sociales constituídas por convenio con empresas privadas o públicas, éstas se administrarán según lo dispuesto en los respectivos acuerdos. Finalmente, en el caso de las asociaciones de obras sociales, la administración estará a cargo de un cuerpo colegiado, inferior a siete (7) miembros, elegidos por las entidades que las constituyen (ley N° 23.660, artículo 12).

2.6. El financiamiento de las obras sociales.

De conformidad a lo establecido por el artículo 16 de la ley N° 23.660, se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales:

- 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 de los trabajadores en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3%) de su remuneración, a la que puede agregarse el uno y medio por ciento (1,5%) por la inclusión de personas no comprendidas en el grupo familiar primario, según lo previsto en el inciso f) del punto 2.4. anterior.
 - c) En los casos de sociedades o empresas del Estado, su contribución no será inferior en moneda constante al promedio de doce (12) meses anteriores a la promulgación de la ley N° 23.660.

Mantienen 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 y otras disposiciones particulares. Igualmente, se mantendrán los montos o porcentajes de los actuales aportes y/o contribuciones establecidas en las convenciones colectivas de trabajo u otras disposiciones cuando fueran mayores a los dispuestos en esta ley, así como los recursos de distinta naturaleza a cargo de las partes o de terceros para el sostenimiento de las obras sociales.

2.7. La autoridad de aplicación de la ley N° 23.660

Las obras sociales y las asociaciones que ellas constituyen para cumplir su objetivo están sometidas al contralor que ejerce la Dirección Nacional de Obras Sociales, como autoridad de aplicación según lo preceptuado por el artículo 25 de la ley N° 23.660. Dicho órgano es creado y funciona en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, y tiene como finalidad 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”. Asimismo, debe ejercer el contralor de “los aspectos administrativos y contables de las obras sociales” (ley N° 23.660, artículo 26).

A tales fines, la Dirección Nacional de Obras Sociales, de acuerdo al artículo 27 de la ley, tendrá las siguientes atribuciones; a) requerir y aprobar la memoria anual y balances de las obras sociales; b) requerir y suministrar información adecuada para el mejor contralor de las obras sociales a la Dirección Nacional de Recaudación Previsional y a la ANSSAL; c) requerir la información necesaria y las aclaraciones pertinentes a fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones que las obras sociales deben satisfacer en virtud de lo establecido por la ley de obras sociales y normas complementarias. Puede a tal efecto requerir de la ANSSAL que, por intermedio de la sindicatura, verifique y obtenga la información; d) proponer al Poder Ejecutivo, ante la comprobación de irregularidades o graves deficiencias de funcionamiento, la intervención de las obras sociales; e) llevar el Registro de Obras Sociales; y f) resolver los conflictos relativos al encuadramiento de los beneficiarios de las obras sociales.

2.8. La ley N° 23.661: el Sistema Nacional del Seguro de Salud

Instrumentado por la ley N° 23.661 como un complemento del régimen de obras sociales, el Sistema Nacional del Seguro de Salud tiene, conforme a la normativa de su creación, los alcances de un seguro social destinado a procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país, sin discriminación social, económica, cultural o geográfica (ley N° 23.661, artículo 1°). Se agrega que tal 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 puedan consolidar su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

El seguro tendrá como objetivo fundamental promover el 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 (ley N° 23.661, artículo 2°, párrafo 1°).

Asimismo, el artículo 3° de la ley N° 23.661 establece que el seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social. Dichas políticas tenderán 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”.

2.9. Los beneficiario del seguro

Son beneficiarios del presente sistema:

- a) Todos los comprendidos en la ley de obras sociales.
- b) Todos los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fije la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.
- 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 determinadas por la reglamentación.

Al analizar en el punto 2.3. anterior las obras sociales excluidas de la ley N° 23.660, nos referimos al personal dependiente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades y a los jubilados, retirados y pensionados del mismo ámbito, que si bien no está incluido obligatoriamente en el seguro, podrá optar por su incorporación total o parcial mediante los correspondientes convenios de adhesión. Igualmente, los organismos que brinden cobertura asistencial al personal militar y civil de las Fuerzas Armadas y de seguridad, al personal del Poder Legislativo de la Nación y/o a los jubilados, retirados y pensionados de dichos ámbitos, podrán también optar por su incorporación total o parcial al seguro mediante tales convenios de adhesión (ley N° 23.661, artículo 6°).

2.10. La administración del seguro

La autoridad de aplicación del seguro será la Secretaría de Salud de la Nación y 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 (ley 23.661, artículo 7°, párrafo 1°).

La ANSSAL está facultada para efectuar el cien por ciento (100%) de los ingresos genuinos que percibe, con la fiscalización prevista en la ley de contabilidad, a través de rendiciones de cuentas y estados contables, que serán mensualmente elevados al Tribunal de Cuentas de la Nación. Tendrá asimismo competencia en cuanto a los objetivos del seguro, promoción e integración del desarrollo de las prestaciones de salud y la conducción y supervisión del sistema (ley N° 23.661, artículo 7° *in fine* y 9°). La

administración tendrá un directorio con un (1) presidente designado por el Poder Ejecutivo Nacional y catorce (14) directores que representarán, respectivamente, al Estado Nacional, a los trabajadores adheridos a la CGT, a los jubilados, a los empleadores y al Consejo Federal de Salud (ley N° 23.661, artículo 10). Entre las funciones del directorio cabe mencionar la distribución de las sumas que corresponden al Fondo Solidario de Redistribución, con subsidios, préstamos y subvenciones. Por otra parte, 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 (ley N° 23.661, artículos 13 y 14).

2.11. Los agentes del seguro

Las obras sociales comprendidas en la ley respectiva, serán agentes naturales del seguro, así como aquellas otras obras sociales que adhieran. También podrán hacerlo las entidades mutuales, suscribiendo los correspondientes convenios de adhesión. Todas ellas serán inscriptas en un registro nacional *ad hoc*, que las habilitará para aplicar los recursos destinados a las prestaciones de salud, previstos en la ley de obras sociales (ley N° 23.661, artículos 15, 16 y 17).

Los agentes mencionados deben presentar anualmente el programa de prestaciones médico-asistenciales, así como el presupuesto de sus gastos y recursos. Ellos serán fiscalizados por síndicos designados por la ANSSAL, que actuarán con carácter colegiado, a quienes los órganos de conducción comunicarán sus resoluciones. Los síndicos pueden observarlas, con recurso ante el mencionado organismo (ley N° 23.661, artículos 18, 19 y 20).

2.12. El financiamiento del seguro

Conforme el artículo 21 de la ley N° 23.661, para garantizar las prestaciones, el Sistema Nacional del Seguro de Salud contará con:

- a) El ochenta por ciento (80%) de los recursos brutos que los agentes reciben con relación a sus beneficiarios.
- b) Los aportes que se determinen en el Presupuesto General de la Nación.
- c) El aporte del Tesoro Nacional.
- d) Las sumas que ingresen al Fondo Solidario de Redistribución.

2.13. Las prestaciones del seguro

Las prestaciones del seguro serán otorgadas de acuerdo con las políticas nacionales de salud, las que asegurarán la plena utilización de los servicios y la capacidad instalada existente y estarán basadas en la estrategia de atención primaria de la salud y la descentralización operativa, promoviendo la libre elección de los prestadores por parte de los beneficiarios, donde ello fuere posible (ley 23.661, artículo 25). Con ese propósito, el artículo 26 de la ley analizada prevé que los agentes del seguro articulen sus programas de prestaciones médico-asistenciales, procurando una efectiva integración de las acciones de salud. Para ello, los servicios propios estarán disponibles para los demás beneficiarios del sistema, con las normas generales que al efecto se establezcan.

Dentro de los programas de salud de los agentes del seguro, la ANSSAL fijará las prestaciones que deban otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales estarán incluidas todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que tales prestaciones exijan. Los prestadores, a su vez,

procederán a inscribirse en otro registro y tal acto será indispensable para contratar con los agentes del seguro (ley N° 23.661, artículos 28 y 29).

Los hospitales y demás centros asistenciales dependientes de la Ciudad de Buenos Aires quedan incorporados como prestadores, en las condiciones que fije la reglamentación. Los prestadores inscriptos deben respetar las normas y valores retributivos que se determinen y sus actividades son consideradas un servicio de asistencia social, de interés público (ley N° 23.661, artículos 30, 32 y 33).

A tal efecto, funcionará en la ANSSAL una Comisión Permanente de Concertación, de integración representativa, que lo hará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos (ley N° 23.661, artículo 35).

2.14. Las últimas reformas legislativas del sistema

El 1° de marzo de 1995, el Poder Ejecutivo promulgó la ley N° 24.445, que había sido sancionada por el Congreso Nacional el 8 de febrero anterior. Esta normativa establece que todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema incluídas en la ley N° 23.660 y recipendarias del fondo de redistribución de la ley N° 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias:

- a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes.
- b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

- c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

El 28 de noviembre de 1996, el Congreso Nacional sancionó una ley que quedó promulgada de hecho el 23 de diciembre de ese año bajo el N° 24.754. La antedicha norma determina que las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, deberán cubrir como mínimo en sus planes las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales, conforme lo preceptuado por las leyes Nros. 23.660, 23.661 y 24.455.

3. LA DECADA DEL NOVENTA: FLEXIBILIZACION NORMATIVA Y LIBERTAD DE ELECCION DE OBRA SOCIAL

3.1. De la crisis económica al nuevo rol del Estado

En 1989, el cambio de autoridades constitucionales se produce en medio de un grave estallido hiperinflacionario. En este año, la inflación sobrepasó el 5.600% anual. En julio de 1989, el nivel de inflación superó el 200% mensual y desde ese mes hasta diciembre de 1990 hubo un nivel inflacionario superior al 22.000%.

Las nuevas autoridades, entre otras medidas tendientes a conjurar la crisis, impulsan la sanción de las leyes de Reforma del Estado (N° 23.696) y de Emergencia Económica (N° 23.697), que provocan profundos cambios en la estructura política, social y económica de la Argentina e inician un ciclo que aún no parece cerrado. La normativa aludida facultaba al Poder Ejecutivo a privatizar total o parcialmente servicios, prestaciones u obras cuya gestión se encontrara a su cargo, así como a liquidar empresas, sociedades y establecimientos pertenecientes, en forma total o parcial, al Estado Nacional que hayan sido declarados sujetos de privatización. Se preveía la transferencia a jurisdicción provincial de servicios e infraestructura nacionales de interés local, a la vez que se impulsaba la participación de las municipalidades. Asimismo, se establecían programas de propiedad participada y de cooperativización. La ley N° 23.697, por su parte, ponía en ejercicio el poder de policía de emergencia del Estado y suspendía temporariamente los subsidios, subvenciones y regímenes especiales de promoción.

En un marco de creciente liberalización económica, comienzan a delinearse los cambios en el papel del Estado Nacional. Estas mutaciones también alcanzarán al Sector Salud y, por consiguiente, a las obras sociales.

Desde principios de los años noventa se viene utilizando el término “desregulación” para caracterizar ese proceso de reestructuración de fines y medios. El uso de este vocablo ha sido cuestionado por algún autor. En efecto, si se está al significado del prefijo “des” (negación o inversión de lo que expresa el simple) y al significado del verbo “regular” (acción destinada a determinar reglas o normas), su conjunción significaría “eliminar o suprimir reglas o normas sin sustituirlas por otras nuevas”. No es el caso de lo que ocurre con las obras sociales, ya que el proceso que éstas viven desde comienzos de la pasada década es el de sustitución de unas reglas o normas por otras nuevas. Incluso, si nos atenemos a los hechos, se ha operado una mayor regulación. Para esta parte de la doctrina, lo propio es hablar de “flexibilización normativa” (Lorenzo P. Gnecco. Obras sociales y desregulación. La Ley, Buenos Aires, 1997, ps. 45 y ss.).

El marco jurídico de este proceso de transformación no fue coherente. Como lo señaláramos en el punto 2. de este estudio (apartado 2.1.), antes de finalizar su gestión, el gobierno precedente había impulsado la sanción de las leyes Nros. 23.660 y 23.661 para concentrar el manejo financiero de la organización sanitaria nacional. Debe destacarse, además, que el Sistema Nacional del Seguro de Salud preveía la inclusión de los sectores de la población sin capacidad contributiva, mediante aportes del Estado. Ello, sin embargo, nunca se concretó.

Después de 1989, se abrieron nuevos caminos alternativos: a) en primer lugar, la derogación del Sistema Nacional del Seguro de Salud y la vuelta a la originaria ley N° 18.610; b) luego, se buscó equiparar el financiamiento de las obras sociales mediante una cuota *per capita* (CUPAM), administrada por un organismo central; y c) por último, se propuso unificar la recaudación del sistema a través de un solo ente.

En otra etapa posterior, se decidió liberar la facultad de afiliarse a la obra social preferida, evitando las condiciones monopólicas de contratación que frecuentemente imponen las organizaciones de prestadores. Nuevas decisiones adoptadas por las autoridades sanitarias a nivel nacional fueron instrumentadas a través de decretos modificatorios de la reglamentación de las leyes Nros. 23.660 y 23.661. Así, a partir de 1992 y hasta hoy, se fueron superponiendo sucesivas normas de menor jerarquía que buscaban corregir los problemas del sistema, contradiciendo casi siempre el espíritu de las leyes reglamentadas (Hugo E. Arce. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Proyecto CEPAL/GTZ, Serie Financiamiento del Desarrollo, Documento N° 59 (LC/L.1042), Santiago de Chile, junio de 1997, ps. 26 y 27).

3.2. Los comienzos de la flexibilización normativa en materia de libertad de elección de obra social.

En la década del noventa fueron numerosos los decretos y resoluciones que desarrollaron y reglamentaron el ejercicio de la opción para cambiar de obra social. Enumeramos a continuación las normas más importantes dictadas en ese período:

- El decreto N° 9/93 establece que los beneficiarios comprendidos en los artículos 8° y 9° de la ley N° 23.660, tendrán libre elección de su obra social, con tal de que el otro agente sea de carácter sindical. La elección podrá recaer solamente en una obra social y será ejercida sólo en una oportunidad por año.
- El decreto N° 576/93, reglamentario de las leyes Nros. 23.660 y 23.661, dispone -al reglamentar el artículo 16 de la primera de las leyes citadas- que

“los aportes y contribuciones que, por imperativo legal, se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador a favor del sistema de salud, le pertenecen y puede disponer de ellos para la libre elección del agente del seguro (...)”.

- El decreto N° 292/95 que reglamenta, entre otros temas, la disminución de contribuciones a cargo de los empleadores y la unificación de aportes para las obras sociales. En su artículo 11, establece que los jubilados y pensionados podrán optar por afiliarse al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) o a cualquier otro agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud inscripto en el Registro.
- La resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Acción Social y de Trabajo y Seguridad Social Nros. 151/95 Y 364/95, respectivamente, que establece que la opción del artículo 11 del decreto 292/95 será ejercida por los titulares de los beneficios previsionales. Las opciones colectivas deberán ser formalizadas antes del 20 de noviembre de 1995 por los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
- El decreto N° 1141/96, estableciendo que a partir del 1° de enero de 1997, se podrá ejercer la opción de cambio entre las obras sociales sindicales. Esta se efectivizará desde el 31 de marzo de ese año para las entidades que no se hubiesen presentado en el programa de reconversión. Para las que se encontrasen calificadas dentro de ese programa y hayan presentado su plan de reconversión antes del 31 de diciembre de 1996, la efectivización del cambio regirá a partir del 30 de junio de 1997.
- La resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 633/96, ratificada por el decreto N° 1560/96, determina que la opción de cambio sólo podrá ser ejercida por aquellos afiliados de las obras sociales indicadas en los incisos a), b), d) y h) del artículo 1° de la ley N° 23.660. Tal opción se

ejercherà ante la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), la que notificará de inmediato tal circunstancia a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y la obra social de elección. La opción podrá ejercerse sólo una vez al año, entre el 1º de mayo y el 30 de junio, y se efectivizará dentro de los noventa (90) días de presentada la solicitud.

- El decreto N° 89/97, que establece que la opción sólo puede tener lugar una vez al año, entre el 1º de mayo y el 30 de junio. Ella se efectivizará en noventa (90) días después de presentada la solicitud pertinente. La DGI arbitrará las medidas para que los aportes y contribuciones correspondientes al trabajador se traspasen a la nueva obra social.
- La resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 461/97, modificatoria de la resolución ministerial N° 633/96, dice que el cambio de obra social se efectivizará a partir del primer día del tercer mes posterior a la presentación de la solicitud.
- La resolución de la Administración Nacional de la Seguridad Social N° 684/97, que establece que todo beneficiario, titular de una prestación previsional otorgada por el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, podrá optar por afiliarse al INSSJP o a cualquier otro agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud inscripto en el Registro *ad hoc*. Dicha opción deberá formalizarse ante las Unidades de Atención Integral (UDAI) o las delegaciones del ANSES.
- El decreto N° 638/97, que dispuso el régimen de libre elección de la obra social respecto del personal de dirección (ley N° 23.660, artículo 1º, inciso e).
- El decreto N° 1301/97, modificatorio del decreto N° 9/93, excluye de la posibilidad de opción a las obras sociales que provengan de acuerdos de

empresa y el correspondiente sindicato.

- El decreto N° 504/98, modificatorio del decreto N° 1301/97, que vuelve a incluir entre las obras sociales con posibilidad de opción a las constituídas por convenio con empresas y el sindicato. Asimismo, establece que la opción de cambio podrá ejercerse sólo una vez al año durante todo el año calendario, y se hará efectiva a partir del primer día del tercer mes posterior a la presentación de la solicitud.

4. LAS REGLAMENTACIONES RECIENTES: ANALISIS DE LOS DECRETOS 446/2000, 1140/2000 Y 1305/2000.

Dentro del mismo espíritu de flexibilización normativa que caracterizó la anterior gestión, las nuevas autoridades nacionales que asumieron el gobierno en diciembre de 1999 dictaron, en el curso del año 2000, los decretos Nros. 446, 1140 y 1305. Esta normativa -según palabras del Ministro del ramo, Dr. Héctor Lombardo- busca impulsar el proceso de “competencia regulada” del Sector Salud. Seguidamente la analizaremos.

4.1. El decreto N° 446/2000

Este decreto, dictado con fecha 2 de junio de 2000, establece que a partir del 1° de enero de 2001, los beneficiarios del sistema creado por las leyes Nros. 23.660 y 23.661 podrán ejercer el derecho de opción entre las siguientes entidades:

- a) Cualquiera de las obras sociales indicadas en el artículo 1° de la ley N° 23.660.
- b) Cualquiera de las entidades que se hubieran adherido al sistema de la ley N° 23.661 y su modificatoria.
- c) Cualquiera de las entidades que tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud, conforme a lo establecido en este decreto y en la normativa que oportunamente dicte la Superintendencia de Servicios de Salud como autoridad de aplicación (decreto N° 446/2000, artículo 1°).

En cuanto al derecho de opción, el artículo 2° del decreto determina que se regirá de acuerdo a las siguientes disposiciones:

- a) Podrá ejercerse sólo una vez al año durante todo el año calendario y se

hará efectiva a partir del primer día del tercer mes posterior a la presentación de la solicitud.

- b) Deberá ejercerse en forma personal ante la entidad escogida, la que enviará semanalmente los formularios y la nómina de las opciones recibidas a la Superintendencia de Servicios de Salud. Esta última, a su vez, lo comunicará:
 - b.1.) A la Administración Nacional de la Seguridad Social, para su procesamiento y actualización del padrón.
 - b.2.) A la Administración Federal de Ingresos Públicos, quien informará sobre los aportes y contribuciones efectuadas en los últimos doce (12) meses a la entidad de origen.
 - b.3.) A la entidad de origen

Asimismo, se establece que el afiliado que ejerza su derecho de opción deberá hacerlo con todos los beneficiarios comprendidos en el artículo 9º de la ley N° 23.660 y en las condiciones allí establecidas. Para el caso en que ambos cónyuges fueran afiliados titulares, deberán unificar sus aportes en una misma entidad. Se dispone, además, que los trabajadores podrán ejercer el derecho de opción desde el momento mismo del inicio de la relación laboral. Por otra parte, los beneficiarios cuya relación laboral se hubiera extinguido, quedarán excluidos del derecho de opción. Los afiliados que cambien de entidad, deberán permanecer como mínimo un (1) año en ella y, vencido dicho plazo, podrán ejercer una nueva opción (decreto N° 446/2000, artículos 4º, 6º, 8º, 10 y 11).

Respecto a las entidades, éstas deberán admitir la afiliación de todo beneficiario titular del Sistema Nacional del Seguro de Salud que así lo solicite y le brindarán la más amplia información, entregándole una cartilla que contenga los planes y programas de cobertura. No podrán supeditar la

admisión al cumplimiento de condiciones no previstas en la ley, ni al estado de salud, la edad, la realización de exámenes psicofísicos o declaraciones de salud. Les está prohibido establecer períodos de carencias para las prestaciones médicas obligatorias y no podrán decidir unilateralmente la baja de ningún afiliado. La entidad receptora, como mínimo, brindará al adherente proveniente de otra entidad el Programa Médico Obligatorio (PMO). No obstante ello, los afiliados podrán convenir planes que provean una mayor cobertura (decreto N° 446/2000, artículos 3°, 7° y 9°).

El decreto analizado modifica la reglamentación del artículo 24 de la ley N° 23.661, estableciendo que los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán destinados:

- a) A la contratación de seguros que cubran las contingencias derivadas de prestaciones médicas especiales de alta complejidad o de elevado costo y baja frecuencia de utilización.
- b) A subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que, por todo concepto, perciban menores ingresos, con el propósito de equiparar sus niveles de cobertura obligatoria.

4.2. El decreto N° 1140/2000

El decreto N° 1140/2000, dictado el 2 de diciembre de 2000, modifica el artículo 1° del decreto N° 446/2000 con el fin de dejar establecido que las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, así como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) quedan excluidos del sistema creado por dicho decreto.

Además, sustituye el artículo 19 del decreto N° 46/2000, dando una

nueva redacción al artículo 24 de la ley N° 23.661. Esta modificación establece ahora que los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán destinados a:

- a) Atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud con el tres por ciento (3%) de la totalidad de los recursos de ese fondo en cada período presupuestario.
- b) Subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que, por todo concepto, perciban menores ingresos con el fin de equiparar sus niveles de cobertura obligatoria.
- c) Brindar cobertura a las prestaciones médicas especiales de alta complejidad o elevado costo y baja frecuencia de utilización y las de discapacidad.
- d) Supletoriamente, constituir reservas líquidas destinadas a atender posibles desequilibrios financieros por la mora en los aportes y contribuciones del sistema.
- e) El eventual excedente de este fondo permanecerá en el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Más adelante, por el artículo 8° del decreto N° 1140/2000, se faculta a la autoridad de aplicación para que adopte las medidas legales que permitan establecer sanciones, frente a las eventuales conductas de los sujetos involucrados en el sistema (empleadores y los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sus representantes legales, funcionarios y/o empleados superiores) que intenten obstaculizar la voluntad y libertad de los afiliados.

4.3. El decreto N° 1305/2000

La normativa en cuestión, de fecha 29 de diciembre de 2000, aprueba la reglamentación de varios artículos del decreto N° 446/2000 y su

modificatorio N° 1140/2000, con el propósito de sistematizar los mecanismos para la incorporación de nuevas entidades como agentes adheridos al Sistema Nacional del Seguro de Salud y garantizar que la decisión de los beneficiarios se establezca mediante un acto de voluntad libremente expresada.

Así, las entidades con capacidad para brindar cobertura a los beneficiarios que ejerzan el derecho de opción, deberán regirse por las leyes Nros. 23.660, 23.661 y normas complementarias.

Se determina que en el ejercicio del derecho de opción, durante el lapso que medie entre la presentación de la solicitud de cambio hasta el último día del segundo mes posterior al mes de su presentación, la prestación estará a cargo del agente que se encuentre prestando el servicio. La opción deberá ejercerse en forma personal e individual ante el agente elegido o ante cualquiera de las delegaciones del ANSES. En ambos casos, la entidad receptora enviará semanalmente la documentación a la Superintendencia de Servicios de Salud, la que -si corresponde- lo comunicará:

- a) Al ANSES para su procesamiento y actualización del padrón.
- b) A la AFIP.
- c) Al agente de origen.
- d) Al agente elegido.

Las entidades están obligadas a admitir la afiliación de los beneficiarios mencionados en la ley N° 23.660, artículo 9º, incisos a) y b), y beneficiarios familiares junto con la del titular. La cobertura del beneficiario que hubiera hecho uso de la opción de cambio, en caso de hallarse en tratamiento o padecer afecciones crónicas preexistentes, estará durante doce (12) meses corridos a cargo del agente de origen, al cual la entidad receptora le facturará las prestaciones que haya efectuado. La obligación será exigible solamente si el beneficiario hubiera permanecido por lo menos un (1) año en

el agente de origen. Caso contrario, el nuevo agente deberá hacerse cargo de las prestaciones.

En cuanto a los trabajadores, desde el primer día de la relación laboral podrán hacer uso del derecho de opción. Los empleadores, en el momento de registrar el ingreso de sus nuevos trabajadores dependientes, deberán consignar la obra social de la actividad que corresponda. La limitación anual no será de aplicación en los siguientes supuestos:

- a) Inicio de una nueva relación laboral.
- b) Cambio de domicilio en un radio superior a los cien (100) kilómetros o que implique un cambio de jurisdicción, si la entidad por la que se hubiere optado careciera de cobertura en dicho ámbito.

La Superintendencia de Servicios de Salud deberá dictar las normas que regirán a los agentes comprendidos. Dicha normativa, como mínimo, preverá las siguientes pautas:

- a) La nómina de prestaciones e insumos médico-asistenciales incluidos en el Programa de Coberturas Especiales, financiadas a través del Fondo Solidario de Redistribución.
- b) Los requisitos de acreditación que deberán cumplir las entidades prestadoras o proveedoras de dichos servicios e insumos.
- c) Los precios máximos de referencia para las prestaciones e insumos financiados por el Fondo Solidario de Redistribución.
- d) El importe que afrontará cada agente cuando solicite la cobertura del Fondo Solidario de Redistribución.
- e) Los procedimientos administrativos y de auditoría para determinar la admisibilidad de la solicitud de cobertura, así como los criterios para la auditoría de procesos y resultados de las prácticas y utilización de los insumos.

- f) Los instrumentos legales y técnicos necesarios para asegurar el destino de los fondos.

Los agentes del seguro de salud tendrán garantizada una cotización mínima mensual de veinte pesos (\$ 20) por cada beneficiario titular, así como también por cada uno de los integrantes de su grupo familiar primario y los beneficiarios familiares. Por otra parte, dichos agentes estarán obligados a admitir la afiliación por opción, de afiliados titulares del sistema hasta un máximo de:

- a) Veinte por ciento (20%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón al 1° de enero de 2001, durante el transcurso del referido año.
- b) Cuarenta por ciento (40%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón al 1° de enero de 2002, durante el curso de ese año.
- c) Sesenta por ciento (60%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón al 1° de enero de 2003, durante el transcurso del referido año.
- d) Ochenta por ciento (80%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón al 1° de enero de 2004, durante el transcurso de ese año.

A partir del 1° de enero de 2005, no existirá límite para la afiliación por opción, quedando obligados a admitir la afiliación de todo aquel que lo solicite.

Las obras sociales formadas por convenio de empresa (ley N° 23.660, artículo 1°, inciso f), están exceptuadas de la anterior escala durante los dos (2) primeros años, rigiéndose por la siguiente:

- a) Diez por ciento (10%) del total de los beneficiarios titulares de su padrón

al 1º de enero de 2001, durante el transcurso del referido año.

- b) Treinta por ciento (30%) del total de los beneficiarios titulares de su padrón al 1º de enero de 2002, durante el transcurso de ese año.

A partir del 1º de enero de 2003, las mencionadas obras sociales deberán admitir la afiliación por opción según lo previsto en la escala general.

Se reglamenta también el artículo 8º del decreto N° 1140/2000, estableciéndose que las conductas de los sujetos involucrados en el sistema que intenten obstaculizar la libertad y voluntad de los afiliados, serán denunciados a la autoridad de aplicación. Esta substanciará el sumario pertinente, sin perjuicio de la comunicación de las otras autoridades intervinientes. La autoridad de aplicación informará a los servicios locales de inspección del trabajo toda denuncia recibida que involucre a empleadores. Los servicios de inspección verificarán, en el ámbito de sus competencias, la existencia de las imputaciones, aplicando la normativa de procedimiento y de fondo que correspondan.

5. EL CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES. SU NATURALEZA JURIDICO-INSTITUCIONAL

El Consejo Federal de Inversiones (CFI) es un órgano interestadual permanente “de investigación, coordinación y asesoramiento, encargado de recomendar las medidas necesarias para una adecuada política de inversiones y una mejor utilización de los distintos medios económicos conducentes al logro de un desarrollo basado en la descentralización”. Goza de personería jurídica para el cumplimiento de sus fines, pudiendo adquirir y enajenar toda clase de bienes, así como celebrar toda clase de contratos vinculados a sus funciones (Carta de Constitución del CFI, artículos 1º y 2º).

Componen el CFI la Asamblea, la Junta Permanente y la Secretaría General. La Asamblea es el órgano superior con facultades de decisión y tiene a su cargo establecer la acción política general del Consejo. La Junta Permanente, por su parte, es el órgano ejecutivo encargado de impartir las instrucciones necesarias para dar cumplimiento a las resoluciones adoptadas por la Asamblea. A la Secretaría General, finalmente, compete la gestión técnica y administrativa del organismo (Carta de Constitución del CFI, artículos 4º, 5º, 8º y 10º).

Los orígenes del CFI se remontan a la Primera Conferencia de Gobernadores, que sesionó en la ciudad de Buenos Aires el 14 de agosto de 1958. En ese encuentro, los mandatarios provinciales aprobaron por unanimidad una declaración en la que expresaban su voluntad de crear un ente para promover el desarrollo económico-social de sus respectivos Estados. Un año después, el 29 de agosto de 1959, durante la Tercera Reunión de Ministros de Hacienda provinciales, llevada a cabo en la ciudad de Santa Fé, se aprobó la Carta constitutiva del organismo.

Con posterioridad, las entonces veintidós jurisdicciones provinciales,

el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (antecesor de la actual provincia homónima) y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ratificaron dicha Carta conforme a sus respectivos procedimientos legales (artículo 22° de la Carta). Además de los Estados provinciales, está prevista la posibilidad de adhesión del Estado Nacional, la que sin embargo nunca tuvo lugar (Carta de Constitución del CFI, artículo 25°).

La creación del CFI como órgano interestadual halla su justificación en las previsiones del artículo 107 de la Constitución de 1853, según el cual “las provincias pueden celebrar tratados parciales para fines de administración de justicia, de intereses económicos y trabajos de utilidad común, con conocimiento del Congreso Federal; y promover su industria, la inmigración, la construcción de ferrocarriles y canales navegables, la colonización de tierras de propiedad provincial, la introducción y establecimiento de nuevas industrias, la importación de capitales extranjeros y la exploración de sus ríos, por leyes protectoras de estos fines, y con recursos propios”. Como bien lo puntualiza Felipe González Arzac, “el artículo 104 del proyecto [de Constitución] de Alberdi, que se convirtió en 107 de la sanción definitiva, hacía expresa mención de la posibilidad de que dos o más provincias tuvieran un mismo tribunal superior, lo cual significa que desde el proyecto, se entendió autorizar con tal norma la creación de órganos comunes” (Felipe González Arzac. Entes regionales de fomento. CFI, Buenos Aires, 1964, ps. 5 y 6).

La reforma de 1994, en el primer párrafo del artículo 125, reprodujo íntegramente el artículo 107 de la Constitución Nacional de 1853. Pero esta vez, receptando expresamente lo que la doctrina constitucional ha llamado “federalismo horizontal”, la nueva Superley estableció en la primera parte del

artículo 124 que “las provincias podrán crear regiones para el desarrollo económico y social y establecer órganos con facultades para el cumplimiento de sus fines” (Germán J. Bidart Campos. Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino. EDIAR, Buenos Aires, 1995, Tomo VI, ps. 517 y ss. Para las nuevas estructuras federales, ver Pablo Ramela. Derecho Constitucional. 2ª Edición, Depalma, Buenos Aires, 1982, ps. 103 y 104).

Desde el punto de vista de la doctrina administrativa, Dromi divide los entes públicos dotados de personalidad jurídica propia en estatales y no estatales. Entre las personas públicas estatales, incluye las empresas interprovinciales para la promoción de una o más actividades específicas y comunes a los Estados provinciales signatarios. Cita como ejemplos las administraciones interjurisdiccionales de la cuenca de los ríos Bermejo, Negro (IDEVI) y Colorado (CORFO y COTIRC), las entidades financieras interjurisdiccionales como la Corporación Financiera Regional del Nordeste (COFIRENE), empresas públicas regionales como Aero Chaco y, finalmente, las corporaciones públicas interestatales, entre las que menciona al CFI (Roberto Dromi. Derecho Administrativo. 4ª Edición, Ciudad Argentina, Buenos Aires, 1995, ps. 462 a 465).

De igual opinión es Cassagne, quien sostiene que el CFI es una corporación pública estatal, vale decir, una entidad asentada sobre la base de la asociación de los entes estatales participantes. El citado autor enuncia los caracteres inherentes a esta clase de entidades:

- a) Son personas públicas estatales de base asociativa, esto es, que no dependen en forma exclusiva de una sola entidad administrativa. Su principio organizativo central es la coordinación y ejecución concertada de planes y proyectos de interés común.
- b) Están sometidas al derecho público y, por lo tanto, sus actos y contratos

tienen, en principio, carácter administrativo. Ello sin perjuicio de la actuación que les es propia en la esfera del derecho privado.

- c) Sus funcionarios y empleados son agentes públicos.
- d) Dada la diversidad de competencias concurrentes en materia de control, el sistema de contralor de este tipo de corporaciones debe quedar establecido en el estatuto (Juan Carlos Cassagne. Derecho Administrativo. 4ª Edición, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1993, Tomo I, ps. 382 y 383).

Para González Arzac, la Carta Orgánica-convenio del CFI confiere al organismo la personería jurídica necesaria para el cumplimiento de sus fines. La posterior ratificación legislativa de la Carta otorga esa personería por la ley en cada una de las jurisdicciones ratificantes. El ente nacido, órgano de los Estados provinciales contratantes, es una persona de derecho público creada por la ley para el logro de fines estatales concretos. El CFI es , pues, un ente autárquico de naturaleza institucional (Felipe González Arzac. Esquema institucional del CFI. Consejo Federal de Inversiones, Buenos Aires, 1960, p. 4).

6. EL CFI Y LA ATENCION DE LA SALUD DE SU PERSONAL. ANALISIS DEL SISTEMA VIGENTE: LOS CONTRATOS CON ASISTENCIA MEDICA SOCIAL ARGENTINA (AMSA) Y EL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (IOMA)

En el Estatuto del Personal de CFI, artículo 6° inciso 8), se establece que el personal del organismo tiene derecho a la asistencia social para sí y su familia. Este derecho se halla luego explicitado en el artículo 29° del Estatuto, que reza: “El Consejo Federal de Inversiones contemplará la cobertura integral de los agentes y familiares a cargo, en lo que hace a salud, previsión, seguros, vivienda y turismo”.

El primer antecedente jurídico relacionado con la atención médica del personal del Consejo es la resolución de la Secretaría General N° 295, de fecha 25 de octubre de 1962, por la que se creó el Servicio Médico del CFI, cuyas funciones eran el control de las inasistencias por enfermedad de los agentes del organismo y la asistencia médica de éstos y sus familiares.

En la misma década del sesenta, el CFI gestionó la prestación de servicios sociales estatales, petición ésta que fue denegada (Expediente N° 4288/67). Por tal motivo, las autoridades del organismo decidieron la contratación de servicios médicos asistenciales. En 1969, éstos fueron finalmente adjudicados a **Asistencia Médica Social Argentina (AMSA)**, una empresa de medicina prepaga con domicilio en la Capital Federal. El primer contrato entró en vigencia el 1° de octubre de 1969 y se ha mantenido hasta el presente por sucesivas prórrogas. Por otro lado, la cobertura del personal que residía en La Plata ya estaba a cargo del **Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA)**, con domicilio en aquella ciudad. Conforme al texto ordenado de la ley provincial N° 6982,

artículo 1º, el IOMA es una entidad autárquica con capacidad para actuar pública y privadamente, cuyo cometido es realizar en la provincia de Buenos Aires, “todos los fines del Estado en materia médico-asistencial para sus agentes en actividad o pasividad y para los sectores de la actividad pública y privada que adhieran a su régimen”. Al 31 de diciembre de 2000, los afiliados a AMSA totalizaban 1.151 personas (352 beneficiarios titulares y 799 familiares), mientras que el total de personas adheridas al IOMA era de 46 (21 beneficiarios titulares y 25 familiares).

Se examinarán a continuación los contratos vigentes con ambas prestadoras.

6.1. El contrato con Asistencia Médica Social Argentina (AMSA)

El contrato actualmente en vigor fue firmado el 18 de setiembre de 1998. Establece que a partir del 8 de julio de 1998, y por el término de treinta y seis (36) meses, AMSA prestará la asistencia médico quirúrgica y el Plan Médico Obligatorio a cada una de las personas comprendidas en el mismo, en la Capital Federal, el Gran Buenos Aires, en un radio de 40 Km de comunicación terrestre contados desde la Plaza del Congreso, incluyendo las ciudades de La Plata, Escobar, Campana y las localidades previstas por la prestadora en su cartilla (artículos 1 y 18).

Conforme el artículo 2, son beneficiarios del contrato las personas que se hallan en relación de dependencia laboral o que éste considere asimilables y sus familiares a cargo. Por tales se entienden el cónyuge o concubino, los hijos solteros menores y mayores, los padres y los padres políticos. Durante la vigencia del contrato, el beneficiario podrá incluir a cualquier otro familiar con tales grados de parentesco, mediante el pago de las cuotas en vigor, previa notificación escrita a AMSA y dentro de los treinta (30) días de producido el

hecho social o biológico correspondiente. Se contempla la prestación inmediata de la totalidad de los servicios para los actuales abonados titulares, sus cónyuges, hijos menores y mayores y padres incluidos expresamente. Las nuevas afiliaciones contarán con carencias de sesenta (60) días para hijos mayores y padres para ciertos estudios y prácticas de tratamiento, y de ciento ochenta (180) días en los casos de internación para cuadros clínicos y/o quirúrgicos de enfermedades no agudas.

El abono mensual por cada afiliado se fijó, a partir del 1º de noviembre de 2000 en la suma de sesenta y cinco pesos (\$ 65), incluido el I.V.A. El CFI abonará a la prestadora la suma mensual total resultante de aplicar los aranceles convenidos . El pago se hará mensualmente por adelantado, del 1º al 10 de cada mes (artículos 3 y 17).

El artículo 4 determina que AMSA prestará servicios médicos asistenciales con la modalidad sin cargo y sin límites en todas las especialidades de su cartilla médica en vigor. Establece, asimismo, que en todos los centros asistenciales de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires que figuran en su cartilla, AMSA prestará servicios relacionados con estudios complementarios, electrocardiografía, electroencefalografía, análisis clínicos, estudios anatomopatológicos y estudios de diagnósticos por imágenes incorporados a la práctica médica diaria, prestaciones médico-quirúrgicas de práctica diaria o habitual no incorporadas al Nomenclador Nacional y reconocidas por instituciones científicas. La prestadora ofrecerá a los beneficiarios por lo menos tres servicios alternativos de laboratorio clínico completo y de diagnóstico por imágenes. El mismo artículo 4 detalla seguidamente los alcances de las siguientes prestaciones: 1) Plan Materno Infantil, que cubre el embarazo y el parto a partir del diagnóstico y hasta el primer mes posterior al alumbramiento, así como la atención del recién nacido

hasta el año de edad. 2) Programa de Enfermedades Oncológicas, que incluye los programas de prevención de los cánceres femeninos y el diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas. 3) Programa de Asistencia Básica, conforme al cual AMSA proveerá a través de su cuerpo médico, accediendo a la libre elección de profesionales, planes de asistencia preventiva, chequeos periódicos, planes de vacunación y toda otra situación relacionada con la prevención primaria.

Por el artículo 5 del contrato, se determinan los servicios que AMSA prestará en condiciones especiales. Estos son: 1) odontología, 2) medicamentos, 3) cirugía plástica estética, 4) tratamientos psiquiátricos o psicoanalíticos, 5) consultas por enfermedades alérgicas, 6) tratamiento radiante, 7) hemoterapia, 8) traumatología y ortopedia, 9) tratamiento de quemados, 10) tratamientos dietéticos, 11) medios de diagnóstico (laboratorio, diagnóstico por imágenes y anatomía patológica), 12) tratamientos de kinesiología, fonoaudiología y otros tipos de rehabilitaciones y 13) internaciones. Los servicios antes detallados se prestarán bajo diversas modalidades y condiciones, estableciéndose los casos en que AMSA cubrirá la totalidad de los gastos de tratamiento y los casos en los que el beneficiario deberá abonar una parte de los mismos o un arancel fijo. Quedan determinados los tratamientos y materiales excluidos del contrato (ortodoncia, prótesis dentales, productos homeopáticos y dietéticos, recetas magistrales, tratamientos alérgicos, prótesis miogénicas o bioeléctricas, etc.). Entre los servicios incluidos en el contrato se cuentan la atención de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas incluyendo sida, enfermedades congénitas, enfermedades genéticas e intento de suicidio (artículo 6). A partir del 1º de noviembre de 2000, quedó modificado el último apartado del artículo 5 del contrato, agregándose a las prestaciones de AMSA los trasplantes de

órganos, la asistencia diagnóstica y terapéutica integral, incluyendo la medicación inmunosupresora. La fecha de vencimiento de esta modificación parcial del contrato es el 28 de febrero de 2002.-

La prestadora -según el artículo 7 del contrato *sub-examine*- se obliga a brindar asistencia médica a todo tipo de accidentes.

Los servicios de urgencia serán permanentes, diurnos y nocturnos, incluyendo los días no laborables y feriados. Los demás servicios se prestarán de acuerdo a la cartilla médica vigente. Para la atención en consultorio, sin cargo y sin límite, el beneficiario deberá presentar su carnet de afiliación. Se determinan las modalidades para los análisis y estudios complementarios, así como para las urgencias domiciliarias, las urgencias ambulatorias y las urgencias con internación. AMSA mantendrá un servicio de guardia permanente para urgencias y emergencias las 24 horas del día, incluyendo los días no laborables y feriados, con servicios a domicilio y, en su caso, traslado con ambulancia. Para los casos de internación, todos los medicamentos y materiales descartables serán sin cargo para el beneficiario (artículos 8 a 11 inclusive).

Bajo diversas modalidades, se contemplan los servicios prestados por profesionales ajenos al cuerpo médico de AMSA, que incluyen las consultas, el uso de los laboratorios de la prestadora para la asistencia por un médico particular y las internaciones quirúrgicas y obstétricas con médico particular (artículo 13).

El artículo 14 se refiere a la suspensión del servicio. Esta podrá producirse: A) Por falta de pago, en cuyo caso AMSA podrá suspender las prestaciones, salvo que ello afectara gravemente la salud de los beneficiarios. Si las sumas debidas por el abonado no se pagaren dentro de los sesenta (60) días del vencimiento, podrá incluso rescindirse el contrato. B) Por inconducta

del beneficiario, derecho que se reserva AMSA de rehusar la prestación de sus servicios si, por parte del paciente, mediare negligencia o incumplimiento deliberado de las indicaciones profesionales. C) Por existencia de secuelas de enfermedades o de tratamientos quirúrgicos, derecho que también se reserva la prestadora de rehusar la atención de los afiliados que presenten secuelas de enfermedades u operaciones atendidas o practicadas por profesionales ajenos a AMSA luego de la entrada en vigencia del contrato.

En el caso de deficiencias del servicio, ellas deberán ser comunicadas en forma escrita por el beneficiario o sus familiares a la Administración de AMSA, dentro de las 24 horas de haberse producido, poniendo en conocimiento de la prestadora todos los detalles del caso. Investigada la reclamación y si así correspondiere hacerlo, las autoridades de AMSA darán al beneficiario las más amplias satisfacciones posibles (artículo 16).

Conforme al artículo 18, el contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes con un preaviso de treinta (30) días. Está prevista asimismo, la prórroga del mismo por otro periodo igual al de su vigencia (tres años) mediante la declaración expresa de las dos partes contratantes.

Los conflictos derivados de la aplicación de las cláusulas del contrato referidos a la prestación de servicios, serán sometidos a la decisión de dos árbitros médicos amigables componedores, designados uno por AMSA y el otro por CFI. En caso de desacuerdo, ambas partes deberán escoger un tercer árbitro, también médico. Si no pudiese acordarse la elección del tercero, éste será designado por el Señor Juez Federal en lo Civil y Comercial en turno de la Capital Federal. En caso de que el abonado adeude sumas por la prestación de servicios, aranceles o medicamentos, las partes convienen en que AMSA deberá intimar su pago por telegrama colacionado, dando un plazo de cinco (5) días hábiles para cancelar la deuda (artículo 19).

6.2. El contrato con el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA)

El contrato entre el IOMA y el CFI se suscribió el 14 de noviembre de 1997. Tiene un año de duración, debiéndosele considerar vigente a partir del 1º de mayo de 1997. Se renueva automáticamente cada año por idéntico período, en tanto las partes no manifiesten en forma fehaciente y con treinta (30) días de antelación, su voluntad en contrario (cláusula 12ª).

De conformidad a la cláusula 1ª, las partes acuerdan la instrumentación de los servicios del IOMA previo cumplimiento del plazo de noventa (90) días de carencia y presentación de la declaración jurada de enfermedad preexistente por parte del personal del CFI que, a la fecha de firmarse el convenio, hubiera optado por su inclusión, así como del personal que no hubiese hecho uso de la opción mencionada o que ingresara con posterioridad a la firma del acuerdo. Respecto a las bajas de afiliados, la cláusula 10ª establece que sólo se aceptarán a partir de los ciento ochenta (180) días contados desde el inicio de la vigencia del contrato y siempre que el CFI se encontrare al día en el pago de las cuotas correspondientes, salvo los casos de cesantía, renuncia o desvinculación de la entidad adherida. Toda baja se comunicará a la prestadora en forma fehaciente hasta el vigésimo día de cada mes o hábil anterior. Los efectos de dicha baja se producirán a partir del primer día del mes siguiente (cláusula 9ª y Anexo II, punto 3).

El IOMA prestará sus servicios asistenciales de conformidad a su normativa en vigor y/o a la que el Directorio de la entidad prestadora pudiera dictar sobre el particular durante la vigencia del convenio. El CFI, por su parte, está obligado a presentar al IOMA la documentación afiliatoria de todo el personal que optare por incorporarse al presente régimen (cláusulas 2ª y

3ª).

Asimismo, de acuerdo a la cláusula 4ª, el CFI deberá abonar, por afiliado directo, una cuota mensual por el derecho al uso de los servicios asistenciales, la que será determinada mediante la aplicación del porcentaje legal total sobre cualquier retribución sujeta a descuento previsional. Según lo establecido por el artículo 2º de la Resolución N° 0670/96 del Directorio del IOMA, de fecha 6 de noviembre de 1996, dicho porcentual será del nueve por ciento (9%).

El pago de la cuota mensual se efectivizará a partir del primer mes del plazo de carencia arriba mencionado y el alta se establecerá una vez que se haya cumplido y cancelado el período de carencia. La cuota se reajustará automáticamente en proporción a las variaciones antes mencionadas que afecten al personal del CFI adherido. Dichas cuotas deberán abonarse por mes adelantado, del 1º al 10 de cada mes, depositando las sumas de que se trata en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, a la orden del IOMA, en su cuenta bancaria o en la que, en su defecto, la obra social indique (cláusula 5ª).

Dentro de los dos (2) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los pagos, el CFI deberá remitir a la Dirección de Administración y Finanzas las planillas discriminativas de aportes, la boleta de depósito justificatoria de la efectivización de los pagos y el registro informático de los datos contenidos en las planillas. Asimismo, deberá enviar a la Dirección de Afiliaciones el movimiento de altas, bajas y modificaciones del personal afiliado. El IOMA puede compulsar los libros de sueldos y jornales y toda otra documentación sobre la situación laboral de los afiliados (cláusula 6ª).

Conforme a lo estipulado en la cláusula 7ª, el incumplimiento en el pago hará incurrir a la entidad adherida en mora de pleno derecho, quedando

facultada la prestadora a adoptar las medidas necesarias para regularizar la situación sin interpelación judicial o extrajudicial previa. El CFI garantizará el cumplimiento de sus obligaciones mediante la acreditación de un aval bancario de un año de plazo, equivalente a dos (2) meses de pagos regulares u otra documentación que pudiera determinar el Directorio del IOMA (cláusula 8ª).

La cláusula 13ª establece que el IOMA podrá rescindir el convenio mediando las causales siguientes: a) en forma automática, si el CFI no cumple, dentro de los plazos del convenio, con dos (2) mensualidades consecutivas o alternadas de aportes; b) por falsedad en las declaraciones juradas de ingresos o en la documentación exigida a la entidad adherida en la cláusula 6ª; y c) cuando razones de política institucional del IOMA o cambio de la normativa vigente exijan la adaptación del convenio. Igualmente, transcurridos los primeros ciento ochenta (180) días a partir de la firma del convenio, las partes podrán denunciarlo sin causa. Para ello, se deberá comunicar fehacientemente a la otra parte la voluntad de rescindir el instrumento con treinta (30) días de antelación.

La cláusula 14ª se refiere a la suspensión de servicios y a la entrega de credenciales.

Para todos los efectos del contrato, las partes se someten a los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial de La Plata, renunciando a toda otra jurisdicción (cláusula 15ª).

7. EL CFI Y EL FONDO DE OBRA SOCIAL (FOS)

7.1. Los orígenes del FOS

Los primeros antecedentes del FOS se remontan al año 1974. En esa época, la asistencia médica del personal del CFI era brindada por AMSA, pero no existía cobertura para otras prestaciones ni un sistema de reintegro mínimo de los gastos efectuados por el personal y su grupo familiar. Para solucionar el problema, se había comenzado a formar un fondo sobrante, en el que el organismo aportaba el dos por ciento (2%) de los sueldos del personal y los beneficiarios el veinte por ciento (20%) de los aranceles cobrados por AMSA. La Secretaría General consideró entonces que era necesario incrementar dicho fondo y, al mismo tiempo, implementar un sistema de reintegros.

Por resolución N° 74-155, de fecha 6 de mayo de 1974, la Secretaría General designa una Comisión Administradora de Fondos Asistenciales, compuesta por el Director o Jefe de Logística, el Jefe de Personal y el Secretario General de la Asociación de Trabajadores del CFI. La Comisión es autorizada a reintegrar hasta la suma de dos mil pesos (\$ 2.000) por gastos que el agente o su grupo familiar tengan que afrontar y que no se hallaren incluidos en los servicios de la prestadora. Igualmente, se establece que el CFI aportará hasta el dos y medio por ciento (2,5%) de los haberes del personal para el Fondo y descontará hasta el cincuenta por ciento (50%) de los aranceles mensuales cobrados por AMSA, con el mismo destino.

7.2. La evolución del Fondo

El FOS se desarrolla en los años que siguen a su creación, particularmente en la década del ochenta, en la que organiza su régimen de funcionamiento y el sistema de prestaciones en materia de asistencia social.

El 17 de febrero de 1982, por resolución N° 82-087, la Secretaría General crea una Comisión Especial, integrada por cuatro (4) agentes del organismo, que tiene por función administrar los recursos del FOS. La Comisión, asimismo, debe elaborar el reglamento interno y las normas de funcionamiento del Fondo, así como estudiar y proponer las medidas conducentes a la cobertura integral de las necesidades del personal en materia de salud, previsión, seguro, vivienda, turismo, etc. El reglamento de funcionamiento del FOS fue aprobado por resolución N° 83-581 del 23 de setiembre de 1983.

El 28 de agosto de 1984, por resolución N° 84-327, fue modificada por reglamentación, comenzando a regir el nuevo texto el 1° de septiembre de 1984, que es el actualmente vigente con las reformas parciales introducidas por las resoluciones Nros. 90-030, 90-146, 91-028, 92-086, 93-160, 95-091, 96-168, 97-011 y 97-025.

7.3. El objetivo del FOS

Establece el artículo 1° del Reglamento que es objetivo del FOS “garantizar el otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales básicas conducentes a preservar, conservar o restablecer la salud de los beneficiarios y otorgar a éstos otras prestaciones de carácter social sobre la base del principio de solidaridad y procurando el mejor nivel de atención médica y el máximo aprovechamiento de los recursos”.

7.4. Los beneficiarios del FOS

Conforme a los artículos 2° y 3° del Reglamento del FOS, son beneficiarios de éste:

- a) Todas las personas que presten servicios en relación de dependencia en

el CFI y así lo solicitaren.

- b) El cónyuge o concubino del beneficiario titular, los hijos o hijastros solteros o el menor bajo guardia hasta la mayoría de edad, los hijos o hijastros o personas bajo guardia, incapacitados y a cargo del titular, cualquiera fuera su edad y los hijos o hijastros solteros mayores de veintiún (21) años y que cursen estudios en cualquier nivel, hasta que cumplan veinticinco (25) años de edad.

Bajo particulares condiciones, también podrán ser beneficiarios de algunas prestaciones:

- a) Los padres o padrastros del titular, para las prestaciones del servicio asistencial contratado y la cobertura del FOS cuando no poseyeran ingresos propios o estos no superaran una vez y media la pensión o jubilación mínima o el salario mínimo, vital y móvil. Si poseyeran ingresos propios que superaran el nivel antedicho, podrán ser incorporados al servicio asistencial contratado.
- b) Los suegros del titular, para las prestaciones del servicio asistencial contratado y con la previa aceptación de éste, cuando sus ingresos propios superaran por todo concepto una vez y media la pensión o jubilación mínima o el salario mínimo, vital y móvil.
- c) Los hijos o hijastros del titular, solteros y mayores de veintiún (21) años de edad, que no fueran incapacitados ni estuvieren a cargo del beneficiario, para las prestaciones del servicio asistencial contratado.
- d) Las personas que, habiendo pertenecido durante cinco (5) o más años a la planta permanente del CFI, se hayan desvinculado de éste, podrán continuar afiliados al servicio asistencial contratado, en un plan igual al vigente al momento de ejercer la opción y siempre que su alejamiento del organismo no se hubiera originado en una medida disciplinaria. Este

beneficio alcanza por igual a su grupo familiar y a los familiares aludidos en los artículos 3° a 5° inclusive del Reglamento del FOS.

- e) El personal del CFI que se acoja al beneficio de la jubilación podrá continuar afiliado al servicio asistencial contratado. Este beneficio es extensible a su grupo familiar y a los familiares incluidos en el inciso d) anterior (Reglamento del FOS, artículo 6°, inciso b).

7.5. Los recursos del FOS

En el artículo 7° del Reglamento se establece que son recursos del FOS:

- a) Una contribución mensual del CFI equivalente al ocho por ciento (8%) del total de las remuneraciones brutas correspondientes al personal con relación de dependencia.
- b) Un aporte de los beneficiarios titulares del tres por ciento (3%) de su remuneración bruta total, tengan o no grupo familiar a cargo.
- c) Un aporte adicional de los beneficiarios titulares del tres por ciento (3%) por cada uno de los familiares detallados en el artículo 4° inciso a) del Reglamento y del dos por ciento (2%) por cada beneficiario aludido en los artículos 4° inciso b) y 5° del mismo Reglamento.
- d) Los aportes de las personas que habiendo pertenecido al organismo durante cinco (5) o más años, se hayan desvinculado de éste y continúen afiliados al servicio asistencial contratado, así como los del personal del CFI que también conservare la afiliación al servicio asistencial contratado luego de acogerse a los beneficios de la jubilación.
- e) Las rentas obtenidas por colocaciones de excedentes financieros transitorios pertenecientes al FOS.
- f) Las rentas provenientes de los intereses que pudieran fijarse para el

otorgamiento de los préstamos al personal del CFI para vacaciones o para contingencias relacionadas con la vivienda única.

- g) Cualquier otra clase de aportes, reembolsables o no, inclusive legados o donaciones, previa aceptación de la Comisión Directiva del FOS y del Secretario General del CFI.

7.6. Las prestaciones del Fondo

Las diversas prestaciones del FOS se hallan enumeradas en los artículos 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 24º, 25º y 26º del Reglamento:

- a) Asistencia médica, odontológica y farmacéutica mediante la contratación de una o varias entidades prestadoras de tales servicios.
- b) Reintegro de los gastos del afiliado titular, su grupo familiar y otros familiares beneficiarios cuando ellos no sean reconocidos por los servicios asistenciales contratados, por las causas y montos señalados en los artículos 9º a 11º inclusive del Reglamento y bajo el cumplimiento de determinados requisitos.
- c) Asistencia financiera reintegrable por vacaciones.
- d) Asistencia financiera reintegrable ante contingencias específicas relacionadas con la vivienda única.
- e) Asistencia financiera reintegrable para la adquisición de vivienda por parte del afiliado titular.
- f) Asistencia financiera no reintegrable por iniciación del período escolar por cada hijo del beneficiario titular menor de dieciocho (18) años que curse estudios en un establecimiento preescolar, primario o secundario.
- g) Subsidio por el fallecimiento de cada uno de los miembros del grupo familiar y los familiares del titular que se encontraren incluidos entre los beneficiarios del sistema.

- h) Reintegros especiales para los beneficiarios menores hasta el día en que cumplan un (1) año de edad.
- i) Subsidio sujeto a rendición para el beneficiario titular por gastos originados en la internación en institutos geriátricos de los familiares mencionados en los artículos 3° inciso a) y 4° del Reglamento.
- j) Anticipo para prótesis odontológicas, ortodoncia, ortopedia funcional y otras situaciones que a juicio del servicio médico del CFI y la Comisión Directiva del FOS se justifiquen.

Para los reintegros se establece un régimen de carencias totales o parciales. En el caso de las primeras, el titular, su grupo familiar y los familiares incluidos en la Reglamentación podrán gozar del beneficio hasta haber cumplido un (1) año de aportes al FOS. En el caso de las carencias parciales, las personas antes mencionadas no gozarán del beneficio durante los primeros seis (6) meses de aportes y luego, entre el sexto mes y el año, se les reconocerá el cincuenta por ciento (50%) de los gastos, sin que exceda de la mitad del cupo de cada reintegro (Reglamento del FOS, artículos 34° a 37° inclusive).

En cuanto al personal en relación de dependencia no perteneciente a la planta permanente del CFI, el artículo 38° del Reglamento establece que las asistencias financieras reintegrables deberán estar relacionadas con su capacidad de repago, en base al monto de sus remuneraciones y el tiempo de vigencia de la relación laboral. Agrega que, bajo ningún concepto, los importes a devolver podrán superar el veinticinco por ciento (25%) de la remuneración bruta del agente.

Asimismo, en el caso de este personal, los anticipos del inciso j) anterior (Reglamento del FOS, artículo 24°) serán graduados por la Comisión Directiva en función del caso particular, del régimen de carencias y del tiempo

de vigencia de la relación laboral. Respecto al personal que cumpliera reducción horaria voluntaria o contractual, se le reconocerá durante la carencia parcial el veinticinco por ciento (25%) de los gastos realizados, sin que exceda la cuarta parte del cupo de cada reintegro. Terminado el período de carencia o cuando los reintegros no lo tengan, se les reconocerá el cincuenta por ciento (50%) del cupo de galenos (Reglamento del FOS, artículos 39° y 40°)

Un artículo adicional del Reglamento, vigente desde el 1° de julio de 1995, establece que “los beneficiarios titulares que opten por adherirse o mantener su afiliación al Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), aportarán al Fondo de Obra Social el cinco por ciento (5%) de su remuneración bruta (Resolución 95-091 del 12 de junio de 1995).

7.7. La administración del Fondo: la Comisión Directiva y el Administrador del FOS

La administración del FOS está a cargo de una Comisión Directiva formada por un (1) Administrador designado por el Secretario General del CFI, cinco (5) miembros titulares y cinco (5) miembros alternos. Todos ellos deben pertenecer a la planta permanente del CFI y contar con una antigüedad no menor de cinco (5) años consecutivos en el organismo (Reglamento del FOS, artículo 15°)

La Comisión Directiva estará compuesta por tres (3) integrantes del personal nombrados por el Secretario General, un (1) representante designado por la Asociación Mutual del Personal del CFI y un (1) representante por la Asociación de Trabajadores del CFI. Todos ellos desempeñarán sus cargos sin retribución adicional alguna por el término de dos (2) años y sus mandatos podrán ser prorrogados por la Secretaría General o las respectivas entidades

que ellos representan.

Según el artículo 16° del Reglamento, para formar *quorum* se requiere la presencia de cinco (5) miembros como mínimo y las decisiones se tomarán por simple mayoría de los miembros presentes. En caso de ausencia del miembro titular, éste debe ser reemplazado por el alterno a fin de garantizar el *quorum* para sesionar. La Comisión Directiva tiene funciones ejecutivas y de asesoramiento de la Secretaría General, debiendo reunirse por lo menos una vez cada dos semanas (Reglamento del FOS, artículo 17°)

Son funciones de la Comisión Directiva del Fondo, artículo 18° del Reglamento, las siguientes:

- a) Aprobar el proyecto de Memoria Anual, Balance General, Inventario y la Cuenta de Gastos y Recursos correspondientes al ejercicio vencido, así como el proyecto de cálculo de recursos y gastos del ejercicio siguiente, y elevarlos al Secretario General para su aprobación definitiva.
- b) Proyectar y reglamentar las prestaciones a otorgar y recomendar al Secretario General las contrataciones correspondientes.
- c) Proponer al Secretario General la modificación del porcentaje de los aportes mensuales del CFI y de los beneficiarios titulares.
- d) Considerar mensualmente el estado económico-financiero del FOS.
- e) Fijar el monto y la modalidad de la asistencia financiera reintegrable por vacaciones, contingencias específicas de la vivienda única y adquisición de vivienda, así como de los reintegros para solventar los gastos que excedan los cupos establecidos.
- f) Decidir, con la intervención previa de las áreas técnicas correspondientes, las inversiones financieras.
- g) Proponer al Secretario General las inversiones en bienes.
- h) Proponer al Secretario General la actualización del valor del Galeno CFI.

- i) Proponer al Secretario General las modificaciones al Reglamento del FOS.
- j) Autorizar, en caso de urgencia y/o ausencia del Secretario General, la disposición de fondos que no excedan el monto de dos (2) cajas chicas.
- k) Requerir el dictamen de la Asesoría Jurídica del CFI para proyectar y reglamentar las prestaciones, para recomendar a la Secretaría General las contrataciones y para proponer las modificaciones del Reglamento.
- l) Fiscalizar los reintegros, anticipos y subsidios.

El artículo 19º enumera las funciones del Administrador del FOS:

- a) Realizar la gestión administrativa del Fondo.
- b) Asistir a las reuniones de la Comisión Directiva, levantando actas de las mismas.
- c) Mantener informada a la Comisión Directiva del estado económico-financiero.
- d) Elaborar propuestas que permitan ajustar las prestaciones a las disponibilidades presupuestarias, teniendo en cuenta las necesidades de los beneficiarios.
- e) Vigilar y custodiar la documentación administrativo-contable y los elementos de dotación fija del FOS.
- f) Presentar a la Comisión Directiva la Memoria Anual y acompañar el Balance General, Inventario, Cuentas de Gastos y Recursos del ejercicio vencido.
- g) Preparar el proyecto de cálculo de Recursos y Gastos para el ejercicio siguiente.
- h) Supervisar los ingresos y egresos.
- i) Autorizar las órdenes de pago, informando mensualmente a la Comisión Directiva.

- j) Firmar las actas de la Comisión Directiva.
- k) Establecer los procedimientos administrativos y contables para la puesta en vigencia del Reglamento, aplicándolos con acuerdo de la Comisión Directiva.

El Servicio Médico del CFI, además de sus tareas específicas en el organismo, presta asesoramiento permanente a la Comisión Directiva del FOS en materia médico-asistencial y, a su requerimiento, debe dar su opinión técnica sobre la conveniencia y oportunidad de modificar o ampliar las prestaciones médicas del Fondo (Reglamento del FOS, artículo 20°).

El artículo 23° del Reglamento establece que la fiscalización de la gestión administrativa del FOS estará a cargo de la Auditoría Interna del CFI.

7.8. La naturaleza jurídica del FOS

El FOS es una dependencia dentro de la estructura orgánica del CFI, un órgano delegado de la Secretaría General. No es una obra social; carece de personalidad jurídica y, por lo tanto, de autonomía normativa, administrativa y financiera. Se desempeña como un patrimonio de afectación destinado, según lo preceptúa el artículo 1° del Reglamento, a garantizar el otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales y sociales al personal del CFI.

Inspirado en el principio de la solidaridad, es obligatorio, ya que el carácter irrenunciable que la Constitución Nacional le asigna a la seguridad social en su artículo 14 bis, limita drásticamente en este ámbito la voluntad individual. Asimismo, tiene carácter contributivo, ya que los recursos para el otorgamiento de las prestaciones provienen de aportes de los propios beneficiarios y contribuciones del empleador. El FOS funciona según la técnica de reparto, vale decir, que los recursos recaudados se aplican directamente al pago de las prestaciones previstas, sin que quede acumulado ningún capital.

8. CONCLUSIONES

De todo lo expuesto y considerando los antecedentes legales y doctrinarios tenidos a la vista para elaborar el presente informe, cabe concluir:

8.1. En nuestro país, el sistema de salud se encuentra actualmente en un proceso de transición. El modelo pluralista de planificación descentralizada, al que hicimos referencia en la primera parte de este estudio, comenzó su perigeo al iniciarse la década del noventa. En tal sentido, las leyes Nros., 23.660 y 23.661 de Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud, respectivamente, son la última expresión de ese modelo en crisis irreversible. Al no reflejar las tendencias políticas, jurídicas, sociales, económicas y tecnológicas que caracterizaron el pasado decenio, dichas leyes fueron adaptadas a los nuevos tiempos por reglamentaciones que las volvieron casi irreconocibles. Hoy se perfila un nuevo modelo organizativo del Sector Salud en la Argentina, cuya configuración se encuentra aún en vías de desarrollo. A falta de un marco jurídico apropiado (ley), ese nuevo modelo se está desplegando a través de normas de menor jerarquía (decretos y resoluciones), que se colisionan permanentemente con el marco legal originario todavía vigente.

8.2. Se hallan comprendidos en las disposiciones de la ley N° 23.660 las siguientes obras sociales: a) de carácter sindical, correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial y

signatarias de convenios colectivos de trabajo; b) administradas en forma mixta, incluyendo los institutos creados por leyes; c) del personal de la Administración Central del Estado Nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados; d) de las empresas y sociedades del Estado; e) del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios; f) constituidas por convenios con empresas privadas o públicas y las creadas a raíz de convenios de corresponsabilidad (ley N° 21.476); g) cuando adhieran, del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito; y h) toda otra entidad creada o a crearse que tenga como fin lo establecido en esta ley.

8.3. Están excluidas de las disposiciones de la ley N° 23.660 y sus decretos reglamentarios, las siguientes obras sociales: a) del Poder Judicial de la Nación y de las universidades nacionales (ley N° 23.890); b) del personal dependiente de los gobiernos provinciales, en cualquiera de sus tres poderes, así como el de las municipalidades ; y c) del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas y de seguridad y del personal del Poder Legislativo de la Nación y/o los jubilados, retirados y pensionados de dichos ámbitos, si no han optado por incorporarse total o parcialmente al seguro de salud por convenio de adhesión (ley N° 23.661, artículo 6°).

8.4. La legislación analizada no incluye entre las obras sociales incorporadas al sistema a las de los organismos interestadales. Por lo tanto, ellas quedan también excluidas. En efecto, si hubiera sido voluntad del legislador nacional hacer extensible la normativa a las corporaciones

públicas interjurisdiccionales, la inclusión debería haberse previsto en forma expresa. Es el caso de la ley N° 18.037, que establecía el régimen de jubilaciones y pensiones para los trabajadores en relación de dependencia, cuyo artículo 2º, inciso d) incluía en las disposiciones de dicha ley a “los funcionarios, empleados y agentes que en forma permanente o transitoria desempeñen cargos en organismos oficiales interprovinciales, o integrados por la Nación y una o más provincias (...)”. Esta misma disposición fue luego reproducida por el artículo 2º, inciso a) apartado 3 de la ley N° 24.241 sobre el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), derogatoria de la ley N° 18.037.

- 8.5. No son pues aplicables al CFI las leyes Nros. 23.660 y 23.661 ni tampoco las normas reglamentarias de ambas leyes, incluyendo los decretos Nros. 46/2000, 1140/2000 y 1305/2000 que motivan este estudio. Además de las razones expuestas en el punto 8.4. anterior, abonan este juicio otras dos circunstancias. En primer lugar, adviértase que el CFI es un órgano de los Estados provinciales contratantes en el que, a diferencia de otros entes y consejos federales existentes en el país, el Estado Nacional no tiene participación alguna. En segundo lugar, como ya se puntualizara en el punto 8.3 de estas conclusiones, las jurisdicciones provinciales que integran el CFI están expresamente excluidas del sistema previsto por la legislación bajo examen.
- 8.6. El CFI es un ente interestadual que goza de autarquía funcional y jurídica. La atención de las contingencias sociales de su personal está organizada sobre la base de un sistema propio, *sui generis*, creado hace ya más de tres décadas, que combina la prestación de servicios

asistenciales tanto de origen público como privado. Para ello cuenta con un fondo de redistribución -el FOS- que en su carácter de órgano delegado de la Secretaría General, está encargado de garantizar, en materia social y sanitaria, la cobertura total de los agentes del organismo. Este fondo solidario y contributivo, que opera según la técnica de reparto, es obligatorio. En cuanto a las prestaciones médico-asistenciales, éstas se hallan a cargo de una empresa de medicina prepaga (AMSA) y de una obra social provincial (IOMA).

- 8.7. Planteada la cuestión concreta de la libertad de elección de obra social en el CFI, la Secretaría General está habilitada para adoptar decisiones con la independencia de criterio que se deriva de su autarquía funcional y jurídica. Así, podrá mantener el actual sistema que brinda cobertura médico-asistencial y social a los agentes del organismo o, en la oportunidad que lo juzgue conveniente, conforme a las consideraciones administrativas, técnicas y económicas del caso, podrá modificarlo total o parcialmente, ajustándolo o no a la legislación nacional vigente. En el CFI existen, por otra parte, antecedentes de este modo de gestión autónoma. Tal el artículo 7º del Reglamento de Compensaciones, Subsidios e Indemnizaciones, aprobado por la resolución N° 82-426 del 23 de agosto de 1982, que había establecido que las asignaciones y subsidios familiares se liquidarían de acuerdo a lo dispuesto en el orden nacional. Al derogarse la ley N° 18.017 que regulaba estas prestaciones, la Secretaría General decidió apartarse del nuevo régimen nacional (ley N° 24.714) y continuar liquidando las asignaciones y subsidios familiares de conformidad con las pautas anteriores (resolución N° 97-022 de fecha 7 de abril de 1997).