

PROYECTO DE LEY

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de ley...

FORTALECIMIENTO INTEGRAL DEL SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD, AUTONOMÍA FINANCIERA Y APERTURA PRESTACIONAL

TÍTULO I

DEL OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y APERTURA PRESTACIONAL

ARTÍCULO 1º.- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar la sostenibilidad integral, la autonomía financiera, la agilidad en el flujo de fondos y la capacidad de fiscalización de las Obras Sociales comprendidas en el Artículo 1º de la Ley Nº 23.660.

A tal efecto, se dispone la habilitación de planes específicos de afiliación para *"adherentes voluntarios"* y el restablecimiento del sistema de recaudación directa de sus aportes y contribuciones, preservando la naturaleza jurídica de las mismas en carácter de entidades sin fines de lucro con su respectivo tratamiento impositivo diferenciado.

ARTÍCULO 2º.- Ámbito de Aplicación. Quedan sujetos a las disposiciones de la presente ley todos los empleadores, trabajadores y adherentes voluntarios.

ARTÍCULO 3º.- Apertura Prestacional. Incorpórese como último párrafo al artículo 2º de la Ley Nº 23.660, el siguiente texto:

"Las Obras Sociales incluidas en este artículo quedan facultadas para incorporar bajo el régimen de adherentes voluntarios a personas físicas no comprendidas en los convenios colectivos de trabajo de su rama o actividad original, estableciendo planes de adhesión voluntaria de salud, de acuerdo con las condiciones regulatorias que fije la autoridad de aplicación. La incorporación de estos beneficiarios no alterará la naturaleza jurídica ni el objeto social de la entidad."

ARTÍCULO 4º. Ratificación y Mantenimiento del Tratamiento Impositivo Diferenciado. Los ingresos obtenidos por las Obras Sociales en concepto de cuotas, planes superadores o aportes derivados de los adherentes voluntarios mantendrán de pleno derecho las exenciones impositivas consagradas en las leyes de fondo del orden nacional, con especial

énfasis en el Impuesto a las Ganancias y el Impuesto al Valor Agregado (IVA). Dicho beneficio fiscal, otorgado en virtud de su naturaleza solidaria, se mantendrá inalterable independientemente del porcentaje de adherentes voluntarios que compongan su padrón. La Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA), no podrán recategorizar a las Obras Sociales Sindicales como entidades comerciales o sujetos gravados basándose en el origen de estos fondos o en la composición de su población afiliada, en tanto no exista distribución de utilidades o dividendos entre sus miembros y se cumplimente estrictamente con la afectación específica regulada en el Artículo 8º de la presente ley.

TÍTULO II

DEL RÉGIMEN DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE RIESGO Y COBERTURA DE ADHERENTES VOLUNTARIOS

ARTÍCULO 5º.- Régimen Aplicable a la Adhesión Voluntaria. A los fines de la incorporación de los adherentes voluntarios autorizados en el Artículo 3º de la presente ley, resultarán aplicables de manera supletoria las disposiciones de la ley Nº 26.682, sus decretos reglamentarios y modificatorios en todo aquello que refiera a mecanismos de admisibilidad, evaluación de riesgo, preexistencias, períodos de carencia en coberturas superadoras y determinación de cuotas por franjas etarias, de conformidad con las disposiciones especiales fijadas en el presente Título.

ARTÍCULO 6º.- Declaración Jurada de Salud y Preexistencias. La incorporación de adherentes voluntarios estará sujeta a la suscripción obligatoria de una Declaración Jurada de Salud. En el supuesto de constatare patologías, afecciones o condiciones de salud preexistentes al momento de la solicitud de afiliación, la Obra Social estará plenamente facultada a fijar un valor diferencial sobre la cuota base del plan. Dicho valor diferencial se determinará sobre la base de estudios actuariales de riesgo y requerirá la autorización previa de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), en los términos y alcances fijados por el Artículo 10 de la Ley Nº 26.682 y sus normas reglamentarias.

ARTÍCULO 7º.- Falsedad, Reticencia y Rescisión Contractual. La omisión, ocultamiento o falsedad de datos en la Declaración Jurada de Salud otorgará a la Obra Social la facultad de resolver de pleno derecho el contrato de adhesión voluntaria por culpa exclusiva del afiliado voluntario, conforme a lo previsto en el Artículo 9º de la Ley Nº 26.682. La rescisión operará previa notificación fehaciente, extinguiendo la obligación

de cobertura prestacional y sin derecho a reintegro de las cuotas abonadas, salvo el mantenimiento de la atención de urgencia vital garantizada por la normativa vigente.

ARTÍCULO 8º.- Progresividad Prestacional y Carencias en Coberturas Superadoras. En los contratos de adhesión voluntaria, la Obra Social podrá prever períodos de carencia y acceso progresivo de hasta doce (12) meses para el acceso a beneficios, prótesis de tecnología avanzada, intervenciones programadas no urgentes o prestaciones médicas que excedan o superen la cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO), conforme a la facultad conferida por el Artículo 26 de la Ley Nº 26.682, salvo que la Autoridad de Aplicación establezca expresamente su inclusión obligatoria en la cobertura básica. En ningún caso podrán establecerse períodos de carencia ni diferimientos sobre las prestaciones asistenciales básicas e inmediatas contenidas en el PMO o ante situaciones de emergencia y urgencia médica.

ARTÍCULO 9º.- Matriz Etaria y Graduación de Cuotas. A fin de preservar la sustentabilidad financiera y el equilibrio actuarial del fondo asistencial, los valores de las cuotas de los planes de adherentes voluntarios podrán segmentarse conforme a la edad del afiliado al momento de su incorporación, aplicando las escalas, proporciones y límites etarios autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud en los términos del Artículo 17 de la Ley Nº 26.682.

Sin perjuicio de la segmentación etaria autorizada, se establece como valor mínimo imperativo que las cuotas no podrán ser, bajo ningún concepto, inferiores al cociente resultante de la suma de los aportes totales de las obras sociales dividido por el total de la masa prestacional de las mismas.

TÍTULO III

DEL MECANISMO DE RECAUDACIÓN DIRECTA

ARTÍCULO 10º.- Percepción Directa. Los aportes y contribuciones establecidos por ley con destino a las Obras Sociales serán depositados por los empleadores de manera directa en las cuentas recaudadoras especiales que cada entidad habilitará a tal efecto en el Banco de la Nación Argentina o en las entidades financieras que la Autoridad de Aplicación autorice,

dentro de los primeros 10 (diez) días hábiles de cada mes, quedando eliminada toda intermediación o centralización de la recaudación líquida por agencias estatales externas. En el caso de los adherentes voluntarios, el pago de las cuotas o planes superadores se realizará de forma directa a la Obra Social mediante los medios de pago bancarizados y/o de cobro electrónico que la entidad habilite al efecto.

ARTÍCULO 11º.- Plataforma Digital de Liquidación. A los fines de la liquidación de las obligaciones, la Autoridad de Aplicación desarrollará y proveerá una plataforma digital unificada e interoperable que permita a los empleadores presentar sus declaraciones juradas y generar las correspondientes boletas de depósito de pago directo. Dicho sistema, de modo sincronizado, garantizará la transferencia de datos en tiempo real entre las Obras Sociales, las entidades bancarias y las autoridades tributarias.

A tal efecto, facúltase al Poder Ejecutivo a incorporar en el Presupuesto General de la Administración Nacional para el Ejercicio Fiscal 2027, las partidas presupuestarias necesarias destinadas al financiamiento, fijación de plazos de desarrollo e implementación, migración de sistemas existentes y sostenibilidad tecnológica de la plataforma precedentemente aludida.

ARTÍCULO 12º.- Detracción Automática del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Las entidades financieras integradas al mecanismo de recaudación directa efectuarán la detracción automática del porcentaje correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) en el mismo acto de acreditación bancaria del depósito efectuado por el empleador. Dichos recursos serán transferidos de manera inmediata a las cuentas específicas del FSR controladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, garantizando la intangibilidad de los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de discapacidad y alta complejidad.

El saldo restante de la recaudación será acreditado en forma simultánea y quedará a libre y efectiva disponibilidad de la Obra Social correspondiente. Las condiciones técnicas,

operativas y el procedimiento aplicable serán determinados en la reglamentación respectiva.

TÍTULO IV

DE LA TRANSPARENCIA, FISCALIZACIÓN Y CONTROL

ARTÍCULO 13º.- Contabilidad Segmentada y Transparencia. Las entidades que hagan uso de la facultad prevista en el Artículo 1º deberán:

- a) Llevar registros contables estrictamente segmentados que identifiquen con claridad los ingresos y egresos por aportes de convenio de aquellos derivados de cuotas de planes adherentes voluntarios.
- b) Afectar el cien por ciento (100%) de los excedentes netos de los adherentes voluntarios a la mejora de la infraestructura médica propia, adquisición de tecnología sanitaria avanzada, equipamiento clínico o subsidio de medicamentos de alto costo.

A los efectos de este artículo, entiéndase por *excedente neto* al remanente financiero positivo que resulte de deducir, de los ingresos totales percibidos por las cuotas de los planes voluntarios, la totalidad de los costos médicos, operativos y administrativos directamente vinculados a dicha cobertura.

- c) Prohibir taxativamente cualquier tipo de transferencia directa o indirecta de estos excedentes hacia la caja general de la organización gremial o sindicato vinculado para fines no sanitarios o ajenos a la salud.

ARTÍCULO 14º.- Certificación de Objeto Social. A los fines de la emisión anual del "Certificado de Cumplimiento de Objeto Social", las entidades deberán cumplimentar el siguiente procedimiento secuencial:

- a) **Auditoría Externa:** presentar una auditoría externa integral, con firma de profesional matriculado y legalizada por el Consejo Profesional correspondiente, que valide fehacientemente el cálculo y el destino específico de los fondos de conformidad con el artículo anterior.
- b) **Control de la Autoridad de Aplicación:** la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) evaluará dicha auditoría y ejercerá el control técnico-sanitario y operativo

para verificar la efectiva afectación de los excedentes a la infraestructura y prestaciones médicas.

- c) Fiscalización Tributaria:** remitidas las actuaciones, la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) intervendrá en el ámbito de sus competencias específicas para fiscalizar los aspectos tributarios, fiscales y de consistencia patrimonial derivados de dicha segmentación.

Cumplidas con éxito las tres etapas, la Superintendencia de Servicios de Salud y la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) emitirán de manera conjunta el certificado correspondiente.

ARTÍCULO 15º.- Capacidad de Inspección y Fiscalización de Proximidad. Restitúyase a las Obras Sociales comprendidas en la presente ley la facultad plena de realizar inspecciones, verificar libros contables, examinar nóminas salariales y fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de aportes y contribuciones en los establecimientos de los empleadores, actuando a través de sus cuerpos profesionales de inspectores debidamente acreditados.

ARTÍCULO 16º.- Título Ejecutivo. Las liquidaciones de deuda por falta de pago de aportes, contribuciones, intereses y multas emitidas por las Obras Sociales firmadas por sus autoridades máximas y refrendadas por contador público matriculado constituirán título ejecutivo hábil suficiente para iniciar la vía de apremio judicial directo ante la Justicia Federal, sin requerir homologación o sustanciación administrativa previa.

ARTÍCULO 17º.- Mora e Intereses. La mora de los empleadores en el depósito directo de aportes y contribuciones se producirá de pleno derecho por el mero vencimiento de los plazos legales establecidos, sin necesidad de interpelación alguna. Los intereses resarcitorios y punitivos aplicables serán equivalentes a las tasas vigentes fijadas por la administración tributaria nacional para deudas impositivas de similar naturaleza.

TÍTULO V

RÉGIMEN SANCIONATORIO, REFORMAS Y DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 18º.- Régimen Sancionatorio por Desvío de Fondos. Las sanciones previstas en el presente artículo serán aplicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), en su carácter de autoridad de aplicación, previa instrucción del correspondiente procedimiento administrativo sumarial que garantice de manera irrestricta el derecho de

defensa y el debido proceso. El incumplimiento de la afectación específica de fondos determinada en el Artículo 13º dará lugar a las siguientes sanciones graduales:

- a) Caducidad del Beneficio Impositivo:** Pérdida inmediata de la exención impositiva en el Impuesto a las Ganancias por el ejercicio fiscal en infracción y los dos (2) subsiguientes.
- b) Multa Pecuniaria:** Aplicación de una multa equivalente al doscientos por ciento (200%) del monto total desviado, cuyos fondos serán transferidos con destino específico al Fondo Solidario de Redistribución (FSR).
- c) Inhabilitación Registral:** Prohibición formal de incorporar nuevos adherentes voluntarios por un plazo perentorio de cinco (5) años continuos.
- d) Responsabilidad Solidaria:** Responsabilidad patrimonial solidaria e ilimitada de los miembros del consejo directivo, administradores y síndicos que hubieren autorizado, consentido o ejecutado las operaciones de desvío de fondos.

ARTÍCULO 19º.- Derogaciones y Modificaciones Normativas. Establézcanse las siguientes adecuaciones del bloque normativo vigente:

- a)** Derógase de forma expresa el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional Nº 507/1993, y toda otra norma reglamentaria, circular o disposición de la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) o de la Superintendencia de Servicios de Salud que se oponga a las facultades de recaudación directa y fiscalización consagrados en la presente ley.
- b)** Sustitúyase el Artículo 19 de la Ley Nº 23.660, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 19: El pago de los aportes y contribuciones se efectuará directamente a la Obra Social que corresponda por los mecanismos bancarios habilitados al efecto. La entidad tendrá derecho autónomo a inspeccionar, verificar y ejecutar el cumplimiento de las obligaciones en los términos del marco legal vigente."

- c)** Modifícase el Artículo 22 de la Ley Nº 23.661, estableciendo que el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) se integrará de forma obligatoria mediante el esquema de

transferencia y detracción bancaria automática regulado en el Artículo 12º de la presente ley.

- d) Sustitúyase el primer párrafo del Artículo 9º de la ley Nº 24.241 con sus modificatorias y redáctese de la siguiente manera:

"Artículo 9: A fin de calcular los aportes y las contribuciones con destino al Sistema Nacional del Seguro de Salud, no resultarán aplicables los topes máximos de base imponible previstos en la legislación vigente."

ARTÍCULO 20º.- Reglamentación. El Poder Ejecutivo Nacional, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud y en coordinación con las agencias fiscales correspondientes, reglamentará las disposiciones de la presente ley en un plazo improrrogable de NOVENTA (90) días corridos a partir de su promulgación, garantizando la plena interoperabilidad de datos con la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) a los fines estadísticos y de control, pero sin que ello interfiera en la percepción directa de los fondos.

ARTÍCULO 21º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Mario Manrique

Sergio Palazzo

Vanesa Siley

Carlos Castagneto

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El sistema de salud en la República Argentina se sustenta en un modelo de tres pilares: el público, el de la seguridad social y el privado. El Sistema Nacional del Seguro de Salud en la República Argentina, estructurado fundamentalmente a partir de las Leyes Nº 23.660 y Nº 23.661, atraviesa una crisis estructural de sostenibilidad financiera que limita de manera directa el acceso a una cobertura sanitaria eficiente, equitativa y solidaria para millones de beneficiarios. Asimismo, imprime una serie de demoras burocráticas y financieras derivadas de la centralización recaudatoria.

El presente proyecto de ley tiene como fin el restablecimiento de la autonomía financiera mediante la recaudación directa de los aportes y contribuciones, así como también la apertura prestacional hacia afiliados adherentes voluntarios. De este modo, se propone saldar las asimetrías normativas e intermediaciones burocráticas existentes que asfixian sistemáticamente a las Obras Sociales Sindicales.

1. Crisis de sostenibilidad y desacompasamiento macroeconómico

Las Obras Sociales Sindicales (OSS) enfrentan un severo desfasaje financiero derivado del incremento exponencial e internacionalizado de los costos médicos (tecnología de punta, terapias génicas y medicamentos de alto costo) y, por el otro, el estancamiento estructural derivado exclusivamente de aportes sobre salarios formales.

Tradicionalmente, el financiamiento de la seguridad social depende críticamente de los aportes y contribuciones sobre la masa salarial de los trabajadores formales bajo convenio. Si bien los datos publicados recientemente en el Informe Técnico del Índice de Salarios del Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC)¹ muestra una suerte de recuperación aislada en abril (con un incremento del 4.0% en el salario privado registrado frente a un IPC² mensual del 2.6%), la perspectiva estructural convalida el deterioro del sistema. En términos interanuales, el salario formal registró una suba del 29.3% quedando 3,1 puntos porcentuales debajo de la inflación interanual de abril (32.4%). Esta devaluación en el poder adquisitivo de la masa salarial contrae de forma automática la base imponible real sobre la cual se sostiene el régimen contributivo.

En esta dirección, la crisis de financiamiento actual es una realidad concreta y alarmante. El informe emitido el 31 de marzo por la Confederación General del Trabajo (CGT)³ expresa la situación de vulnerabilidad estructural con la que opera a diario el sector. El 78,5% de los

beneficiarios del sistema sindical, es decir, más de 11 millones de personas, no generan aportes suficientes para financiar el costo mínimo de las prestaciones que reciben. Actualmente la recaudación promedio por beneficiario es de \$67.525 mensuales, en tanto el Costo estimado del Plan Médico Obligatorio (PMO) es de \$85.000 per cápita. En el caso de monotributistas el aporte mensual es de \$20.000, valor que resulta 290% inferior al costo estimado del PMO y, por último, en el caso de aquellos jubilados que deciden permanecer en su OS sindical, por cada uno de ellos el PAMI transfiere \$48.269 aunque la recaudación efectiva por ese mismo beneficiario ascendería a \$159.000.

Estos datos son contundentes. Las Obras Sociales son protagonistas de un deterioro estructural profundo y crítico que exige una revisión estructural y urgente para dar respuesta a la salud en una coyuntura histórica de agotamiento y tensión financiera marcada por una caída real del salario, aportes insuficientes y exigencias mayores marcadas por la normativa vigente del PMO.

2. Crisis de cobertura, presión sobre el sistema público y el impacto de la judicialización por recupero de costos

Con el progresivo debilitamiento del sistema solidario de salud se ha desencadenado una migración masiva sin precedentes hacia el sector estatal. De acuerdo con el Informe del Instituto Argentina Grande⁴ emitido el 8 de mayo, el sistema de salud pública experimenta una demanda creciente sin precedente alcanzando un récord de dependencia: son 10,3 millones de personas las que no tienen obra social ni prepaga, de las cuales 3.631.000 son menores de 18, 6.542.000 son adultos y 119.000 son mayores de 65 ya que un 96,7% recibe la cobertura a través de Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Asimismo, en el último período, se agudizó la situación con el incremento de 742.000 personas más sin cobertura médica, de las que 254.000 son menores de edad, 467.000 son adultos y 20.000 son mayores de edad.

Tal colapso del sector estatal ha derivado en un fenómeno de reclamo y asfixia sobre la seguridad social. Según el Informe Especial de la Secretaría de Acción Social de la CGT³ mencionado anteriormente, se evidencia una práctica sistemática por parte de los efectores públicos, con especial énfasis en la órbita de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, destinada a utilizar a las Obras Sociales Sindicales como herramientas de financiamiento presupuestario a través de mecanismos distorsivos basados en la

sobrefacturación hospitalaria y en la judicialización de cobros por recupero de costos, caracterizados por:

1. **Sobrefacturación:** la utilización arbitraria de nomencladores hospitalarios locales con valores y aranceles sustancialmente superiores a los valores de mercado vigentes en el propio sector privado contratado.
2. **Infracción a la Auditoría Médica:** realización forzosa de procedimientos médicos a los afiliados del sistema solidario sin tramitar la correspondiente auditoría, derivación o autorización previa de la Obra Social de origen.
3. **Reclamos judiciales posteriores por recupero de costos:** esto genera una transferencia de fondos de la seguridad social hacia las cajas fiscales locales.

Esto conduce a un estrés financiero crítico sobre las entidades sindicales y genera una litigiosidad incremental que desvía recursos genuinos de la salud hacia las costas judiciales. Resulta imperativo la necesidad de dar una respuesta que permita fortalecer y resguardar a las Obras Sociales mediante la autonomía de su recaudación y la apertura y ampliación de su base de financiamiento mediante la incorporación regulada de adherentes voluntarios.

3. Desmantelamiento de las Obras Sociales Sindicales y fomento del Sistema Privado

Aunque la Ley Nº 18.610 fue un hito, el marco regulatorio del actual Sistema de Solidaridad de la Seguridad Social proviene de las leyes Nº 23.660 (de Obras Sociales) y Nº 23.661 (del Seguro Nacional de Salud) de 1988, que sustituyeron a las normativas anteriores.

Los impactos más severos para las Obras Sociales Sindicales han sido:

1. **Decreto 9/1993 - Obras Sociales:** constituye el primer desguace de las Obras Sociales por medio de su desregulación, permitiendo no solo la libre elección, sino además la participación del sistema privado utilizando las Obras Sociales que no eran sustentables como trampolín para ingresar al Sistema. Esto permitió que los

mejores sueldos se trasladen a este sistema de prepagas comenzando a romper el principio solidario del sistema de salud.

2. **DNU Nº 70/2023 - Bases para la Reconstrucción de la Economía Argentina:** es el segundo desguace o remate final de las Obras Sociales dado que modificó drásticamente las reglas del juego.

- a. **Asimetría a partir del sistema de reintegro:** el sistema de prepagas se ve beneficiado con la propuesta de reintegros ya que admite un límite de sesiones o montos, mientras que las Obras Sociales deben por ley dar el 100% de la cobertura en la prestación. En este sentido, queda oculto que el reintegro promueve un escenario desventajoso y de incertidumbre para el trabajador. Asimismo, el trabajador deberá contar con el dinero para abonar la prestación solicitada, gestionando el cobro a posteriori en un marco de inestabilidad y devaluación.
- b. **Asimetría con impacto en el sistema de Discapacidad:** las Obras Sociales se ven obligadas por el marco legal vigente a absorber de manera integral la totalidad de prestaciones o tratamientos destinados a la prevención, preservación y mantenimiento de la salud física y mental de sus beneficiarios. En abierta y clara contraposición, las empresas de medicina prepaga brindan un servicio limitado o judicializan las coberturas para eludir el altísimo costo de las prestaciones. Este desbalance genera un drenaje de recursos que no se prevé o llega a compensar bajo el Fondo Solidario de Redistribución comprometiendo de manera integral la sustentabilidad de la red de servicios o prestaciones médicas.
- c. **Colapso operativo por las Declaraciones Juradas:** la actual triangulación administrativa y fiscal existente para el ingreso de los fondos destinados a las Obras Sociales genera que se retengan y licuen los fondos de salud. En este contexto inflacionario y de descalce financiero, las rectificaciones constantes en las declaraciones juradas por los empleadores someten a períodos extensos de auditorías y bloqueos de los organismos recaudatorios. Sin embargo, bajo el principio de continuidad de seguridad social las Obras Sociales deben garantizar las coberturas sin

contraprestaciones, colapsando aún más la cadena de pagos y tensionando al mismo sistema.

Bajo este escenario de mercado totalmente abierto vigente en 2026, las Obras Sociales quedan en una severa desventaja tanto competitiva como prestacional ya que las regulaciones no les permiten captar de manera autónoma sus propios fondos y diversificar su padrón mediante la adhesión voluntaria.

4. Preservación del Carácter No Lucrativo vs. Asimetría Tributaria

Bajo el marco normativo de desregulación vigente, las Obras Sociales se exponen a interpretaciones restrictivas por parte de la autoridad fiscal Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) al momento de incorporar a nuevos adherentes voluntarios. Existe un sesgo en la interpretación que le tributa un carácter comercial y sugiere el tratamiento para las Obras Sociales equivalente al de la medicina prepaga que impacta directamente en la quita de exenciones en el Impuesto a las Ganancias y modificando el Impuesto al Valor Agregado (IVA). En este escenario, el sostenimiento de la exención tributaria no debe entenderse como un privilegio, sino como un acto de **justicia distributiva** que reconoce la función social y solidaria de las Obras Sociales frente a la asimilación comercial que pretende el fisco.

Existe un error estructural sobre la función y el ejercicio de la administración de los fondos de las Obras Sociales. Su naturaleza se define por su fin solidario y el excedente proveniente de los nuevos adherentes voluntarios, en este caso, sea reinvertido íntegramente en el sistema sanitario mismo en términos de infraestructura y en prestaciones médicas.

5. La "Trampa del Reintegro" frente al Blindaje del PMO Directo

La apertura y defensa impositiva de las Obras Sociales se justifica también en la protección directa al paciente frente a las prácticas corporativas de la medicina privada. Mientras las Obras Sociales Sindicales mantienen la obligación de cobertura del 100% del PMO en su red directa de prestadores, el sector de la medicina prepaga opera frecuentemente bajo la modalidad de reintegros que tienen un tope en el monto o valor de sus prestaciones y un límite en el número de sesiones. En este sentido, queda oculto que el reintegro promueve un escenario de total incertidumbre para el trabajador, ya que deberá contar con el dinero para abonar la prestación solicitada, gestionando el cobro a posteriori en un marco de inestabilidad y devaluación económica sistemática. Fortalecer el modelo de obras sociales

asegura esquemas sanatoriales integrales de atención directa para el afiliado tradicional y el adherente voluntario.

6. El Rediseño del Subsidio Cruzado y la Solidaridad de Base Ampliada

El principio rector de la seguridad social es el "subsidio cruzado", concebido para que los aportantes de mayores ingresos o menor tasa de uso (población joven y sana) sostengan el costo prestacional de los sectores con menores salarios, grupos familiares extensos o adultos mayores. No obstante, la profunda dispersión salarial y la fragmentación laboral han roto este equilibrio.

La variabilidad financiera mencionada se encuentra sujeta a dos factores estructurales determinantes:

- 1. Transición demográfica e inversión en la escala poblacional:** el sistema asistencial enfrenta un cambio demográfico signado por la prevalencia de cohortes de adultos mayores con numerosas patologías y enfermedades cronicadas de alta complejidad que demandan recursos asistenciales de altos costos. Este fenómeno creciente, sumado al incremento de la expectativa de vida impulsado por los desarrollos en tecnología biomédica genera presión sobre el sistema de prestaciones que cuenta cada vez con más beneficiarios adultos mayores sobre una base de recaudación severamente reducida por la contracción del empleo formal activo.
- 2. Precarización laboral:** en un contexto de crisis macro y microeconómica el avance del empleo informal y la precarización en las condiciones de trabajo terminan por desarticular el sistema de recaudación. Asimismo, la existencia de topes en las bases imponibles con la migración de aportes hacia el sistema privado genera un debilitamiento irreparable en detrimento de las Obras Sociales.

7. Autonomía Financiera frente al Costo de la Intermediación Burocrática

Las entidades prestadoras se ven notoriamente afectadas por alta inflación de costos y la necesidad de dar respuestas en un escenario de exigencias de máxima eficiencia en la gestión financiera y de liquidez inmediata.

El sistema de intermediación burocrática genera graves demoras entre el momento del pago de la carga social y la acreditación de los recursos en las cuentas operativas de las

Obras Sociales, el que se estima de entre 30, 60 o hasta 90 días en la cadena de recaudación.

Es inminente la necesidad de autonomía en la percepción de aportes y contribuciones mediante cuentas recaudadoras específicas en el Banco de la Nación Argentina acortándose de manera drástica la cadena de pagos a los efectores médicos y asegurando la intangibilidad automática del porcentaje destinado al Fondo Solidario de Redistribución en el acto mismo de la acreditación.

8. Transparencia, Control y el Restablecimiento del Poder de Policía de Proximidad

Para asegurar transparencia en la autonomía, el presente proyecto introduce exigencias de transparencia y auditoría. Las entidades estarán obligadas por ley a instrumentar una contabilidad estrictamente segmentada, prohibiendo bajo penalidades severas — incluyendo la caducidad del beneficio fiscal y la responsabilidad solidaria de sus directivos— cualquier desvío de los excedentes sanitarios hacia las cajas generales de las organizaciones gremiales para fines no vinculados a la salud.

Para evitar cualquier suspicacia sobre competencia desleal, este proyecto introduce la obligación de llevar una contabilidad segmentada y someterse a auditorías conjuntas de la Superintendencia de Servicios de Salud y la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA), garantizando que cada peso ingresado se reinvierta íntegramente en salud.

Por las razones expuestas, solicito a mis pares el acompañamiento en la presente iniciativa legislativa.

Referencias

¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2026). *Índice de salarios: Abril de 2026*. Informes técnicos (Vol. 10, N.º 153; Salarios, Vol. 10, N.º 6). Ministerio de Economía, República Argentina.
https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/salarios_06_260C41EBE741.pdf

² Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2026). *Índice de precios al consumidor (IPC): Mayo de 2026*. Informes técnicos (Vol. 10, N.º 140; Índices de precios, Vol. 10, N.º 18). Ministerio de Economía, República Argentina.
https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/ipc_06_26C132AEE4E9.pdf

³ Confederación General del Trabajo (CGT). (31 de marzo de 2026). *Informe de Vulnerabilidad Estructural del Sistema de Obras Sociales Sindicales*. Secretaría de Acción

Social. Disponible en:
<https://www.uci.org.ar/actas/INFORMECCGTSITUACION%CC%81NOBRASSOCIALES.pdf>

⁴ Instituto Argentina Grande. (8 de mayo de 2026). *Informe Estadístico sobre Demanda Sanitaria y Cobertura de Salud Pública en la República Argentina*. Departamento de Estudios Macroeconómicos y Sociales. Disponible en:
<https://www.argentinagrande.org.ar/publicaciones/informe-8-mayo-2026>

Mario Manrique

Sergio Palazzo

Vanesa Siley

Carlos Castagneto