

— REPUBLICA ARGENTINA —

# DIARIO DE SESIONES

## CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

---

21ª REUNION – 13ª SESION ORDINARIA  
AGOSTO 28 DE 2002

**PERIODO 120º**

---

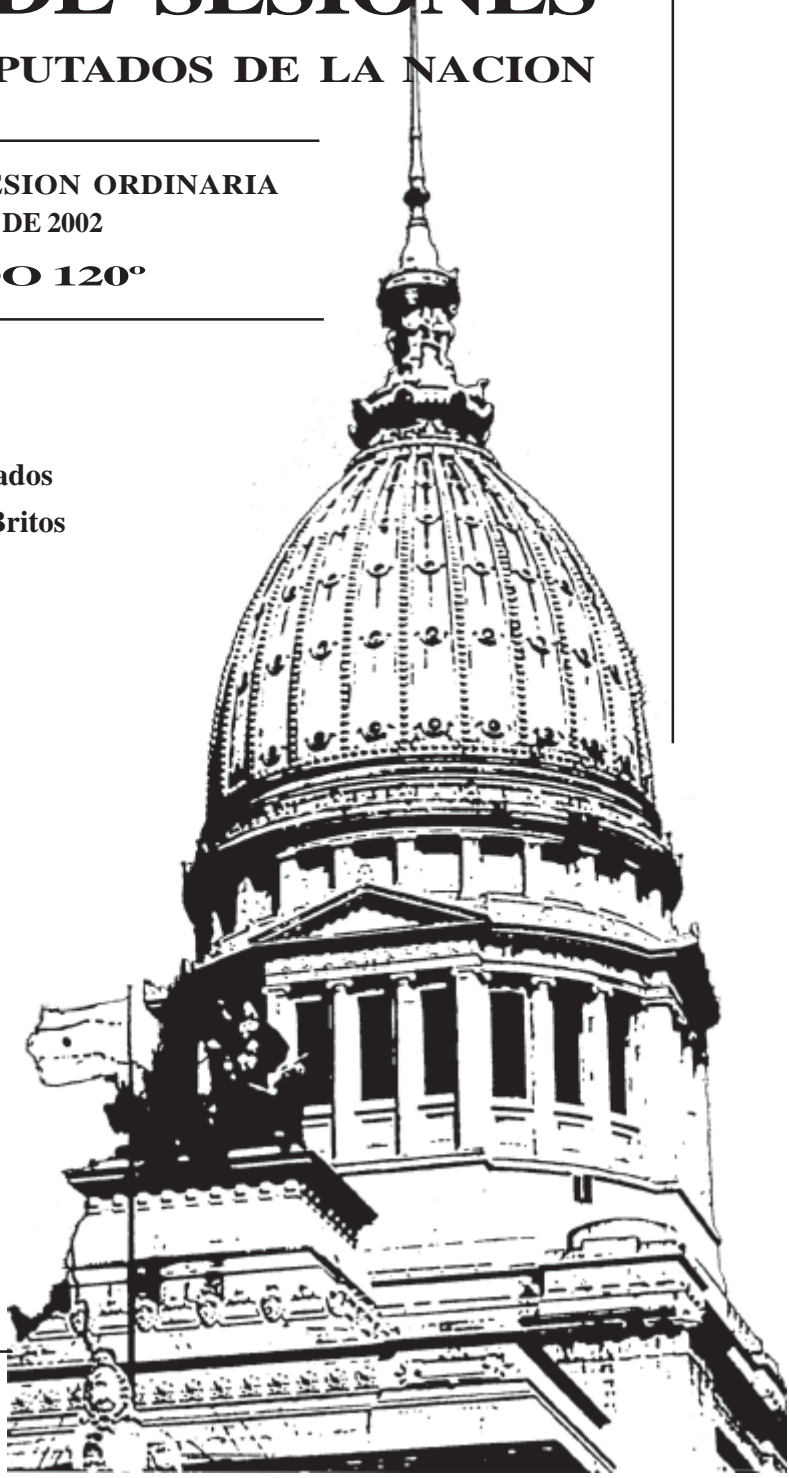
**Presidencia de los señores diputados**  
**Eduardo O. Camaño y Oraldo N. Britos**

**Secretarios:**

Don **Eduardo D. Rollano**,  
doctor **Carlos G. Freytes**  
y don **Jorge A. Ocampos**

**Prosecretarios:**

Doctor **Juan Estrada**  
e ingeniero **Eduardo Santín**



## DIPUTADOS PRESENTES:

ABALOS, Roberto José  
 ACCAVALLLO, Julio César  
 ACEVEDO, Sergio  
 AGÜERO, Elda Susana  
 ALARCIA, Martha Carmen  
 ALARCÓN, María del Carmen  
 ALCHOURON, Guillermo Eduardo  
 ALESANDRI, Carlos Tomás  
 ALESSANDRO, Darío Pedro  
 ALLENDE, Alfredo Estanislao  
 ÁLVAREZ, Roque Tobías  
 AMSTUTZ, Guillermo  
 BAIGORRIA, Miguel Ángel  
 BALADRÓN, Manuel Justo  
 BALIÁN, Alejandro  
 BALTUZZI, Angel Enzo  
 BASILE, Daniel Armando  
 BASTEIRO, Sergio Ariel  
 BASUALDO, Roberto Gustavo  
 BAYLAC, Juan Pablo  
 BAYONZO, Liliana Amelia  
 BECERRA, Omar Enrique  
 BERTONE, Rosana Andrea  
 BIANCHI SILVESTRE, Marcela A.  
 BIGLIERI, María Emilia  
 BLANCO, Jesús Abel  
 BORDENAVE, Marcela Antonia  
 BORTOLOZZI, Adriana Raquel  
 BRAVO, Alfredo Pedro  
 BREARD, Noel Eugenio  
 BRIOZZO, Alberto Nicolás  
 BRITOS, Oraldo Norvel  
 BROWN, Carlos Ramón  
 BUCCO, Jorge Luis  
 BUSSI, Ricardo Argentino  
 CABALLERO MARTÍN, Carlos Aurelio  
 CAFIERO, Mario Alejandro Hilario  
 CALVO, Pedro Jorge Camilo  
 CAMAÑO, Eduardo Oscar  
 CAMBARERI, Fortunato Rafael  
 CANEVAROLO, Dante Omar  
 CANTINI, Guillermo Marcelo  
 CAPELLO, Mario Osvaldo  
 CAPPELLERI, Pascual  
 CARBONETTO, Daniel  
 CASANOVAS, Jorge Osvaldo  
 CASTELLANI, Carlos Alberto  
 CASTRO, Alicia Amalia  
 CAVIGLIA, Franco Agustín  
 CEREZO, Octavio Néstor  
 CETTOUR, Hugo Ramón  
 CHIACCHIO, Nora Alicia  
 CIGOGNA, Luis Francisco Jorge  
 CISTERNA, Víctor Hugo  
 CONCA, Julio César  
 CONTE GRAND, Gerardo Amadeo  
 CORFIELD, Guillermo Eduardo  
 CORREA, Elsa Haydée  
 CORREA, Juan Carlos  
 CORTINAS, Ismael Ramón  
 COTO, Alberto Agustín  
 COUREL, Carlos Alberto  
 CUSINATO, José César Gustavo  
 DAMIANI, Hernán Norberto Luis  
 DAUD, Jorge Carlos  
 DE NUCCIO, Fabián  
 DI LEO, Marta Isabel  
 DÍAZ BANCALARI, José María  
 DRAGAN, Marcelo Luis  
 ESAÍN, Daniel Martín  
 ESCOBAR, Jorge Alberto  
 FALBO, María del Carmen  
 FALÚ, José Ricardo  
 FAYAD, Víctor Manuel Federico  
 FERNÁNDEZ VALONI, José Luis

FERRARI de GRAND, Teresa Hortensia  
 FERRERO, Fernanda  
 FERRÍN, María Teresa  
 FIGUEROA, José Oscar  
 FILOMENO, Alejandro Oscar  
 FOGLIA, Teresa Beatriz  
 FONTDEVILA, Pablo Antonio  
 FORESI, Irma Amelia  
 FRIGERI, Rodolfo Aníbal  
 GARCÍA MERIDA, Miguel Ángel  
 GARCÍA, Eduardo Daniel José  
 GARRÉ, Nilda Celia  
 GASTAÑAGA, Graciela Inés  
 GELJO, Ángel Oscar  
 GIUBERGIA, Miguel Ángel  
 GIUSTINIANI, Rubén Héctor  
 GÓMEZ, Ricardo Carmelo  
 GONZÁLEZ, María América  
 GONZÁLEZ, Oscar Félix  
 GONZÁLEZ, Oscar Roberto  
 GONZÁLEZ, Rafael Alfredo  
 GOY, Beatriz Norma  
 GROSSO, Edgardo Roger Miguel  
 GUTIÉRREZ, Alicia Verónica  
 GUTIÉRREZ, Francisco Virgilio  
 GUTIÉRREZ, Julio César  
 HERNÁNDEZ, Simón Fermín G.  
 HERRERA, Alberto  
 HERRERA, Griselda Noemí  
 HERZOVICH, María Elena  
 HUMADA, Julio César  
 IPARRAGUIRE, Carlos Raúl  
 ISLA de SARACENI, Celia Anita  
 JALIL, Luis Julián  
 JAROSLAVSKY, Gracia María  
 JARQUE, Margarita Ofelia  
 JOBE, Miguel Antonio  
 JOHNSON, Guillermo Ernesto  
 KUNEY, Mónica  
 LAFALLA, Arturo Pedro  
 LAMISOVSKY, Arnoldo  
 LARREGUY, Carlos Alberto  
 LEONELLI, María Silvana  
 LERNOUD, María Teresa  
 L'HUILLIER, José Guillermo  
 LIX KLETT, Roberto Ignacio  
 LLANO, Gabriel Joaquín  
 LOFRANO, Elsa  
 LOPEZ, Juan Carlos  
 LORENZO, Antonio Arnaldo  
 LOUTAIF, Julio César  
 LOZANO, Encarnación  
 LUGO de GONZÁLEZ CABAÑAS, Cecilia  
 LYNCH, Juan Carlos  
 MACALUSE, Eduardo Gabriel  
 MALDONADO, Aída Francisca  
 MARTÍNEZ RAYMONDA, Rafael Juan  
 MARTÍNEZ, Alfredo Anselmo  
 MARTÍNEZ, Carlos Alberto  
 MARTINEZ, Silvia Virginia  
 MASTROGIACOMO, Miguel Á.  
 MELILLO, Fernando C.  
 MENDEZ de FERREYRA, Araceli Estela  
 MILESI, Marta Silvia  
 MILLET, Juan Carlos  
 MINGUEZ, Juan Jesús  
 MIRABILE, José Arnaldo  
 MOISÉS, Julio Carlos  
 MOLINARI ROMERO, Luis Arturo R.  
 MONTEAGUDO, María Lucrecia  
 MONTOYA, Fernando Ramón  
 MORALES, Nélida Beatriz  
 MOREAU, Leopoldo Raúl Guido  
 MUSA, Laura Cristina  
 NARDUCCI, Alicia Isabel  
 NATALE, Alberto Adolfo  
 NERI, Aldo Carlos

NIETO BRIZUELA, Benjamín Ricardo  
 NIEVA, Alejandro Mario  
 OBEID, Jorge Alberto  
 OCAÑA, María Graciela  
 OLIVERO, Juan Carlos  
 OSORIO, Marta Lucía  
 OSTROPOLSKY, Aldo Héctor  
 OSUNA, Blanca Inés  
 OVIEDO, Alejandra Beatriz  
 PALOMO, Nélida Manuela  
 PALOU, Marta Y.  
 PARENTELLA, Irma Fidela  
 PATTERSON, Ricardo Ancell  
 PELÁEZ, Víctor  
 PEPE, Lorenzo Antonio  
 PEREZ MARTINEZ, Claudio Héctor  
 PEREZ SUAREZ, Inés  
 PERNASETTI, Horacio Francisco  
 PICAZO, Sarah Ana  
 PICCININI, Alberto José  
 PILATI, Norma Raquel  
 PINTO BRUCHMANN, Juan D.  
 POLINO, Héctor Teodoro  
 POSSE, Melchor Ángel  
 PRUYAS, Rubén Tomás  
 PUIG de STUBRIN, Lilia Jorgelina G.  
 QUINTELA, Ricardo Clemente  
 QUIROZ, Elsa Siria  
 RAIMUNDI, Carlos Alberto  
 RAPETTI, Ricardo Francisco  
 RATTIN, Antonio Ubaldo  
 RIAL, Osvaldo Hugo  
 RICO, María del Carmen Cecilia  
 RIVAS, Jorge  
 RIVAS, Olijela del Valle  
 RODIL, Rodolfo  
 RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, Oliva  
 RODRÍGUEZ, Jesús  
 ROGGERO, Humberto Jesús  
 ROMÁ, Rafael Edgardo  
 ROMERO, Gabriel Luis  
 ROMERO, Héctor Ramón  
 ROSELLI, José Alberto  
 ROY, Irma  
 RUBINI, Mirta Elsa  
 SAADE, Blanca Azucena  
 SALIM, Fernando Omar  
 SÁNCHEZ, Liliana Ester  
 SAREDI, Roberto Miguel  
 SAVRON, Haydée Teresa  
 SEBRIANO, Luis Alberto  
 SEJAS, Lisandro Mauricio Juan de Dios  
 SELLARÉS, Francisco Nicolás  
 SNOPEK, Carlos Daniel  
 SODÁ, María Nilda  
 SOLANAS, Julio Rodolfo Francisco  
 SOLMOIRAGO, Raúl Jorge  
 STOLBIZER, Margarita Rosa  
 STORERO, Hugo Guillermo  
 TAZZIOLI, Atilio Pascual  
 TOLEDO, Hugo David  
 TORRONTÉGUI, María Angélica  
 TREJO, Luis Alberto  
 TULIO, Rosa Ester  
 UBALDINI, Saúl Edolver  
 URTUBEY, Juan Manuel  
 VÁZQUEZ, Ricardo Héctor  
 VENICA, Pedro Antonio  
 VILLALBA, Alfredo Horacio  
 VILLALVERDE, Jorge Antonio  
 VITALE, Domingo  
 VITAR, José Alberto  
 VIVO, Horacio  
 WALSH, Patricia  
 ZAMORA, Luis Fernando  
 ZOTTOS, Andrés  
 ZÚNIGA, Ovidio Octavio

AUSENTES, CON LICENCIA:

MATZKIN, Jorge Rubén  
SCHIARETTI, Juan  
SCIOLI, Daniel Osvaldo

AUSENTES, CON SOLICITUD DE  
LICENCIA PENDIENTE DE APROBA-  
CIÓN DE LA HONORABLE CÁMARA:

ARGUL, Marta del Carmen  
ARNALDI, Mónica Susana  
BONACINA, Mario Héctor

CARRIÓ, Elisa María Avelina  
CAVALLERO, Héctor José  
CHAYA, María Lelia  
CÓRDOBA, Stella Maris  
DAHER, Zulema Beatriz  
DI BENEDETTO, Gustavo Daniel  
DI COLA, Eduardo Román  
DÍAZ COLODRERO, Agustín  
ELIZONDO, Dante  
GUTIÉRREZ, Gustavo Eduardo  
HONCHERUK, Atlanto  
INSFRAN, Miguel Ángel

MARTÍNEZ LLANO, José Rodolfo  
MEZA, Martha Elizabeth  
MUKDISE, Miguel Roberto Daives  
PASCUAL, Jorge Raúl  
RODRÍGUEZ, Marcela Virginia  
SAADI, Ramón Eduardo  
STUBRIN, Marcelo Juan Alberto  
TANONI, Enrique  
ZUCCARDI, Cristina

AUSENTES, CON AVISO:  
MENEM, Adrián

– La referencia acerca del distrito, bloque y período de mandato de cada señor diputado puede consultarse en el Diario de Sesiones correspondiente a la Sesión Preparatoria (45ª reunión, período 2001) de fecha 5 de diciembre de 2001.

SUMARIO

1. **Asuntos Entrados.** Resolución respecto de los asuntos que requieren pronunciamiento inmediato del cuerpo. (Pág. 2795.)
2. **Plan de Labor** de la Honorable Cámara y **moción de orden** formulada por el señor diputado Pernasetti de que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones reglamentarias y **mociones** de que se traten **sobre tablas** las modificaciones introducidas por el Honorable Senado a un proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se autoriza el pago con bonos de los créditos de los deudores del sistema financiero y el proyecto de ley del que es coautor por el que se establece que los pagos que se realicen con títulos de la deuda pública nacional serán computados a los efectos de la distribución del sistema de coparticipación federal (5.253-D-2002). (Pág. 2795.)
3. **Moción de orden** formulada por el señor diputado Alvarez de que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones reglamentarias y **moción de preferencia** para el proyecto de ley del que es coautor por el que se dispone la restitución del descuento del 13 por ciento a empleados públicos y jubilados y pensionados (5.343-D.-2002). (Pág. 2800.)
4. **Manifestaciones** del señor diputado Pernasetti acerca de la tercera de las proposiciones a las que se refiere el número 2 de este sumario. (Pág. 2800.)
5. **Moción de orden** formulada por la señora diputada Puig de Stubrin de que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones reglamentarias y **moción** de que se trate **sobre tablas** el proyecto de declaración del que es autor por el que se declara de interés parlamentario la Feria de las Colonias a realizarse en la ciudad de Esperanza, provincia de Santa Fe (4.067-D.-2002). (Pág. 2801.)
6. **Manifestaciones** del señor diputado Vitar acerca de la tercera de las proposiciones a las que

se refiere el número 2 de este sumario. (Página 2801.)

7. **Moción de orden** formulada por el señor diputado Fontdevila de que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones reglamentarias y **moción** de que se trate **sobre tablas** el proyecto de resolución del señor diputado Courel por el que se solicita al Poder Ejecutivo que, en razón de celebrarse el próximo lunes el Día de la Industria, disponga las medidas tendientes a que en el papel membretado de los poderes Legislativo y Ejecutivo se agregue al pie de página el eslogan “Proteja nuestra fuente de trabajo, compre una industria nacional.” (3.816-D.-2002). (Pág. 2801.)
8. **Manifestaciones** de la Presidencia acerca de la proposición a la que se refiere el número 5 de este sumario. (Pág. 2801.)
9. **Manifestaciones y pronunciamiento** de la Honorable Cámara acerca de la primera y la tercera de las proposiciones a las que se refiere el número 2 de este sumario. Se aprueban. (Pág. 2801.)
10. **Moción de orden** formulada por la señora diputada Falbo de que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones reglamentarias y **moción** de que se trate **sobre tablas** el proyecto de ley del señor diputado Iparraguirre por el que se crea el Registro Nacional de Localización e Identificación sobre personas menores de 18 años extraviadas (6.231-D.-2001). Se aprueban ambas proposiciones. (Pág. 2802.)
11. **Manifestaciones** acerca de la tercera de las proposiciones a las que se refiere el número 2 de este sumario. (Pág. 2803.)
12. **Consideración** de los dictámenes sin disidencias ni observaciones y de término vencido por los que se aconseja la sanción de proyectos de ley, de resolución y de declaración. (Pág. 2804.)

I. **Dictamen** de las comisiones de Legislación Penal, de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y de Derechos

tina acate las disposiciones judiciales en referencia a la liberación de los fondos de la empresa Dinar Líneas Aéreas (5.265-D.-2002). Se sanciona. (Pág. 2867.)

XLIV. **Proyecto de declaración** de la señora diputada Puig de Stubrin por el que se declara de interés parlamentario a FECOL 2002, Feria Internacional de Las Colonias (4.028 y 4.067-D.-2002). Se sanciona. (Pág. 2867.)

XLV. **Proyecto de declaración** del señor diputado Amstutz por el que se declara de interés parlamentario el I Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud (5.093-D.-2002). Se sanciona. (Pág. 2868.)

XLVI. **Pronunciamiento** de la Honorable Cámara sobre los asuntos a los que se refieren los números 12.I a 12.XLV de este sumario. Se sancionan. (Pág. 2868.)

13. **Consideración** del proyecto de ley en revisión por el que se dispone la promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico (20-S.-2002). (Pág. 2868.)

14. **Moción de orden** formulada por el señor diputado Neri de que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones reglamentarias y **moción de preferencia** para el proyecto de ley del que es autor sobre aspectos regulatorios de los medicamentos y creación del Registro Nacional de Drogas, Medicamentos e Insumos Farmacéuticos (3.505-D.-2002). Se difiere su votación. (Pág. 2885.)

15. **Continuación** de la consideración del asunto a que se refiere el número 13 de este sumario. (Pág. 2885.)

16. **Pronunciamiento** de la Honorable Cámara acerca del asunto a que se refiere el número 14 de este sumario. Se aprueban ambas proposiciones. (Pág. 2904.)

17. **Continuación** de la consideración del asunto a que se refiere el número 13 de este sumario. Se sanciona definitivamente (ley 25.649). (Pág. 2904.)

18. **Consideración** de los dictámenes de la Comisión de Asuntos Constitucionales en los proyectos de ley de los señores diputados Urtubey (1.921-D.-2002), González (O.F.) y otros (2.714-D.-2002) y Molinari Romero (3.629-D.-2002) sobre modificaciones de la ley 23.298, orgánica de los partidos políticos. Se sanciona. (Pág. 2906.)

19. **Consideración** del proyecto de ley del señor diputado Bravo y otros por el que se crea el

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo como entidad descentralizada en el ámbito del Poder Ejecutivo nacional (4.690-D.-2002). Se sanciona. (Pág. 2917.)

20. **Manifestaciones** del señor diputado Pernasetti acerca de la tercera de las proposiciones a las que se refiere el número 2 de este sumario. (Pág. 2919.)

21. **Consideración** del proyecto de ley del señor diputado Fontdevila y otros por el que se modifica la ley 25.561, de emergencia económica y reforma del régimen cambiario (4.230-D.-2002). Se inicia su consideración en general. (Pág. 2919.)

## 22. Apéndice:

A. **Sanciones** de la Honorable Cámara. (Pág. 2924.)

### B. Asuntos Entrados:

I. **Mensajes del Poder Ejecutivo.** (Pág. 2935.)

II. **Comunicaciones del Honorable Senado.** (Pág. 2936.)

III. **Comunicaciones de la Presidencia.** (Pág. 2939.)

IV. **Dictámenes de comisiones.** (Página 2939.)

V. **Dictámenes observados.** (Pág. 2954.)

VI. **Comunicaciones de comisiones.** (Pág. 2954.)

VII. **Comunicaciones de señores diputados.** (Pág. 2954.)

VIII. **Comunicaciones oficiales.** (Página 2955.)

IX. **Peticiones particulares.** (Pág. 2961.)

X. **Proyectos de ley.** (Pág. 2962.)

XI. **Proyectos de resolución.** (Página 2969.)

XII. **Proyectos de declaración.** (Página 2979.)

XIII. **Licencias.** (Pág. 2986.)

C. **Inserciones** solicitadas por los señores diputados:

1. Zamora. (Pág. 2988.)

2. Esaín. (Pág. 2991.)

3. Isla de Saraceni. (Pág. 2992.)

4. Rodríguez (J). (Pág. 2992.)

5. Ocaña. (Pág. 3013.)

6. Molinari Romero. (Pág. 3015.)

—En Buenos Aires, a los veintiocho días del mes de agosto de 2002, a la hora 21 y 28:

**Sr. Presidente** (Camaño). — Con la presencia de 152 señores diputados queda abierta la sesión.



## 1

## ASUNTOS ENTRADOS

**Sr. Presidente** (Camaño). – Corresponde dar cuenta de los asuntos incluidos en los boletines de Asuntos Entrados números 23, 24 y 25, que obran en poder de los señores diputados.

Conforme a lo resuelto oportunamente por la Honorable Cámara, se prescindirá de la enunciación de tales asuntos por Secretaría, sin perjuicio de su inclusión en el Diario de Sesiones, y se dará por aprobado el giro a las respectivas comisiones.<sup>1</sup>

Corresponde que la Honorable Cámara pase a resolver respecto de los asuntos que requieren pronunciamiento inmediato del cuerpo. Si hubiere asentimiento, el cuerpo se pronunciará mediante una sola votación sobre dichos asuntos.

–Asentimiento.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Se va a votar si se accede a las peticiones formuladas en cada uno de los asuntos.

–Resulta afirmativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Quedan aceptadas las peticiones formuladas por los señores diputados.

Se da cuenta de los permisos otorgados por esta Presidencia a los señores diputados por razones de salud.

## 2

PLAN DE LABOR Y MOCION DE ORDEN  
Y MOCION DE SOBRE TABLAS

**Sr. Presidente** (Camaño). – Corresponde pasar al término reglamentario destinado a la consideración del plan de labor de la Honorable Cámara.

Por Secretaría se dará lectura del plan de trabajo propuesto por la Comisión de Labor Parlamentaria.

**Sr. Secretario** (Rollano). – El plan de labor acordado por la Comisión de Labor Parlamentaria es el siguiente:

Tratamiento, con o sin despacho de comisión, del proyecto de ley sobre promoción de medicamentos por su nombre genérico (expediente 20-S.-2002).

<sup>1</sup> Véase la enunciación de los asuntos entrados en el Apéndice. (Pág. 2935.)

Tratamiento, con despacho de comisión, del proyecto de modificación de la ley 23.298, orgánica de los partidos políticos (Orden del Día N° 641; expediente 1.921-D.-2002).

Modificaciones a la ley 25.561, de emergencia económica y reforma del régimen cambiario (expediente 4.230-D.-2002).

Proyectos de ley, sin disidencias ni observaciones:

–Modificación del artículo 250 bis del Código Procesal de la Nación, sobre procedimiento en caso de interrogatorio a menores de edad víctimas de delitos sexuales o maltrato psíquico o físico (Orden del Día N° 665; expediente 976-D.-2002).

–Designación con el nombre de Juan M. Herman al tramo que une las ciudades de San Carlos de Bariloche y El Bolsón, en la provincia de Río Negro (Orden del Día N° 668; expediente 1.180-D.-2002).

–Creación del registro nacional de localización e identificación sobre personas extraviadas menores de dieciocho años (Orden del Día N° 676; expediente 6.231-D.-2001).

–Modificación de la ley 18.513, regulatoria de la actividad antártica argentina (Orden del Día N° 678; expediente 5.819-D.-2002).

–Establecimiento del régimen para la utilización del bastón verde para la orientación y movilidad de personas con baja visión (Orden del Día N° 702; expediente 5.026-D.-2002).

Proyectos de resolución y de declaración, sin disidencias ni observaciones, contenidos en los órdenes del día números 659, 660, 663, 666, 667, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 677, 680, 681, 682, 683, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 703, 704, 705, 706 y 707.

Proyecto de declaración por el que se solicita al Poder Ejecutivo que disponga que el directorio del Banco de la Nación Argentina acate las disposiciones judiciales relacionadas con la liberación de los fondos de la empresa Dinar Líneas Aéreas (expediente 5.265-D.-2002).

Disposición presidencial por la que se resuelve suspender la aplicación del aporte establecido en el artículo 7°, inciso a), del Anexo I de la resolución conjunta DP-130/93 (904-DP 2002). Se sanciona. (Pág. )

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

**Sra. Falbo.** – Señor presidente: deseo solicitar la postergación del tratamiento del Orden del Día N° 676 sobre creación del Registro Nacional de Localización e Identificación sobre personas menores de 18 años extraviadas.

El pedido se basa en que ayer llegó a este cuerpo una iniciativa sancionada por el Senado que trata la misma temática. Por lo tanto, y en virtud de un acuerdo celebrado con los presidentes de las distintas comisiones que consideraron este proyecto en Diputados, pedimos la postergación de su tratamiento a fin de incorporarle la iniciativa aprobada por el Senado.

No debemos olvidar que esta cuestión ha sido debatida intensamente en Diputados, en la cual se emitió un dictamen por unanimidad. En tal sentido, deseamos agregar la iniciativa del Senado.

Por todo lo expuesto, solicitamos que esta cuestión sea ubicada al final del plan de labor o se incluya en el de una próxima sesión.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Si hay asentimiento del cuerpo se procederá en consecuencia.

–Asentimiento.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

**Sr. Roggero.** – Señor presidente: quiero recordar una cuestión que seguramente no fue considerada en la Comisión de Labor Parlamentaria.

En la sesión de la semana pasada, el cuerpo votó la preferencia, con o sin despacho de comisión, de una iniciativa del señor diputado Bravo, contenida en el expediente 4.690-D.-2002, que hacía referencia al Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.

Esta cuestión no está incluida en el plan de labor y, por ello solicito que se la incorpore, ya que así había sido decidido en la sesión pasada en forma unánime.

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia tenía entendido que la preferencia era con despacho de comisión, y por lo que recuerda existían dos proyectos similares al respecto. El otro era el contenido en el expediente 4.594-D.-2002.

**Sr. Roggero.** – Señor presidente: recuerdo perfectamente que se decidió tratar el tema hoy, con o sin despacho de comisión.

**Sr. Presidente** (Camaño). – En consecuencia, corresponde votar si el tema se incluye en el plan de labor.

–Se va a votar.

–Resultado afirmativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). – El proyecto queda incorporado al plan de labor.

Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti.** – Señor presidente: he pedido el uso de la palabra para referirme a dos temas.

El primero se relaciona con una consulta que deseo hacer a la Presidencia. Hoy, el Senado de la Nación supuestamente modificó y envió de vuelta a este cuerpo –en su condición de Cámara de origen– una iniciativa vinculada con la posibilidad de que los deudores del sistema financiero puedan pagar sus créditos con bonos.

Esta norma –como lo acabo de decir– ha sido modificada por el Senado y vino nuevamente a esta Cámara. Creo que todos los interesados en el tema conocen el proyecto. Solicito que cuando ingrese se incorpore al plan de labor a fin de que sea tratado sobre tablas en esta misma sesión o en la primera que celebremos. Esta es una iniciativa que se está esperando y consideramos que las modificaciones que ha introducido el Senado son adecuadas.

En segundo lugar, solicito que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones del reglamento a efectos de tratar sobre tablas un proyecto de ley suscripto por quien habla y otros señores diputados expediente 5.253-D.-2002, vinculado con la ley de coparticipación federal de impuestos.

Tengo en mi poder copia de una nota que la Comisión Federal de Impuestos, reunida en la ciudad de La Rioja, dirigió al señor secretario de Hacienda de la Nación. Dice en ella que los decretos 424/01, 1.005/01, 979/01, 905/02 y demás normas modificatorias y complementarias emitidas por el Poder Ejecutivo nacional autorizan la cancelación de obligaciones tributarias nacionales mediante la utilización de los instrumentos en ellos contemplados: títulos de deuda pública, LETES, certificados de crédito fiscal, constancias de transferencia, certificados de ejercicio, opción impositiva, etcétera.

Luego agrega en forma preliminar que, a pesar de contemplar la mayoría de dichas normas que tal procedimiento no debería afectar la dis-

tribución de recursos coparticipables a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el contralor financiero provisorio efectuado por la comisión acredita que como consecuencia de la utilización de dichos instrumentos existiría a la fecha un monto acumulado y no distribuido distribución primaria del orden de los 1.252,91 millones en el período octubre 2001 a julio 2002, y de 883 millones en el período marzo 2002 a julio 2002, de los cuales corresponden al conjunto de las mencionadas jurisdicciones locales la suma de 401 millones de pesos.

Es decir que la Nación, por haber aceptado el pago de tributos con estos instrumentos, se está quedando con recursos que no coparticipa a las provincias. Por ello, hemos presentado un proyecto de ley que dice simplemente que la Nación puede seguir cobrando de esa manera, pero que debe coparticipar en pesos o LECOP lo que corresponde a las provincias.

Hoy todas las provincias están recibiendo en concepto de coparticipación un cuarenta por ciento menos que el mes anterior. Por lo tanto, todas tienen dificultades financieras para atender sus obligaciones.

En realidad, parecería que el proyecto de ley que hemos presentado es superfluo, porque no se entiende por qué debemos decir que se debe cumplir con la ley de coparticipación, pero como existen estos instrumentos de pago, me parece que la iniciativa es necesaria.

El proyecto de ley contiene dos artículos y solicito que se trate sobre tablas, ya que atañe al interés de todas las provincias y no a una parte de ellas. Me parece que el tema ha sido estudiado por la Comisión Federal de Impuestos y es tan claro que amerita su tratamiento sobre tablas en esta misma sesión.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

**Sr. Iparraguirre**. – Señor presidente: la señora diputada Falbo solicitó la postergación del tratamiento del Orden del Día N° 676, a efectos de considerarlo al final de esta sesión conjuntamente con una sanción que ayer llegó del Honorable Senado.

Afortunadamente, esa iniciativa tiene una gran similitud con el dictamen emitido por cinco comisiones de esta Cámara, lo cual nos permitiría tratar a este último rápidamente, pero no en forma conjunta con los dictámenes sin disidencias ni observaciones.

**Sr. Presidente** (Camaño). – A fin de ordenar la sesión, la Presidencia propone votar en primer término el plan de labor propuesto por la Comisión de Labor Parlamentaria y luego las mociones de apartamiento del reglamento y de tratamiento sobre tablas formuladas por el señor diputado por Catamarca.

En consecuencia, se va a votar el plan de labor propuesto por la Comisión de Labor Parlamentaria.

– Resulta afirmativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Queda aprobado el plan de labor.

En consideración las mociones de tratamiento sobre tablas formuladas por el señor diputado por Catamarca.

Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Díaz Bancalari**. – Señor presidente: de la lectura del plan de labor surge que esta va a ser una larga sesión, que puede durar varios días o, tal como ha ocurrido en otras oportunidades, varias semanas.

Las dos mociones formuladas por el señor diputado por Catamarca no dejan de tener urgencia, pero tampoco dejan de carecer de importancia. Son cuestiones que requieren de cierto estudio, ya que están en juego varias cosas, como las modificaciones que introdujo el Senado al proyecto sancionado por esta Cámara y el método que debemos aplicar para atender las necesidades de las provincias que representamos.

Por ese motivo, propongo que los asuntos se incorporen al plan de labor, pero con el compromiso de ser tratados con despacho de comisión.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti**. – Señor presidente: con respecto al proyecto vinculado con la situación de las provincias, donde se plantea que a partir del 1° de septiembre se cumpla con la ley de coparticipación en vigencia, es cierto que pueden existir dificultades para que la Nación haga frente a la deuda que se ha generado con las provincias.

Por eso, el proyecto prevé un plazo de sesenta días, pero de ninguna manera podemos permitir que siga pasando el tiempo sin dar una solución a este problema. Digo esto porque a partir del momento en que se descubrió la venta de pagar impuestos con bonos, un medio de comunicación vinculado al ambiente financiero

planteó que el crecimiento de este problema va a ser exponencial, es decir que cada vez más personas y empresas van a pagar los impuestos con bonos y las provincias van a ver reducidas las transferencias.

Por lo tanto, si el bloque de la mayoría no va a apoyar la moción de tratamiento sobre tablas, solicito que este tema sea tratado en la próxima sesión, con o sin despacho de comisión, porque esto es algo que hace al interés del conjunto de los estados provinciales.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Díaz Bancalari.** – Señor presidente: en primer término, aclaro que hay proyectos similares presentados por diputados de nuestro bloque.

En segundo lugar, reitero que estoy ofreciendo al señor diputado por Catamarca la posibilidad de que el tema tenga un rápido tratamiento. Digo esto porque hoy no podemos saber cuándo se va a realizar la próxima sesión, ya que por la cantidad de temas incluidos en el plan de labor es probable que pasemos de cuarto intermedio en cuarto intermedio. Por ello, propongo que el tema lo tratemos en esta sesión cuando cuente con despacho de comisión, ya que seguramente pasaremos a cuarto intermedio para la semana que viene.

No quiero demorar esta cuestión; sí quiero tener responsabilidad en lo que aprobemos. No desconozco la urgencia ni dejo de coincidir con los objetivos. De hecho, reitero, este bloque tiene proyectos presentados en el mismo sentido. Pero tratemos de ser responsables en cuanto a contar con un despacho de comisión.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por San Juan.

**Sr. Conca.** – Señor presidente: quiero avalar los pedidos formulados por el señor diputado Pernasetti respecto de los dos temas: el proyecto que viene del Senado, referido al pago con bonos de las deudas bancarias, y el otro, que es muy importante y cuenta con dictamen de la Comisión Federal de Impuestos, referido a la suma que no ha sido coparticipada por la Nación, que es de alrededor de 1.200 millones de pesos. Es decir que la comisión especial que debe informar sobre este asunto afirma que las provincias tienen razón en cuanto a que esos fondos no les han sido coparticipados.

Además, solicito que la votación se realice en forma nominal.

**Sr. Presidente** (Camaño). – A fin de ordenar el planteo, en principio se trataría el segundo proyecto para el cual solicitó tratamiento sobre tablas el señor diputado Pernasetti, ya que el primero aún no ha sido remitido desde el Senado. Cuando esto suceda, la Presidencia lo pondrá en consideración.

Tiene la palabra el señor diputado por San Juan.

**Sr. Capello.** – Señor presidente: apoyo la propuesta del señor diputado Conca en el sentido de que la votación se realice de manera nominal.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por el Chaco.

**Sr. González (R.A.).** – Señor presidente: no conozco el texto del proyecto cuyo tratamiento propone el señor diputado Pernasetti y tampoco me lo imagino, porque la Comisión Federal de Impuestos tiene facultades de contralor sobre los fondos coparticipables.

Estoy informado por el ministro de Economía de mi provincia de las dificultades existentes debidas a la incorporación a la masa coparticipable de recursos que provienen del cobro impositivo en forma de bonos y otros papeles que no son dinero en efectivo.

No son una novedad las picardías que comete la Nación en la distribución de los recursos federales. Siempre, históricamente, la Comisión Federal de Impuestos ha ido descubriendo con retardo esas distribuciones incorrectamente realizadas y ha ido subsanando esa cuestión, a veces con buena voluntad de parte del Estado nacional, y muchas otras mediante juicios que las provincias han tenido que iniciar contra la Nación para poder cobrar los recursos que legítimamente les corresponden.

Desde el punto de vista legislativo, es muy difícil sancionar una ley para que se cumpla otra. Entiendo que para que la Nación distribuya lo que corresponde a las provincias no hace falta ni un punto ni una coma más.

Sí creo que tal vez merece un tratamiento legislativo –no sé si el proyecto del señor diputado Pernasetti se refiere a eso– la incorporación a la masa de algo que no es dinero, sino bonos o cualquier otro tipo de papel. En este sentido, habría que definir qué tratamiento corresponde a las provincias a este respecto, por supuesto que con su previo acuerdo. Digo esto porque la masa que se comparte entre la Nación y las provincias es de propiedad de las dos,



y las provincias tienen derecho a contar con sus recursos. Por ejemplo, si la Nación está recibiendo y aceptando el pago de impuestos nacionales con patacones, la totalidad de los que reciba se los tendría que devolver como coparticipación secundaria a la provincia de Buenos Aires. Si sobran patacones y no hubiera más plata, me parecería totalmente legítimo que los manden al Chaco, donde vamos a saber qué hacer con ellos.

Si la Nación recibiera algún tipo de recurso con la anuencia de cada una de las provincias, es legítimo que esa masa se distribuya como correspondía. Estoy seguro de que si representamos al pueblo de la Nación Argentina y, consecuentemente, cada uno de nosotros tiene una pertenencia a una provincia en particular –todos sabemos las tremendas dificultades por las que están atravesando desde el punto de vista económico y financiero, no debe existir un solo señor diputado en esta Cámara que quiera que la Nación se quede tan siquiera transitoriamente con un recurso que corresponde a las provincias. No hay ningún señor diputado que no quiera la estricta aplicación de la ley de coparticipación vigente.

A tenor de lo que ha dicho el señor diputado Díaz Bancalari, en el sentido de que esta sesión será lo suficientemente larga como para que incorporemos la consideración de este tema, entiendo que formal o informalmente se debe dar a los miembros de la Comisión de Presupuesto y Hacienda –y eventualmente a los de la Comisión de Finanzas– la posibilidad de acceder a este proyecto, elaborar un dictamen e informar a los respectivos bloques de su contenido. Me atrevería a decir que podemos asumir el compromiso de tratar esta cuestión en el marco de esta sesión o en la de la semana que viene.

Quiero poner de relieve la seriedad que debe asumir la Cámara en el tratamiento de estas cuestiones. No dudo de que la Nación debe estar haciendo alguna picardía con las provincias, tal como lo ha hecho siempre en la historia de la distribución de los recursos federales, más allá de los distintos signos políticos que han gobernado este país desde que existe la ley de coparticipación federal.

**Sr. Presidente (Camaño).** – La Presidencia hace saber a la Cámara que para que esta iniciativa pueda ser considerada harán falta, en primer término, las tres cuartas partes de los votos de los señores diputados, y en segundo lugar, las dos terceras partes.

Tiene la palabra el señor diputado por Corrientes.

**Sr. Breard.** – Señor presidente: el tema que estamos considerando fue tratado en la Comisión de Labor Parlamentaria por cada uno de los bloques que la integran y es producto de la desesperación de los gobiernos provinciales. Esta es la última instancia, porque los gobernadores del radicalismo tuvieron una reunión con el ministro Lavagna la semana pasada y ayer otra sin haber obtenido una respuesta.

Acumularon 1.500 millones de pesos en bonos, y mil y pico de millones de patacones, que vienen en cierta medida deduciéndose. Pero ¿qué pasa? Esto es lo que hay que estudiar, porque resulta obvio que las provincias pueden incendiarse socialmente.

Lo obvio es que la Nación excluye a las provincias de la masa de coparticipación porque dice que no puede mandar bonos, ya que un gobernador no puede hacer nada con títulos de la deuda externa. No tiene sentido; queda en abstracto, porque no es operativo.

Es público y notorio que la Nación aumentó su recaudación global a casi cinco mil millones de pesos, pero las provincias disminuyeron su coparticipación en un 31 por ciento respecto del primer semestre del año pasado, porque fuimos a suerte y verdad y rompimos el concepto de piso con el compromiso de que nos iban a entregar la plata y no bonos de la deuda externa.

Fundamentalmente, la Nación tampoco cumplió con la reestructuración de la deuda, porque no dictó el decreto y los bancos se están retirando de esa fase, y otra vez nos vamos a quedar con las deudas en dólares con los bancos. Esta es la desesperación de los gobiernos provinciales.

Si la Presidencia me permite, voy a dar lectura al proyecto de ley contenido en el expediente 5.253-D.-2002, cuyo texto dice así:

“Artículo 1º – Los pagos que se efectúen a partir de la vigencia de la presente mediante la utilización de títulos de deuda pública nacional, LETES, Certificado de Crédito Fiscal, Constancias de Transferencias, Certificados de Ejercicio de Opción Impositiva, y en general cualquier otro instrumento de deuda pública nacional, que oportunamente autorizaran los decretos 424/01, 1.005/01, 1.226/01, 1.387/01, 979/01 y 905/02, sus modificatorios, complementarios, sustitutivos o por otras normas de carácter similar, vigentes o a dictarse, serán computados, a los efectos de la distribución del sistema de coparticipación federal de impuestos a la porción que le correspon-

de al gobierno nacional. La aceptación de los mismos como medio de pago de impuestos coparticipables no podrá ir en desmedro de la participación de las provincias, quienes continuarán percibiendo la porción que les corresponde en moneda de curso legal, en Letras de Cancelación de Obligaciones Provinciales (LECOP) o en Letras de Tesorería para la Cancelación de Obligaciones (Patacones) para el caso de la provincia de Buenos Aires.

“Art. 2° – Los importes que la Nación adeude a las jurisdicciones provinciales y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como consecuencia de la no distribución de los impuestos nacionales que se percibieron con los mencionados títulos, se cancelarán en un plazo máximo de sesenta días corridos desde la entrada en vigencia de la presente ley. Las cancelaciones de deudas se efectuarán en los medios de pago descriptos en el artículo anterior, salvo que las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires convengan con la Nación, de común acuerdo, otras formas de pago.

“Art. 3° – la presente ley entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su promulgación.

“Art. 4° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.”

Lo que estamos pidiendo es muy sencillo: si se recauda cien, queremos que nos toque el 38 por ciento conforme a suerte y verdad. No queremos que nos manden títulos.

No solamente pedimos que se cumpla con la ley –que es la finalidad última–, sino que también estamos diciendo que excluyan los títulos que decidieron recibir. Esto es algo así como que una provincia decida recibir inmuebles en pago de deudas y a los municipios los excluyera de la coparticipación municipal.

Sólo me resta solicitar que la votación sea nominal.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Ya ha sido solicitada, señor diputado.

### 3

#### MOCION DE ORDEN Y MOCION DE PREFERENCIA

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Tucumán.

**Sr. Alvarez.** – Señor presidente: formulo moción de que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones reglamentarias, a efectos de solicitar preferencia para que en la próxima sesión sea tratado, con despacho de comisión, un proyecto de ley, contenido en el expediente 5.343-D.-2002, que no tiene otro norte que acompañar los múltiples pedidos que hemos recibido estos días en la provincia de Tucumán.

Todo esto es consecuencia del fallo de la Corte que autorizó a un ciudadano a que se le reintegre el 13 por ciento que se le descontaba de sus haberes.

Quiero poner en conocimiento del cuerpo que el año pasado ya se habían iniciado en la provincia de Tucumán 11 mil acciones judiciales. Ha sido lamentable observar las filas de gente que quería averiguar el estado en que se hallaba su juicio.

Corresponde aclarar que las demandas fueron patrocinadas por la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Tucumán.

Los tucumanos tenemos la triste experiencia de que durante doce años los gobiernos democráticos tuvieron que estar pagando durante las administraciones de los gobernadores Riera, Domato y Ramón Ortega los graves errores cometidos en la última dictadura militar, oportunidad en la cual los jubilados dejaron de percibir el 82 por ciento móvil para pasar a cobrar el 70 por ciento de su sueldo.

Lo que solicitamos por este proyecto es que quienes no puedan ir a la Justicia también cuenten con la posibilidad de recuperar la totalidad de sus haberes.

Formulo esta moción de preferencia para que esta Cámara no sólo devuelva parte de la dignidad a aquellos que integran la clase pasiva –que a veces no es tan pasiva–, sino también para que este Poder Legislativo recupere la facultad que el 20 de julio de 2000 delegó en el Poder Ejecutivo cuando lo autorizó, en función de la emergencia económica y del déficit cero, a disminuir el salario de los trabajadores.

### 4

#### MANIFESTACIONES

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia aclara que en la reunión de la Comisión de Labor Parlamentaria se había acordado que se iba a confeccionar una sola lista para los pedidos de apartamiento de reglamento y preferencias con despacho de comisión. Ahora bien, si cada diputado va a plantear el tema de su preferencia, nos vamos a pasar la noche discutiendo sobre estas cuestiones y no podremos iniciar el tratamiento del orden del día. Espero que se reconozca lo acordado en la reunión de la Comisión de Labor Parlamentaria.

Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti.** – Señor presidente: en la reunión de la Comisión de Labor Parlamentaria informamos que habríamos de plantear la cuestión que propuse en el recinto porque no se nos había autorizado la inclusión del asunto en el plan de labor; por lo tanto, no estamos violando acuerdo alguno.

Por otro lado, podríamos votar sin discusión las mociones planteadas para entrar luego al orden del día. Sugiero que, como ocurrió en otras oportunidades, la Cámara se pronuncie en una sola votación respecto de las mociones de preferencia con despacho de comisión.

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia comparte su sugerencia, señor diputado. Por otro lado, desea señalar que es cierto lo que usted manifiesta acerca de que durante la reunión de la Comisión de Labor Parlamentaria adelantó que, en relación con el proyecto al que hizo alusión, habría de formular el correspondiente pedido en el recinto.

## 5

### MOCION DE ORDEN Y MOCION DE SOBRE TABLAS

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra la señora diputada por Santa Fe.

**Sra. Puig de Stubrin.** – Señor presidente: solicito que la Cámara se aparte de las prescripciones del reglamento a fin de considerar sobre tablas el proyecto de declaración contenido en el expediente 4.067-D.-2002 –que cuenta con despacho de la Comisión de Agricultura y Ganadería–, por el que se declara de interés parlamentario la Feria de las Colonias, a realizarse entre el 4 y el 8 de septiembre en la ciudad de Esperanza, provincia de Santa Fe.

## 6

### MANIFESTACIONES

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Tucumán.

**Sr. Vitar.** – Señor presidente: simplemente, deseo sostener el criterio que usted acaba de enunciar, porque creo que es de suma urgencia el tratamiento de los asuntos contenidos en el orden del día.

Por otro lado, también reconozco que el señor diputado Pernasetti oportunamente adelantó que habría de solicitar el tratamiento del proyecto al que ha aludido, que es importante y urgente, por-

que las penurias que están sufriendo muchas administraciones provinciales amenazan con alterar la paz social en esas provincias.

Por lo expuesto, nuestra bancada apoya el tratamiento sobre tablas de la iniciativa a la que aludiera el señor diputado Pernasetti.

## 7

### MOCION DE ORDEN Y MOCION DE SOBRE TABLAS

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Fontdevila.** – Señor presidente: formulo moción de que la Cámara se aparte de las prescripciones del reglamento a efectos de tratar sobre tablas el proyecto de resolución del señor diputado Courel –expediente 3.816-D.-2002–, por el que se solicita al Poder Ejecutivo que, en razón de celebrarse el próximo lunes el Día de la Industria, disponga las medidas tendientes a que en el papel membretado de los poderes Legislativo y Ejecutivo se agregue al pie de página el eslogan “Proteja nuestra fuente de trabajo, compre una industria nacional.”

## 8

### MANIFESTACIONES

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia aclara al señor diputado Roggero que, en relación con la propuesta formulada por la señora diputada Puig de Stubrin, no habría inconveniente alguno en votarla y aprobarla, porque se refiere a un asunto que sólo requiere una declaración de interés parlamentario.

## 9

### MANIFESTACIONES Y PRONUNCIAMIENTO

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Salta.

**Sr. Urtubey.** – Señor presidente: ante los pedidos formulados por los señores diputados Pernasetti, Conca y Vitar, deseo señalar que el 20 de agosto presenté un proyecto de ley –contenido en el expediente 5.039-D.-2002– vinculado con el mismo tema, es decir, la remisión de bonos, LETES y demás.

Por lo tanto, mientras se avanza en la consideración del resto de los temas sugiero que compatibilicemos un texto único; de lo contrario, seguiremos agotando instancias, ya que se

formulan distintas mociones de tratamiento sobre tablas, preferencias, etcétera. En consecuencia, considero más conducente que acordemos un texto y que en el momento oportuno la Cámara lo vote.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti**. – Señor presidente: aceptaríamos la sugerencia formulada por el señor diputado preopinante en tanto incluyamos el asunto en el orden del día. Si fuera así, podríamos avanzar en ese acuerdo y votar el proyecto hoy mismo.

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia advierte que, en caso de que el asunto sea incluido en el orden del día, para su sanción sólo se requerirá mayoría simple.

**Sr. Pernasetti**. – Señor presidente: será fácil lograr un acuerdo.

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia advierte a los señores diputados que no está intentando trabar ese acuerdo; simplemente, desea señalar que se trata de dos temas totalmente diferentes, y que una vez incorporados al orden del día necesitarán para su aprobación mayoría simple.

Por lo tanto, sugiere a los señores diputados que lleguen a un acuerdo con esa finalidad.

Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti**. – Señor presidente: estoy dispuesto a cambiar mi moción para que esos asuntos se incluyan en el orden del día. Si los señores diputados están de acuerdo, mientras se discuten los otros temas, podríamos unificar los proyectos en un texto único a fin de que la Cámara sancione la iniciativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Si los señores diputados no llegaran a un acuerdo, la Presidencia puede, en uso de sus facultades, pasar la sesión a cuarto intermedio para la semana próxima.

Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti**. – Señor presidente: no es mi deseo entorpecer el desarrollo de la sesión y el tratamiento del proyecto de ley sobre medicamentos genéricos, pero lo que planteo también constituye una cuestión esencial para las provincias y es tan importante como cualquier otro asunto. De manera que si no se respeta la solitud que he formulado, pido que pasemos a votar y sigamos adelante.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Díaz Bancalari**. – Señor presidente: es una buena oportunidad para que empiece a primar la palabra empeñada, y para que los que actuamos en política demos que somos capaces de cumplir con lo que expresamos públicamente.

La bancada Justicialista quiere tratar el tema en el transcurso de esta sesión, pero luego de arribar a un acuerdo. Creo que no daremos un espectáculo dignificante si no cumplimos con lo que hemos acordado. Es nuestra intención que este tema sea considerado en esta reunión, si se llega a un consenso respecto de su redacción; de lo contrario, habrá que unificar criterios. Pero no queremos entorpecer el desarrollo de la sesión ni el tratamiento de temas tan importantes como los que hoy nos convocan.

Tenemos la voluntad y la decisión de acompañar esta iniciativa, porque conocemos cuál es la situación de las provincias. La paz social de la Argentina interesa tanto al gobierno central como a cada una de ellas, que realizan grandes esfuerzos para lograr dicho objetivo.

Creo que estamos dilatando el tema, y por eso adelanto que vamos a contribuir a lograr el acuerdo necesario a fin de incluir este asunto en el orden del día. Si durante el transcurso de esta reunión no lo alcanzamos, tendremos que cumplir con la palabra empeñada y pasar a cuarto intermedio.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Se va a votar la moción de apartamiento del reglamento formulada por el señor diputado Pernasetti en el entendimiento de que el pronunciamiento favorable de la Honorable Cámara importará la aprobación del tratamiento sobre tablas de la iniciativa propuesta. Se requieren las tres cuartas partes de los votos que se emitan.

– Resulta afirmativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Queda aprobada la moción.

En consecuencia, se incorpora la consideración del asunto al orden del día de la presente sesión.

10

MOCION DE ORDEN Y MOCION  
DE SOBRE TABLAS

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia informa que la señora diputada Falbo ha so-



días 4, 5, 6, 7 y 8 de septiembre del corriente año, en el predio ferial de la ciudad de Esperanza, departamento Las Colonias, provincia de Santa Fe.

*Lilia J. G. Puig de Stubrin.*

#### XLV

#### I CONGRESO NACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

#### Proyecto de declaración

*La Cámara de Diputados de la Nación*

DECLARA:

De interés de esta Honorable Cámara de Diputados de la Nación el I Congreso Nacional de Atención Primaria de la Salud, que se realiza juntamente con el V Congreso Provincial de Atención Primaria de la Salud, a realizarse en la ciudad de Mendoza entre los días 4 al 7 de septiembre de 2002 organizado por la Dirección de Atención Primaria de la Salud dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Salud del gobierno de Mendoza, con el auspicio de OSEP, UNICEF, OMS, OPS, Municipalidad de Mendoza y Ministerio de Salud de la Nación.

*Guillermo Amstutz.*

#### XLVI

#### PRONUNCIAMIENTO

**Sr. Presidente** (Camaño). – Se va a votar si se aprueban –en general y en particular– los dictámenes cuya consideración conjunta ha dispuesto la Honorable Cámara.

–Resulta afirmativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Quedan sancionados los respectivos proyectos de ley, de resolución y de declaración.<sup>1</sup>

Se harán las comunicaciones correspondientes.

### 13

#### PROMOCION DE LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO

**Sr. Presidente** (Camaño). – Corresponde considerar el proyecto de ley en revisión sobre promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico (expediente 20-S.-2002)

Buenos Aires, 4 de abril de 2002.

*Al señor presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, don Eduardo O. Camaño.*

Tengo el honor de dirigirme al señor presidente, a fin de comunicarle que el Honorable Senado, en

la fecha, ha sancionado el siguiente proyecto de ley que paso en revisión a esa Honorable Cámara:

*El Senado y Cámara de Diputados,...*

#### PROMOCION DE LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO

Artículo 1º – La presente ley tiene por objeto la defensa del consumidor de medicamentos y drogas farmacéuticas y su utilización como medio de diagnóstico en tecnología biomédica y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana.

Art. 2º – Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.

La receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades.

El farmacéutico, debidamente autorizado por la autoridad competente, es el único responsable y capacitado para la debida dispensa de especialidades farmacéuticas, así como también para su sustitución. En este último caso deberá suscribir la autorización de sustitución en la prescripción.

La libertad de prescripción y de dispensa está garantizada por la elección del principio activo y no sobre especialidades de referencia o de marca.

Art. 3º – Toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el primer párrafo del artículo 2º de la presente ley se tendrá por no prescrita, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate.

Art. 4º – A los fines de la presente ley se entienden por:

- a) *Medicamento*: Toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra;
- b) *Principio activo o monodroga*: Toda sustancia química o mezcla de sustancias relacionadas, de origen natural, biogénico, sintético o semisintético que, poseyendo un efecto farmacológico específico, se emplea en medicina humana;
- c) *Nombre genérico*: Denominación de un principio activo, monodroga, o de una asociación de principios activos a dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria, o en su defecto la denominación común internacional de un principio activo o combinación de

<sup>1</sup>Véase el texto de las sanciones en el Apéndice. (Pág. 2924.)

los mismos recomendada por la Organización Mundial de la Salud;

- d) *Especialidad medicinal*: Todo medicamento de composición cualitativa y cuantitativamente definida, declarada y verificable, de forma farmacéutica estable y de acción terapéutica comprobable debidamente autorizada por la autoridad sanitaria;
- e) *Especialidad medicinal genérica*: Especialidad medicinal identificada por el nombre genérico que corresponda a su composición;
- f) *Especialidad medicinal de referencia*: Es aquel medicamento debidamente habilitado como tal por la autoridad sanitaria nacional, cuya eficacia y seguridad terapéutica ha sido científicamente comprobada por su uso clínico y comercializado en el país por un laboratorio innovador. Cuando un producto que reúna estas características no se comercialice en el país, podrá utilizarse como especialidad medicinal de referencia a fin de comparar la especialidad medicinal genérica, aquella avalada por la Organización Mundial de la Salud por haberse comprobado su acción terapéutica mediante su liderazgo en el mercado farmacéutico internacional.

Art. 5° – Será obligatorio el uso del nombre genérico:

- a) En todo envase primario, secundario, rótulo, prospecto o cualquier documento utilizado por la industria farmacéutica para información médica o promoción de las especialidades medicinales;
- b) En todos los textos normativos, inclusive registros y autorizaciones relativas a la elaboración, fraccionamiento, comercialización, exportación e importación de medicamentos;
- c) En toda publicidad o propaganda dirigida al público en general.

Art. 6° – En los rótulos y prospectos de los medicamentos registrados ante la autoridad sanitaria, se deberán incorporar los nombres genéricos en igual tamaño y realce que el nombre comercial. Cuando se trate de medicamentos constituidos por dos o más nombres genéricos, el tamaño de la tipografía para cada uno de ellos podrá ser reducido en forma proporcional.

Art. 7° – En el expendio de medicamentos, los establecimientos autorizados deberán informar al público todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos que la prescrita en la receta médica que se les exhiba y los distintos precios de esos productos. En caso de incumplimiento serán de aplicación las sanciones previstas por la ley 24.240, de Defensa del Consumidor.

Art. 8° – El Poder Ejecutivo nacional, a través del Ministerio de Salud, será el organismo encargado de controlar el cumplimiento de la presente ley, sin

perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior. En este marco deberá especialmente diseñar campañas de difusión masiva respecto de los beneficios que reviste el uso de las denominaciones genéricas en las prescripciones médicas.

Art. 9° – La autoridad sanitaria nacional deberá elaborar, dentro de los 60 días de promulgada la presente ley, un vademécum, el que deberá ser actualizado en forma periódica, en el que se ordenarán las especialidades medicinales genéricas o formas comerciales autorizadas en base a su contenido de principio activo, monodroga o nombre genérico y un listado de combinaciones de monodrogas identificadas por su nombre genérico que hayan sido recomendadas por la Organización Mundial de la Salud o autorizadas por la autoridad sanitaria nacional, los cuales deberán estar a disposición de los profesionales del arte de curar y del público en general en todas las farmacias de la República.

Art. 10. – El Poder Ejecutivo nacional promoverá en forma conjunta, con las organizaciones médicas, farmacéuticas y odontológicas y todas aquellas reconocidas en el arte de curar, los mecanismos que aseguren amplia comunicación, información y educación sobre los medicamentos genéricos. Asimismo, deberán realizar las acciones que sean pertinentes a los efectos de que en todas las universidades del país y en las áreas vinculadas a la formación de conocimiento en ciencias de la salud sea incorporado dentro de las respectivas currícula, el estudio de la investigación y transferencia de conocimientos sobre la temática abordada en la presente ley.

Art. 11. – El Poder Ejecutivo propenderá, en materia de medicamentos, a una política de progresiva sustitución de importaciones.

Art. 12. – Invítase a las provincias a adherir a la presente ley. Asimismo el Poder Ejecutivo nacional queda facultado a suscribir convenios con las provincias y con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a fin de delegar facultades de fiscalización.

Art. 13. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Saludo a usted muy atentamente.

*Marcelo López Arias. – Juan Carlos Oyarzún.*

## ANTECEDENTES<sup>1</sup>

### 1

#### PROYECTO DE LEY

*El Senado y Cámara de Diputados,...*

Artículo 1° – Declárase obligatorio el uso de los nombres genéricos de medicamentos en todas las prescripciones de profesionales autorizados a prescribir medicamentos, en todo el territorio nacional y sin excepciones.

<sup>1</sup> Incorporados a pedido del señor diputado Díaz Bancalari.

Art. 2º – La prescripción deberá contener denominación de la droga, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades en números romanos y/o arábigos y aclarando en letras entre paréntesis.

Art. 3º – Dispónese que los centros de expendios de medicamentos, deberán ofrecer al público las especialidades medicinales que correspondan a cada nombre genérico prescripto, según el listado autorizado de medicamentos genéricos, o especialidades medicinales que sean una asociación o combinación de diversos componentes o drogas que el Ministerio de Salud de la Nación determine. El listado deberá estar a disposición del público indicando los precios de venta en un lugar visible.

Art. 4º – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Celia A. Isla de Saraceni.*

### FUNDAMENTOS

Señor presidente:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.

El derecho a la vida y a la salud, como derechos humanos fundamentales principalísimos, están consagrados en la Constitución de la Nación Argentina.

En la Argentina el gasto en medicamentos representa un 30 por ciento del gasto total en salud.

De allí que si aceptamos y defendemos el derecho a la salud, podemos afirmar que el medicamento, como insumo básico debe ser considerado un bien social al que tenga acceso toda la población, y es el Estado quien debe garantizar que esto ocurra. De lo contrario, el medicamento será un bien de mercado, reservado como privilegio para aquellos que estén en condiciones de adquirirlo, quedando excluidos quienes no cuenten con recursos.

Es por ello que el presente proyecto de ley pretende declarar la obligatoriedad en la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, teniendo en cuenta el costo reducido del mismo y su eficacia asegurada.

La obligatoriedad en la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, impacta sobre el precio de los mismos ya que al evitar la orientación médica hacia determinados productos, resultante del efecto publicitario de los laboratorios, se favorece la competencia de distintas marcas del mismo o similar medicamento en función del precio, induciendo a la reducción del mismo.

Este proceso debe ser complementado con el mejoramiento de la información a los profesionales de la salud, sobre los precios y ventajas de productos semejantes o idénticos, para lograr que se receten aquellos que resulten accesibles al paciente y a los sistemas de cobertura. Del mismo modo, se deben intensificar los controles sobre las prescripciones médicas y su impacto en gasto de los programas de atención sanitaria.

Los genéricos no tienen nombre comercial sino que su nombre es el de la droga original o combinación de las mismas. Resultan más económicos por que su aparato comercial (*packaging* y *marketing*) está minimizado respecto a los otros medicamentos prescriptos.

Se entiende por medicamentos por su nombre genérico a la denominación de un principio activo o droga farmacéutica o cuando corresponda, de una asociación o combinación de principios activos a dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria nacional, o en su defecto la denominación común internacional de un principio activo, recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Este proyecto también establece la obligatoriedad de que los centros de expendio de medicamentos deberán ofrecer al público las especialidades medicinales que correspondan a cada nombre genérico prescripto con la obligación de tener a disposición del público en un lugar visible los precios de los medicamentos con las denominaciones genéricas.

El uso del listado de medicamentos establecidos (*Vademécum*), el control de las prescripciones, el establecimiento de precios de referencia, y fundamentalmente, el uso de genéricos desarrollados y actualizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), a través del Formulario Terapéutico Nacional hacen a la contención del gasto, a la evaluación de la utilidad y a la relación costo-efectividad de los medicamentos.

El empleo de medicamentos genéricos y los listados de medicamentos establecidos forman parte de las políticas de salud de los países de primer mundo desde hace muchos años atrás, a partir de las recomendaciones efectuadas por la OMS a comienzos de la década del 80.

El 4 de diciembre de 2001, siendo diputada provincial, he presentado en la Honorable Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones, un proyecto de ley, expediente 17.727/01 donde se dispone la obligatoriedad de la prescripción médica y odontológica de los medicamentos por su denominación genérica y además, la obligación de las farmacias de informar a las personas, sobre los listados de los medicamentos de este tipo y sus diferentes precios.

Como antecedentes de esta iniciativa se tuvo en cuenta la legislación de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y La Pampa, las únicas que tienen normativa con respecto a la materia y la aplicación del decreto nacional 150 del año 1992.

No obstante considero que es de fundamental importancia que en este marco de emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera, cambiaria y sanitaria, donde se están intentando soluciones como la propuesta del ministro de Salud de implementar una canasta de medicamentos, el proyecto que menciono se generalice y se convierta en una ley nacional a los efectos de contribuir a la solución de este grave problema en

todo el territorio argentino, de manera tal de paliar los efectos de un desmedido incremento de los precios de medicamentos y por otro lado el desabastecimiento de estos productos tan vitales para toda la población.

El gobierno nacional está trabajando muy fuerte en esta temática y ha producido un decreto declarando la emergencia sanitaria. Es obligación del Poder Legislativo nacional dictar normativas en la misma dirección.

Decía el doctor Ramón Carrillo que “de nada sirven la medicina, los medicamentos y la tecnología, si no están al alcance del pueblo”.

Por todas estas consideraciones expuestas, solicito el urgente tratamiento legislativo y acompañamiento afirmativo de mis pares.

*Celia A. Isla de Saraceni.*

## 2

### PROYECTO DE LEY

#### *El Senado y Cámara de Diputados,...*

Artículo 1° – Toda prescripción de medicamentos en todos los sectores de la atención de la salud de la Nación Argentina se ajustará a las siguientes normas indicativas que prescribe la presente ley:

- a) Las prescripciones se realizarán obligatoriamente expresando la denominación genérica o denominación común internacional con la cual se identifica la droga fármaco o medicamento en la bibliografía farmacológica;
- b) Las prescripciones contienen, como indican las normas vigentes de la farmacología, la identificación de la forma, dosis o concentración, el número de unidades que el médico indica, la fecha y la identificación del profesional médico u odontólogo;
- c) El consumidor, asistido por el farmacéutico, tendrá derecho a optar en función del menor precio entre dos o más especialidades farmacéuticas que contengan igual principio activo o medicamento genérico y de igual denominación común en la farmacología universal y de igual concentración y forma y bioactividad.

Art. 2° – Toda prescripción médica que no cumpla con lo indicado en el artículo 1° inciso a) carece de valor alguno y no autoriza a las farmacias públicas, privadas o de la seguridad social al expendio o provisión del medicamento.

Art. 3° – En el plazo de 30 días a partir de la promulgación de la presente ley, las empresas y/o comercializadoras de los medicamentos de prescripción médica o de venta libre, deberán identificar la denominación genérica o común internacional en todos los envases (primarios o secundarios), en sus formularios terapéuticos, vademécum, prospectos, publicidad y propaganda médica o de difusión pública, en

los registros y en toda la documentación que se utilice en la comercialización interna o internacional.

Art. 4° – El Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, reglamentará en el plazo de 7 días a partir de la promulgación de la presente ley las características de la identificación gráfica (dimensiones, tipografía y color) del genérico en los envases de venta al público y envases secundarios de medicamentos.

En todos los casos la gráfica identificatoria de los envases de venta al público o en los envases a granel o uso hospitalario tendrán una dimensión equivalente al 120% de la superficie gráfica utilizada para identificar el fármaco con el nombre comercial o marca del producto.

Art. 5° – En los casos en que coincida la denominación genérica o única universal con la marca o denominación comercial del producto no exime a las empresas comercializadoras o productoras a utilizar en los envases de venta al público o a granel de gráfica indicada en el artículo 4°.

Art. 6° – En caso de que el fármaco esté constituido por dos o más genéricos, el tamaño de la gráfica indicada en el artículo 4° se extenderá al 150% de la superficie de la gráfica de la identificación comercial o marca y contiene los 2 o más componentes básicos asociados en el producto.

Art. 7° – En el plazo de 30 días a partir de la promulgación, el Ministerio de Salud de la Nación publicará el formulario terapéutico nacional (FTN), ordenado según la denominación genérica o común internacional, la totalidad de los fármacos autorizados y que se comercializan en la República Argentina. Este formulario terapéutico será actualizado obligatoriamente cada 4 meses por la autoridad sanitaria.

Art. 8° – En todas las farmacias y droguerías autorizadas a comercializar medicamentos es obligatorio disponer e informar al público, siguiendo el ordenamiento del SFN y para cada rubro; las marcas comerciales y el precio de cada una de las especialidades disponibles para la venta.

Art. 9° – A partir de la fecha es obligatorio en todas las publicaciones de llamado a licitaciones, concursos o compras directas de medicamentos por parte del Ministerio de Salud, los establecimientos asistenciales e institutos, entes autárquicos y/o autónomos y de la seguridad social que dependan del Estado nacional, la utilización de la denominación genérica o única universal de los productos que se adquieran. Esta obligación se extiende a toda la documentación oficial del procedimiento de compra y pago.

Art. 10. – A partir del año lectivo 2003 será obligatorio en todas las universidades nacionales que las facultades de Medicina, Odontología y Bioquímica incluyan los conceptos y principios que la presente ley establece para la identificación, prescripción y dispensación de medicamentos en la Nación Argentina.



Art. 11. – Será órgano de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación y se invita a todas las jurisdicciones autónomas de la Nación (provincias y municipios) a adherir a la presente ley.

Art. 12. – El incumplimiento de las prescripciones de la presente ley por parte de funcionarios o agentes públicos que dependen del Estado nacional será considerado como incumplimiento grave de las obligaciones propias.

Art. 13. – El incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta ley por parte de las empresas productoras y/o comercializadoras de medicamentos, farmacias, entes de seguridad social serán sancionados y penalizados:

- a) 1ª transgresión con \$ 1.000 a \$ 10.000 de multa;
- b) 2ª y 3ª reiteraciones sucesivas con multas de \$ 2.000 a \$ 100.000;
- c) 4ª reiteración de la transgresión. Clausura o revocación de la autorización para producir y/o comercializar el producto origen del incumplimiento.

Art. 14. – Téngase por derogada toda norma o disposición que se oponga o contradiga lo establecido por la presente ley.

Art. 15. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Enrique Tanoni.*

#### FUNDAMENTOS

Señor presidente:

En el marco de la crisis a la que fue sometida la Nación Argentina, la preservación y cuidado de la salud del pueblo adquiere una dimensión extraordinaria y se transforma en una prioridad absoluta.

Es necesario destacar que la salud es un derecho constitucional. Es un derecho universalmente reconocido al pueblo.

Es necesario insistir en las responsabilidades del Estado como garante de este derecho.

Ante la crisis no es la primera vez que el Estado debió intervenir regulando el mercado de la salud y el de medicamentos para asegurar el acceso a este bien social, que muchos consideran no es un bien de mercado (Ley Oñativia y numerosas expresiones de las jurisdicciones autónomas).

El mercado de medicamentos tuvo un destacado comportamiento en la última década.

Para dar una idea de la magnitud basta citar que la venta de medicamentos en 1997 equivalía al 50% del total del gasto de toda la seguridad social argentina o equivalía a más del 80% de todo el gasto en salud del gobierno nacional. El volumen de ventas superó los 4.000 millones anuales (1998).

El gasto por habitante trepó de u\$s 45 en 1990 a u\$s 109,53 en 1999 (incremento del 142%).

El precio promedio por unidad escaló de u\$s 3,71 en 1990 a u\$s 10,10 en 1999 lo que representa un aumento del costo en 10 años del 273% en un mercado caracterizado por paridad cambiaria e inflación anual mínima. El mercado de medicamentos fue una de las áreas de gran rentabilidad de la economía nacional y ninguna actividad económica alcanzó tal crecimiento.

La inversión en producción y tecnología en la Argentina alcanza uno de los mejores niveles de calidad en el mundo.

Sin embargo hoy la disponibilidad de medicamentos y el acceso para la población está reducido a niveles inaceptables.

Hoy, independientemente de la crisis que afecta a la atención de la salud de todo el pueblo de la Nación, se hace necesario racionalizar su comercialización y uso, devolver al medicamento los atributos de bien social.

Por todo ello señor presidente, proponemos al cuerpo este proyecto de ley.

*Enrique Tanoni.*

3

#### PROYECTO DE LEY

*El Senado y Cámara de Diputados,...*

Artículo 1º – Ratifícase la resolución 326/2002 del Ministerio de Salud B.O. 7/6/2002.

Art. 2º – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Domingo Vitale.*

#### FUNDAMENTOS

Señor presidente:

La resolución del Ministerio de Salud, que venimos a ratificar y darle jerarquía de ley, tiene por objeto establecer que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración, garantizándose la libre prescripción de los profesionales de la salud, habilitados para tal fin.

En sus considerandos la resolución indica que resulta notoria, en el marco de la actual emergencia sanitaria la necesidad de dar solución a diversos problemas vinculados con el suministro de medicamentos, originados en la grave situación por la que atraviesa el sector salud, incluyendo el sistema nacional de obras sociales.

Otros de los aspectos que compartimos de pleno y se observa que dan respuesta a las necesidades imperantes son los vinculados al mercado farmacéutico en el cual coexisten medicamentos innovadores con marcas, medicamentos similares con marca y medicamentos sin marca, lo cual lleva a ver que su efi-

cacia está dada por su permanencia en el mercado como así también, por su aceptación por parte de los médicos y el reconocimiento de la autoridad de aplicación.

La prescripción y el expendio de medicamentos por su nombre genérico, así como la facultad del profesional farmacéutico de reemplazar los medicamentos que tienen el mismo principio activo, bajo determinadas condiciones, se encuentra internacionalmente aceptada con diversas variantes y también fue normalizada en el ámbito nacional.

Es de recordar que los médicos se forman sobre la base de los nombres genéricos y tal conocimiento constituye un aspecto básico en la acción de la prescripción y dispensa del mismo.

La resolución es a todas luces beneficiosa y atendible con relación a la necesidad social actual razón por la cual, solicito a mis pares me acompañen en el tratamiento de la presente iniciativa legislativa.

*Domingo Vitale.*

### **Resolución 326/2002**

Establécese que, toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración, garantizándose la libre prescripción de los profesionales de la salud, habilitados para tal fin.

Buenos Aires, 3 de junio de 2002.

VISTO las leyes 16.463, 17.132 y 17.565, los decretos 150/92, modificado por el decreto 177/93, el decreto 486/02, las resoluciones conjuntas 470/92-268/92 y 988/92-748/92 del ex Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y del ex Ministerio de Salud y Acción Social y la resolución del ex Ministerio de Salud y Acción Social 945/92, y

#### **CONSIDERANDO:**

Que resulta notoria, en el marco de la actual emergencia sanitaria la necesidad de dar solución a diversos problemas vinculados con el suministro de medicamentos, originados en la grave situación por la que atraviesa el sector salud, incluyendo el sistema nacional de obras sociales.

Que el Poder Ejecutivo al declarar la emergencia sanitaria nacional, mediante el decreto de necesidad y urgencia 486/02, en su artículo 10 faculta al Ministerio de Salud a dictar normas complementarias sobre diversos aspectos referidos a la política nacional de medicamentos, entre los que se incluyen los correspondientes a la implementación de la prescripción de medicamentos por su nombre genérico y la sustitución en la dispensación, por parte del profesional farmacéutico de tal producto, recetado con marca registrada, por un medicamento que contenga los mismos principios activos, concentración,

forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase, y menor precio.

Que en el mercado farmacéutico coexisten medicamentos innovadores con marcas, medicamentos similares con marca y medicamentos sin marca, verificándose que la eficacia terapéutica y la confiabilidad de los medicamentos similares está dada por su prolongada presencia en el mercado, su aceptación por parte de los profesionales médicos, su efectividad y el reconocimiento de la autoridad de aplicación.

Que el reemplazo de tales medicamentos similares con el mismo principio activo, unidades por envase, forma farmacéutica y concentración no importa por el momento, la sustitución de medicamentos genéricos intercambiables, sino un avance en la política nacional de medicamentos genéricos tendiente a su futura y gradual implementación.

Que por otra parte, tal reglamentación da continuidad a la adecuación y compatibilización de las reglamentaciones de las normas legales referidas a la prescripción y expendio de medicamentos iniciada con el decreto 150/92, y la resolución conjunta 470/92 del ex Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y 268/92 del ex Ministerio de Salud y Acción Social, en el ejercicio del poder de policía propio del Estado.

Que además, la prescripción y el expendio de medicamentos por su nombre genérico, así como la facultad del profesional farmacéutico de reemplazar los medicamentos que tienen el mismo principio activo, bajo determinadas condiciones, se encuentra internacionalmente aceptada con diversas variantes y también fue normatizada en el ámbito nacional en al menos siete (7) provincias o jurisdicciones.

Que el Estado Nacional debe velar por tutelar la salud del conjunto de la población, favoreciendo que una vez prescripto el medicamento por el profesional de salud, tal población pueda optar libremente por distintas especialidades medicinales y farmacéuticas existentes en el mercado, constituyendo esta elección el principal instrumento tendiente a prevenir la formación de monopolios o conductas especulativas que distorsionen el mercado de medicamentos y dificulten su acceso.

Que asimismo es necesario compatibilizar la normativa nacional referida al uso obligatorio del nombre genérico, con la garantía de la libertad de prescripción de los profesionales de la salud, para que la obligatoriedad no resulte óbice respecto del uso conjunto con la denominación comercial del medicamento en la receta si el prescribiente lo considera necesario y justificado.

Que la facultad del profesional farmacéutico de realizar el expendio de los medicamentos recetados por su nombre genérico o en su caso de reemplazar los que hayan sido recetados por el nombre genérico conjuntamente con el de marca, también debe ser reglamentada, de modo de garantizar el legítimo derecho a la información de la población y determinar en qué casos está prohibido tal reemplazo.

Que la formación de los profesionales de la salud, en relación con la prescripción y dispensa de medicamentos se efectúa sobre la base de los nombres genéricos y tal conocimiento constituye un aspecto fundamental en el acto de la prescripción y dispensa del mismo, por lo cual se prevé el inmediato cumplimiento de la presente reglamentación.

Que en tal sentido la ley de ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración prohíbe expresamente a los profesionales que ejercen la medicina usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los señalados en las facultades de ciencias médicas reconocidas del país.

Que se ha dado intervención para el análisis de la presente reglamentación a la Comisión Técnica creada por resolución ministerial 255/02.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el decreto 486/02,

Por ello,

*El Ministerio de Salud*

RESUELVE:

Artículo 1º – Toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración, garantizándose la libre prescripción de los profesionales de la Salud, habilitados para tal fin.

Art. 2º – En los casos en que el profesional autorizado a prescribir medicamentos opte por prescribir por marca, debe consignar el nombre genérico, seguido del de marca. Cuando el profesional tratante considere que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar a continuación de la firma correspondiente a la prescripción y de su puño y letra la justificación fundada que avale tal decisión, bajo el título “Justificación de la prescripción por marca”, dejando luego asentadas nuevamente su firma y su sello.

Art. 3º – Si la receta consigna exclusivamente el nombre genérico, los farmacéuticos legalmente habilitados y matriculados de las respectivas farmacias, deberán informar al público todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos, y los distintos precios de esos productos que deben estar disponibles en lugar visible de la oficina de farmacia.

Para formalizar el acto de dispensar otro medicamento con el mismo principio activo que el prescripto con la misma cantidad de unidades por envase, forma farmacéutica, concentración y menor costo, al cual está facultado el farmacéutico, dicho profesional deberá consignar en la receta el consentimiento del destinatario del servicio y/o adquirente, con relación a la información recibida y el medica-

mento expendido individualizado por su nombre genérico y marca comercial, según el caso, seguido de la fecha, firma y sello donde conste su nombre y apellido y número de matrícula profesional.

Art. 4º – En el supuesto de prescripciones efectuadas por el nombre comercial de la especialidad, los farmacéuticos, al momento de la dispensa de la receta, pueden entregar al público, a su pedido, otro medicamento de menor costo, siempre que el mismo responda a igual principio activo, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades por envase que la prescripta. Para tal actividad, que no constituye sustitución de medicamentos, el profesional farmacéutico deberá informar al público todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos, y los distintos precios de esos productos y deberá consignar en la receta el consentimiento del destinatario del servicio y/o adquirente, con relación a la información recibida y el medicamento expendido, seguido de su firma y sello, que debe cumplir con los requisitos referidos en el artículo 3º de la presente.

El reemplazo de la especialidad medicinal de marca prescripto por profesional médico sólo podrá efectuarse por otra especialidad medicinal similar inscripta en el registro de especialidades medicinales de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica, elaborada o importada por establecimientos habilitados por dicho organismo de control y fiscalización.

Art. 5º – En el supuesto en que la receta contenga el título “justificación de la prescripción por marca”, con las condiciones indicadas en la última parte del artículo 2º de la presente, el profesional farmacéutico no podrá reemplazar el medicamento prescripto por otro.

Art. 6º – Es deber del farmacéutico brindar al público al que dispensa medicamentos toda la información que se le requiera sobre tales especialidades y verificar que lo informado es comprendido, así como efectuar las aclaraciones que correspondan, a pedido del público, previo a la firma de conformidad en las recetas del destinatario del servicio y/o adquirente, exigida en los artículos 3º y 4º de la presente.

Para cumplir con esta obligación el farmacéutico debe verificar que el destinatario del servicio y/o adquirente ha comprendido los alcances y condiciones del reemplazo, y satisfacer toda consulta referida a la forma adecuada de tomar el medicamento, características del producto, efectos esperados o adversos, alimentos y bebidas que actúan positiva o negativamente y toda otra información que garantice el cumplimiento de la prescripción del médico y un uso racional del medicamento.

Art. 7º – Quedan exceptuadas de la posibilidad del reemplazo de medicamentos por parte de profesional farmacéutico, aquellas especialidades que, en razón a sus características de biodisponibilidad y estrecho rango terapéutico, este ministerio a través

de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica haya determinado o determine en el futuro por vía reglamentaria y que actualice periódicamente, en cuyo caso los profesionales farmacéuticos, deberán actuar de conformidad con el artículo 5° de la presente.

Art. 8° – Arbítrense los recaudos para diseñar las campañas de publicidad respecto de las ventajas de uso de los medicamentos por su denominación genérica y la difusión de la presente reglamentación.

Art. 9° – Promuévanse las acciones que sean pertinentes a los efectos de que en todas las universidades y/o facultades de ciencias médicas del país, y en las áreas vinculadas a la formación de conocimiento en ciencias de la salud sea incorporada la actualización, perfeccionamiento y/o el estudio de la investigación y transferencia de conocimientos sobre la temática abordada en la presente resolución.

Art. 10. – Ordénese la inmediata entrada en vigencia de la presente reglamentación.

Art. 11. – Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

*Ginés M. González García.*

#### 4

#### PROYECTO DE LEY

*El Senado y Cámara de Diputados,...*

#### DROGAS GENERICAS

Artículo 1° – Dispónese en todo el territorio de la República Argentina, y en el marco de la declaración de la emergencia sanitaria y mientras ella perdure, la implementación del uso obligatorio de drogas medicinales genéricas y no por marca, tanto en la indicación externa de los envases de los medicamentos como en la prescripción de los mismos por parte de los profesionales de la medicina, con el objeto de obtener una mejor disponibilidad, posibilitando su uso racional a igual costo por parte de toda la ciudadanía, asegurando su calidad (equivalencia farmacológica) y garantizando su accesibilidad a todos los niveles de la población.

2° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*José A. Vitar.*

#### FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presidente de la Nación ha declarado hace tiempo la emergencia sanitaria nacional como consecuencia del irregular abastecimiento de medicamentos atribuida a la especulación relacionada con la remarcación de precios que, en el caso de los laboratorios nacionales, antepone la justificación de la necesidad de importar insumos.

Ante los numerosos problemas suscitados en torno a la provisión de remedios e insumos importa-

dos por el aumento de precios, el doctor Duhalde ha tomado la decisión de dictaminar esta medida extrema ya que cientos de compatriotas con enfermedades crónicas, como es el caso de la diabetes, o terminales como lo es el cáncer, que requieren de una medicación permanente, se encuentran en estado desesperante.

Asimismo, los enfermos de HIV padecen de las mismas ignominias, sometidos a la voracidad especulativa de algunos laboratorios que estarían reteniendo dichos fármacos con el objeto de poder remarcar los precios para “compensar” los efectos de la devaluación.

En este marco, es preciso entonces tomar urgentes medidas legislativas para asegurar la normal provisión de medicamentos a la población, que corre serios riesgos de quedar desamparada en cuanto a la protección de su salud, ante la escasez de medicamentos vitales.

En tal sentido, y como en nuestro país la Ley de Patentes favorece la importación de insumos para la fabricación de productos farmacéuticos, también se hace impostergable que el gobierno promueva a la brevedad un acuerdo con la industria farmacéutica nacional para que ésta pueda proveer las drogas medicinales que están haciendo falta a la población.

La crisis de nuestro país no soporta dilaciones ni esperas, todo reviste carácter de urgente, por lo que el Congreso y el gobierno deben concentrar sus esfuerzos en dar inmediata solución a problemas tan delicados como la protección de la salud pública, que debe anteponerse a los intereses del mercado farmacéutico.

La declaración adoptada el 14 de noviembre de 2001 por 142 países reunidos en Doha, Qatar, durante la 4° Conferencia de la Organización Mundial de Comercio, expresa que se han puesto de acuerdo para permitir a los gobiernos tomar todas las medidas necesarias para proteger la salud pública en sus respectivos países. Esto significa que podrán anular las patentes de los medicamentos sin ser sancionados si los laboratorios fijan precios inaccesibles para quienes los necesitan.

Por este mismo acuerdo se establece que los países pueden decidir libremente la posibilidad de efectuar importaciones paralelas de medicamentos y también concede la libertad para establecer sus propias normas que le permitan buscar el mejor precio de un fármaco que se comercialice en el mercado mundial.

El acuerdo también concede a los países la facultad de otorgar licencias para la producción o importación de medicamentos genéricos, aun cuando no se haya declarado en situación de emergencia, cuestión que es competencia de cada país.

En las naciones desarrolladas, tanto en Estados Unidos como en los países de Europa, es una práctica habitual prescribir los medicamentos por el nombre de la droga y no por la marca, ya que los genéricos son considerablemente más baratos.



La salud de las personas no es un bien sino un derecho, por lo que naturalmente debiera encumbrarse por encima de cualquier interés monetario.

Por todo lo expuesto, señor presidente, solicito la urgente aprobación del presente proyecto.

*José A. Vitar.*

**Sr. Presidente** (Camaño). – En consideración en general.

Tiene la palabra la señora diputada por Córdoba.

**Sra. Alarcia.** – Señor presidente: ...

**Sr. Díaz Bancalari.** – ¿Me permite una interrupción, señora diputada, con la venia de la Presidencia?

**Sra. Alarcia.** – Sí, señor diputado.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Para una interrupción tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Díaz Bancalari.** – Señor presidente: tratándose de un tema tan importante, contenido en una sanción del Honorable Senado, y ante la existencia de distintos dictámenes surgidos luego de su consideración en comisión, es necesario dar un ordenamiento a las exposiciones de los oradores.

Hay posiciones distintas y respetables en todos los sectores. Por ello, el bloque Justicialista –sin que ello implique que ésa sea su postura– ha pedido a la presidenta de la Comisión de Acción Social y Salud Pública que inicie los discursos.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Debo aclarar que no hay dictámenes que hayan obtenido apoyo suficiente.

Continúa en el uso de la palabra la señora diputada por Córdoba.

**Sra. Alarcia.** – Señor presidente: seguimos sin coincidir.

Dado que no hay dictamen de comisión válido, solicito que la Cámara se constituya en comisión. No se han hecho los giros respectivos a las comisiones de Defensa del Consumidor, de Industria y de Comercio.

Si bien es cierto que hay tres dictámenes, todos fueron emitidos en la Comisión de Acción Social y Salud Pública que es la comisión cabecera.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Está claro que ninguno de los dictámenes ha logrado el número suficiente de firmas, pero la Cámara no se debe constituir en comisión porque la semana pasada aprobó el tratamiento preferente, con o sin dictamen de comisión, del proyecto bajo análisis.

**Sra. Alarcia.** – Señor presidente: entonces, voy a manifestar mi disidencia total con el proyecto que viene en revisión del Honorable Senado.

En primer lugar, quiero manifestar que voy a hablar con términos muy claros y precisos, porque estamos tratando un tema sobre el cual probablemente la mayoría de los señores diputados no tenga suficiente conocimiento. Se trata nada más ni nada menos que de la salud del pueblo argentino...

–Varios señores diputados hablan a la vez.

**Sr. Falú.** – ¿Me permite una interrupción, señora diputada, con la venia de la Presidencia?

**Sr. Presidente** (Camaño). – Creo que todos los señores diputados conocen de qué trata el proyecto.

**Sra. Alarcia.** – Pido disculpas, señor presidente. De todas formas, no voy a conceder interrupciones.

Digo esto porque al leer el encabezamiento del proyecto, en el cual dice “promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico” me surge el comentario de que en la Argentina no existen medicamentos genéricos. Estamos partiendo, entonces, de una falacia.

En la Argentina existen medicamentos de marca, cuya patente dura diez años –como saben aquellos que han hecho la investigación–, o similares.

Quiero corroborar esto leyendo la versión taquigráfica de la reunión de la Comisión de Acción Social y Salud Pública a la que asistieron representantes de la ANMAT para esclarecer este tema.

Cuando hablo de medicamentos similares me refiero a aquellos así definidos por la OMS y por la FDA. Tal intercambio únicamente se permite en el medicamento genérico.

Por lo tanto, el medicamento similar –repito– no es un medicamento genérico, como es el contenido en la iniciativa que estamos tratando en este recinto.

Decía en la Comisión de Acción Social y Salud Pública el señor Limeres: “Cuando nosotros vimos que el tema del medicamento genérico –no solamente la prescripción por genéricos– requería de una legislación, la ANMAT empezó a reactivar su comisión de trabajo sobre biodisponibilidad y bioequivalencia”. Y aquí está el problema. Para decir que los medicamentos son

genéricos en la Argentina deben efectuarse los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia que no son efectuados.

Hay que establecer –dice el señor Limeres– cuál es la normativa que tienen que cumplir los centros que van a realizar los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia en el país. Pero también existe un tema de financiación. ¿Puede hacerlo el Ministerio? ¿Puede hacerlo la ANMAT? Con sus recursos no podría, pero sí con financiación externa.

Quiero que escuchen con atención, porque esta es la base y el punto de partida para entender la cuestión. “Si la ANMAT consigue la financiación existiría la posibilidad de desarrollar rápidamente centros que pueden hacer estos estudios para que no haya tan pocos.”

La otra posibilidad es trabajar sobre un listado de medicamentos esenciales. La ANMAT tiene que cumplir el decreto 150 –explicó la doctora Donato–, y entonces anualmente aprueba una cantidad importante de medicamentos que son similares y no genéricos.

Más adelante señalaba el señor Limeres: “Quiero hacer una aclaración vinculada con la facultad de las jurisdicciones provinciales de aprobar o no medicamentos. Esta es una cuestión de decisión política de la ANMAT, porque de acuerdo a su normativa está habilitada para controlar los medicamentos en todo el territorio nacional”. Eso no se lleva a cabo porque cada jurisdicción provincial es la que controla la producción de los similares que no son genéricos.

Agrega Limeres: “Hay provincias que aprueban medicamentos y la ANMAT no interviene. Cuando algún laboratorio provincial pide la asimilación se le exige la buena práctica de manufactura que se demanda a toda la industria farmacéutica.

“Mientras en la Argentina no haya una ley de medicamentos genéricos ello no va a existir. Lo que tenemos en nuestro país son medicamentos similares a los innovadores. Seguramente hay medicamentos que por decisión del fabricante se denominan con el nombre de genérico”.

Todo esto tiene su importancia, porque partimos entonces de que estamos legislando sobre una normativa de genéricos que en realidad tendría que llamarse ley de similares. Muchas veces se pone como ejemplo a Brasil, que tiene los medicamentos de marca, que son los de diez años de patente. Tiene también medicamentos

genéricos en los que se ha hecho la prueba de biodisponibilidad y bioequivalencia.

En lo que respecta a la bioequivalencia no hay ningún inconveniente, porque se hace con cierta aparatología; en cuanto a la biodisponibilidad, ella se efectúa a través de experimentos in vitro en seres humanos para que se certifique la garantía de la calidad terapéutica, porque se está hablando de la actuación terapéutica sobre las personas, y eso es lo que no se hace en la Argentina.

Al mismo tiempo, se autorizan medicamentos similares de calidad y únicamente lo hace el gobierno nacional en todo el territorio del Brasil. Lo mismo ocurre en Chile.

Decía el señor Chiale del INAME, que también estuvo presente, lo siguiente: “La producción de medicamentos genéricos no es lo mismo que mezclar harina con agua. Para producir medicamentos genéricos hay que tener en cuenta muchos factores a fin de demostrar la consistencia de producción de esa línea de producto. De ese modo, el producto podrá ser equivalente e intercambiable con los futuros lotes que se van a elaborar en el mismo laboratorio donde se prueba el muestreo.”

Entonces si no se puede demostrar esa consistencia de producción, que es lo que llamamos validación, es imposible hablar de una producción de medicamentos genéricos.

Todo lo que estoy expresando fue dicho por la ANMAT, que es el organismo encargado del control de los alimentos y medicamentos en la República Argentina.

Luego se dice en la aludida versión taquigráfica que existen varias escalas de producción. Se tienen escalas a nivel oficial, a nivel de laboratorios habilitados por la administración y a nivel de farmacias. A nivel oficial se han visitado laboratorios y ninguno cumple con la GMP 75, que son las buenas prácticas de manufactura 75, que es la exigencia internacional.

Por lo tanto, estamos lejos de pensar en una producción de medicamentos genéricos, con todo lo que ello implica. A nivel de farmacia tenemos lo que se conoce como producción de recetas magistrales. No es igual una receta magistral de diez comprimidos que una producción de veinte mil o setenta mil unidades.

Esta última es una producción clandestina de medicamentos, y esto es casualmente lo que está buscando el Ministerio junto con el fiscal Quan-

tín, quienes en una excelente actuación han descubierto una gran cantidad de farmacias que se dedican a esta elaboración clandestina y que han sido sancionadas.

Se trata de una situación que se presenta en muchos sectores del país. Me acuerdo de que un señor diputado dijo en la Comisión de Acción Social y Salud Pública, que estaba contentísimo porque un médico, a fin de colaborar con la disminución del costo de los medicamentos, estaba produciéndolos en un garaje de Trenque Lauquen.

La versión taquigráfica continúa diciendo que los factores que influyen en la producción de genéricos, como por ejemplo la cristalografía o el polimorfismo de la materia prima, son importantes. También se debe considerar la volumetría del excipiente; distintos excipientes –incluso los del mismo proveedor– pueden cambiar la volumetría de la materia prima, que es lo que acompaña el principio activo de un almidón o de lo que fuere.

A su vez, ello puede afectar la biodisponibilidad. Quiere decir que se puede cambiar el efecto del medicamento, que no actuaría en la persona o en el nivel de concentración suficiente como para producir la cura de la enfermedad que se está tratando.

Otro factor a tener en cuenta es el cambio de equipamiento, como el hecho de cambiar una tableteadora de “x” punzones por otra de “x” más “y”, que nos obliga a demostrar que esos productos siguen siendo consistentes en cuanto a la producción, ya que podríamos estar en presencia de un producto nuevo y no de un genérico por el cambio de este elemento.

En este caso, habría que volver a hacer los ensayos de biodisponibilidad. Entonces, reitero que estoy a favor de los genéricos, pero creo que la discusión es mucho más profunda. Un debate se vincula con el nombre de genérico y otro con el medicamento genérico.

En ese momento, dado que el invitado dijo que no había genéricos sino similares, le pregunté específicamente cuál era la diferencia entre un similar y un genérico. El invitado contestó que “existe un sistema de aprobación de medicamentos por similitud. A través del decreto 150/92 los medicamentos pueden demostrar ser equivalentes farmacéuticos uno del otro.” Esto no significa que sean equivalentes terapéuticos. El aspecto terapéutico se refiere al efecto de curar. Una cosa es que tengan equi-

valencia en cuanto a la cantidad y otra que tengan efecto terapéutico en la biodisponibilidad, que no se mide en este país. Por eso, el doctor Limeres señaló que en tales casos el medicamento es un similar.

Luego, la doctora Bignone señaló: “Señora presidenta: en realidad, se define como ‘medicamento similar’ al que tiene la misma concentración del principio activo, la misma forma farmacéutica y la misma forma de administración y posología del de referencia, pero no la misma forma terapéutica.”

Podría seguir leyendo mucho más, pero mi gran asombro fue cuando pregunté cuántas personas dependían de la ANMAT para hacer esos controles. Me contestaron que habían ampliado el número, pero que la cantidad de inspectores que tenían para controlar las doce mil farmacias y tres mil droguerías que hay en el país no era suficiente por razones de presupuesto. En esa reunión luego se aclaró que estaban capacitando nuevas personas para poder realizar los controles en todo el país.

Posteriormente, el señor Chiale manifestó, con respecto al programa de control, lo siguiente: “Quiero aclarar que este programa es subvencionado en un ciento por ciento con aportes de la industria. Hasta hace un tiempo atrás también aportaban FACAF y COFA –ahora por razones económicas tienen voluntad pero no pueden hacerlo–, pero nosotros no tenemos presupuesto para el mantenimiento de este programa.”

Ese es el panorama que nos planteó la ANMAT. Tengo aquí la versión taquigráfica de la reunión en la que estuvieron presentes los funcionarios del ente controlador de los medicamentos similares y no genéricos, que pongo a disposición del señor presidente de la Cámara, aunque seguramente ya la debe tener.

Reitero que no estamos tratando una ley de genéricos. Si decimos eso, le estamos mintiendo a la gente, porque aquí estamos considerando una ley de similares, que no asegura el efecto terapéutico deseado.

Me pregunto qué buscamos para nuestro país. Si la respuesta es abaratar los costos de los medicamentos, creo que todos vamos a estar de acuerdo. Considero que el aumento en el precio de los medicamentos y el hecho de que la gente no pueda acceder a ellos es la mayor perversidad de que puede ser objeto el pueblo argentino. Si este es el problema, contamos con

otros recursos. Por ejemplo, el artículo 9º de la ley de medicamentos permite fijar el precio en la emergencia, y obligar al abaratamiento de los costos de esos productos. Pero por abaratar costos no podemos permitir que haya medicamentos para pobres y otros para ricos.

Lamentablemente, eso es lo que hoy está pasando, porque al no haber genéricos no son medicamentos iguales sino similares, que no tienen la misma acción terapéutica. Además, se les están entregando a las personas medicamentos que no tienen ningún tipo de control y que no cumplen con la función para la cual se los entrega.

Estoy cansada de recibir denuncias en la Comisión de Acción Social y Salud Pública sobre medicamentos que no han actuado en patologías extremas. Estoy cansada de recibir denuncias –que incluso han sido presentadas ante la Secretaría de Defensa del Consumidor– por la falta de actuación de antibióticos y de anti-parkinsonianos porque no tienen la biodisponibilidad necesaria.

Pregunto, señor presidente, si no se están dando las condiciones y en este momento existe una ley de emergencia sanitaria nacional que permite prescribir medicamentos genéricos, lo que de hecho se está haciendo, ¿por qué voy a estar de acuerdo con un proyecto que viene del Senado, que fue considerado allí únicamente por la Comisión de Defensa del Consumidor sin pasar por la de Acción Social y Salud Pública, que se trató de apuro y sobre tablas en aquella Cámara sin pasar –repito– por las comisiones respectivas, tal como está sucediendo hoy en este recinto, si no contamos con aquello que pueda garantizar la salud del pueblo argentino?

Esta no es una posición coyuntural de la diputada que está haciendo uso de la palabra, porque tengo muchísimos proyectos presentados en esta Cámara de Diputados de la Nación, entre ellos uno que penaliza inclusive la adulteración de medicamentos porque ello atenta contra la vida de las personas. También he presentado proyectos con el fin de crear un comité de farmacovigilancia para que no ocurra lo que estoy diciendo, y otro referido al famoso tema de medicamentos de venta libre, en cuyo debate participaron muchos señores diputados.

Voy a recordarles –y lamento que tal vez esto los aburra– lo dicho en aquella reunión en la que se consideró la cuestión de los medicamentos de venta libre, mientras al mismo tiempo se

debatían la adulteración y el contrabando de medicamentos.

En esa oportunidad, estaba presente el actual ministro de esa área, a quien aprecio y considero un gran sanitarista, y presidía la reunión el doctor Corchuelo Blasco. Me refiero a la reunión de la Comisión de Acción Social y Salud Pública celebrada el 10 de agosto de 1999, que comenzó a las 15 y 45. Participaron de ella no sólo todas las cámaras farmacéuticas, sino también integrantes de la Comisión de Defensa del Consumidor y de otras entidades. Asimismo, estuvo como invitado el doctor Aldo Neri y participaron el señor diputado Polino, el actual ministro Ginés González García y muchos otros señores diputados.

Voy a leer algunos fragmentos de la versión taquigráfica de esa reunión. El doctor Ginés González García coincidía en ese momento con la preocupación por los medicamentos de venta libre.

El doctor Limeres, que en ese momento era asesor de gabinete de la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud y Acción Social –y que hoy integra la ANMAT–, decía: “Desde 1992 estamos en el Ministerio y hemos observado distintos problemas en el consumo de medicamentos, entre ellos, el tema vinculado con la venta y comercialización de algunos medicamentos ilegítimos”. Aclaro que voy a leer fragmentos de esa versión taquigráfica. Continuó diciendo que, aunque la reunión fue convocada para tratar el tema de la comercialización de medicamentos de venta libre en los establecimientos no contemplados en la ley 17.565, haría algunas otras consideraciones.

Más adelante manifestó: “Es muy difícil ingresar en aquellos establecimientos que, a pesar de no encontrarse habilitados, comercializan medicamentos. Creemos que es ahí donde más problemas se nos presentan con los medicamentos falsificados y con otro tipo de productos que encontramos en forma ilegítima”.

En otro párrafo dijo lo siguiente: “Quiero informar a los señores diputados que en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social existe una comisión de trabajo encargada de estudiar el tema de la comercialización de medicamentos de venta libre; pero no pudo avanzar lo suficiente, seguramente por la existencia de ciertos intereses encontrados”.

El decreto 1.299/97 deroga expresamente las disposiciones del decreto de desregulación eco-



nómica, con lo cual hemos encontrado una gran cantidad de medicamentos adulterados –incluso de no venta libre– en distintos comercios que no están habilitados ni autorizados.

La ANMAT no tiene incumbencia sobre las farmacias. Estas últimas son habilitadas y controladas por la autoridad sanitaria de cada jurisdicción.

Gracias a una financiación otorgada por las cámaras del ramo y COFA, la misma comisión contrató a través de la Facultad de Farmacia y Bioquímica a 17 inspectores. Los entrenamos en un programa de pesquisa de medicamentos falsificados. Se visitó algo más del 20 por ciento de las farmacias, droguerías y distribuidoras, y comprobamos que si bien uno tiene una idea de la realidad, cuando se concreta la inspección se encuentra con otra.

Durante un trimestre de 1997 el total de procedimientos efectuados fue de 736. En el 98 fueron 2.626; en el primer semestre del 99, 2.374. En total se hicieron 5.736 procedimientos. Una alta proporción de las farmacias inspeccionadas tenían medicamentos vencidos y no se trata de casos eventuales, sino del 11,2 por ciento.

También encontramos que un 6,2 por ciento de los establecimientos estaban comercializando medicamentos que habían sido inhibidos, es decir, declarados falsificados, identificados por lote, número, etcétera, pero no por la ANMAT. El análisis posterior dio como resultado que el 92 por ciento de las muestras tomadas como sospechosas realmente eran falsificadas y que había un 1,8 por ciento de productos con defectos de calidad. Esto lo hacían con diecisiete empleados.

También hay un cuadro acerca de la realidad de los productos falsificados que se encontraron. Son 39, con más de un lote por producto, con lo que se llega a un total de 148 lotes. Además, encontramos 25 medicamentos con desvío de calidad, 11 de contrabando y 20 con falsos certificados de autorización.

El fiscal Quantín procedió a hacer allanamientos en Mendoza y en la provincia de Buenos Aires, descubriendo una innumerable cantidad de lugares dedicados a la falsificación de estos productos. Aclaro que el tema no afecta sólo a la Argentina sino que se trata de un problema mundial todavía no resuelto. En Brasil existe un 30 por ciento de medicamentos falsificados, y en Africa este índice asciende al 60 por ciento.

En una de las reuniones de la comisión el señor diputado Polino preguntó al doctor Bazerque, a cargo de la ANMAT en ese momento, si tenía porcentajes acerca de cómo había evolucionado la pesquisa de medicamentos ilegítimos en el período 1997/1998 y el primer semestre de 1999. El doctor Bazerque respondió que el total de productos sospechosos retirados para su análisis entre 1997 y 1999 ascendió a 5.678, y que los no aptos para su comercialización fueron 5.219, es decir, un 92 por ciento de aquéllos. El señor diputado Polino seguramente recordará esta reunión.

Entonces, si después de examinar los productos retirados para su análisis se llega a la conclusión de que un altísimo porcentaje corresponde a productos ilegítimos, me gustaría saber qué pasa con aquellos que no fueron retirados y que, por lo tanto, no fueron analizados.

Quizá resulte ilustrativo explicar cómo se hicieron las primeras determinaciones. El medicamento que describimos era nada más y nada menos que el Medopar, un antiparkinsoniano que es uno de los más frecuentemente adulterados en este país.

La versión taquigráfica de la reunión de la comisión contiene mucho material al que luego voy a recurrir.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Su tiempo ha terminado, señora diputada.

**Sra. Alarcia.** – Ya concluyo, señor presidente.

¿Qué vamos a sancionar? Un proyecto de ley de prescripciones similares, y la gente tiene que conocer los riesgos que ello implica.

También queremos saber dónde van a estar la normatización, la reglamentación y la penalización de las irregularidades que se han cometido y se siguen cometiendo, de acuerdo con el informe de la ANMAT.

¿Quién se va a hacer cargo de la sustitución del medicamento? En principio, el médico es el que debe disponer la sustitución, porque sabe que un excipiente puede causar asma y matar al paciente. No se trata entonces de la droga o el genérico, como ha dicho el señor ministro. Se trata de los excipientes, que son los que acompañan a la droga activa y pueden causar la muerte.

Estoy en contra de este proyecto de ley en tanto y en cuanto no se dicte una reglamentación como corresponde, una penalización como debe ser y en tanto nuestro país no esté en condiciones de producir genéricos y de dejar de mentir cuando los medicamentos son similares.

El medicamento no es un traje que se compra en cualquier lugar; es un traje a medida. Cada paciente es distinto; cada paciente reacciona de manera diferente con un medicamento determinado. Y el que realmente conoce al paciente es su médico.

Si de lo que se trata es de abaratar costos, se podría ir directamente a la farmacia, que el paciente de ochenta años diga lo que tiene y que el farmacéutico le recete el medicamento. Eso sí, que el farmacéutico se haga responsable por la posible muerte del paciente.

El colmo de los colmos se produce cuando se pretende que el paciente se haga responsable de la sustitución del medicamento al firmarla, como si supiera cuál es la droga, cuando los mismos médicos aún no están preparados para medicar por genéricos porque se han acostumbrado a hacerlo por marca.

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia informa al señor diputado Alessandro que en su momento no le concedió la interrupción que solicitó porque al iniciar su exposición la señora diputada preopinante dijo que no iba a conceder interrupciones.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

**Sr. Neri**. – Señor presidente: el tratamiento de este proyecto me produce esa sensación del largo camino que existe entre lo deseable, lo posible y su concreción. Esto a veces suele ser reemplazado por la frustración.

Quiero dar la mayor transparencia posible a los comentarios vinculados con este tema, porque su desconocimiento enrarece el aire. Tenemos que dar la mayor transparencia a la discusión de la política de este gobierno y de este Ministerio, que mi bancada ha apoyado desde un comienzo.

A partir de la iniciativa venida del Senado las cosas empiezan a complicarse –digamos así– desde el punto de vista de la gestión del Estado. Ciertamente, se trata de una iniciativa bien inspirada pero insuficiente, que sólo busca ratificar por ley lo que, según mi opinión, se halla mucho mejor expresado en el decreto 486 del Poder Ejecutivo y en la resolución reglamentaria que firmó el ministro González García.

Con buena inspiración, repito, pero con cierto apresuramiento, el Senado sancionó el proyecto de ley que en este momento la Cámara está considerando. ¿Por qué digo “con cierto apresura-

miento”? Porque lo pertinente era apuntar a un conjunto de problemas y de componentes del mercado farmacéutico –el tema de los genéricos es muy importante, pero de ninguna manera es la única cuestión que debe abordarse– que tienen una interrelación muy fuerte, para garantizar el éxito de la política que muchos respaldamos.

En vez de embarcarse en ese proceso de reforma, el Senado sancionó un proyecto centrado fundamentalmente en dos temas: la prescripción por la denominación genérica y el intercambio, en las farmacias, de los medicamentos con una misma denominación genérica.

La iniciativa sancionada por la Cámara de Senadores llegó a este cuerpo para que, de acuerdo con el mecanismo constitucional de sanción de las leyes en el sistema democrático, pudiéramos introducirle las correcciones que creyéramos convenientes, incluso debatiéndolas con el propio Senado. Ello, manteniendo la inspiración y la línea originales del proyecto, pero agregando aquellos aspectos que muchos consideramos absolutamente imprescindibles. Esto no se pudo hacer.

No digamos que esta iniciativa quedó demorada como consecuencia de una rica discusión que dimos los diputados. No discutimos nada. A esto han concurrido varias cuestiones. Por un lado, una insistencia ratificatoria que proviene de un sector mayoritario de la bancada oficialista; por el otro –al respecto no hace falta que me muestre discreto porque ello tiene estado público–, desavenencias internas en el propio bloque del oficialismo. Así, algunos de los otros bloques han quedado algo descolocados.

Queremos apoyar la buena causa, pero perfeccionándola. Nos encontramos con una falta de ambiente para esa discusión por distintas razones, algunas referidas al tema de los genéricos y otras muchas que en nada se relacionan con esa cuestión ni con los medicamentos.

De estar tan apurados pasamos a perder mucho tiempo; por lo menos, tres meses. Se consideró que de ninguna manera había urgencia legal, porque existe un decreto que tiene plena validez y que seguramente tendrá dos años de vigencia. Además, hay una buena reglamentación del Ministerio de Salud, e incluso –como señala el señor ministro en la nota que los señores diputados recibimos hoy– existe legislación al respecto en dieciséis provincias argentinas, que abarcan el 80 por ciento de la población.

Realmente, no podemos hablar de urgencia legal; tenemos todos los instrumentos para avanzar en esta línea de la receta y del intercambio. Es más: si algunos de nuestros colegas de otras bancadas dicen que es importante la ratificación política del Congreso a esta línea de pensamiento, bastaría con sancionar en diez minutos el proyecto de declaración que la enorme mayoría de esta Cámara seguramente va a respaldar en materia de medicamentos genéricos.

La ausencia de una legislación que evitara la frustración provocada por la falta de una buena política nos llevó, hace más de dos meses, a presentar un proyecto de ley encuadrado en esta línea de trabajo. En este sentido, estudiamos el tema teniendo en cuenta distintos aspectos del marco regulatorio, que es uno de los problemas centrales que tiene el mercado de medicamentos de la Argentina en este momento.

No ha sido nuestra intención reemplazar toda la legislación vigente sobre medicamentos; personalmente, no creo que ello sea necesario, porque incluso podría transformarse en una especie de proyecto tapón o gatopardista que no serviría para nada.

Existen determinados resortes que hay que modificar, pero no todos; de ninguna manera. Apuntamos a algunos aspectos críticos del tema medicamentos. Digo esto porque aquí se está gestando una opinión en el sentido de que hablar de genéricos es algo distinto de hablar del resto de los medicamentos.

Quiero recordar a mis colegas qué es un genérico. En el contexto de los países centrales, de los países desarrollados que tienen una ley de patentes de productos desde hace muchas décadas, un genérico es cualquier droga que haya estado protegida durante el período de vigencia de una patente –veinte años en la mayoría de esos países– y que comenzó a ser fabricada por otros laboratorios luego del vencimiento de la patente. Puede ser fabricada por cualquiera que demuestre ante la autoridad sanitaria que su medicamento tiene equivalencia terapéutica con el medicamento original. Esta nueva droga que es la misma, pero fabricada por distintas empresas autorizadas y habilitadas por el Estado, es lo que se denomina en el mundo de los países centrales un genérico. Pero ¿qué ocurre? Aparecen los juegos de palabras y las confusiones, que muchas veces alarman a la gente injustificadamente.

Cabe aclarar que hasta hace pocos años nuestro país no tenía una ley de patentes de productos sino una ley de patentes de procesos de fabricación, que es algo diferente. Lo que sí existían eran copias que la industria de nuestro país hacía de productos que, en muchos casos, estaban bajo patente en sus países de origen. Entonces, esas copias se convertían –a través de una marca determinada– en copias actualizadas de acuerdo con el avance de la terapéutica mundial.

Obviamente, a partir del momento en que contamos con una ley de patentes estas reglas de juego cambiaron, pero no hacia atrás sino hacia delante. Hoy por hoy, existen pocos medicamentos nuevos patentados en la Argentina. Esto permitió a nuestro país desarrollar la mejor industria farmacéutica de los países emergentes de América latina, con estándares obviamente muy distantes de los que tienen los países centrales. Esta es la buena noticia.

La mala noticia es que este desarrollo se consiguió, en buena medida, mediante un subsidio colectivo que todos pagamos durante por lo menos dos décadas y media o tres, a través del sobreprecio de los productos medicamentosos que consumimos y de una diversificación exagerada y artificial del mercado farmacéutico, diversificación que tiene su origen y asidero en razones de competencia comercial y de *marketing* y no en un avance científico auténtico. Se trata de un mercado que mezcla mucho paja con grano.

Por un lado, tenemos un precio excesivo, con muy altas tasas de rentabilidad para las industrias transnacional y nacional, aunque las copias son patrimonio principalmente de esta última, especialmente a lo largo de la década del 90, durante la cual una política muy fuertemente influida por la concepción neoliberal de todo ese período no sólo liberó precios, provocando los saltos que todos hemos conocido, sino que a través de una excesiva permisividad en la aprobación de nuevas especialidades medicinales sobredimensionó el mercado.

Por otro lado, tenemos el sobreconsumo, que se sostuvo en la Argentina mientras hubo dinero, al que en forma alegre se sumó mayoritariamente la profesión médica de nuestro país, porque es la que en definitiva maneja el recetario.

Todo eso es lo que nos lleva a datos un poco incomprensibles en otros lugares del mundo,

como que de cada 10 pesos que los argentinos gastamos en servicios personales de salud, tres corresponden a medicamentos. No sé si el dato es válido al día de hoy, pero por lo menos lo era hasta el final del período de convertibilidad de la moneda.

Esta mezcla de progreso y desventura, de despilfarro y avance, se pinchó con la crisis y eso marcó el agotamiento de una etapa, que ya no tiene regreso. Así fue como entramos en un período en el cual una proporción muy alta de población empobrecida no puede acceder de ninguna manera a los medicamentos, aunque consiguiéramos bajar en un 50 por ciento los precios que tienen actualmente.

Se trata de una crisis que lleva incluso a la profesión médica a un cambio de actitud, no solamente por razones de humanidad –seamos absolutamente realistas– sino también porque ya desde hace años la dirigencia médica argentina es consciente de que en la estructura del gasto en salud lo que corresponde a medicamentos compite con la retribución de los profesionales, conspirando contra sus intereses legítimos de mantener un nivel de ingresos y de vida relativamente satisfactorios.

La actual crisis nos lleva a que esto pese cada vez más fuertemente en los presupuestos achicados del Estado y en las obras sociales desfinanciadas por todo lo que está pasando, provocando una mayor insensibilidad en los sectores de la dirigencia que, hace quince o veinte años, en modo alguno eran insensibles en materia de medicamentos. Esta situación lleva, asimismo, a que las propias empresas productoras se vean afectadas. En todo su desarrollo empresario nunca habían conocido en un consumo con muy poca elasticidad a las variaciones del ingreso una caída de entre un 25 y un 30 por ciento, medida en unidades de venta, que es la que aconteció a partir del final del esquema convertible.

En el marco de esa realidad es muy positivo que comencemos a introducir iniciativas como las que ha tomado el Poder Ejecutivo. El médico debe prescribir, como debió hacerlo siempre, por la denominación científica y no como el último eslabón de venta de la empresa farmacéutica. Esto es bueno y saludable.

Hay un punto central en esta discusión y en la puja que se ha establecido entre la política del gobierno y los sectores empresarios. Me refiero al problema del intercambio del producto.

De ninguna manera dejo de reconocer que hay una serie importante de drogas en el mercado farmacéutico argentino que no cuentan con la última prueba de equivalencia terapéutica que demuestre que son exactamente iguales en sus efectos. Pero esto de ningún modo puede llevar a pensar que los similares no son intercambiables.

Me hago responsable de lo que digo: creo que los similares son intercambiables. La diferencia puede estar en que haya matices de efectos terapéuticos, como a veces ocurre en lotes distintos de la misma producción, del mismo medicamento, de la misma fábrica.

Esto se debe, tal como explicó la señora diputada Alarcía, a que los procesos de fabricación –no solamente la composición o el principio activo y su calidad– inciden en mayor o en menor medida en la capacidad del organismo de absorber esa sustancia.

De ninguna manera eso puede invalidar la posibilidad de intercambiar aquellos medicamentos que la autoridad sanitaria considere –con el asesoramiento científico que debe tener– que en modo alguno significan un riesgo para la población.

Ese es el eje de la discusión, en el que una cuestión científica se cruza con una cuestión comercial. La defensa de la marca, que podemos comprender perfectamente desde el punto de vista empresario, es la defensa del mercado.

En esta industria prácticamente no se compite por precio. Los precios tienen poco que ver con los costos. En esta industria se compite por diferenciación de los productos –en parte, pseudo-diferenciación–, por prestigio, por publicidad ante los médicos y, secundariamente, por costos.

Precisamente, la posibilidad del intercambio es lo que hace posible que se induzca un cierto grado de competencia por precio, lo cual es saludable para el mercado. Incluso es saludable desde el punto de vista empresario, porque no sólo abarata el medicamento sino que también premia a los más eficientes, que con menos inversión son capaces de conseguir igual calidad.

Nuestro problema central, por el cual estamos diciendo que compartimos la política pero que tenemos diferencias con la estrategia, es que hace falta otra serie de cosas, y no para pasado mañana sino para mañana, si no nos animamos a hacerlo para hoy.

Tenemos que buscar distintos abordajes para garantizar la calidad del producto, no de esta



nueva “cosa” que estamos llamando genérico como si estuviéramos descubriendo América, sino del medicamento a secas, porque el truchaje en la Argentina está para lo que llamamos genérico o para los medicamentos de marca que a veces son falsificados. Me refiero a buenas marcas, y obviamente las empresas no son responsables de la falsificación.

Hay problemas que estamos teniendo en el mercado de medicamentos desde hace bastante tiempo y de ninguna manera podemos atribuirlos a los genéricos. No mezclamos las cosas porque confundimos la discusión.

Está claro que tenemos que tomar una serie de medidas para garantizar la calidad de los productos mucho mejor de lo que lo estamos haciendo. Debemos tener un rigor mucho mayor en la puerta de entrada y, en ese sentido, quiero señalar que una característica del proyecto alternativo o complementario, que estamos presentando, es que centraliza totalmente en la jurisdicción nacional la aprobación de especialidades medicinales y de cualquier forma de droga.

Creemos que en el mercado único debe haber responsable único; pretender que las 24 jurisdicciones provinciales estén aprobando especialidades medicinales a la par de la Nación tiene alto riesgo sanitario. Estamos dispuestos a dar incluso la discusión constitucional, si es que se plantea por ese lado.

No creo que haya que plantearlo en el terreno jurídico, sino que debe realizarse un acuerdo nacional que deben suscribir las provincias con el Poder Ejecutivo nacional. De lo contrario, la mejor ley nacional que produzcamos se va a ver totalmente desbaratada en muchos casos por unidades de regulación de medicamentos que no tienen capacidad técnica como para estar actuando con una unidad de criterio nacional.

Por el contrario, creo que las provincias tienen que ser socias de ese tipo de política en forma clara, lo cual no quiere decir que no haya funciones nacionales delegables, fundamentalmente las de policía de farmacia y de policía profesional, que son propias de las provincias y que de ninguna manera son de competencia nacional.

Debe haber rigor en la puerta de entrada, algo que se vio muy desvirtuado en la década pasada. Asimismo, verificación de equivalencia terapéutica para dar total transparencia al mercado en aquellos medicamentos que hagan falta,

que de ninguna manera son todos. Esta es una lista que debe ser elaborada a nivel del Ministerio nacional.

Otro punto muy importante es la venta exclusiva en todo el país de los medicamentos de todo tipo en las farmacias. Creo que una de las desvirtuaciones que se ha dado en materia de medicamentos es la venta en todo tipo de lugares, desde el tren hasta la góndola del supermercado. Esto es altamente peligroso.

Por supuesto que la farmacia no es la vieja botica, que tenía mucho más mérito en algunos aspectos que la moderna. Precisamente, la política de desarrollo de un mercado de genéricos nos va a permitir imponer un nivel de exigencia y de reprofesionalización de las farmacias que se ha venido evaporando a lo largo del tiempo. Esta es una de las cosas que tiene que exigir la legislación nacional.

Por supuesto que de ninguna manera el costo es el único problema de la accesibilidad al medicamento. Nos preocupan algunas otras cosas que estamos viendo que todavía no han sido suficientemente encaradas a nivel de política de medicamentos, y que son totalmente complementarias con la sanción del Senado y el proyecto al que he aludido, que fue presentado por nuestra bancada.

Paralelamente a esto es muy importante que el gobierno nacional avance en algo que está entre sus atribuciones, aunque se lo estemos pidiendo desde un proyecto de ley ya presentado, que es la imposición de un formulario terapéutico único en todo el sistema de obras sociales, con la invitación a las provincias para que adhieran a ese formulario en el sector de sus hospitales propios así como los grandes municipios. Este es un aspecto complementario, pero muy importante. Queremos ver coherencia en el conjunto de la política de medicamentos. Por ejemplo, pretendemos que los convenios que celebre el PAMI en el campo de los medicamentos tengan coherencia con la política que está llevando adelante el Ministerio, que respaldamos.

Insisto en que la accesibilidad al medicamento no resuelve por sí sola la accesibilidad a la salud. Por eso hay otras áreas de las políticas oficiales que queremos que esta Cámara respalde, como el desarrollo de los niveles de atención primaria por intermedio de los ministerios provinciales. Estos son los niveles en los que se

puede canalizar el grueso de las necesidades en salud que tiene nuestra población en este momento, y no me refiero sólo a los más pobres.

Por eso anticipo que por convicción y, al mismo tiempo, por razones de coyuntura política, no queremos colaborar más con los malos entendidos que existen a nivel público con respecto a este tema. Ello ha sucedido, por ejemplo, con iniciativas como las que el otro día adoptó –suplico que bien inspirada, pero mal asesorada– una institución de bien público que se dedica a la protección de los intereses del consumidor.

No queremos alimentar malos entendidos. Por ello, vamos a respaldar la sanción del Senado en la medida en que se nos acompañe en un pedido de preferencia, con o sin despacho de comisión, para tratar en la próxima sesión el proyecto de ley del que soy autor, contenido en el expediente 3.505-D.-2002, sobre aspectos regulatorios de los medicamentos y creación del Registro Nacional de Drogas, Medicamentos e Insumos Farmacéuticos, que refleja este tipo de preocupaciones ampliatorias y complementarias de la política de gobierno. Para formular la proposición aludida solicito a la Presidencia me permita plantear la moción de orden pertinente.

Estoy seguro de que por este camino vamos a ser más leales a algunos próceres argentinos, como Carrillo, Noblia y Oñativia, que seguramente respaldarían esta iniciativa en la que estamos embarcados para salir de la crisis en el campo de la salud, sin caer en una demonización entre los argentinos.

Debemos tener un mínimo resguardo para preservar nuestro sistema productivo, pero ello no puede darse a costa del consumidor, del paciente, cuya protección es la primera obligación que tiene necesariamente el Congreso. *(Aplausos. Varios señores diputados rodean y felicitan al orador.)*

## 14

### MOCION DE ORDEN Y MOCION DE PREFERENCIA

**Sr. Presidente** (Camaño). – Para una moción de orden tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

**Sr. Neri.** – Señor presidente: solicito que la Honorable Cámara se aparte de las prescripciones del reglamento a fin de formular moción de preferencia, con o sin despacho de comisión, para el proyecto de ley del que soy autor, conte-

nido en el expediente 3.505-D.-2002, al cual me he referido en la parte final de mi exposición.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Díaz Bancalari.** – Señor presidente: con la profundidad que le ha dado a este debate el señor diputado preopinante debo decir que existe una urgencia, porque como aquí se señaló, una entidad defensora de los consumidores, mal asesorada –o no– ha interpuesto una medida cautelar que puede poner en riesgo esta incipiente innovación, que es necesaria en la política de medicamentos.

Como todos sabemos, no es lo mismo el valor normativo de una ley que el de un decreto. Sé que este proyecto no constituye el único camino a seguir. Coincido en que es necesario perfeccionarlo. Por eso, rescatando y no retaceando ningún tipo de apoyo –reconozco la expresión sincera y leal del señor diputado Aldo Neri–, creo que de ser posible tendríamos que votar la preferencia que solicitó con despacho de comisión. Habiendo dado el primer paso, que es trascendente e importante –que no es el único, pero sí el más eficiente–, reitero que no vamos a tener inconveniente en aprobar su moción siempre y cuando sea con despacho de comisión.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti.** – Señor presidente: como en este momento no hay número en el recinto para votar la moción de preferencia, propongo que continuemos con el debate que venimos desarrollando y cuando haya quórum decidiremos si aceptamos o no la propuesta formulada por el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Si hay asentimiento de la Honorable Cámara se procederá en la forma indicada por el señor diputado por Catamarca.

–Asentimiento.

## 15

### PROMOCION DE LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO

(Continuación)

**Sr. Presidente** (Camaño). – Prosigue la consideración del asunto en tratamiento.

Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

**Sra. Martínez.** – Señor presidente: quiero comenzar mi exposición agradeciendo el altísimo nivel académico y legislativo y la hombría de bien con la que el señor diputado Aldo Neri hizo su presentación.

Quizás con no tan alto lenguaje académico trataré de dar algunas precisiones. Es cierto que esta Honorable Cámara no pudo analizar adecuadamente los alcances de este primer paso –que es necesario, aunque incompleto–, que permitirá que los argentinos tengamos una política de medicamentos.

Quiero aclarar que no estoy hablando de una ley de genéricos que responda a la definición que acaba de dar el señor diputado Aldo Neri sino, sencillamente, de una ley de prescripción por el nombre genérico del medicamento. Esto quiere decir que los médicos deberán prescribir por el principio activo del medicamento. En lugar de utilizar el nombre de fantasía o la marca comercial, los médicos vamos a tener la obligación de colocar en la receta el nombre de la droga que estamos prescribiendo.

Por lo tanto, como bien lo planteó el señor diputado Neri, el farmacéutico podrá elegir junto con el paciente, dentro de ese principio activo –por su profesión está habilitado para hacerlo–, aquel medicamento que esté al alcance de quien lo va a comprar.

Por otra parte, considero que es importante que conozcamos algunos otros datos. Tal vez el de los medicamentos sea el ejemplo más perverso de cómo puede la política de mercado omnipresente y exclusiva atentar contra derechos esenciales de la población, como los derechos a la vida y a la salud. Uno de los mercados globales más poderosos es el que incluye la producción y comercialización de medicamentos: es el cuarto en el mundo. Las ventas mundiales, que en el año 2000 representaban 354 mil millones de dólares, ascendieron este año a 406 mil millones de dólares.

Es cierto que en nuestro país las últimas estadísticas indican que el 30 por ciento del gasto total en salud se invierte en medicamentos. Tal como lo expresó el doctor Neri, se invierte mal. Esto de ninguna manera implica que el total de la población tenga garantizado el acceso a los medicamentos. Cabe aclarar que esta situación no tiene que ver únicamente con esta última crisis, sino que ésta ahondó el problema, que ya lleva muchísimos años en la Argentina.

En la batalla por una política real de medicamentos se ha logrado incluir nombres de ilustres argentinos como los que antes se han mencionado.

Debemos prestar atención a lo que sucede con el medicamento puesto en el mercado. Es el único producto que no es elegido por quien lo consume; quien elige la marca comercial es el médico que prescribe. Por lo tanto, quien elige no es el que paga; definitivamente, quien paga es el paciente. No existe otro mercado como el de los medicamentos, que pueda tener absolutamente cautivos a sus consumidores; por esta razón es profundamente injusto. Seguramente, ésta es la más injusta de todas las políticas equivocadas de mercado.

El derecho al acceso al medicamento, que –insisto– viene siendo vulnerado desde hace muchos años, ha empeorado en Argentina. En febrero de 2002, la caída del consumo fue del 42 por ciento respecto del año anterior.

–Ocupa la Presidencia el señor vicepresidente 1º de la Honorable Cámara, don Oraldo Norvel Britos.

**Sra. Martínez.** – Ahora sí me voy a permitir expresar alguna diferencia con lo que acaba de manifestar el doctor Neri. No creo que esta caída del 42 por ciento en el consumo se deba exclusivamente a que los médicos nos restringimos en recetar, sino que considero que tiene que ver fundamentalmente con que ni el paciente ni sus familiares pueden comprar los medicamentos.

El medicamento no es un electrodoméstico, una casa o un traje. El hecho de no poder comprarlo hace la diferencia entre la vida y la muerte. Entonces, los médicos debemos retomar el concepto con el que fuimos formados en la facultad, es decir, el de prescribir los medicamentos por el nombre genérico o principio activo. Esa será la única manera de que nuestra población deje de ser rehén de las marcas comerciales que los médicos recetamos.

Considero importante aportar algunos datos referidos a cómo el sistema actual restringe y distorsiona absolutamente el acceso a los medicamentos. Existe una financiación absolutamente regresiva. Con esto quiero decir que en el 20 por ciento de los hogares más pobres, del total del gasto en salud el de medicamentos representa ni más ni menos que el 78 por ciento. Esto es así en los casos en que ese hogar lo pueda pagar. En cambio, en el 20 por ciento de los

hogares más ricos, el gasto en medicamentos representa el 41 por ciento, es decir, casi la mitad, y aun así es muy alto.

Es enorme la dispersión de precios de los medicamentos, y aquí no estamos hablando de un nuevo mercado de medicamentos o genéricos. Estamos hablando de la dispersión de precios de un mismo principio activo con distintas marcas comerciales que se venden en nuestras farmacias, autorizadas por la ANMAT, cumpliendo con todas las normas.

En algunos casos la dispersión entre el medicamento de menor costo con respecto al de más alto costo es del 600 por ciento. Tal vez podamos plantear algunos ejemplos mencionando, por supuesto, el nombre de la droga. La que menor dispersión presenta en el mercado es la acidobutina, que es del 47 por ciento; el bromazepán, del 370 por ciento; y el antibiótico que más se usa hoy —se utiliza para curar enfermedades vinculadas al frío y al invierno—, la amoxicilina, presenta una dispersión del 319 por ciento entre la marca comercial en plaza de menor precio y la de mayor valor, y así llegamos hasta el salbutamol, que tiene el 636 por ciento de dispersión.

Bien decía el doctor Neri que los laboratorios no compiten por precio, pero hacen *marketing* para imponer determinados medicamentos que son líderes. Entonces, los médicos consideramos equivocadamente —por supuesto, trasladamos este error al público— que la mejor manera de curar es utilizar el medicamento que tiene ese nombre impuesto comercialmente.

Podríamos plantear cuál sería el ahorro, por ejemplo, en el tratamiento de una enfermedad muy común, que es la hipertensión arterial, que requiere la combinación de tres medicamentos: enalapril, sinavastina y furesemida. La opción de mayor costo es de 160,1 pesos, y la de menor costo de 66,3 pesos; es decir que hay un 142 por ciento de diferencia entre el medicamento más caro y el más barato.

¿Qué ocurre si comparamos esto con lo que percibe un asalariado que gana 450 pesos? Con el tratamiento más caro, acerca del que hablamos anteriormente, corresponderá el 35,6 por ciento de su salario, y con el de menor costo, el 14,7.

Estamos hablando de cuánto incide en los pobres bolsillos de nuestros sectores más humildes la posibilidad de acceso al medicamento. ¿Qué ha ocurrido a partir de esta política que todos apoyamos y que conduce el Ministerio de

Salud de la Nación? ¿Qué ha pasado con el decreto y la resolución ministerial vigentes? Los precios de los medicamentos cayeron llamativamente en un mercado que ha subido todos sus precios, mientras que durante toda la etapa donde un peso equivalía a un dólar subieron un 170 por ciento. Así, de mayo a julio de 2002 —por dar algunos ejemplos— la azitromicina bajó globalmente un 69,1 por ciento; la amoxicilina, un 46,7 por ciento; la ranitidina, un 37,6 por ciento, y este es un medicamento que se usa mucho.

¿Qué dicen nuestros pacientes cuando van a comprar el mismo medicamento que vienen adquiriendo desde hace muchos años? Me preguntan: “Doctora: me lo cobraron más barato. ¿Es posible?” Sí es posible. Y porque eso era posible es que se intentó detener la resolución ministerial en el ámbito de la Justicia a través de un recurso de amparo. Todo esto también se relaciona con el hecho de que existía una moción de preferencia para que la Cámara sancionara hoy un proyecto de ley vinculado con la prescripción por medicamentos genéricos.

También los precios cayeron enormemente en los laboratorios. La reducción va de un 65,5 por ciento a un 25,2. Podríamos seguir explicando de qué manera ha impactado esta política de prescripción por medicamento genérico.

No podemos equivocarnos. Es verdad que tenemos que seguir avanzando en todo lo que ha solicitado el señor diputado Neri. Por eso vamos a dar nuestro apoyo a la moción de preferencia que acaba de formular.

Es cierto que necesitamos una ley de medicamentos que permita mejorar los controles de calidad y la equivalencia terapéutica. Debemos hacer realidad ese viejo anhelo de que los medicamentos se vendan exclusivamente en las farmacias y de que exista mayor control.

Eso no significa que no sea imprescindible que aquí y ahora frenemos la posibilidad de que esta política sea paralizadora en forma aviesa. Este es el primer paso que tenemos que dar. Si no lo hacemos, va a ser muy difícil que podamos avanzar en las demás cosas.

¿Qué piensa nuestra población? Creo que esta batalla ya está ganada, más allá de lo que informe la votación en este recinto. Ya el doctor Carrillo decía que la salud no se defendía en los consultorios médicos ni en la Facultad de Medicina ni en los ámbitos académicos más altos, sino en el seno del pueblo. Carrillo sostenía que



los médicos a veces logramos curar las enfermedades. “Para hablar de salud hay que hablar con el pueblo.” Y el pueblo ya ha decidido que está de acuerdo con la política de prescripción por el nombre genérico o principio activo. Así está expresado en encuestas realizadas por consultoras de máxima excelencia en el país, que han reflejado que más del 70 por ciento de la población de todos los sectores sociales está de acuerdo con esta política.

Seguramente, todos los señores diputados habrán visto a través de los medios el apoyo que ha merecido esta política en el ámbito académico, gremial, de las asociaciones de consumidores y del COFESA, donde están reunidos todos los ministros del área de la salud del país. Hace mucho que una propuesta política no obtenía un nivel tan alto y jerarquizado de consenso como ha ocurrido en este caso.

En todas las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ya se está efectuando la prescripción por el nombre genérico. Así sucede en las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Corrientes, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

Pregunto: ¿quiénes son, entonces, los que se oponen? Las farmacias más jerarquizadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires han incorporado a sus mostradores carteles que indican “prescripción por genéricos” y los ámbitos académicos más importantes dicen “sí” a esta política. Cuando ya no hay más recursos, porque es evidente la vocación política de este Congreso Nacional, se recurre aviesamente a la Justicia.

También allí reaccionaron todos los sectores: desde aquellos que nuclean a los trabajadores del país y de las obras sociales hasta los más altos ámbitos académicos. Por eso, esta batalla ya está ganada. Invito a todos los señores diputados a sumarnos a esta contienda.

Para finalizar, quiero recordar algo que con muchísimo acierto dijo el doctor Carrillo pensando en el enorme avance de la ciencia farmacológica y de medicamentos en el mundo: de nada sirven los avances de la ciencia médica si no pueden llegar al pueblo por medio de los dispositivos adecuados.

Invito a que acompañemos la concreción de esta iniciativa. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Britos). – Tiene la palabra la señora diputada por Santa Fe.

**Sra. Gutiérrez.** – Señor presidente: la población que hoy accede a los medicamentos, ya sea en forma particular o a través de la seguridad social, tiene derecho a comprarlos a bajo costo, pero dichos medicamentos también deben tener calidad y eficacia reconocidas.

Por otro lado, hay más de quince millones de compatriotas que no pueden acceder a la alimentación, y mucho menos a la salud y al medicamento; por lo tanto, el Estado debe garantizar la equidad en el acceso.

Precisamente, nuestro bloque ha presentado un proyecto sobre producción estatal de medicamentos, que potencia y consolida las enormes ventajas comparativas de precios que ofrece dicha producción para proveer al efector público.

Al menos en ocho jurisdicciones del país existen laboratorios estatales nacionales, provinciales o municipales, de las fuerzas armadas y de universidades, que cuentan con la capacidad necesaria para producir medicamentos. En muchos casos la producción está controlada por universidades nacionales.

Durante el año 2001 se gastaron en la Argentina alrededor de 6 mil millones de dólares en medicamentos, o sea, un porcentaje irracionalmente alto respecto del gasto total en salud. Algunos señores diputados preopinantes ya han señalado que el 30 por ciento del gasto en salud se destina a medicamentos, más allá de que la Organización Mundial de la Salud aconseja que no sea superior al 10 por ciento.

En las dos últimas décadas hubo una importante deserción del Estado en cuanto a su responsabilidad de regulación y control; paralelamente se desalentó y se vació la producción estatal de medicamentos. Los grandes laboratorios, tanto nacionales como trasnacionales, obtuvieron ganancias extraordinarias durante el período de la convertibilidad: aumentaban el valor de los medicamentos a pesar de que en la mayoría de los casos había disminuido el precio de los insumos y reducían el número de unidades por envase. Desde una lógica de las antípodas a la del mercado, fundada en la equidad y no en el logro, podemos definir una premisa fundamental: la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos son ejes prioritarios de una política, al igual que la garantía de calidad y seguridad.

Ante la emergencia sanitaria es necesario desarrollar una política activa de medicamentos, por los enormes recursos que resultan vitales para la salud en otras áreas; para ello, podríamos derivar esos ahorros de recursos hacia la prevención.

En el debate que la magnitud de la crisis ha impuesto, uno de los focos de disputa es la polémica instalada entre el nombre genérico o la denominación común internacional y los nombres de fantasía o marcas comerciales. A esta altura debería ser evidente que la utilización de la denominación común internacional es la natural aplicación del conocimiento farmacéutico que el profesional ha adquirido con su práctica médica. Esto permite seleccionar un fármaco ponderando exclusivamente la evidencia científica disponible y desestimar consideraciones superfluas como por ejemplo de *marketing* u otros recursos, amén de transparentar una situación ensombrecida por la sospecha permanente de estímulos indebidos contrarios a la ética y a la ley.

Consideramos que este proyecto es un paso adelante a fin de contar con una ley de medicamentos que cubra las necesidades de toda la población. Sin embargo, creemos que es insuficiente, porque se limita a la defensa del consumidor de medicamentos en el espíritu de la ley 24.240 desconociendo al no consumidor, o sea, a los miles de compatriotas que necesitando los no pueden acceder a ellos.

Por otra parte, deseamos que dicha norma incluya también una adecuada educación del consumidor, y que no se limite solamente al que prescribe y al que dispensa.

Por lo expuesto, nuestro bloque va a acompañar esta iniciativa, teniendo en cuenta los intereses en juego, y porque consideramos que servirá para alcanzar los objetivos que anteriormente enuncié.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

**Sra. Jarque.** – Señor presidente: como lo adelantó la colega que me precedió en el uso de la palabra, vamos a acompañar este proyecto de ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico, y quisiera abundar en las razones por las cuales tomaremos esta actitud.

En primer lugar, deseo recordar que en enero de este año el Poder Ejecutivo nacional sancionó el decreto 486, declarando el estado de

emergencia sanitaria en todo el país. Si nos remitimos a los considerandos de ese decreto advertiremos que esgrimía argumentos de base respecto de la situación económica y financiera por la que atravesaba la Argentina, a los intolerables niveles de pobreza, a la crisis que afectaba al mercado de salud y a las dificultades para la adquisición de productos de procedencia extranjera.

Ocho meses más tarde nos encontramos debatiendo sobre estos mismos aspectos, tratando de buscar soluciones en este sentido. Lamentablemente, los datos y las estadísticas oficiales con los que nos sorprendieron los periódicos la semana pasada señalan que más de la mitad de nuestra población es pobre, que el 8,7 por ciento de nuestros hermanos son indigentes, que cada cuatro segundos este país produce un pobre y que solamente entre octubre de 2001 y mayo de 2002 cayeron bajo la línea de pobreza 5,2 millones de argentinos, llegando al extremo de que en provincias del Nordeste y del Noroeste el 80 por ciento de nuestros compatriotas son pobres. Y si analizamos el caso de los asalariados, el 25 por ciento son pobres.

Estas cifras nos hablan del permanente agravamiento de las condiciones de vida de nuestra población, y aun entendiendo la insuficiencia del proyecto en consideración –que ya ha sido señalada por el interbloque al que pertenezco–, consideramos que es un paso respecto de lo que es el derecho al acceso al medicamento, a la salud, que no es otra cosa que el derecho a la vida, y por esta razón vamos a apoyar esta iniciativa.

Más grave aún se torna la situación si observamos –como ya ha dicho la señora diputada Martínez– los precios de los medicamentos en nuestro país, que son otro indicador de la inequidad existente. Tal como fue señalado, el gasto promedio en medicamentos para el primer quintil de ingresos asciende al 80 por ciento, en tanto que para los sectores de mayores ingresos representa el 30 por ciento de su gasto.

Si analizamos esto desde el punto de vista del financiamiento de los medicamentos, observamos que la situación sigue agravándose. El gasto en medicamentos es financiado en un 73 por ciento por el ingreso familiar. Esto quiere decir que el 73 por ciento sale del bolsillo de cada consumidor, en tanto sólo el 27 por ciento es financiado por las instituciones de la seguridad social.

Una primera conclusión a la que podríamos arribar es que existen barreras de tipo social para el acceso al medicamento en la Argentina. Nuestros conciudadanos pueden acceder a la salud o a ser atendidos por un servicio público en un hospital o en una sala de primeros auxilios, pero luego no pueden acceder a los medicamentos. Diversos estudios indican que sobre sesenta y cinco consultas médicas que realizan los desocupados, solamente el 40 por ciento de los pacientes podrá adquirir luego el medicamento prescripto.

Otro aspecto a considerar —que también ha sido expresado— es la dispersión que existe en el precio final de los medicamentos. Estas diferencias, que alcanzan hasta el 600 por ciento —si tomamos el caso de la penicilina sódica, por ejemplo—, nos marcan otra de las razones por las cuales es necesario avanzar en una política de regulación de los medicamentos genéricos.

En síntesis, segundo a segundo hay argentinos que van ingresando a las categorías de pobres o indigentes, y cuando se enferman tienen cada vez menos posibilidades de adquirir un medicamento. Además, existe una dispersión significativa en los costos. De manera que si no hay una política oficial que otorgue derechos a la población y ponga a su disposición el acceso a los medicamentos, difícilmente —como ha venido sucediendo, y así lo indican los fríos números— eso continuará ocurriendo.

Ante este panorama cabe preguntarnos si la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico podrá garantizar el acceso a los mismos, como es el espíritu que aparentemente guía a todos los bloques que están debatiendo aquí este proyecto. Creemos que esta iniciativa seguramente constituirá un avance en ese sentido. Ahora bien, solamente significará un paliativo si no discutimos otros aspectos que también están relacionados con esto, y para ello creo que tenemos la obligación de decir algunas otras verdades vinculadas con la política de medicamentos.

¿Cuáles son las causas de la dispersión en los precios de los medicamentos? La clave está en la aplicación de las políticas neoliberales, en la asistencia y en la prevención sanitaria.

A partir del decreto 150/92 —que algunos señores diputados preopinantes mencionaron— automáticamente se autorizaron en nuestro medio medicamentos para el consumo que ya habían sido autorizados en mercados como los

de Estados Unidos, Japón, Suecia y una decena de otros países.

La Argentina no sólo renunció a promover la investigación, el desarrollo y la experimentación, no sólo dejó en la soledad a muchos investigadores, sino que al dar por válida esta autorización de otros países para producir y comercializar cualquier producto llamado medicinal aceptó mansamente la política comercial de los laboratorios extranjeros.

¿Qué significó esto en materia de medicamentos en la Argentina? En los inicios de la década del 90, la importación de productos farmacéuticos no superaba el 12 por ciento; el resto se manufacturaba en el país aunque su droga básica fuera de origen extranjero. Actualmente, el 43 por ciento de los medicamentos que se venden es importado.

Esto demuestra a las claras cuál fue el objetivo de ese decreto al que hice referencia.

Las cifras demuestran que la dependencia del exterior que tenemos en esta materia es prácticamente total; la Argentina sólo produce el uno por ciento de los principios activos que nuestra industria necesita.

Tal como se dice en el enunciado, es necesario avanzar en una ley integral de medicamentos en la Argentina. Así mismo, el Poder Ejecutivo debe arbitrar todos los recursos para ejercer el control en las farmacias.

En el debate de una ley integral de medicamentos no debemos limitarnos; debemos tener la audacia de discutir.

En la Argentina no hay una verdadera política para la elaboración y el uso racional de los medicamentos. Hasta el momento no hay medidas que den cuenta de la intención de revertir la tendencia importadora, no se jerarquiza el formulario terapéutico en nuestro país ni se fomenta la fabricación por parte de laboratorios estatales.

En definitiva, la obligatoriedad de la prescripción por el nombre genérico constituye un avance, pero no garantiza el acceso al medicamento a los sectores más carentes ni a aquellos que día a día se incorporan a él si no acompañamos estas medidas con otras de fondo.

Vamos a acompañar el pedido formulado por el señor diputado Neri para que este tema pueda ser debatido en comisión. Apoyamos la postura del tratamiento del asunto con dictamen de comisión.

**Sr. Presidente** (Britos). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Macaluse.** – Señor presidente: después de varios años, estamos tratando el proyecto de ley que establece la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico.

Este es un aspecto de la política de salud y de la política de medicamentos. Pero si solamente nos quedamos en este aspecto –igualmente vamos a acompañar el proyecto porque nos parece positivo– la norma será absolutamente insuficiente.

Hay que tener en cuenta algunos otros parámetros en este debate: en primer lugar, no debemos limitarnos a discutir solamente los costos, como si el resto de la política de medicamentos y de salud fuese correcto.

En segundo lugar, debe sortearse un peligro, porque escuché alguna intervención planteando cierta asociación entre la calidad y la producción privada. Esta ha sido una pauta cultural introducida en el país durante varios años y todos sabemos cuáles fueron las consecuencias que tuvo en la vida cotidiana de todos los argentinos.

La producción privada no garantiza por sí misma mayor calidad. Asimismo, coincido con lo que decía una señora diputada en el sentido de que el medicamento no es un traje que se pueda comprar en cualquier lado, y también me gustaría recordar cuál fue el gobierno que permitió que los medicamentos se vendieran en los kioscos.

Un trabajo interesante del doctor Amílcar Gigante –que es un profesor universitario de Brasil–, llamado *¿Qué es el remedio?*, plantea que el remedio puede ser el tiempo. Hay muchas enfermedades que se curan con el tiempo. Puede ser hablar y ser escuchado, puede ser escuchar y tranquilizarse, puede ser el cambio de hábitos nocivos, puede ser la dieta, la fisioterapia, la psicoterapia, puede ser la cirugía, pueden ser los placebos, dado el carácter mágico que asume el medicamento en nuestra cultura, y también puede ser el medicamento.

El autor plantea también que a estos remedios se le pueden sumar otros “estructurales”, como el trabajo, la alimentación, la educación, etcétera, todas aquellas cosas que garantizan la afiliación del individuo en una sociedad, y dice que todos ellos funcionan como vacunas contra las enfermedades.

Si hacemos un repaso de todas estas cosas veremos el atraso que tienen la política argenti-

na y los gobiernos argentinos con una política de remedios para la sociedad, y advertiremos que el medicamento es una ínfima parte de la política de remedios.

El medicamento asume en nuestra cultura una categoría de mito, dada la representación simbólica que asocia su uso con el bienestar, con la prolongación de la vida. Y como existe esa asociación ella es aprovechada con fines de lucro.

En muchos casos, el medicamento también es utilizado como una compensación tardía de las políticas sanitarias vigentes. Esta cultura del medicamento opera no sólo en la Argentina sino en todos los lugares del mundo. Lo que no opera igual es el papel del Estado, y en la Argentina tenemos gruesas falencias en ese aspecto.

En los países desarrollados el Estado interviene, y en algunos países emergentes, como Brasil, la India y Sudáfrica, el Estado también interviene a favor de la población, y ese es el aspecto que reivindicamos de este proyecto, porque tiende a generar en la Argentina una política que se oriente en esa dirección.

La Argentina es un país que invierte mucho en salud, más de 23 mil millones, y el 30 por ciento de su presupuesto se destina a medicamentos cuando la Organización Mundial de la Salud establece que es suficiente el 10 por ciento.

Nuestro país es el tercero en el consumo de medicamentos per cápita detrás de Japón y Alemania. En los países nórdicos han establecido cuatrocientos principios activos como para poder resolver la política de medicamentos y en la Argentina hay más de cuatro mil expresados en doce mil marcas.

El gasto en medicamentos en nuestro país es exorbitante y eso está vinculado con las falencias de las políticas del Estado, que no se resuelven solamente con la posibilidad de que se pueda prescribir por el nombre genérico de los medicamentos.

Es necesario aplicar una serie de políticas activas y confiamos en que se traten en los próximos días en este Congreso. En primer lugar, debe prevalecer el uso racional de los medicamentos. Hay que interrogarse si es bueno que haya publicidad de los medicamentos en los medios de difusión, porque esto genera mayor cantidad de gastos en *marketing*, lo que incide en el costo de los productos. También produce una enfermedad que tenemos los argentinos: la automedicación.



Me parece muy bien que se publiciten mediante las reglas del mercado los alfajores con que los argentinos vamos a engordar, pero no me parece nada bien que con las mismas reglas se publiciten las anfetaminas que permitirán que los argentinos adelgacen de las consecuencias de haber comido los alfajores.

El Congreso debe establecer si estas reglas de la libre oferta y demanda operarán en el mercado de medicamentos en la Argentina.

Otro aspecto importante es la formación de los médicos. Hoy los laboratorios inciden fuertemente en ella y en el control del uso de los medicamentos. Esto fue reconocido por la ANMAT en el seno de la Comisión de Acción Social y Salud Pública.

Debemos crear un formulario terapéutico que regule y establezca cuáles serán las formas de uso racional del medicamento en nuestro país. Si no se hace y se confía sólo en esta iniciativa, se terminará confiando en que las leyes de la competencia serán las que saneen la política de costo de los medicamentos. Sabemos que ello no ocurrirá, porque en la Argentina hay posiciones monopólicas y oligopólicas.

Si no introducimos otras políticas activas, sucederá que en función de esas mismas leyes de mercado terminará aumentando el precio de los medicamentos genéricos y no disminuirá el valor de los de nombre comercial o de fantasía.

En la Argentina hay un listado de laboratorios estatales, de las provincias, fuerzas armadas y municipios, y no funcionan en un garaje –como se dijo aquí–, sino gracias al enorme esfuerzo que hacen los agentes estatales, los médicos y los investigadores.

Ello permite que una gran capa de la población tenga acceso al medicamento. También es verdad que aunque se apruebe esta iniciativa no vamos a poder resolver la situación de millones de argentinos que no tienen ni dos pesos partidos por la mitad para comprar medicamentos.

Es necesario que el Estado argentino garantice la accesibilidad a los millones de personas que están por debajo de la línea de pobreza. Esto no se hace y es necesario discutir cómo se logrará. Nosotros creemos que para ello hay que garantizar la producción de medicamentos genéricos desde el Estado.

En ese sentido, primero corresponde asegurar una inversión que permita poner a todos los

laboratorios a producir según los cánones que exige la Organización Mundial de la Salud.

Voy a discrepar con el doctor Neri, a quien respeto y reconozco que sabe mucho más que yo, en el sentido de que si aplicamos sin cambios el proyecto que él propone, creando una jurisdicción única de la ANMAT, muchos de los laboratorios que están resolviendo con calidad y esfuerzo buena parte de los problemas de los argentinos se cerrarían si no hay decisión política presupuestaria.

En vez de la propuesta del doctor Neri que dice: “a mercado único, responsable de control único” yo promovería el principio “a igualdad ciudadana, garantía de políticas activas del Estado”. Para ello es necesario una fuerte inversión estatal. Con ella se pondrían en condiciones los laboratorios estatales y se podría articular la política de producción, ya que muchas veces ni siquiera se conoce qué produce cada uno de ellos.

Así mejoraríamos los costos, actuaríamos desde el Estado como agente regulador de los precios de todos los medicamentos genéricos o con nombre de fantasía y daríamos respuesta desde los sectores estatales a buena parte de la población que hoy no tiene acceso a ningún tipo de medicamento. Por eso es imprescindible esta articulación y esta inversión por parte del Estado.

Creo que el proyecto que vamos a votar es positivo, porque constituye un paso adelante y, al mismo tiempo, fija un piso institucional para el tratamiento de la política de medicamentos. Probablemente, esto resulte insuficiente, pero lo importante es que éste no es un proyecto tratado con urgencia. A lo largo de los años, en esta Cámara se han presentado distintas iniciativas como la que hoy estamos discutiendo. Esta es una deuda que la democracia tiene no sólo con la población de nuestro país –sobre todo con la más humilde–, sino también con la memoria de dos argentinos: Ramón Carrillo y Arturo Oñativia, que son dos paradigmas de los avances de la medicina social argentina. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Britos). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Alchouron.** – Señor presidente: es una pena que la discusión de un tema de esta jerarquía no cuente con la presencia de una cantidad razonable y lógica de diputados. En los dos años y medio que llevo ocupando esta banca, muy pocas veces tuve la oportunidad de escuchar las opiniones y los fundamentos que se han ver-

tido durante la consideración de un tema tan importante como lo es el de una ley de prescripción por genéricos.

Debo reconocer que he escuchado a médicos que demostraron saber mucho sobre este tema; no sé si otros señores diputados que también han hecho uso de la palabra son médicos, pero demostraron conocer en profundidad esta cuestión. Como abogado debo decir que hoy aprendí mucho. Tuve la oportunidad de presentar una clase magistral, como la que dio el señor diputado Aldo Neri, a quien hace unos minutos le dije que me gané el día.

Adelanto que vamos a apoyar la sanción del proyecto venido en revisión del Honorable Senado, porque considero que en términos generales establece un mecanismo adecuado para el tratamiento de un tema que en este momento preocupa a toda la Argentina. Como acá se ha señalado, esta es una cuestión que quizás merezca ser complementada con algunas cosas interesantes que contienen las propuestas que figuran en los dictámenes de minoría que tuve la oportunidad de leer; sinceramente, no sé si son de minoría, porque desconozco qué cantidad de votos obtuvo cada uno, dado que no está muy claro cómo se trató este tema en la Comisión de Acción Social y Salud Pública. De todos modos, no caben dudas de que esas iniciativas contienen una serie de normas que podrían ser complementarias del proyecto sancionado por el Honorable Senado.

En tal sentido, hay algunas cuestiones muy interesantes, como la creación del Registro Nacional de Drogas, del Registro de Empresas y Establecimientos Productores y del Registro Nacional de Farmacias. En esas propuestas hay una variedad de iniciativas que bien podrían complementar este proyecto. Durante el tratamiento en particular quizás tengamos la posibilidad de hacer algunas modificaciones a la iniciativa en análisis.

Entonces, si bien no coincido con todo lo que han expresado quienes me precedieron en el uso de la palabra, dado que podemos tener ideas distintas, lo importante es que en los aspectos básicos estamos de acuerdo con la necesidad de aprobar este proyecto. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Britos). – Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

**Sr. García.** – Señor presidente: creo que todos hemos coincidido esta noche en la necesi-

dad de aprobar este proyecto de ley que cuenta con sanción del Senado, y también creo que todos hemos estado de acuerdo con la fundamentación de la problemática de los medicamentos que dio el señor diputado Neri. Hace muchos años que venimos escuchando lo que nos propone alguien que ha estudiado la problemática de la salud argentina y ha ejercido cargos en distintos ámbitos del gobierno, como es el señor diputado Neri.

Hoy estamos discutiendo, desde mi punto de vista, un proyecto de ley que abarca sólo muy parcialmente la problemática de los medicamentos. Estamos debatiendo un proyecto referido a lo que denominamos prescripción de genéricos que, en mi opinión, no es lo más importante, ya que actualmente los médicos pueden recetar de este modo. Lo que estamos tratando de hacer mediante esta iniciativa es exigir esto al médico.

Considero que el punto más importante de este proyecto es la posibilidad de la sustitución de un medicamento en el ámbito de la farmacia por otro de menor costo o no, según lo que elija el paciente de acuerdo con la información que posea.

Indudablemente, gran parte de la discusión que ha tenido lugar hoy es la misma que se viene dando desde hace muchísimos años sobre la problemática de los medicamentos, basándonos fundamentalmente en dos conceptos de profunda diferenciación ideológica. Me refiero a si el medicamento es una mercancía que se regula por las leyes del mercado o si se trata de un bien social que debe estar fuera de dichas leyes. Yo soy de los que piensan que, como se trata de algo relacionado directamente con la diferencia entre la salud y la enfermedad o entre la vida y la muerte, el medicamento es un bien social que no puede estar regido por las leyes de mercado. Indudablemente, en este aspecto es fundamental la decisión del Estado.

Sin embargo, nadie puede negar que en los últimos veinte o veinticinco años el concepto de mercado en nuestro país, quizá llevado casi al extremo del absurdo, ha tenido un gran triunfo cultural y ha transformado cosas inimaginables en cotidianas.

Si suponemos que el medicamento es una mercancía y entonces se rige por las leyes de mercado, debería tener la posibilidad de la competencia. Pero, como hoy están las cosas, esto no sucede, ya que quien debe adquirir esa mer-

cancia no puede optar. Continuando con la suposición de que el medicamento fuera una mercancía, el contrato comercial que se realiza entre el paciente y el médico o entre el paciente y el farmacéutico no tiene la posibilidad de la competencia. Esto se debe a que quien prescribe, que es el médico, no es el que va a pagar el medicamento, y quien lo paga no es el que puede elegir.

Entonces, en esta sociedad de consumo que se ha instalado en nuestro país en los últimos años llegamos al absurdo de creer que es una mercancía y debe regirse por las leyes del mercado, pero le quitamos su característica fundamental, que es la competencia.

Por lo tanto, tal vez lo más importante de este proyecto de ley que aprobaremos esta noche es que, a través de la sustitución, brinda al paciente la posibilidad de elegir entre una amplia gama de opciones.

Se han planteado muchas cuestiones. Los grandes laboratorios internacionales y nacionales de la Argentina todos sabemos que la producción y comercialización de medicamentos constituyen uno de los negocios más suculentos que tienen nuestro país y el mundo han instalado el concepto de que a mayor precio, mayor calidad y, como contrapartida, a menor precio, menor calidad. Esto es lo que se ha inducido a partir de la publicidad muy fuerte y masiva que han hecho los laboratorios en los últimos días respecto del tema de los genéricos, en el sentido de que si es barato, no es bueno; es malo y, por lo tanto, peligroso.

Se ha dicho que la ANMAT no ha controlado a todos estos laboratorios, y tal vez esto sea cierto, pero también es verdad que la ANMAT no controla a ningún laboratorio, y se parte de la hipótesis de que por ser Bayer o Roche es bueno. Esto no es verdad en todos los casos, y hay muchas razones por las cuales se puede demostrar esto. Por ejemplo, desde el punto de vista del precio, porque aquí estamos pagando el valor de los medicamentos importados setecientas veces más caro que en su lugar de origen.

Estamos comprando y consumiendo medicamentos que tienen una vida útil grabada en su caja, que a veces es la mitad del tiempo que ese mismo medicamento tiene como válido en su país de origen. Asimismo, las contraindicaciones que se publican en los países de origen son mucho más amplias que las que se dan a cono-

cer en el nuestro, lo que sin duda demuestra que existe un verdadero ocultamiento de la información y, por lo tanto, hay deslealtad por parte de esas empresas. La ANMAT no ha controlado esto.

Existen experiencias importantes como las que se han comentado aquí –no me refiero solamente a la de aquel garaje donde se producen medicamentos– de producción de medicamentos en el ámbito estatal, como es el caso concreto del municipio de Rosario, que nunca pudo obtener la autorización de la ANMAT, y no porque no tenga la calidad necesaria sino porque ella no realiza los controles que el propio laboratorio municipal solicita que le hagan para poder comercializar sus productos.

Lo que aquí también se dice es que las autorizaciones en el ámbito estatal, provincial o municipal no permiten salir a competir en otros lugares con empresas monopólicas. Entonces, estamos viendo que se levantan fantasmas para distraer el verdadero debate del problema de los medicamentos, es decir, el genérico y la posibilidad de sustitución.

Hay otro elemento importante acerca de los miedos que se generan en la sociedad: ¿quién va a hacer la sustitución? Cuando voy a la farmacia, me encuentro con un cadete, y quienes defienden ese necesario control que debe haber en las farmacias son los mismos que en la década pasada decían que las farmacias tenían que desaparecer, que no hacía falta un profesional al frente de la misma, que en ella se podía vender de todo y que los medicamentos se podían ofrecer en cualquier lado. Ellos fueron los que rompieron con todas las reglas de controles; fueron los que propusieron la eliminación de los colegios profesionales; fueron los que a partir de un concepto liberal casi a ultranza propiciaron la liberación de todos los controles en relación con algo tan delicado como los medicamentos.

Es cierto que hoy nos encontramos con que muchas farmacias ya no son atendidas por farmacéuticos y, por lo tanto, es probable que no consigamos uno de ellos al momento de hacer la sustitución. Esto, sin duda, encierra un riesgo, porque quien hace la sustitución probablemente no tenga los conocimientos científicos necesarios.

Hay que volver a discutir cuál es el rol de la regulación del Estado en un tema tan importante como el medicamento, que indudablemente

no puede estar regido sólo por las leyes del mercado sino que debe estar controlado por aquél.

El producto debe estar también avalado por un profesional que dé garantías suficientes a la hora de sustituir el medicamento.

Por eso, coincido con el señor diputado Neri en el sentido de que hay muchas cosas que resolver. La problemática del medicamento debemos enfrentarla, discutirla y resolverla lo más pronto posible, porque la prescripción por genéricos y la posibilidad de sustitución en el ámbito de las farmacias es un gran avance a la hora de proteger no solamente los bolsillos de los pacientes, sino también el acceso a la solución de una problemática.

En función de lo expuesto adelanto que nuestro bloque va a votar favorablemente este proyecto de ley. *(Aplausos.)*

**Sr. Presidente** (Britos). – Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

**Sr. Alessandro.** – Señor presidente: voy a ser muy breve, fundamentalmente por dos cuestiones. En primer lugar, porque me parece que a esta altura de la noche lo más conveniente es avanzar y votar positivamente este proyecto de ley que estamos considerando.

En segundo lugar, porque considero que han sido expuestos sobradamente los fundamentos a favor de por qué es importante aprobar esta iniciativa.

En medio de esta crisis descomunal por la que atraviesa la Argentina se ha escuchado decir en varias ocasiones que toda crisis genera una oportunidad. En cambio, en nuestro país ante la crisis hemos soportado más crisis, sin que se genere ninguna oportunidad.

Considero que en este aspecto de la crisis que hoy vive la Argentina en cuanto al tema medicamentos, evidentemente se está comenzando a generar un nuevo camino y una oportunidad.

Evidentemente, el decreto que dio origen al debate que estamos llevando a cabo esta noche ha marcado un rumbo distinto en la política de medicamentos. Es hijo de la crisis. Con plantear un solo dato nos vamos a dar cuenta: el consumo de medicamentos ha disminuido en los primeros seis meses del año en un 43 por ciento.

Así como consideramos que esta cuestión es producto de la crisis, pensamos que también puede dar lugar a que se sienten las bases de una política de Estado para revertir algo que

atinadamente el señor diputado Neri planteó en su alocución. Habló de una aparente contradicción entre los laboratorios y una producción importante de medicamentos en la Argentina, basada en altísimos precios. Se refirió a un subsidio de la población muy importante hacia ese sector de la producción.

En la época de las vacas gordas era posible tolerar ese subsidio, pero hoy evidentemente no puede ocurrir lo mismo. La población no puede subsidiar la producción de determinado tipo de medicamentos.

Aquí se ha dado un dato muy cierto. Durante los diez años de la convertibilidad en que los precios no aumentaron, y en algunos casos hasta bajaron, los medicamentos aumentaron más del ciento por ciento. Muchas veces ese incremento se debió a un mero cambio en la presentación del producto.

Para remediar esta situación de fondo creemos que primero el decreto y luego el proyecto de ley en consideración nos van a ayudar a encontrar una solución.

Me voy a referir a algunos de los cuestionamientos que más hemos escuchado para tratar de descalificar esta política.

Alguien ha dicho esta noche que la futura norma va a consagrar el hecho de que haya medicamentos para ricos y medicamentos para pobres. Esto no es cierto, porque justamente se comienza a revertir esa situación.

Lamentablemente, todos sabemos que cada vez hay más pobres en la Argentina. El problema que ellos tienen consiste en que no pueden acceder a los medicamentos. A partir de la obligación de prescribir por genéricos van a comenzar a contar con algo que antes no tenían cuando vivían una tremenda inequidad. Hasta ahora los pobres están excluidos de la posibilidad de acceder a los medicamentos.

Por otro lado, para tratar de descalificar esta política se esgrimió como argumento central el problema de la falsificación de los medicamentos. Obviamente, hay medicamentos que se falsifican, falsos medicamentos; pero eso es anterior a la cuestión que ahora estamos considerando. Se trata de un problema preexistente que nada tiene que ver con este proyecto. Se intenta introducir ese argumento para descalificar una política que consideramos consistente y conveniente, y que en términos generales beneficia a la mayoría de la población. En todo caso, denun-



ciemos con nombre y apellido a quienes producen o expiden medicamentos falsos, pero no mezclamos ese tema con el fondo de la cuestión.

Hemos escuchado en algunos medios que la obligación de prescribir por nombre genérico atenta contra la libertad de mercado e introduce una cuota de dirigismo que no tendría que existir. Justamente, se trata de lo contrario. Dicha obligación tiende a transparentar un mercado muy distorsionado y muy poco competitivo como el que existe en la Argentina respecto de la producción y comercialización de medicamentos; por un lado, porque desde que existe esta política hay más información, y ésta es un elemento fundamental para el consumidor en el mercado, y por el otro, porque se han introducido dosis de competencia que hasta ahora no existían.

Bien se ha dicho —creo que lo ha señalado la señora diputada Martínez en algún tramo de su alocución— que en la Argentina quizás lo único que ha comenzado a bajar de precio en los últimos meses son los medicamentos. Hace quince o veinte días los laboratorios más importantes del país publicaron avisos informando que algunas de las marcas más importantes de sus medicamentos habían bajado de precio, y no un 4, un 5 o un 6 por ciento sino porcentajes mucho más altos. No es casual que eso haya sucedido a partir de la vigencia del decreto que obliga a la prescripción por nombre genérico.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara, don Eduardo Oscar Camaño.

**Sr. Alessandro.** — Por otro lado, escuché y leí que la prescripción de genéricos atentaría contra la libertad de los pacientes y de los consumidores, pero sucederá todo lo contrario. La prescripción por genéricos a nadie obliga a consumir una determinada marca, porque quien quiera adquirir una marca en especial y esté en condiciones de pagar, podrá hacerlo.

Otro de los argumentos esgrimidos es el supuesto agravamiento de los riesgos a partir de la existencia de la prescripción de genéricos; será totalmente al revés. No hay mayor riesgo que la falta de acceso a los medicamentos. Estamos intentando incentivar la posibilidad de que muchos de los sectores lamentablemente excluidos de nuestra sociedad comiencen a tener acceso a los medicamentos.

Por las razones expuestas, el bloque del Frepaso votará afirmativamente el proyecto de

ley remitido por el Senado, y seguirá acompañando aquellas otras iniciativas que vayan en la dirección de que cada vez mayores sectores de la población tengan la posibilidad de acceder a la salud pública. (*Aplausos*.)

**Sr. Presidente** (Camaño). — En virtud de consultas formuladas a los presidentes de bloque, la Presidencia informa a los señores diputados que en una hora se votará en general el proyecto en consideración.

Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Gutiérrez (F. V.).** — Señor presidente: a raíz de lo que usted acaba de manifestar, trataré de ser breve.

Coincido con la mayoría de los diputados preopinantes, particularmente con el señor diputado Neri y la señora diputada Martínez —que han realizado brillantes exposiciones—, con quienes hemos compartido en la Comisión de Acción Social y Salud Pública la discusión del proyecto de ley remitido por el Senado.

Desde el bloque del Polo Social acompañaremos esta iniciativa con nuestro voto afirmativo, porque consideramos que el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos están garantizados por la Constitución Nacional. En consecuencia, el medicamento es un bien social y no una mercancía, y por ello debe tratarse desde una política activa del Estado nacional.

Consideramos que el Estado debe impulsar una ley nacional de medicamentos para solucionar definitivamente este problema y fabricar genéricos. Nuestro país está atravesando por una crisis económica y sanitaria declarada por ley. Dieciséis millones de pobres y más del veinte por ciento de desocupación han puesto en crisis el sistema de salud en la Argentina.

Particularmente, voy a referirme al sistema de obras sociales sindicales y al de jubilados y pensionados o sea el PAMI. Cabe destacar que estos institutos fueron desfinanciados a raíz de una política liberal del Estado nacional. Por lo tanto, resulta necesario recomponer dichas obras sociales para que los trabajadores, jubilados y pensionados tengan acceso a la salud y a los medicamentos.

Si hoy nuestro país gasta un 30 por ciento en medicamentos, en contra de la opinión de la Organización Mundial de la Salud que establece como máximo un 10 por ciento, evidentemente esto tiene una incidencia directa en el

sistema solidario de salud y en los convenios que el PAMI firma para la provisión de medicamentos. Este proyecto de ley apunta a bajar este costo y a que las obras sociales puedan disponer de esos recursos para ejecutar políticas de atención primaria y atender otras necesidades que hoy no tienen posibilidad de satisfacer los afiliados y sus familias.

Por estas razones, y apoyando desde ya la moción de preferencia con despacho de comisión formulada por el señor diputado Neri, acompañaremos esta iniciativa, lamentando que haya sido demorada durante tanto tiempo en la Comisión de Acción Social y Salud Pública de esta Honorable Cámara.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

**Sra. Castro.** – Señor presidente: el bloque Frente para el Cambio va a acompañar esta iniciativa, coincidiendo con las expresiones de los señores diputados preopinantes y especialmente con las brillantes exposiciones de los señores diputados Neri y Martínez.

Asimismo, compartimos lo manifestado por el señor diputado Gutiérrez en el sentido de que hace falta un cambio profundo y estructural en materia de salud para que el medicamento sea considerado como un bien social.

Es imprescindible contar con un plan nacional de salud que articule la medicina pública, las obras sociales sindicales y la medicina privada de investigación. Es imprescindible que el Estado organice los lugares y sedes de fabricación de medicamentos genéricos, los combine y ponga a trabajar, interrelacionándolos en beneficio de la población.

Voy a compartir brevemente con ustedes una anécdota que ilustra la situación por la que están atravesando instituciones como la Facultad de Ciencias Exactas de La Plata, que cuenta con una unidad de fabricación de medicamentos alimentada por la decisión de su decano de no pagar los servicios públicos. O paga la luz y el gas o sigue con el Departamento de Extensión e Investigación que se dedica a la fabricación de medicamentos, con la constancia y el trabajo de una veintena de jóvenes que participan ad honórem, junto con otros adultos que no quieren morirse sin ver que la Argentina puede fabricar medicamentos para los que menos tienen. A esta importantísima unidad de fabricación le hace falta un aparato de secado que cuesta cincuenta

mil pesos. No existe la convicción y la decisión política de impulsar un plan de salud y de medicamentos como bien social. De todos modos, este proyecto de ley es un avance en ese sentido y por tal razón lo vamos a apoyar.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

**Sr. Amstutz.** – Señor presidente: quiero manifestar nuestro apoyo al proyecto en tratamiento, al que considero de urgencia política, porque la pobreza –que ha ido avanzando– requiere de los políticos una fuerte atención dirigida a la salud. Cuando no existen recursos económicos, la salud preventiva se transforma en un bien fundamental.

Salud preventiva implica tener conciencia pública y supone confiar en la capacidad de las personas para entender sus problemas de salud y saber solucionarlos. No podemos subestimar a la gente. En algunas ocasiones se llegó a subestimar el conocimiento que los legisladores nacionales podíamos llegar a tener respecto de este tema, subestimación que es mayor en materia de educación y cultura de las personas cuando se trata de salud preventiva.

Dentro de lo que hace a la salud preventiva, pienso que la prescripción de medicamentos genéricos es un hecho fundamental, porque nuestro pueblo puede entender y prevenir sus problemas de salud conociendo que también puede analizar los medicamentos y sus precios. Además, desde un punto de vista cultural se lo puede capacitar para controlar los medicamentos, ya que diecisiete empleados de la ANMAT no son suficientes para fiscalizar los medicamentos de todo el país.

Un pueblo que se puede capacitar en materia de salud preventiva para interpretar la calidad, características y presentaciones de los medicamentos no solamente puede optar por un precio mejor, sino que también puede llegar a encontrar una calidad superior. Nos podemos encontrar con sorpresas positivas en este mundo de tantas “pálidas”. Un pueblo culto e inteligente puede descubrir que un remedio más barato le puede hacer efecto más rápido y con mejores resultados que otro de mayor precio. Incluso le puede llegar a explicar a su médico que encontró un remedio más barato que el que le fue recetado y que lo curó del mismo modo y más rápido.

Dios quiera que así este esquema de enriquecimiento que permitió la gran tecnología so-

bre la base del subsidio colectivo de nuestro pueblo, que pagaba de más, se pueda transformar en un mejor ahorro, y que el marketing se transforme en cantidad y opción, pudiendo todos juntos acceder a una salud más popular, más humana y que esté más al alcance de todos a través del aprendizaje de la gente en la participación del control de los medicamentos.

Por lo expuesto, reivindico totalmente el proyecto en consideración.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra la señora diputada por Entre Ríos.

**Sra. Osuna.** – Señor presidente: las secuelas de las crisis dejan marcas indelebles en los argentinos. La última Encuesta Permanente de Hogares reveló datos alarmantes acerca de la situación social que vive el país. De acuerdo con esta medición, 18,5 millones de argentinos son pobres y 8.700.000 se ubican en la categoría de indigentes.

La crisis ha perjudicado gravemente a la población infantil. Según el INDEC, el 70 por ciento de los chicos de nuestro país son pobres. Todos los índices que miden la situación social se agravan; todas son cifras que duelen. El deterioro de la calidad de vida de los argentinos parece no tener retorno.

Sin embargo, los números del dolor humano se deben y se pueden revertir. Somos nosotros, desde aquí, quienes debemos contribuir legislando en procura de ese objetivo.

Además de los efectos tangibles, visibles y cuantificables, también se produjo una terrible acción de vaciamiento cultural de la mano del discurso del fin de las ideologías y del pensamiento único. Como subproducto de ello se buscó y se logró desgastar hasta el desprestigio la política y los políticos. Los errores, limitaciones y debilidades de los hombres y mujeres de este sector se usaron para construir una afirmación falaz: la política no sirve. Los grupos de poder concentrados contribuyeron a definir esta afirmación con elementos –reconozcámoslo– que nosotros mismos muchas veces proveímos.

¿Cuál es la consecuencia? ¿Cuál es el efecto buscado? Llegar a momentos como éste, en los que se está tratando una ley de enorme importancia para la gente, y tener un poder político debilitado frente a sectores que mantienen intacto su poder económico.

Estoy segura de que la mayoría de los que estamos aquí presentes queremos hacernos car-

go de esta realidad, porque creemos que las ideas no han muerto, que no todo es lo mismo, que existen valores y que la historia no llegó a su fin.

¿Cómo demostramos esto? Humildemente, creo que lo podemos demostrar trabajando en una dirección, que es la de buscar soluciones para quienes hoy lo están pasando peor.

Por ello, es necesario activar el tratamiento de iniciativas que desde hace demasiado tiempo están dando vueltas por el Congreso, tal como la creación del Fondo de Desarrollo Productivo.

Quienes licuaron pasivos por más de tres millones de pesos deben contribuir a la reactivación de nuestro postergado sector productivo.

La morosidad también afectó el tratamiento del proyecto que estamos debatiendo sobre prescripción de medicamentos por su nombre genérico, y que desde abril cuenta con sanción del Senado.

Con la aprobación de esta iniciativa queremos hacer un aporte a la transformación del sistema nacional de salud y a tantos enfermos que hoy no pueden acceder a los medicamentos. Así mismo, de este modo pretendemos reivindicar nuestro rol legislativo.

El V Congreso de Salud realizado en Mendoza y organizado por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas sacó la radiografía del sistema sanitario nacional. Sólo voy a citar tres puntos sobre el particular: en primer lugar, cientos de personas pasan día a día a engrosar el listado de argentinos que no acceden a los medicamentos.

Por otra parte, los medicamentos han aumentado más del 200 por ciento desde enero.

Por último, más de cinco millones de argentinos han perdido la obra social por desempleo o por crisis del sistema, y en consecuencia tienen serias dificultades para atender su salud.

Aquí ya se ha dicho que el nombre genérico o denominación común internacional es el verdadero nombre del medicamento, porque referencia al principio activo.

Actualmente, la venta de medicamentos se hace con la misma estrategia que se utiliza para otros productos, apelando al marketing y a las innovaciones sólo de forma.

De hecho hay estudios que señalan que las empresas fabricantes de medicamentos invierten la mayoría de sus ingresos en marketing o en premios y no en investigaciones médicas.

Un artículo de “The New York Times”, transcripto por el diario “Clarín” el 23 de junio, indica que a partir del 1° de junio de este año un grupo de laboratorios líderes de los Estados Unidos de común acuerdo ha puesto límites a los regalos que las compañías entregan a los médicos con el objetivo de beneficiar a los pacientes y de enaltecer la práctica de la medicina.

¿A qué se debe este impulso moralizador de las prácticas de promoción? A la creciente irritación provocada en la población por el alto costo de los fármacos, a la duplicación del gasto de las empresas fabricantes en *marketing* y a la iniciativa del Congreso Federal de los Estados Unidos para acotar y transparentar el gasto en promoción y *marketing* de muestras gratis y regalos que hacen las empresas.

La interacción entre medicamento, médico que prescribe y enfermo es compleja. Para salir de esta relación compleja o para resolver en favor de quien necesita el medicamento hoy existe esta alternativa sencilla que consiste en salir del juego de las marcas y recetar por el nombre genérico.

Se trata de volver a la ciencia, a la auténtica práctica profesional y a la forma de prescripción que aprendieron los médicos en la universidad y que practican en sus comunicaciones científicas.

La salud de la población es una cuestión de Estado, tanto por razones humanitarias como de equidad social. Por eso, no hablamos de medicamentos para pobres y para ricos, sino de mejorar la calidad, el control y también el acceso a los medicamentos.

No podemos desentendernos cuando está comprobado, aquí mismo se dijo, que el costo real del remedio representa el 15 por ciento del precio que se paga por el mismo. Nuestro país es productor de medicamentos. Los márgenes de beneficios de las empresas son los más altos en el conjunto de la industria: entre el 25 y el 45 por ciento del capital invertido, muy por encima de cualquier otra industria, cuyos beneficios oscilan entre el 4 y el 20 por ciento.

La prescripción por el nombre genérico del medicamento es un primer paso que requiere ser complementado. Asumir el compromiso ético de modificar la forma de prescripción nos compromete a seguir aportando a la transformación del sistema de salud. Todos deseamos que termine esta etapa terrible pero, personal-

mente, no creo que las cosas cambien si seguimos echando mano al viejo repertorio.

Es indispensable tocar algunos intereses cuando se pretende volcar la balanza a favor de los que menos tienen. Por eso adelanto mi voto positivo, en memoria del doctor Ramón Carrillo y del doctor León Montaldo, un médico de mi provincia, un trabajador de la salud pública recientemente fallecido; pero también en memoria y teniendo presentes a tantos médicos, enfermeros y farmacéuticos que ponen amor en su tarea. También por los enfermos pobres de mi provincia de Entre Ríos, donde no existe la ley de prescripción por medicamentos genéricos.

No debemos olvidar que en estos días en Entre Ríos se ha castigado a quienes protestan en defensa de la salud. Por todo lo señalado, vamos a votar a favor de esta iniciativa. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

**Sr. Esaín.** – Señor presidente: vamos a insertar el texto del discurso que pensábamos pronunciar en este debate, adelantando nuestra posición favorable a esta iniciativa. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

**Sr. Sellarés.** – Señor presidente: superado el fárrago semántico inicial en el cual, utilizando algunos tecnicismos, se pretendió confundir el debate y aclarado definitivamente por la autoridad del doctor Neri que genérico y medicamento es exactamente lo mismo, quiero decir que muchas noches, a pesar de que hace sólo nueve meses que soy legislador nacional, he salido muy abatido del recinto por no haber podido dar respuesta a la gente del norte de mi provincia. Esta noche me retiraré bien y contento, porque esta iniciativa es fundamental.

Decía el doctor Ginés González García que existe una sola enfermedad que no se da en la pobreza. Se trata del carcinoma de piel, que se presenta entre los ricos, porque son los que toman sol. Otras enfermedades, como la tuberculosis, afectan prioritariamente a los pobres.

Creo que esta iniciativa es el principio y debe ser ampliada. Estoy absolutamente de acuerdo con los conceptos del doctor Neri, que sincronizan perfectamente bien con los del doctor Ginés González García. Ellos serían los Carrillo actuales, e incluiría también a Enrique Tanoira, que es un hombre de mucho prestigio en el sanitarismo.



Trabajando en conjunto podemos seguir avanzando en perfeccionar la norma, pero también tengo otra alegría. No es poco lo que aprobaremos esta noche, ya que no es débil el enemigo al que nos enfrentamos.

Esto me anima a decir que el Congreso se ha puesto de pie y tiene el coraje y el valor de defender a aquellos que han quedado marginados por el modelo que nos aprisiona.

Al aprobarse esta norma, creo que cada uno de ustedes tendrá sus propias satisfacciones. Yo hoy me siento más peronista que nunca. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Capital.

**Sr. Zamora.** – Señor presidente: nuestro bloque va a insertar por escrito la fundamentación de su abstención de votar. Lo hará así en virtud de la irresponsabilidad con que se trajeron las iniciativas, sin que podamos tener acceso a un estudio serio de un proyecto que se vincula con uno de los problemas más graves que tiene la población argentina.

Ello de por sí ya despertaría sospechas, dada la premura de su tratamiento y aprobación. Por eso, vamos a fundamentar por escrito la abstención del bloque de Autodeterminación y Libertad.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Mendoza.

**Sr. Lafalla.** – Señor presidente: todos aplaudimos al doctor Neri cuando señaló que la iniciativa que estamos considerando es para que los médicos prescriban como siempre debieron hacerlo.

Eso es lo que dijo el doctor Neri. También señaló, al igual que la diputada Silvia Martínez, que de cada diez pesos que gastamos en salud tres los destinamos a medicamentos, cuando otros países destinan uno. Así que gastamos tres veces más durante muchos años. Alguien mencionó la palabra subsidio. Yo hablo de transferencia ilegítima de la riqueza, aunque haya sido legal. Esta es la causa de nuestra pobreza.

Entonces, si estamos tan de acuerdo –escuché sólo una voz en contra de este proyecto y hace unos instantes otra por la abstención–, ¿qué nos pasó? Si, como dijo el señor diputado Neri, siempre debió ser así, me pregunto por qué no lo hicimos en estos diecinueve años de democracia. No pretendo dar la respuesta a ese interrogante, pero sí hacer una reflexión. ¿Entienden por qué la gente dice lo que dice de nosotros?

Si estábamos de acuerdo, si siempre debió haber sido así, ¿por qué recién será así esta noche? Esto es lo malo. No creamos que con esto cambiaremos la historia, pero sí empezamos a hacerlo. Esto es lo bueno.

¡Qué malo que esto no ocurrió ayer, y seamos conscientes de eso! Pero qué bueno que sea hoy, y pido que pasemos rápidamente a la votación, no sea cosa que el diablo meta la cola y una vez más tengamos que esperar otros diecinueve años. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Santiago del Estero.

**Sr. Pinto Bruchmann.** – Señor presidente: hoy es un día que no quisiera que termine nunca. Como justicialista y como admirador de quienes velan por el bienestar de la gente, y especialmente por el de los más necesitados, me siento emocionado al participar de la decisión que va a tomar esta Honorable Cámara, que tantas veces ha sido criticada, pero que estoy seguro hoy va a obtener el apoyo de nuestros conciudadanos. Me refiero especialmente a quienes están esperando que estos legisladores luchen por sus derechos, y ¿qué derecho hay más importante que el derecho a la vida?

Por eso, como médico, como justicialista, como legislador y como argentino, me siento emocionado por el hecho de haber podido escuchar exposiciones brillantes y de contenido académico, que nos han abierto la mente y puesto claridad en un tema tan difícil como el de los medicamentos.

Esta es una cuestión trascendental que debe ocupar la atención no sólo de los integrantes de la Comisión de Acción Social y Salud Pública, sino de todos los legisladores.

Quiero resaltar las exposiciones del señor diputado Aldo Neri, de la señora diputada Silvia Martínez y de muchos otros legisladores que se han expresado con sabiduría y mucho corazón. Por eso, me siento orgulloso de pertenecer a este cuerpo, lo cual me compromete aún más a seguir trabajando.

Probablemente, éste no sea el proyecto ideal, pero es un punto de partida que nos permite afirmar que no todo está perdido. Con iniciativas de estas características nadie puede pensar que la gente no podrá acceder a los medicamentos, ni que los medicamentos han llegado a un techo mientras que los salarios continúan por el piso.

Hoy estamos demostrando que legislando con el corazón, sin compromiso y sin egoísmos, podemos ayudar a la República a salir de la difícil coyuntura en la que se encuentra.

Esta noche me siento profundamente argentino y más justicialista que nunca, porque el proyecto que hoy estamos tratando –cuyas posibles falencias son corregibles– va a permitir que la gente, sobre todo los más necesitados, acceda a los medicamentos. En muchos casos esta es la solución para sus problemas.

Se ha dicho que con este proyecto se podrían provocar infortunios, pero creo que no hay peor infortunio que impedir el abaratamiento de los costos de los medicamentos, que permitirá a la gente acceder a insumos que constituyen el principio para mejorar sus condiciones de vida.

Por estas razones, queridos argentinos y señores diputados, voy a apoyar con todo mi convencimiento este proyecto de ley, porque sé que de este modo no sólo estoy siendo justo sino también luchando por aquello para lo que la gente me votó: para que defienda sus derechos, el más importante de los cuales es el derecho a la vida.

De esta manera voy a borrar un poco de mi mente lo que tantas veces hicimos como médicos al recetar medicamentos por su marca, provocando que mucha gente no haya podido comprarlos. ¡Qué frustración! ¡Qué tristeza! Estoy convencido de que al permitir a esta gran franja de la población el acceso a los medicamentos mediante este proyecto, tendremos un gesto que servirá de punto de partida para elaborar y apoyar políticas de salud que legislen sin egoísmos ni sectarismos para toda la gente y, fundamentalmente, daremos respuesta a las urgencias de los más necesitados.

Cabe señalar que en este tema no falta el consenso. Ya se han pronunciado los ministerios de salud de todas las provincias y prácticamente todos los estamentos de nuestra población. Los únicos que no pueden hacerlo son los más débiles y carentes. Por ello, mediante nuestro voto afirmativo nos pronunciaremos para que todos podamos acceder a los medicamentos y éste sea el punto de partida de la unión de todos los legisladores en los temas que hacen al bien común. *(Aplausos.)*

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra la señora diputada por Misiones.

**Sra. Isla de Saraceni**. – Señor presidente: solicito la inserción del texto de los fundamen-

tos por los cuales voy a acompañar el proyecto en consideración. Lo haré porque quienes me han precedido en el uso de la palabra ya se han manifestado suficientemente y con mucha propiedad apoyando esta iniciativa.

Quiero señalar que en el mes de febrero presenté un proyecto similar, que constituye parte de los fundamentos por los cuales acompaño con mucho énfasis esta iniciativa. Asimismo, siendo diputada provincial propicié un proyecto en igual sentido, que hoy es ley. Casi todos han coincidido en que en nuestro país el gasto en medicamentos representa un 30 por ciento del gasto total en salud. De allí que si aceptamos y defendemos el derecho a la salud podemos afirmar que el medicamento como insumo básico debe ser considerado un bien social al que tenga acceso toda la población, y es el Estado el que debe garantizar que esto ocurra. De lo contrario, el medicamento será un bien de mercado reservado como privilegio para aquellos que estén en condiciones de adquirirlo, quedando excluidos quienes no cuenten con recursos. Por eso, aquí se nombró en varias oportunidades al doctor Ramón Carrillo, y tomando sus palabras quiero decir que de nada sirven la medicina, los medicamentos y la tecnología si no están al alcance del pueblo.

Señor presidente: como diputada de la Nación me siento honrada de votar afirmativamente este proyecto.

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia informa que cuando la Cámara vote en general esta iniciativa, también se pronunciará sobre los pedidos de inserciones solicitados por los señores diputados.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

**Sr. Rodríguez**. – Señor presidente: he pedido la palabra para acompañar el espíritu de la Cámara a los efectos de dar pronta aprobación a este proyecto. Vale la pena recordar que esta iniciativa no llegó de sorpresa ni cayó con un paracaídas en esta Cámara, sino que hace cuatro meses que está siendo considerada.

Por esta razón, cuesta trabajo pensar que sea posible recurrir al argumento del desconocimiento para evitar pronunciarse sobre una cuestión de esta relevancia. *(Aplausos.)*

En segundo lugar, solicito autorización para insertar en el Diario de Sesiones un estudio preparado por especialistas en esta materia, titula-

do *Organización de la salud en Argentina y edad*. Se trata de una reflexión sobre la reforma de los años 90 y el impacto de la crisis actual, que precisamente trata de hacer una valoración de la prestación de los servicios de salud en la Argentina de hoy y las consecuencias nocivas que tuvo esa visión fiscalista que en la década del 90 transfirió los servicios de salud a las provincias sin la correspondiente asignación de recursos presupuestarios. En cuánto se ha visto perjudicado este concepto de la salud para todos a partir de esta visión.

Con esta consideración, solicito que al momento de la votación se autorice la inserción de este trabajo.

**Sr. Presidente** (Camaño). – La Presidencia entiende conveniente considerar el trabajo a que ha hecho mención el señor diputado Rodríguez como parte de su exposición a fin de que se inserte en forma automática.

Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

**Sr. Díaz Bancalari**. – Señor presidente: al indicarse la reseña parlamentaria del proyecto en tratamiento, solicito que se incorporen como antecedentes las iniciativas contenidas en los siguientes expedientes: 8.313-D.-2001, de la señora diputada Isla de Saraceni; 2.221-D.-2002, del señor diputado Tanoni; 3.261-D.-2002, del señor diputado Vitale y 8.269-D.-2001 del señor diputado Vitar, todas referidas al tema de los genéricos.

Quiero hacer una breve reflexión. Esta Cámara debe tener la satisfacción, en un momento de mensajes agoreros y desesperanzados, de tratar un tema de esta trascendencia con una presencia importante de legisladores en el recinto, con una mayoría indubitable, y lo digo con respeto a la expresión de las minorías.

Esta es una reflexión necesaria, porque hace poco más de siete meses los argentinos nos debatíamos entre la posibilidad de la guerra civil y un gobierno de facto, y con aciertos y errores, pero con vocación, decisión y coraje político, comenzamos a avanzar en la posible resolución de las cuestiones que hacen a la vida digna de la comunidad.

Este no es un tema menor: tal vez algunos señalen con dolor la realidad de la pobreza, pero no es menos cierto que de inmediato nos abocamos a tratar lo que se llamó el derecho de inclusión social, que algunos descalifican

por su monto exiguo. Es cierto que es exiguo, pero tal vez quienes así lo consideran nunca habrán soportado el frío sin poder comprar una garrafa.

También se van ordenando las cuestiones macroeconómicas haciendo pagar la resolución de la crisis a aquellos que han obtenido ganancias fantásticas en los últimos años.

Todavía tenemos varias batallas por delante. Y una de esas batallas es ésta, porque no somos enemigos del mercado ni de la renta comercial, en tanto y en cuanto esa renta no se convierta en una barrera para el acceso a los bienes indispensables para los sectores más humildes.

Mi amigo y compañero de escuela, el doctor Ginés González García –los dos somos de San Nicolás y me siento muy orgulloso de que me esté acompañando en este recinto–, decía que quien pagaba, elegía; y el que no podía pagar, no tenía posibilidad de elegir.

Todos estamos contestes en que la rentabilidad es una pauta necesaria de la actividad comercial. Pero los bienes que hacen a la vida y a la salud deben estar en condiciones igualitarias al alcance de todos.

Debemos poner ciertos límites, sin que ello signifique entrar a descalificar posiciones de unos u otros.

Los que estamos todos los días en la calle con nuestros humildes y desprotegidos sabemos lo que significa que, a pesar del trabajo importantísimo que realizan las autoridades de la salud en las jurisdicciones provinciales, no puedan tener un medicamento.

¿Quién no tuvo que pagar una receta? ¿Quién no ha visto la mirada desesperada de aquel que tiene un niño enfermo y no puede acceder al medicamento?

Tengo que decir que desde las entidades académicas hasta los diferentes profesionales, todos han expresado su conformidad con este proyecto. Sin duda debe ser porque debemos estar haciendo algo como corresponde.

Coincido con el señor diputado Neri en cuanto a que estamos dando el primer paso y que hacen falta cuestiones complementarias.

Creo que vamos a seguir sesionando esta noche, pero si diéramos por finalizada la sesión podríamos decir para nosotros, en salvaguarda de nuestra responsabilidad, “tarea cumplida”. (Aplausos.)

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Córdoba.

**Sr. Roggero**. – Señor presidente: lo que voy a decir va a ser muy breve. Esta es una noche muy importante para el Congreso de la Nación, porque habremos tratado un tema central.

Quiero hablar de esta cuestión desde otra arista. Me parece que es falsa la discusión “genéricos sí”, “genéricos no”. Y lo digo porque quiero reivindicar al Congreso argentino. Si hoy vamos a votar este proyecto de ley es porque en la década del 90 este Parlamento libró una de las batallas más importantes. No seamos injustos con nosotros mismos y con la historia. Este Congreso, particularmente la Cámara de Diputados, enfrentó durante nueve años la famosa ley de patentes, y lo hizo en serio. En ese momento, los laboratorios de origen nacional, con el 50 por ciento del mercado, enfrentaban a los laboratorios extranjeros, que manejaban el 50 por ciento restante; la Argentina tenía un mercado de cuatro mil millones de dólares contra ocho mil millones de dólares de Brasil. Este Congreso peleó hasta donde pudo frente a la posibilidad de la desaparición de toda la industria radicada en el país. Quienes conocen del tema saben que lo que digo es la absoluta verdad histórica. Ello significaba además, según la Fundación Mediterránea, un aumento del 70 por ciento en el precio de los medicamentos en el país.

Este Congreso libró otra batalla central respecto del control de calidad de los medicamentos importados; este peligro sigue existiendo, pero no por esta ley. Como los señores diputados saben, en el mundo se consumen dos clases de medicamentos: los que se producen en el circuito suizo-norteamericano, que conforman el grupo “AA”, y los que son producidos en el circuito India-Africa con el agregado de agua destilada y almidón para completar las fórmulas.

Nuestro país libró aquella batalla con diputados de todos los bloques. Recuerdo que esta Cámara envió a los Estados Unidos a cinco diputados nacionales para defender la ley de patentes, y los “padres de la patria” se bajaron del avión dos minutos antes de que partiera porque la presión era infernal. Entre quienes me acompañaron en esa gestión estaban los ex diputados Mario Negri, de la Unión Cívica Radical; Rafael Flores, del Frepaso; Oscar Lamberto, de mi bloque, y Roberto Digón.

La historia de la baja del precio del medicamento en la Argentina no empieza esta noche;

por suerte, hoy avanzaremos mucho más que lo que pudimos avanzar nosotros, que en aquella oportunidad logramos una transición de cinco años pero, lamentablemente, perdimos una batalla central en el desarrollo argentino. Me refiero a la denominada “producción local”, que tiene Brasil pero no nosotros.

Producción local significa generación de puestos de trabajo; científicos, técnicos, médicos e investigadores argentinos trabajando. Seamos honestos con la verdad y con la historia. Según la Organización Mundial de la Salud, cada una de las ciento noventa monodrogas existentes en el mundo tiene un costo de investigación de 400 millones de dólares. Si multiplicáramos esta cifra por el total de monodrogas advertiríamos que se requeriría un presupuesto y medio del país para poder llevar a cabo esa tarea de investigación que sólo pueden realizar dieciséis naciones.

Esta es la continuidad histórica de aquel hecho. A ello debemos sumar el tema de la propiedad intelectual, que constituyó el desarrollo del imperio en la década del noventa. Caído el muro de Berlín y terminado el enfrentamiento de la guerra fría comenzó la famosa revolución científica tecnológica, que se acelera a partir del paso de la invención científica en sentido militar al uso pacífico de parte de las superpotencias.

En ese momento la dominación del imperio era por 150 mil millones de dólares que quería cobrar al mundo subdesarrollado en concepto de regalías, patentes y marcas. Este fue el eje de la batalla en la década del 90. Por eso, en aquella época este Congreso no pudo avanzar más de lo que avanzó.

Por suerte, esta noche seguimos en la misma dirección en que el Congreso argentino y todos los bloques que lo integran oportunamente se pronunciaran. Dos veces votamos la ley de patentes y la ley de confidencialidad, y duramente enfrentamos decretos reglamentarios de mi gobierno. Fuimos acusados, vilipendiados y dañados, incluso en nuestra integridad moral y ética, por defender posturas de las que estábamos absolutamente convencidos.

Compañeros y amigos legisladores: puedo garantizarles que cuando uno enfrenta al imperio, éste no perdona, y eso se sigue pagando durante el transcurso de los años. Estas son algunas historias que no quiero dejar de compartir esta noche.



Parecería que la batalla comienza hoy, pero en este momento continúa. Me hubiera gustado que esta norma incorporara aspectos del proyecto del Poder Ejecutivo nacional que mejoraban la iniciativa del Senado en materia de calidad, control y defensa de los humildes. La defensa de los humildes no sólo pasa por el aspecto mercantilista del precio de los medicamentos sino por que los pobres y los ricos consuman los mismos medicamentos. De lo contrario, llegaríamos a la conclusión de que los medicamentos tienen un valor utilitario.

El tema de los genéricos que planteamos en aquel momento —en la década del 90— era pura ciencia ficción. Por eso, celebro esta noche ser parte de esta continuidad histórica. Me hubiese gustado que esta norma avanzara más en materia de controles, medicamentos y producción local.

A lo señalado por los señores diputados de este bloque que han hecho uso de la palabra sólo deseaba agregar por qué en la década del 90 avanzamos hasta donde pudimos y por qué ahora seguimos avanzando. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Camaño). — La Presidencia desea aclarar que existe un pedido de preferencia del señor diputado Neri a fin de que un proyecto de su autoría sea tratado, con o sin despacho de comisión, y una sugerencia del señor diputado Díaz Bancalari en el sentido de que esa iniciativa sea considerada con despacho de comisión. Por lo tanto, La Presidencia desea saber a qué acuerdo se ha arribado a fin de pasar a votar la norma que hemos discutido esta noche.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

**Sr. Rodríguez.** — Señor presidente: tal como lo ha expresado el señor diputado Neri en nombre del bloque de la Unión Cívica Radical —concepto que fuera compartido por otros señores diputados e incluso por el señor diputado Roggero, la norma que estamos por votar constituye un paso adelante, pero necesita ser perfeccionada. Precisamente, para evitar que sea interrumpida por decisiones de otra naturaleza, coincidimos en sancionarla tal cual ha venido del Senado. Por lo tanto, acompañamos la intención del bloque Justicialista en el sentido de que la iniciativa del señor diputado Neri sea considerada con despacho de comisión. A tal efecto, requerimos a la Comisión de Acción Social y Salud Pública que emita el correspondiente dic-

tamen para la semana próxima, de manera tal de estar en condiciones de seguir dando un paso más para brindar mejores servicios de salud a nuestros compatriotas.

## 16

### PRONUNCIAMIENTO

**Sr. Presidente** (Camaño). — Se van a votar las mociones de apartamiento del reglamento y de preferencia, con despacho de comisión, respecto del proyecto del señor diputado Neri, contenido en el expediente 3.505-D.-2002.

Se requieren los tres cuartos de los votos que se emitan.

—Resulta afirmativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). — Queda acordada la preferencia solicitada.

La Presidencia advierte que se han registrado dos abstenciones y dos votos negativos.

## 17

### PROMOCION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO

(Continuación)

**Sr. Presidente** (Camaño). — Prosigue la consideración del asuntos en tratamiento.

Si no se formulan objeciones, la Presidencia pondrá a votación la iniciativa en general y en particular mediante un solo acto.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

**Sr. Natale.** — Señor presidente: simplemente, deseo formular una pregunta para tener tranquilidad jurídica sobre lo que estamos por votar. El penúltimo artículo de la norma me deja una duda que ya había planteado con respecto a otra situación similar, y que me parece que es necesario aclarar para que no tengamos ningún problema en cuanto al ámbito territorial de aplicación de la ley.

Si uno lee el texto del articulado advierte que es una disposición de carácter general que abarca todo el ámbito de la República, pero el artículo 12 dice: “Invítase a las provincias a adherir a la presente ley”. Luego autoriza al Poder Ejecutivo a suscribir convenios con las provincias y el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a fin de delegar facultades de fiscalización, lo cual implicaría otra cuestión. Evidentemente, nos encontramos con una norma cuyo artículo 12 le

asigna el carácter de una legislación sancionada por el Congreso nacional en virtud de sus atribuciones de legislatura local de la Capital Federal, previstas por la Constitución nacional. Esto es típico de toda la legislación argentina; me refiero a casos en que el Congreso no actúa como órgano legislativo del gobierno federal sino como legislatura local de la Capital Federal y por eso invita a las provincias a adherir a su texto.

Asimismo, la información que en la fecha ha tenido la gentileza de remitirnos el señor ministro de Salud nos hace saber que hay numerosas provincias argentinas que han aprobado normas sobre esta materia.

Por ello es que pregunto cuál es el alcance de esta norma. ¿Es una norma nacional o una norma dictada por el Congreso en su carácter de legislatura especial de la Capital Federal y por tanto aplicable exclusivamente a esta jurisdicción, y de allí la invitación del artículo 12 a las provincias para que adhieran a lo dispuesto en ella?

Que no se diga, como he escuchado en algún comentario, que esta legislación está destinada a algún organismo de carácter nacional como sería el PAMI, porque ello no tiene sentido. Si hay legislación provincial, el PAMI deberá ajustarse a la normativa de cada provincia.

Para que no tengamos problemas, para que no haya dificultades en la interpretación de la norma ni conflictos en las provincias, pido al señor miembro informante que nos diga si esta es una disposición exclusiva para la Capital Federal, en ejercicio de las facultades que el Congreso tiene como legislatura local de esta jurisdicción, o por el contrario es una norma aplicable en todo el país.

En este último supuesto, ¿cuál es el sentido del artículo 12, en el que se invita a las provincias a adherir a la ley?

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Catamarca.

**Sr. Pernasetti**. – Señor presidente: no soy el miembro informante de la comisión que intervino en el estudio de este proyecto, pero en el seno de nuestro bloque discutimos esta cuestión y la explicación natural a la que arribamos radica en lo que entonces señaló el señor diputado Neri. Las provincias no delegaron en la Nación la facultad de legislar en materia de salud. En otros temas –por ejemplo en educación– hay un Consejo Federal que delinea las políticas

que luego se plasman en una ley nacional, aunque de todos modos se debe contar con la adhesión explícita de cada una de las jurisdicciones para que tales leyes tengan vigencia en ellas.

Según la explicación que se brindó en el bloque y lo que pudimos entender, ése es el sentido del artículo. No me parece que sea contradictorio.

Incluso, en el transcurso de este debate el señor diputado Neri planteó la necesidad de que en algunos aspectos, sobre todo en el del control por delegación o acuerdo de las provincias, se llegue a tener una legislación única que regule el funcionamiento de un organismo de control como puede ser la famosa Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que tiene competencia sobre todos los estados americanos.

Ese es el sentido con el que se elaboró esta norma, que sin duda necesitará la adhesión de cada uno de los estados provinciales.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

**Sr. Natale**. – Señor presidente: no tengo preguntas para hacer, pero quiero destacar que me contestó el presidente del bloque de la Unión Cívica Radical.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Es el presidente del bloque al que pertenece el señor diputado Neri.

Por otra parte, el señor diputado Neri en su exposición dejó totalmente claro lo relacionado con el artículo 12.

Tiene la palabra la señora diputada por la Capital.

**Sra. Garré**. – Señor presidente: me permito hacer una aclaración para colaborar con la interpretación de este tema.

Debo recordar al señor diputado Natale que el Congreso Nacional ya no es más legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que, de acuerdo con la reforma constitucional, tiene facultades de legislación y jurisdicción.

Por lo tanto, la Ciudad de Buenos Aires está en la misma situación que el resto de las provincias. Las decisiones se toman en el ámbito de los consejos de salud por acuerdo entre la Nación y las provincias.

No creo que de este artículo se pueda inferir un tratamiento distinto para la Ciudad de Buenos Aires en relación con el resto de las provincias.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

**Sra. Martínez.** – Señor presidente: simplemente, para decir que efectivamente las provincias han delegado el poder jurisdiccional en la Nación. Coincidió con el señor diputado Pernasetti y también con la señora diputada Garré, pero hay ámbitos de la salud que son absolutamente nacionales, como las obras sociales y no solamente el PAMI.

De manera que el artículo 12 completa una legislación que es nacional pero que también debe recibir la adhesión de las provincias para que pueda aplicarse en esos ámbitos jurisdiccionales.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Se va a votar en general y en particular en un solo acto.

–Resulta afirmativa.

**Sr. Presidente** (Camaño). – Queda definitivamente sancionado el proyecto de ley.<sup>1</sup>

Se comunicará al Poder Ejecutivo y se dará aviso al Honorable Senado.

## 18

### MODIFICACION DE LA LEY ORGANICA DE LOS PARTIDOS POLITICOS

(Orden del Día N° 641)

#### I

#### Dictamen de mayoría

*Honorable Cámara:*

La Comisión de Asuntos Constitucionales ha considerado los proyectos de ley de los señores diputados Urtubey; González (O.F.) y otros, y Molinari Romero, y ha tenido a la vista los de los diputados Natale y otros, Rodríguez M. y otros, Hernández sobre Modificación de la Ley de Partidos Políticos con relación a los requisitos para la formación de partidos; y por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconseja la sanción del siguiente

#### PROYECTO DE LEY

*El Senado y Cámara de Diputados,...*

Artículo 1° – Modifícase el inciso a) del artículo 7° de la ley 23.298, el que quedará redactado al siguiente tenor:

Artículo 7°, inciso a): Acta de fundación y constitución, que acredite la adhesión de un número de electores no inferior al uno por mil (1%) del total de los inscriptos en el Registro Electoral del distrito correspondiente, hasta el máximo de un millón (1.000.000); este acuerdo de voluntades se complementará con un do-

cumento en el que conste nombre, domicilio y matrícula de los firmantes.

Art. 2° – Incorpórase como artículo 8 bis de la ley 23.298 el siguiente:

Artículo 8 bis: para participar en una elección, los partidos políticos deben estar reconocidos por lo menos dos (2) meses antes de la fecha fijada para la realización de las internas abiertas de selección de candidatos.

Art. 3° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de la comisión, 17 de julio de 2002.

*Juan M. Urtubey. – Juan C. López. – Juan C. Correa. – Manuel J. Baladrón. – Angel E. Baltuzzi. – Franco A. Caviglia. – Eduardo R. Di Cola. – José M. Díaz Bancalari. – José L. Fernández Valoni. – Alejandro O. Filomeno. – José R. Martínez Llano. – Adrián Menem. – Juan J. Minguez. – Benjamín R. Nieto Brizuela. – Alejandro M. Nieva. – Lidia J. G. Puig de Stubrin. – Miguel R. Saredi. – Margarita R. Stolbizer.*

En disidencia parcial:

*Nilda C. Garré.*

#### INFORME

*Honorable Cámara:*

Teniendo en consideración los estudios realizados por la Comisión de Asuntos Constitucionales y por los argumentos que oportunamente se darán, aconseja la sanción del proyecto de ley que se acompaña.

*Juan M. Urtubey.*

#### II

#### Dictamen de minoría

*Honorable Cámara:*

La Comisión de Asuntos Constitucionales ha considerado los proyectos de ley de los señores diputados Urtubey, González (O.F.) y otros, Molinari Romero, y ha tenido a la vista los de los diputados Natale y otros, Rodríguez (M.) y otros, y Hernández, sobre Modificación de la Ley de Partidos Políticos con relación a los requisitos para la formación de partidos; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconseja la sanción del siguiente

#### PROYECTO DE LEY

*El Senado y Cámara de Diputados,...*

Artículo 1° – Modifícase el artículo 1° de la ley 23.298, el que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 1°: Se garantiza a los ciudadanos el derecho de asociación política para agruparse

<sup>1</sup> Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 2868.)

## C. INSERCIONES

1

**Inserción solicitada por el señor diputado Zamora**

*Fundamentos de la abstención del voto del bloque del señor diputado en el proyecto de ley en revisión por el que se dispone la promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico*

El gobierno nacional, a través del ministro de Salud, ha promocionado este proyecto de ley a través de publicaciones muy costosas en los medios de comunicación, con suplementos enteros en matutinos de circulación masiva, folletos de esmerada edición y otros instrumentos de difusión, en un esfuerzo económico que, obviamente, pagarnos entre todo el pueblo y que realmente llama la atención.

Se lo intenta aprobar en forma acelerada. Se saltan para ello las normas generales previstas en el reglamento de esta Cámara. No hay dictamen o dictámenes de comisión y por lo tanto tampoco se dan los tiempos reglamentarios habituales. Se apela para tratar este proyecto a las normas de excepción y a las mayorías especiales. Justicialistas y radicales, el Frepaso oficialista y aliados tradicionales vuelven a coincidir. El apuro es irresponsable. Sin debate serio y estudio puntilloso se legisla nada menos que sobre medicamentos. Un aspecto de la salud, es decir sobre lo que afecta o puede afectar las condiciones de vida o la vida misma de millones de personas. Pero esto es habitual en esta Cámara. Sería ingenuo pensar que porque se trata de medicamentos y salud este método habría de variar.

*Los argumentos dados por el gobierno de Duhalde y su ministro de Salud, Ginés González García*

González García ha sostenido que encarece el medicamento “el predominio irrestricto, de las marcas en el uso de los medicamentos”, —es decir, aclaramos nosotros, que un médico recete un determinado medicamento por su nombre comercial en vez de prescribir por el nombre genérico de las drogas, encarece el medicamento, afirma el ministro—. Hay “que salir del juego de las marcas y recetar por nombre genérico, salir del marketing y volver a la ciencia, a la auténtica práctica profesional de médicos y farmacéuticos”. Ello permitirá, señala el ministro González García, que el médico debe recetar genéricos, “el farmacéutico le ofrezca al ciudadano todas las marcas comerciales de un mismo genérico y el ciudadano pueda elegir el precio que más le convenga a su bolsillo. Esto significa devolverle poder de decisión al ciudadano, quien tiene ahora la herramienta para hacer valer sus derechos...”. “...y de esta sencilla manera, hace valer un derecho esencial: el acceso a la salud a través de los medicamentos”. “La política del gobierno, por lo tanto...”, según sostiene el ministro, ayuda a que “un bien de

primera necesidad, esencial para el bienestar de los pueblos, se ponga al alcance de todos”. (Página 12, 11 de agosto de 2002, Espacio de publicidad - Suplemento Especial de cuatro páginas pagado por el Gobierno nacional con la firma del citado ministro de Salud.

Por otra parte, el citado ministro ha asegurado que la “calidad de los medicamentos en la Argentina está garantizada por la ANMAT —Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica—, quien cuenta con un circuito de aseguramiento de calidad que cubre el proceso de elaboración y registro hasta la postcomercialización”, “y que una política de prescripción de medicamentos por su nombre genérico introduce la competencia por precio, dentro de un contexto de garantía sobre la seguridad y la eficacia de los medicamentos que existen en el mercado por lo cual el Ministerio asegura con esta política una reducción en los precios de tal magnitud que “puede representar la diferencia entre acceder a los medicamentos o quedarse sin ellos”. (Ministerio de Salud de la Nación, agosto de 2002 - “Política Nacional de Medicamentos - Prescripción por Genéricos - Una herramienta para el acceso a la salud” - Oficina de Prensa y Comunicación. Este folleto es uno de los tantos medios gastados por el Gobierno nacional para promocionar su política de Prescripción por Genérico”).

Todo lo asegurado por el gobierno implica una grave distorsión y en parte es directa y peligrosamente falso. Su política no garantiza nada de lo que se asegura. Como lo señala la doctora Susana B. Etchegoyen, integrante de la Cátedra II de Farmacología de la UBA, en “la ley está la trampa”. Es decir, la trampa está en la propia ley que se propició desde el Poder Ejecutivo nacional.

1) En primer lugar es equivocada —y no responde al pensamiento sanitario— la idea de que el acceso a los medicamentos garantiza salud. Este enfoque privilegia el rol y los intereses de un sector industrial sobrevalorado en nuestro medio”. (“La Patria Pastillera - Medicamentos en la Argentina”, doctora Susana B. Etchegoyen, licenciada Diana Braceres, doctor Pedro M. Politi, miembros de la Cátedra II de Farmacología - UBA; Apuntes de Auto-determinación y Libertad - trabajo que seguimos especialmente para fundamentar esta intervención).

Esto es así ya que se debe considerar la importancia del porcentaje que se destina a medicamentos de la cantidad total que se destina a salud en cada país. La concepción del doctor González García, según la hemos expuesto, es llamativamente similar a la de los laboratorios. El acceso a la salud —según esta concepción empresarial y gubernamental— depende fundamentalmente del acceso a los medicamentos. Sin embargo, en países como los propios EE.UU., Canadá o Francia los medicamentos apenas representan entre el 10 al 13 por ciento del pre-



supuesto de salud. En la Argentina, en cambio, en el 2001, fue del 26 por ciento lo destinado a medicamentos dentro del presupuesto total de salud. El actual gobierno acentúa esa distorsión. Mientras promociona su equivocada y demagógica política de “acceso (presunto) a los medicamentos, acceso a la salud”, recorta prestaciones en el Estado y en las obras sociales y prepagas. Más del 50 por ciento de la población está por debajo de la llamada línea de la pobreza”. “El 50 por ciento de la población está por debajo de la llamada “línea de la pobreza”. “El 50% de los niños menores de 14 años son pobres con algún grado de desnutrición, y sin posibilidad de acceder a algún tipo de asistencia, mientras la prensa nos muestra ...hospitales que se caen a pedazos...” (Etchegoyen, Politi, Bracerías, artículo citado). La mayor o menor demanda de medicamentos no es sinónimo de mayor o menor acceso a la salud. Esa es sin duda la mentalidad de los dueños de los laboratorios. Asumido este criterio empresarial por los gobiernos –ahora promovido por Duhalde y González García– el verdadero acceso a la salud seguirá lejano.

2) La promoción de este proyecto con la promesa de “reducción de precios” es parte de una repudiable maniobra de encubrimiento del fabuloso encarecimiento de los medicamentos en el último período con su proporcional e inhumana ganancia para los laboratorios. Desde el comienzo de la convertibilidad, los precios de los medicamentos aumentaron alrededor de un 150 por ciento. Es decir entre 1991 y el 2001. (Véase el estudio realizado al respecto por la profesora doctora Dora Isolabella - II Cátedra de Farmacología de la UBA, en base, hasta 1998, a tablas realizadas por la Fundación ISALUD, en base a su vez al IMS - International Marketing Services, libros que utiliza la industria farmacéutica para evaluar sus ventas, Fundación que se remite asimismo, entre otros, al trabajo “El mercado de medicamentos en la Argentina” suscrito, entre otros, por el actual ministro González García y el actual titular del ANMAT, Manuel Limeres, al que luego nos referiremos; con posterioridad a 1998 los datos fueron completados por la autora en base a similar bibliografía).

Recuérdese que los salarios y las jubilaciones estuvieron congelados nominalmente durante ese período por lo que las ganancias de los laboratorios fueron brutales y el robo a la población equivalente. También debemos recordar que esa política fue la de Menem y Duhalde y, por lo tanto, la de González García durante diez años.

Con la devaluación de Duhalde y González García los aumentos en los precios de los medicamentos llegaron en casos al 350 por ciento. (“La Patria...” ya citado). A esto cabe agregar lo que el propio ministro ahora denuncia: que “el valor de lo que está adentro del frasco es, a veces, apenas el 15 por ciento del precio que se paga” (suplemento publicitario citado) ¿Y por qué, el gobierno y el partido del ministro –el de Menem-Duhalde-PJ o luego el de

Duhalde con su ministro González García– fue cómplice del robo que estaba explícito en esos aumentos fabulosos?

Y ahora viene ese ministro González García y este Congreso a prometer al pueblo que –luego de permitirles a los laboratorios aumentos de más del 250 por ciento en sus precios– con la política de prescripción de genéricos se los “obligará a competir” y por lo tanto tendrán que bajar los precios. Esto no es seguro. El sistema al cual ya hablan adherido algunas provincias trajo resultados dispares: “Un relevamiento realizado en Misiones por el Instituto de Previsión Social detectó que los medicamentos que se presentan como genéricos subieron sus precios entre un 100 y un 180 por ciento. Algunos son ahora más caros que los remedios de marca. ‘Durante dos o tres meses, el stock de genéricos satisfizo las necesidades, pero actualmente se da una ecuación extraña, pues a más demanda más sube el precio de los genéricos’, advirtió Juan Carlos Falkowski, docente de Química Medicinal de la Facultad de Ciencias Exactas de Posadas y asesor del Instituto. (*El aluvión genérico* en “El Médico del Conurbano”, agosto de 2002, artículo –que vale señalarlo– es favorable al sistema de prescripción de genéricos instrumentado por el gobierno).

Hay que señalar que desde que se sancionó la ley algunos medicamentos han bajado sus precios. ¿Cuánto? Es difícil determinarlo con seriedad pero pueden presumirse algunas reducciones promedio de entre el 10 al 20 por ciento. Pero también hay que denunciar que con esta reducción se pretende encubrir los fabulosos aumentos ya citados. Recordemos a González García quien prometió que reducir los precios puede significar que alguien tenga o se quede sin medicamentos. Cabe preguntarse si se refería a la política de su partido (el PJ) de reducir un 10 al 20 por ciento en los últimos meses o de aumentarlos durante una década más del 250 por ciento. Si se refieren a la votada ley de patentes por menemistas y duhaldistas por la que se obligó a respetar los derechos de patentes” y por lo tanto a pagar *royalties* a los laboratorios multinacionales que se volcaron a los precios o si se refieren a las negociaciones clandestinas que tiene el gobierno hoy alrededor del ALCA –donde los EE.UU. se plantean directamente un plan de anexión que incluyen los negociados vinculados con los medicamentos. ¿O se refería González García al denominado Acuerdo Marco para la provisión de medicamentos a los afiliados del PAMI, suscrito por el gobierno de su partido, que tuvo vigencia desde diciembre de 1992 y correctamente denunciado como “ejemplo de colonización estatal de intereses privados corporativos? o al que firmó este gobierno de Duhalde y González García en el mismo PAMI en junio de este año que contradice toda su costosa propaganda sobre “prescripción de genéricos... (véase “La política de medicamentos en el PAMI del 2002–. ¿En qué quedamos, modelo sanitario o modelo de mercado”? Silvina

Melitón; Guadalupe Soulages y Constantino Touloupas).

3) Respecto de las supuestas garantías dadas por el gobierno nacional a través de la costosa publicidad por González García cabe denunciar que ellas las garantías son inexistentes. Es decir no hay garantías para la población.

En primer lugar porque en la Argentina hay medicamentos genéricos.

Como lo enseña el doctor Pedro Politi, (profesor adjunto de la II Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UBA) por "convención internacional, los medicamentos genéricos representan verdaderas 'piezas intercambiables' a los fines terapéuticos. Su empleo obedece a la intención de reducir los gastos del cuidado de la salud. En los países desarrollados, el control estatal de la calidad de los medicamentos genéricos incluye tanto los aspectos de la manufactura (...) como el requisito crítico para avalar científicamente la intercambiabilidad: la bioequivalencia", en el trabajo titulado "En la Argentina no hay medicamentos genéricos".

Politi explica: que "dos medicamentos son bioequivalentes si –conteniendo ambos la misma cantidad del principio activo– generan similares curvas plasmáticas de concentración en función del tiempo. Y esto sólo puede corroborarse mediante una investigación clínica, determinando los niveles plasmáticos de ambos medicamentos en voluntarios sanos o en pacientes, según corresponda. Los aspectos técnicos de tales ensayos clínicos [...] requieren un desarrollo aparte. El punto central es que hay una metodología...

- internacionalmente reconocida y validada
- factible de realización en nuestro país (...)
- que zanja definitivamente la cuestión sobre si un producto –medicamento– es equivalente a otro.

Solo entonces en un país desarrollado el organismo regulatorio aprueba el medicamento como genérico... Y por lo tanto, hay una base racional / científica para sustituir un medicamento por otro: mismo principio activo, misma forma farmacéutica, misma dosis, similares niveles plasmáticos alcanzados ...hay motivos suficientes para suponer –fundadamente– que los resultados terapéuticos serán similares con uno u otro producto". ("En la Argentina no hay..."; ya citado).

Politi alude: "Desde el Ministerio de Salud se proclama la urgencia y la obligatoriedad de prescribir genéricos. Pero las dependencias del mismo ministerio se hallan absolutamente imposibilitadas de garantizar –con rigor científico– que los medicamentos que circulan hoy son, verdaderamente, 'genéricos', porque nunca hizo testear la biodisponibilidad del 'parque' de productos aprobados, ni de los por aprobar (con muy escasa excepción)".

Así lo confesó el propio Manuel Limeres farmacéutico, actual director de la ANMAT, el organismo estatal de contralor ya citado y que González García ofrece como garantía, cuando señaló "Medicamentos genéricos, en la Argentina exactamente como lo define la OMS, Organización Mundial de la Salud, no hay" (En "Salud para todos", número 104, junio de 2002).

De ello deducen los especialistas serios y que no defienden intereses empresariales que en la Argentina "no hay genéricos; sólo hay copias, nunca testeadas. Y originales nunca testeados". ("La patria pastillera..." ya citada de Etchegoyen, Politi, Bracerasi más elementos de análisis en "Medicamentos genéricos en Oncología" del profesor doctor Politi).

La irresponsabilidad o las segundas intenciones –todo indica una combinación de ambos elementos– es el fundamento del proyecto de ley en cuestión.

La ley no establece mecanismos de control de calidad de los medicamentos y convalida la situación actual por la que sólo hay originales y copias nunca testeadas. Por lo tanto no asegura la calidad, la inocuidad y la eficiencia de todos los medicamentos.

La ley ni siquiera otorga al Estado la facultad de regular los precios de los medicamentos: lo deja librado al mercado, a "la competencia sana" de los buitres que los elaboran. (Téngase en cuenta que según la Organización Mundial de la Salud, OMS, con trescientas (300) drogas se pueden tratar la mayor parte de las enfermedades y que en el mercado farmacéutico argentino (el de los medicamentos es un mercado) existen dos mil (2.000) drogas de circulación autorizada, en más de 10.000 (diez mil) presentaciones de marcas diferentes.

4) "El médico receta genéricos, el farmacéutico muestra todas las marcas y aconseja como profesional de confianza y el ciudadano elige". "Vuelve el poder de decisión al ciudadano", publicitaba González García como quien vende un nuevo producto en el mercado.

Por supuesto que la historia está por escribirse en este aspecto. En otros ya señalamos no hay nada que esperar. En el que ahora nos ocupa, sin embargo, hay algunos hechos que señalar y que contradicen las falsas expectativas que pretenden despertar los autores, promotores y votantes del proyecto en cuestión. Como es sabido existieron en todos los barrios los "farmacéuticos de confianza". Pero como otras cosas, están en vías de extinción junto a las farmacias de barrio. ¿Dónde está el "farmacéutico de confianza" del que hablan los promotores de este proyecto? Y sin él ¿dónde está el poder de decisión que "vuelve al ciudadano. ¿De qué país hablan ¿De qué farmacias hablan? ¿De las cadenas de farmacias que venden medicamentos como jabones, verdaderos súper o hipermercados de los medicamentos? Un reciente artículo titulado sugestivamente *Cada*

cuatro días y medio cierra una farmacia de barrio en la Capital alude al tema. Allí se informa que este año –se refiere al 2002– “bajaron sus persianas 73 locales y sólo tres las levantaron (“Clarín”, 16 de diciembre de 2002).

En el mismo artículo una de las farmacéuticas de mayor antigüedad –María Arcuri– explica, al contrario que los promotores del proyecto, que “ya no existe el consejo. Ahora abundan los autoservicios de medicamentos”. Alude a lo que en el artículo se explica cómo los “supermercados farmacéuticos, con dos grandes imanes convocantes: quedan abiertos las 24 horas y la mayoría de los remedios de venta libre está expuesta en góndolas, como para que cualquiera vaya y se sirva”. ¿Este es el poder de decisión al que aludía el gobierno de Duhalde?

5) Es imposible dejar de tener en cuenta el inmenso poder de los laboratorios. Lo saben bien los distintos gobiernos –inclusive el actual– que les ha permitido lucrar con la salud y tener ganancias fabulosas como lo hemos señalado. Cuando hablamos de poder nos estamos refiriendo a su poder en el mundo, no sólo aquí. “La industria farmacéutica fue la rama más rentable en EE.UU. durante 2001. (informe de la revista “Fortune” publicado en “El Mercurio de la Salud”, agosto del 2002). Entre las quinientas empresas más rentables, diez son laboratorios. De esas 500 compañías, bajaron en promedio sus ganancias en un 53 por ciento respecto al año anterior. La excepción: la industria farmacéutica que aumentó sus ganancias en el 32 por ciento promedio. (Artículo y revista citados). “Los laboratorios gastan más en marketing que en investigación, De 32 mil millones de dólares de ingresos que tuvo Pfizer –la farmacéutica más rentable según el trabajo citado– destinó más de diez mil millones “para el rubro marketing y publicidad” y 5 mil millones a investigación. (Asociación de Consumidores de los EE.UU. –Families USA–, artículo de la revista “El Mercurio de la Salud” citado).

6) Este proyecto fue acordado por el bloque radical, el ARI, el Frepaso y demás votantes del mismo la condición de aprobar de inmediato otro del radicalismo que pretende ser exhibido como supliendo algunas de las graves deficiencias que denunciábamos que ni ellos pueden disimular. El nuevo proyecto no se votó de inmediato como se prometía. Allí está. En debate. Pero lo más importante no es la demora, sino que ese proyecto del doctor Nerino da respuesta a ninguno de los problemas que hemos denunciado y que nuestro bloque de Autodeterminación y Libertad no respaldará el presente proyecto impulsado por el Poder Ejecutivo nacional y la mayoría –si no todos– los diputados de esta Cámara. Igual esto será materia de debate en su momento.

Mientras tanto quedan las falsas expectativas levantadas por los promotores del proyecto “Prescripción médica de genéricos”.

En síntesis este proyecto de ley no garantiza ni la calidad de los medicamentos ni mucho menos la accesibilidad a los mismos por parte de la población mas desprotegida, con especial énfasis, como debiera ser en relación con aquellos imprescindibles para el tratamiento de las enfermedades de la pobreza.

Tampoco a impedir ni a investigar los gigantescos negociados de la industria que los elabora lucrando con la salud de la población. Al contrario se les sigue reconociendo que fijen sus precios (es decir sus ganancias) de acuerdo con la “sana competencia”.

Por supuesto tampoco alude a ejecutar una política nacional de medicamentos que enmarcada en un Plan Nacional de Salud impulse la verdadera respuesta al tema de los medicamentos, el fin único de lucro de los laboratorios que los fabrican y la imposibilidad de la población de menores recursos para acceder a ellos que para nosotros es alrededor de la fabricación, distribución y dispensación pública y no privada de medicamentos, de forma de asegurar la provisión gratuita de los mismos, empezando por los sectores más empobrecidos que hoy superan la mitad de la población y terminando con el medicamento como mercancía.

## 2

### **Insersión solicitada por el señor diputado Esaín**

*Fundamentos del apoyo del señor diputado al proyecto de ley en revisión por el que se dispone la promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico.*

Nosotros entendemos que cuando se habla de genéricos nos estamos refiriendo a esos medicamentos que estuvieron protegidos por una ley de patentes y luego de vencido el plazo comienzan, a ser fabricados por otros laboratorios.

Sin dudas, esta ley es importante pero hay que recordar que la mayoría de las provincias tienen legislación sobre el tema.

También es cierto que la liberación de los precios de los medicamentos de la década pasada produjo grandes ganancias para los laboratorios y además productos y subproductos que la única diferencia que tenían eran el precio, la presentación, sus cajas, etcétera, pero que sustancialmente eran el mismo medicamento.

De esta manera casi un tercio de los gastos en salud se los llevan los medicamentos.

Es bueno que los profesionales de la salud receten a sus pacientes genéricos, de acuerdo a su tipología científica.

El fin de esta ley es compartido por esta bancada desde que lo que se pretende es cuidar la salud de la población con precios de los medicamentos mucho más bajos que los que hoy están vigentes.

Hay que extremar, sin dudas, los controles del Estado para que existan equivalencias entre genéricos y no se produzca una defraudación pública que termine matando al concepto de genérico.

Por estas razones es que el bloque FISCAL votará a favor de este proyecto de ley.

3

### **Inserción solicitada por la señora diputada Isla de Saraceni**

*Fundamentos del apoyo de la señora diputada al proyecto de ley en revisión por el que se dispone la promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.

El derecho a la vida y a la salud, como derechos humanos fundamentales principalísimos, están consagrados en la Constitución de la Nación Argentina.

Es por ello que es necesario apoyar el presente proyecto de ley que pretende declarar la obligatoriedad en la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, teniendo en cuenta el costo reducido del mismo y su eficacia.

La obligatoriedad en la prescripción de medicamentos por su nombre genérico impacta sobre el precio de los mismos, ya que al evitar la orientación médica hacia determinados productos resultante del efecto publicitario de los laboratorios, se favorece la competencia de distintas marcas del mismo o similar medicamento en función del precio, induciendo a la reducción del mismo.

Este proceso debe ser completado con el mejoramiento de la información a los profesionales de la salud sobre los precios y ventajas de productos semejantes o idénticos, para lograr que se receten aquellos que resulten accesibles al paciente y a los sistemas de cobertura. Del mismo modo, se deben intensificar los controles sobre las prescripciones médicas y su impacto en el gasto de los programas de atención sanitaria.

Los genéricos no tienen nombre comercial sino que su nombre es el de la droga original o combinación de las mismas. Resultan más económicos porque su aparato comercial (*packaging* y *marketing*) está minimizado respecto a los otros medicamentos prescriptos.

Se entiende por medicamento por su nombre genérico a la denominación de un principio activo o droga farmacéutica o cuando corresponda, de una asociación o combinación de principios activos a dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria nacional, o en su defecto la denominación común internacional de un principio activo recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

El uso del listado de medicamentos establecidos (*Vademecum*), el control de las prescripciones, el establecimiento de precios de referencia, y fundamentalmente, el uso de genéricos desarrollados y actualizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), a través del Formulario Terapéutico Nacional hacen a la contención del gasto, a la evaluación de la utilidad y a la relación costo-efectividad de los medicamentos.

El empleo de medicamentos genéricos y los listados de medicamentos establecidos forman parte de las políticas de salud de los países del Primer Mundo desde hace muchos años atrás, a partir de las recomendaciones efectuadas por la OMS a comienzos de la década del 80.

Si bien muchas jurisdicciones provinciales tienen una ley de prescripción obligatoria de medicamentos por su nombre genérico, considero que es de fundamental importancia que en el marco de la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera, cambiaria y sanitaria, donde se están intentando soluciones como la propuesta por el ministro de Salud de generalizar la normativa y se convierta en ley nacional a los efectos de contribuir a la solución de este grave problema en todo el territorio argentino, de manera tal de paliar los efectos de un desmedido incremento de los precios de medicamentos y por otro lado el desabastecimiento de estos productos tan vitales para toda la población.

El gobierno nacional está trabajando muy fuerte en esta temática y ha producido un decreto declarando la emergencia sanitaria. Es obligación del Poder Legislativo nacional dictar normativas en la misma dirección.

Por todas las consideraciones expuestas, expreso mi apoyo al proyecto con media sanción del Senado que en materia de medicamentos genéricos está en consideración.

4

### **Inserción solicitada por el señor diputado Rodríguez**

**ORGANIZACION DE LA SALUD  
EN LA ARGENTINA Y EQUIDAD**

### **Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual**

*Oscar Cetrángolo - Florencia Devoto*

Este documento fue realizado para ser presentado en el Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.



## INDICE

1. Características generales del sistema de salud argentino .....	3
2. Configuración del sistema de salud argentino previa a las reformas de los noventa ..	4
3. La equidad en la organización del sistema de salud argentino .....	9
4. Reformas de salud durante la década de los noventa .....	15
4.1. Descentralización y provisión pública de servicios de salud .....	15
4.2. Desregulación de la seguridad social .....	16
4.3. Sector privado y provisión de medicamentos .....	19
5. Evaluación de las reformas de los noventa .....	20
6. Reflexiones finales .....	24
Referencias bibliográficas .....	30

### 1. Características generales del sistema de salud argentino

La provisión de salud en la Argentina está cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Hacia principios de la década de los setenta, se había logrado consolidar institucionalmente un esquema de provisión de la salud a través del cual, con la concurrencia del sector público y un característico sistema de seguridad social, se pudo alcanzar una extensa cobertura. Con el desarrollo de las obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), el sistema fue adoptando como rasgo distintivo el de su alto grado de fragmentación, ya que a través de esas instituciones, los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaron. A su vez, la falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación existente al interior de cada uno de ellos completaban los rasgos del sistema. La particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica han contribuido, durante los últimos años, a ahondar aún más la fragmentación del sistema.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión

de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita.

El fuerte desarrollo de la seguridad social, de características centralizadas impone, a su vez, importantes restricciones a la autonomía real de los gobiernos provinciales en la provisión de salud dentro de sus territorios. Precisamente, en el ámbito del gobierno nacional funciona la Superintendencia de Servicios de Salud como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Salud.

Las tensiones entre las regulaciones nacionales, provinciales y municipales generan un particular modo de funcionamiento del mercado y el acceso a los servicios de salud por parte de los habitantes de las diferentes regiones del país. Ello cobra especial significación si se tiene en cuenta la existencia de importantes disparidades regionales. A modo de ejemplo, en el cuadro 1 se introduce una serie de indicadores sociales por provincia.

El presente documento resume desarrollos presentados por los autores en previos trabajos en relación con la configuración del sistema de salud argentino y sus reformas durante los noventa<sup>1</sup>, poniendo el acento sobre las cuestiones relacionadas con la equidad. Adicionalmente, aquí se presentarán algunas reflexiones sobre la situación que enfrenta el sistema ante la profunda crisis económica y se especula sobre las posibles políticas de reforma.

<sup>1</sup> Véase Cetrángolo y Devoto (1998), FADE (1999) y, con relación específica a la descentralización de la salud pública, Bisang y Cetrángolo (1997).

**Cuadro 1**  
**INDICADORES DEMOGRAFICOS Y SANITARIOS SELECCIONADOS**

Jurisdicción	Población 2001 (habitantes)	Densid. pobl. (hab/ km2)	Hogares con NBI 1991 (% del total)	Esperanza de vida al nacer			Tasa de natalid. ( <sup>o</sup> /100)	Tasa mortalidad ( <sup>o</sup> /100)	
				Total	Varon.	Mujer		Total	Infantil
TOTAL	36,223,947	13.0	16.5	71.9	68.4	75.6	16.5	7.5	16.6
Ciudad de Buenos	2,768,772	13,843.9	7.0	72.7	69.2	76.5	7.0	11.0	9.4
Buenos Aires	13,818,677	44.9	14.7	72.1	68.5	75.8	14.7	7.9	15.1
Catamarca	333,661	3.3	24.6	70.6	67.4	74.0	24.6	5.8	21.0
Córdoba	3,061,611	18.5	12.8	72.8	69.2	76.6	12.8	7.4	15.0
Corrientes	929,236	10.5	26.9	70.1	67.2	73.2	26.9	6.6	30.4
Chaco	983,087	9.9	33.2	69.0	65.6	72.6	33.2	6.2	21.9
Chubut	413,240	1.8	19.4	70.6	67.3	74.0	19.4	5.2	15.8
Entre Ríos	1,156,799	14.7	17.2	71.6	68.1	75.3	17.2	7.9	16.9
Formosa	485,700	6.7	34.3	69.4	66.3	72.6	34.3	5.3	23.0
Jujuy	611,484	11.5	33.6	68.4	65.2	71.7	33.6	5.3	23.1
La Pampa	298,460	2.1	12.0	71.6	68.2	75.2	12.0	7.1	15.3
La Rioja	289,820	3.2	23.6	70.4	67.0	73.9	23.6	5.5	20.9
Mendoza	1,576,585	10.6	15.3	72.7	69.8	75.8	15.3	6.8	14.3
Misiones	963,869	32.3	30.0	69.5	66.5	72.7	30.0	5.1	22.2
Neuquén	473,315	5.0	19.1	71.4	68.3	74.7	19.1	3.5	11.4
Río Negro	552,677	2.7	20.7	70.9	67.5	74.4	20.7	4.8	16.6
Salta	1,079,422	6.9	33.9	68.9	66.1	71.8	33.9	5.2	18.8
San Juan	622,094	6.9	17.2	71.1	68.1	74.3	17.2	6.9	19.4
San Luis	366,900	4.8	18.7	70.8	67.6	74.1	18.7	6.3	17.2
Santa Cruz	197,191	0.8	15.2	70.4	67.1	73.9	15.2	4.6	17.2
Santa Fe	2,997,376	22.5	14.0	72.3	68.5	76.3	14.0	8.3	14.4
Sgo. Estero	806,347	5.9	33.6	69.8	67.1	72.7	33.6	6.0	13.2
T.del Fuego	100,960	4.7	25.5	70.2	66.9	73.6	25.5	2.6	10.5
Tucumán	1,336,664	59.3	24.6	71.0	68.1	74.1	24.6	6.4	22.4

FUENTE: Elaborado en base a datos del INDEC y Ministerio de Salud.

NOTAS: La información de población y densidad poblacional corresponden a datos censales del año 2001; Hogares con NBI al Censo 1991; la esperanza de vida al nacer se refieren al período 1990-1992, y las tasas de natalidad y mortalidad a 2000.

## 2. Configuración del sistema de salud argentino previa a las reformas de los noventa

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja evolución. En sus comienzos la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del Estado en la organización del sector y de la definición de una política de salud nacional. A mediados de la década del 40 el sector público comenzó a ocupar un rol central, tanto como prestador como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del Ministerio de Salud se dio gran impulso a la salud pública, ampliación de capacidad instalada, desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etcétera., así como se for-

taleció la intervención del Estado en la organización del sector. Desde el Estado se fomentó la creación de entidades de la seguridad social que aseguraran la cobertura de salud a los asalariados que se afiliaban de forma voluntaria. La creciente importancia de las obras sociales fue generando nuevas modalidades dentro del sector.

Desde 1970, el sistema ha cambiado significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. La aplicación de esta legislación significó una importante reforma del sistema. Amplió considerablemente la cobertura y puso en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió

a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, la transformación de la población trabajadora en cautiva de la obra social del gremio correspondiente. El sistema de obras sociales se extendió asimismo en forma obligatoria a los jubilados y pensionados. La ley 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad. Esta institución tuvo un importante desarrollo a nivel provincial.

La extensión de la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones sobre la nómina salarial y la ampliación de la cobertura fueron elementos fundamentales de redistribución progresiva, en tanto dieron lugar a la generalización de servicios sociales y del amparo frente a los riesgos de enfermedad. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad, aunque existían importantes disparidades entre obras sociales. Los datos disponibles muestran que la población del país cubierta por el subsector se incrementó en forma sustantiva, desde aproximadamente el 37 por ciento en 1967-68 a 73 por ciento en 1985. No obstante, desde fines de los años 70 el número de beneficiarios ha crecido mas lentamente que la población<sup>2</sup>.

La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector. Orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue determinante en el crecimiento del subsector privado. Por su parte, la red de servidos estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a quedar reservado, básicamente, a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social. No obstante, dependiendo de las circunstancias, el sector público también suele brindar cobertura adicional a los asociados a otros esquemas y personas de ingresos altos, dando lugar a casos de múltiple cobertura, con las obvias consecuencias negativas en materia de eficiencia<sup>3</sup>.

La ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los componentes no públicos ha sido el problema central de la política sanitaria. Bajo esas circunstancias, el Nomenclador de Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas (sancionado en 1977) se convirtió en un instrumento central de regulación de los precios relativos del sector. En virtud del mismo, se privilegió la incorporación de tecnología en detrimento del trabajo clínico proceso que fue potenciado por la política de apertura económica del momento, generándose un crecimiento no planificado de tecnología de alta complejidad<sup>4</sup>. En el segmento público, la falta de instancias coordinadoras fue agravada por las características básicamente financieras que adoptó el proceso de descentralización hospitalaria, orientado a transferir servidos desde el nivel central a provincias y de éstas a los municipios<sup>5</sup>.

Así, en los años ochenta, el sector de salud argentino había consolidado una organización que, como se vió, se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un “sistema” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores –público, seguridad social, privado–, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación. El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones –nacional, provincial y municipal–, niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto a tipo de población que agrupan cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación. El sector privado, por último, también incluye organizaciones y servicios de características muy diversas. Los recursos destinados al financiamiento del sector no son nada despreciables en relación con el producto, según se observa en el Cuadro 2.

<sup>2</sup> Cetrángolo y otros, 1992, p. 46.

<sup>3</sup> Una presentación estilizada de la evolución histórica del sector, con especial referencia al desarrollo del subsector privado, fue desarrollada por Jorge Katz. Véase Katz y Muñoz (1988), Cetrángolo y otros (1992) y Katz (1995).

<sup>4</sup> El nomenclador consiste en un listado bastante exhaustivo de prestaciones, codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, con su respectiva valorización. La inexistencia de un mecanismo capaz de ajustar los cambios en los precios relativos y la desactualización de los niveles de los precios para algunas de las prestaciones llevó a diferentes prácticas correctivas por parte de los prestadores, acentuadas a mediados de los años ochenta, como la sobreprestación y la aparición de bonos complementarios para las consultas. Véase Katz y Muñoz (1988).

<sup>5</sup> Para una presentación detallada del proceso de descentralización hospitalaria en la Argentina consultar Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997).

**Cuadro 2**  
**Gasto en salud en Argentina. 2000**  
 (como % del PBI)

<b>Público</b>	<b>1.98</b>
Nación	0.28
Provincias	1.40
Municipios	0.30
<b>Seguridad social</b>	<b>2.92</b>
Obras Soc. Nac.	1.37
INSSJP	0.81
Obras Soc. Prov.	0.74
<b>Privado</b>	<b>4.24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9.14</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía (2001).

Antes de la devaluación del peso (fines de 2001) el gasto por habitante presentaba valores más que aceptables en comparación con otros países que han alcanzado un nivel de cobertura aceptable (representaba aproximadamente 720 dólares por año). Es necesario tener en cuenta que existen niveles de cobertura muy diferentes y ello obedece a lógicas y motivaciones diversas. Buena parte del gasto es privado y se orienta según las preferencias y, básicamente, las posibilidades de cada individuo. Esta porción del gasto no se integra al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumple funciones redistributivas. Descontada esta parte, el gasto por habitante se reduce a 388 dólares anuales. Más de la mitad de ese monto está en manos

de las obras sociales, que comprenden un heterogéneo universo de instituciones “sin fines de lucro” que presentan motivaciones difusas y hasta hoy no reguladas. Finalmente, el gasto por persona del sector público (incluyendo todos los niveles de gobierno), alcanza apenas a pesos 157 por año<sup>6</sup>.

A su vez, existe cierto grado de confusión sobre la población cubierta con diferentes tipos de servicios de salud. Como punto de partida, creemos conveniente presentar la información censal disponible para el año 1991 (cuadro 3)<sup>7</sup>. Allí se observa que la población con cobertura de salud por parte de la seguridad social (incluyendo los que tienen obra social y plan médico) habría sido de 18.8 millones de personas (57.6 por ciento de la población).

**Cuadro 3. Cobertura en salud de acuerdo con datos censales (1991)**

Tipo de cobertura	Censo Población 1991		Encuesta Condiciones de Vida 1997 (% del total)
	Población	% del total	
Población con obra social	18.799.240	57.6	63.7
Sólo obra social	13.153.473	40.3	50.2
Obra social y plan médico	4.520.546	13.9	4.2
Ignora plan médico	1.125.221	3.4	—
Población con plan médico solamente	1.500.963	4.6	9.2
Ni obra social ni plan médico	11.867.945	36.4	36.3
Ignorado	447.380	1.4	—
<b>Total</b>	<b>32.615.528</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: INDEC (1991) y Secretaría de Desarrollo Social (1999).

<sup>6</sup> En la sección final de este documento se presenta una estimación del gasto para el año 2002.

<sup>7</sup> No se encuentra disponible aún la información correspondiente al Censo 2002.



En el mismo cuadro hemos incorporado la información que surge de un último relevamiento sobre cobertura de salud incorporado en la Encuesta de Condiciones de Vida elaborada de manera conjunta por el Siempro y el INDEC. Pese a que el crecimiento del desempleo hace suponer una reducción de la población cubierta por obra social, la comparación de los de ambas fuentes no confirma esa especulación; no obstante, no debe olvidarse la diferente metodología y cobertura de las mismas. En cambio, la encuesta ofrece una información adicional muy valiosa al presentar los datos de cobertura por quintil de ingresos. De allí surge que el porcentaje de población sin seguro (36.3 por ciento) surge de un promedio de situaciones muy heterogéneas que marcan la gravedad social del problema. Los porcentajes de población sin seguro por quintiles de ingresos (de menor a mayor) son: 64.9, 37.9, 26.0, 16.3 y 9.0<sup>8</sup>. Seguramente, la situación se ha visto agravada durante los últimos meses.

Sabiendo que alrededor del 35 por ciento de la población no tiene seguro de salud y que una parte importante de ella no lo usa o lo hace de manera parcial (por opción o por dificultad de acceso), la población cubierta por el sector público supera holgadamente el 40 por ciento de la total. Esta porción, además, incluye a los habitantes más pobres de las zonas urbanas marginales y de las áreas rurales de nuestras provincias más atrasadas. Sin embargo, la suma de los presupuestos de los diferentes niveles de gobierno esca-

samente alcanza la quinta parte del gasto en salud del país. Este es sólo un indicador de la seria iniquidad de la cobertura sanitaria en Argentina.

Los restantes cuatro quintos del gasto en salud resultan poco efectivos para la conformación de un sistema solidario de atención. En el subsector de la seguridad social se puede discriminar una docena de diferentes tipos de entidades, de acuerdo con su naturaleza institucional. De acuerdo con información elaborada por la ANSSAL, sobre la base de los registros de las propias obras sociales corregidos por las declaraciones juradas de los empleadores, 15.6 millones de personas estarían cubiertos por obras sociales del régimen de la ley 22.269, de las cuales las obras sociales sindicales y las de administración mixta (fundamentalmente PAMI) cubrirían 13.4 millones (el 86 por ciento del total), según puede observarse en el cuadro 4<sup>9</sup>. Ese universo incluye 281 entidades, de cuales 216 son obras sociales sindicales, 24 de personal de dirección, 6 de administración mixta y 35 de diferente naturaleza. Debe notarse que la población cubierta por obras sociales de acuerdo con estos registros sería superior a la obtenida mediante el censo de 1991 (según éste esa población sería de 18.8 millones de personas). Para lograr una información comparable, al total del cuadro 3 hay que sumarle la correspondiente a las obras sociales excluidas de la citada ley<sup>10</sup>, que se estima entre 4 y 5 millones. En consecuencia, la cobertura del subsector llegaría a los 20 millones de beneficiarios<sup>11</sup>.

**Cuadro 4. Población beneficiaria de las obras sociales por naturaleza institucional. Año 1996**

Tipo institucional	Beneficiarios	% del total
Sindicales	9.397.069	60,3
Estatales	89.566	0,6
Por convenio	80.260	1,3
De dirección	1.138.303	7,3
Administración Mixta	4.018.917	25,8
Por adhesión	36.765	0,2
De empresas	23.611	0,2
De otra naturaleza	804.499	5,2
<b>TOTAL</b>	<b>15.593.023</b>	<b>100,0</b>

Fuente: ANSSAL.

<sup>9</sup> Lamentablemente, la información censal no es coincidente con la proveniente de otras fuentes, por ejemplo la ANSSAL. Las deficiencias conocidas en materia de información básica han sido agravadas en el caso de las obras sociales por la existencia de una importante cantidad de casos de doble cobertura y dificultades para lograr información transparente por parte de esas instituciones.

<sup>10</sup> Quedan fuera de la ley 22.269 el personal de las Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Policía Federal Gendarmería y Prefectura, Poder Judicial y Congreso de la Nación, así como el correspondiente a las obras sociales provinciales y al personal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

<sup>11</sup> Existen, además, otras estimaciones que ubican la población total cubierta en valores que difieren entre los 15 y los 22 millones de personas. En gran parte, las diferencias se deben al factor utilizado para expandir la información sobre titulares por su grupo familiar.

<sup>8</sup> Secretaría de Desarrollo Social (1999), p.33.

A principios de los años noventa, los recursos de las obras sociales provenían, en lo esencial, de aportes y contribuciones sobre el salario que recaen sobre trabajadores y empleadores con porcentajes que a lo largo del tiempo hablan ido en aumento. En ese entonces los valores eran de 3 por ciento a cargo del trabajador y empleador. Además de esa fuente de recursos, cabe considerar otras de carácter “extraordinario” para algunas obras sociales. Estos recursos que tradicionalmente han sido importantes para algunas obras sociales (bancarios, seguros y tabaco, por ejemplo), han perdido significación en los últimos años. El grueso del financiamiento del PAMI, a su vez, provenía de una contribución del 2 por ciento sobre la masa salarial a cargo de los empleadores, y de 3 por ciento a cargo de los trabajadores activos. Como resultado, la seguridad social obtenía para salud los recursos correspondientes de cargas sobre los salarios más los ingresos extraordinarios.

Por último en el cuadro 2 se pudo observar que casi la mitad del gasto total en Argentina está a cargo de las familias. Ello incluye tanto la compra de medicamentos como el pago de copagos, coseguros, la adquisición de servicios en forma directa o la adhesión a algún tipo de plan privado de medicina prepaga. Estos incluyen la cobertura integral (con carencias y exclusiones), complementaria de algún seguro obligatorio o prestaciones específicas (emergencias, consulta con médico clínico generalista odontológicas y son provistos por un número incierto de empresas (diversas fuentes lo estiman en una brecha que va de 138 a 300 empresas, aunque sólo 70 estarían agrupadas en las cámaras respectivas<sup>12</sup>). Es un heterogéneo universo donde algunas pocas instituciones sin fines de lucro conviven con colegios médicos, intermediarios de diferente tipo y un gran número de entidades que tienen como finalidad la búsqueda de ganancias y actúan al margen de instancias públicas de control y fiscalización. Es difícil obtener información confiable actualizada sobre la población cubierta por los seguros de salud privados. De acuerdo con la información disponible del censo (incluyendo aquellos que dijeron tener obra social y seguro privado) los afiliados a algún tipo de prepago privado llegarían a los seis

millones de beneficiarios. Esta cifra, que parece excesiva, incluye seguros de diferente tipo y alcance, siendo una porción de la misma los cubiertos por planes globales.

### 3. La equidad en la organización del sistema de salud argentino

Centrando la atención sobre el criterio y mecanismo de redistribución implícito en la modalidad de financiamiento de la salud que ha prevalecido en la Argentina desde principios de los años setenta, puede decirse que en el subsistema de la seguridad social este esquema fragmentado estableció que cada trabajador realice aportes en función de su nivel salarial y obtenga servicios en función de los correspondientes al gremio en donde se desempeña, determinando que los niveles de cobertura de cada trabajador y su familia estén dados por el nivel de recursos por beneficiario de cada obra social<sup>13</sup>. Este, a su vez depende del nivel salarial medio de la rama de actividad correspondiente<sup>14</sup>. Si los ingresos de cada obra social hubieran sido exclusivamente los provenientes de las cargas sobre la nómina salarial aquellos serían equivalentes al 9 por ciento masa salarial del gremio<sup>15</sup>. En el gráfico 1 se ofrece una presentación abstracta y simplificada de este modelo en donde la población de cinco ramas de actividad diferentes se agrupa por nivel de cobertura (que en esta presentación se corresponde con el nivel de gasto por afiliado de cada obra social)<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Desde otra visión, también podría señalarse la diferencia entre equidad horizontal y vertical, tanto en relación con el financiamiento como con la provisión de salud. En el tema de la financiación, la equidad horizontal supone que todos los individuos que son iguales deben realizar pagos similares. La equidad vertical por su parte, supone que el pago de la asistencia debe ser proporcional a los recursos de cada individuo o familia. En el tema de la provisión, la equidad horizontal supone que los individuos en igual condición o con igual necesidad deben ser provistos de iguales servicios de salud. La equidad vertical supone que aquellos más enfermos o más necesitados deberían recibir mayor atención.

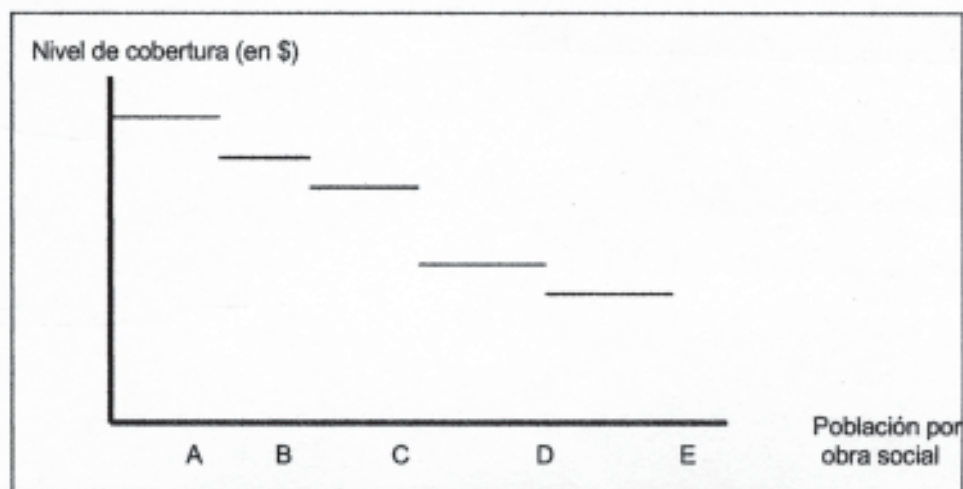
<sup>14</sup> En realidad ello supone que la totalidad de los ingresos de cada obra social es destinada a la salud, lo que no ha sido necesariamente cierto. Se debe considerar el peso de gastos administrativos, en turismo y otros.

<sup>15</sup> Este porcentaje fue posteriormente reducido y, en 2002, ha vuelto a ese nivel.

<sup>16</sup> Para el año 1985 se cuenta con una muestra de entidades que representaban el 73 por ciento de la población beneficiaria de la ley 22.269, en donde se puede observar que el gesto mensual en salud por afiliado oscilaba entre 36 y 5 pesos de 1992. Entre las que más gastaban se encontraban bancarios, seguros, PAMI, ENTel y Economía; entre las de menor gasto, ISSARA, Vitivinícolas, Construcción, Ospia, UOM y Ospaga. Véase Cetrángolo y otros (1992), cuadro 8.

<sup>12</sup> Véase Lima Quintana, L., Levcovich, M. y Díaz Muñoz, A. R., *Cobertura de servicios para el cuidado de la salud*. Alcances del PMO, mimeo, AES, Buenos Aires, 1999.

Gráfico 1

**Nivel de cobertura en salud del sistema de seguridad social argentino**

Para comprender la magnitud de la redistribución de recursos implícita en este esquema se debe atender al origen de los recursos. En efecto, ellos provienen, básicamente, de la carga sobre los salarios antes mencionada<sup>17</sup>. La dispersión salarial dentro de cada rama y el tamaño del grupo familiar de cada aportante definen la distancia entre el aporte de cada afiliado y el gasto medio de su obra social. En el gráfico 2 se puede apreciar que dentro de cada gremio hay diferentes niveles de carga por beneficiario que financian un nivel uniforme de cobertura hacia el interior de cada uno de ellos. Puesto que las capacidades financieras de las distintas obras sociales son muy disímiles, un Fondo de Redistribución fue diseñado para jugar una función compensatoria en dos direcciones: en primer

lugar, canalizando recursos desde obras sociales superavitarias (con ingresos por afiliado superiores al promedio del sistema), hacia entidades con menor capacidad económica; en segundo lugar, redistribuyendo en favor de aquellas entidades con una población más necesitada de atención<sup>18</sup>. El fondo debe recibir el 10 por ciento de la recaudación obtenida por las distintas obras sociales por aportes y contribuciones sobre el salario, y también el 50 por ciento de la recaudación proveniente de las fuentes especiales que se mencionaron más arriba. En el caso especial de las obras sociales para el personal de dirección, la contribución al Fondo de Redistribución se eleva al 15 por ciento de la recaudación que obtienen por aportes y contribuciones.<sup>19</sup>

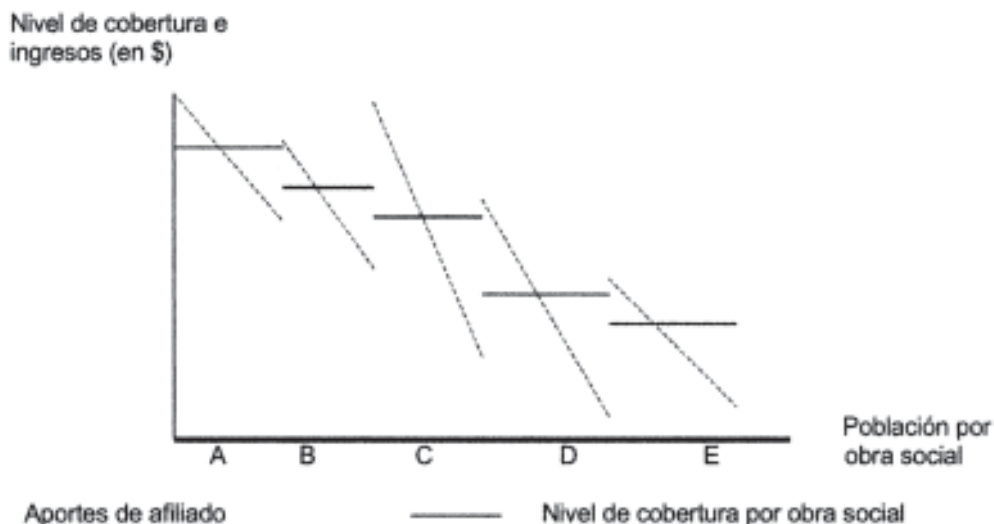
<sup>17</sup> Existen además fuentes adicionales de recursos, como las cuotas de afiliados voluntarios y, en casi todas las obras sociales, coseguros o bonos moderadores del consumo a cargo de los beneficiarios. Si bien en la mayoría de los casos los coseguros se abonan directamente a los prestadores, a veces son cobrados e incorporados a la financiación de la obra social.

<sup>18</sup> La operación de este fondo ha sido muy diferente a lo sugerido por la lógica que gobierna el diseño del sistema. Se ha podido comprobar que la distribución de los subsidios no se ha correlacionado significativamente con la situación financiera o con el ingreso por afiliado de las diferentes obras sociales. En general las obras sociales más beneficiadas han sido las más poderosas en lugar de las de menor ingreso por afiliado Véase Cotrángolo y otros (1992), cuadros 10 y 11.

<sup>19</sup> Como se verá, esos porcentajes fueron modificados durante los últimos años.

Gráfico 2

### Nivel de cobertura y aportes para la salud del sistema de seguridad social argentino



Si incorporamos al análisis la existencia del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, PAMI, se obtiene un sistema que, de manera abstracta, se muestra en el gráfico 3. Ese instituto era financiado fundamentalmente por una carga sobre la nómina salarial de los trabajadores activos y ofrecía una cobertura uniforme a toda la población pasiva, constituyéndose en la obra social más importante y con mayor volumen de erogaciones

del sistema. Su nivel de cobertura por beneficiario, como se ve en ese gráfico, es superior al de las diferentes obras sociales. Es el resultado de contar con un financiamiento equivalente al 5 por ciento<sup>20</sup> de la nómina salarial para atender alrededor de 4 millones de beneficiarios, mientras que las restantes obras sociales cuentan con recursos equivalentes al 9 por ciento de la nómina salarial para dar cobertura a más de 11 millones de personas.<sup>21</sup>

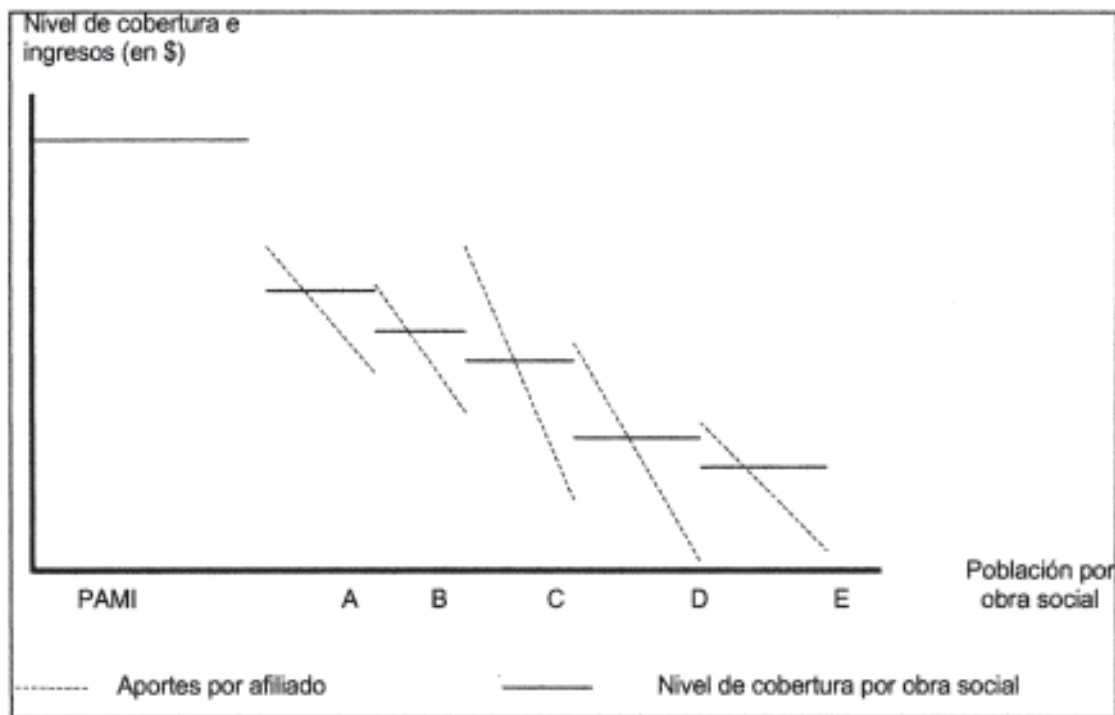
<sup>20</sup> Este porcentaje fijo reducido transitoriamente al 3.84 y establecido en el 4.84 a partir de mayo de 2002.

<sup>21</sup> Se refiere a obras sociales comprendidas en la ley 22.269, las restantes, incluidas las provinciales y municipales, reciben diferentes niveles de carga salarial.



Gráfico 3.

**Nivel de cobertura y aportes para la salud del sistema de seguridad social argentino, incluyendo al PAMI**



La complejidad del sistema es mucho mayor que lo mostrado en el gráfico 3. En primer lugar, el carácter híbrido de la organización de la salud recibe, en nuestro país, la participación de la salud pública que asegura el acceso a un nivel mínimo y garantizado de salud (como se incorpora en el gráfico 4). Este subsector se hace cargo en forma prácticamente exclusiva de las tareas relacionadas a la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, infecto, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencias y atención básica, cubriendo geográficamente todo el país. El hospital público es, aún hoy, en muchos lugares, el único servicio accesible –geográfica y/o económicamente– para determinados sectores de población. El subsector público concentra una proporción importante de los recursos de atención en los niveles provincial y municipal de gobierno.

En segundo lugar, la cobertura que reciben los sectores excluidos de la seguridad social aumenta la fragmentación del sistema. Por un lado, los autónomos de mayor nivel de ingresos y rentistas, tienen la posibilidad de comprar salud en función de sus preferencias, sin mayores limitaciones financieras. Los que pertenecen a este grupo pueden acceder a una cobertura de salud mucho más amplia que la que les brinda el hospital público pueden hacerlo mediante gastos directos de bolsillo, compra de

sistemas de medicina prepaga<sup>22</sup> u otros a los que tienen acceso los sectores de mayor capacidad contributiva. Por otro lado, en el otro extremo, los más pobres, sin relación de dependencia, tienen solamente acceso al subsistema de salud pública. En algunos casos pueden llegar a comprar algún medicamento o pagar alguna prestación marginal.

En resumen, el gráfico 4 muestra que la característica distintiva del diseño del sistema de salud argentino, con un diagrama más emparentado con el sistema europeo que con el norteamericano<sup>23</sup>, es que el sector que incluye a los trabajadores, sus familias y los pasivos tiene acceso a un nivel adicional de salud asegurada por el Estado, que es ofrecido por el subsistema de seguridad social. De esta manera, el

<sup>22</sup> Estos ofrecen planes de cobertura médico-asistencial. No necesariamente cuentan con infraestructura propia y en esos casos operan subcontratando con otros efectores privados.

<sup>23</sup> Los sistemas de salud europeos están organizados bajo la lógica de cobertura universal uniforme financiados, en la mayor parte de los casos, con rentas generales. En oposición a ello el modelo estadounidense se basa en la capacidad de pago de cada grupo de beneficiarios (a excepción de los programas especiales para los pasivos y los carenciados); este tema es abordado en el Anexo 2. La cobertura de los asalariados junto con la presencia del sector público mostraban, desde principios de los setenta, un fuerte componente redistributivo.

sistema de salud argentino fue pensado de tal manera que el criterio de equidad que quería defender quedaba en manos de un sistema fragmentado.

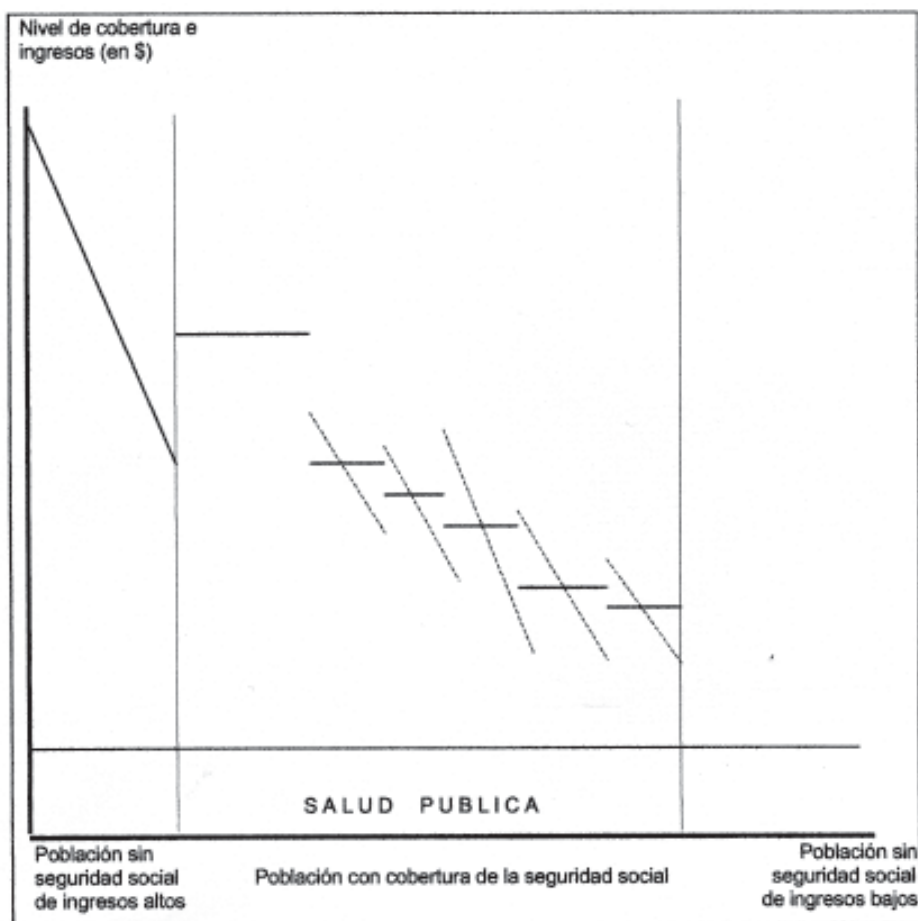
Una vez llevada a la práctica, esta concepción presentó varios inconvenientes. En materia de equidad: algo menos de la mitad de la población quedó excluida del subsistema de obras sociales. Adicionalmente, existen profundas diferencias de cobertura hacia el interior del mismo (el gráfico intenta reflejar estas diferencias). En relación con la seguridad social, es sabido que las fluctuaciones del empleo y los salarios afectan de manera directa el financiamiento del subsector de obras sociales e impacta sobre los dos restantes. En el caso de las fluctuaciones de los salarios, se produce un efecto perverso al desfinanciar las obras sociales pertenecientes a ramas de actividad que enfrentan caldas salariales. Esto hace depender la participación de cada institución en el gasto en salud en manera directa de las modificaciones en las remuneraciones relativas entre sectores<sup>24</sup>. En materia de empleo, el crecimiento de las tasas de desocupación derivan

Gráfico 4.

en una caída en los aportantes de manera similar a la caída de beneficiarios. Ello podría no afectar seriamente las finanzas de las obras sociales pero sí implican un mayor requerimiento de atención en la salud pública, afectando las cuentas fiscales.

La presentación gráfica resulta útil para rescatar los atributos distintivos del sistema pero no alcanza a captar aceptablemente la complejidad de su operación. Quedan muchos elementos fuera de su análisis, entre los que se destacan la disparidad regional de la cobertura sanitaria y la existencia de múltiple cobertura. En relación con este último aspecto, no eran excepcionales los casos en donde, cuando más de un miembro del grupo familiar se encontraba en relación de dependencia en diferentes ramas de actividad económica, la obligatoriedad de afiliación determinaba la doble cobertura de todos los integrantes del grupo. Más aún, además de utilizar algunos servicios del subsector público existen prestaciones que son contratadas al subsector privado (incluyendo la contratación de seguros de medicina prepaga).

**Fragmentación en la cobertura del sistema de salud argentino**



<sup>24</sup> También afecta la participación relativa de cada obra social el diferente grado de evasión en cada actividad.

La peculiar organización que ha adoptado la seguridad social argentina en materia de servicios de salud determina que sea difícil entender los problemas del sector sin estudiar la cuestión sindical. Muchos de los problemas que tuvo la historia de la salud argentina en las últimas tres décadas (desde que, en 1970, se concedió a los sindicatos la afiliación obligatoria a la obra social de cada rama) tienen que ver con historias de corrupción y las restricciones institucionales provenientes de la organización sindical. Un ejemplo de ello han sido los subsidios otorgados por el Fondo de Redistribución, que no se dirigieron, necesariamente, a las obras sociales más pobres sino, por lo general, a las más poderosas. Queda claro que no basta con pensar el criterio de equidad y la forma de atacar cuestiones de eficiencia que tiene un sistema de salud, también hay que ver qué marco institucional se genera. En Argentina se dió una forma institucional que a poco de andar comenzó a presentar serios problemas. La ley de afiliación obligatoria a la obra social de la rama de cada uno, sumado a la peculiar tradición de sindicato único por rama, hizo que los trabajadores asalariados estuviesen obligados a aportar a una exclusiva obra social, siendo población cautiva de su sindicato.

A lo largo de su desarrollo, la seguridad social permitió alcanzar una amplia cobertura, reemplazando el papel del sector público. No obstante, la ausencia de mecanismos de control y las deficiencias propias de su diseño generaron serias inequidades entre sus usuarios, mala asignación de recursos y la imposibilidad de articularse en un sistema tanto con otros componentes del sistema de obras sociales como con los restantes estamentos públicos y privados.

Adicionalmente, las dificultades de la situación macroeconómica en general y del mercado de trabajo en particular, así como la dinámica adoptada por el proceso de reconversión económica derivaron en problemas adicionales para el financiamiento de las obras sociales. Debido a la profunda interrelación existente entre los tres subsectores prestadores de salud, la crisis también afecta seriamente el funcionamiento de los subsectores público y privado.

#### *4. Reformas de salud durante la década de los noventa*

##### *4. 1. Descentralización y provisión pública de servicios de salud*

Una parte de las falencias que presenta hoy la salud pública tiene su origen en el defectuoso proceso de transferencia de servicios a provincias y municipios. A diferencia de las recomendaciones habituales para este tipo de reformas, no se han buscado niveles crecientes de eficiencia y equidad; por el contrario, la descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios).

Adicionalmente, la salud pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más costo - efectiva en el largo plazo. En cambio, el sistema presenta una expansión desmedida de algunos proveedores; un elevado número de médicos (en particular de especialistas), y un exceso de equipamiento caro y subutilizado y de camas hospitalarias y sanatoriales.

Desde 1991, se sumó la introducción (con marchas y contramarchas) de un nuevo "modelo" microeconómico, conocido como Hospital de Autogestión, al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Desde el punto de vista de la equidad, la idea central consiste en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos. La experiencia, ciertamente no muy extensa ya que los principales hospitales ingresaron al sistema después de 1992, no ha logrado aún alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales, en un proceso que tiene una clara incidencia sobre la equidad del sistema. Los recursos logrados provienen, en su mayor parte, del recupero de pagos por servicios prestados a las obras sociales, entidades semipúblicas sujetas también a problemas presupuestarios y cuya cobertura abarca estamentos de menores recursos económicos. Es decir que el sistema no se nutre, al menos en sus primeros pasos, de recursos por prestaciones adicionales efectuadas a capas poblacionales de mayores recursos económicos. Por otra parte, en materia institucional la experiencia argentina en este campo dista mucho de haber superado el terreno de la formulación difusa de una estrategia que, llevada adelante sin el soporte técnico adecuado, genera frustraciones y desorientación en los recursos humanos afectados. No se ha encarado con seriedad el desarrollo de capacidades gerenciales, organizativas y de adaptación de recursos humanos necesario para que la reforma propuesta al hospital público brinde algún beneficio.

Sobre un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, donde los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. Como se observó en el cuadro 1, la brecha entre los indicadores de las diferentes regiones es excesivamente grande. Tanto es así que la

tasa de mortalidad infantil de la Argentina es superior a la de América Latina en su conjunto, pero surge de un promedio de provincias que cubren un extenso rango desde, algunas con una tasa similar a Portugal o Checoslovaquia (Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego, La Pampa) hasta otras comparables con Túnez, Ecuador, Argelia, Paraguay o Tailandia (Formosa, Chaco).

#### 4.2. *Desregulación de la seguridad social*

En el subsector de la seguridad social, durante los años noventa, el gobierno nacional ha seguido una orientación que, desatendiendo las complejidades del sector, descansa sobre las supuestas ganancias de eficiencia derivadas de la incorporación de mecanismos de mercado (libre elección de obras sociales por parte de los usuarios). Es cierto que era necesaria una revisión del perverso mecanismo de incentivos implícito en la existencia de población cautiva de las obras sociales; no obstante, como se señaló anteriormente, sería ingenuo (y sumamente peligroso) sostener que la introducción de mecanismos de mercado será el instrumento que resolverá todos los problemas.

El antecedente para la desregulación del sistema de obras sociales fue la sanción de las leyes 23.660 y la 23.661 a fines de 1988 por las cuales se derogó la Ley de Obras sociales de 1970 y se creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Estas leyes constituyeron un esfuerzo para crear una red sanitaria nacional en la que prevaleciera un criterio de justicia distributiva comprendiendo al total de la población del país. Sin embargo, mediante una reglamentación bastante controvertida de estas leyes, se avanzó en la conformación de un sistema de salud alejado de los objetivos de esas leyes en materia de equidad y sin intentar la integración del sistema en su conjunto.

El primer intento de implementación de la reforma del subsistema de obras sociales durante el gobierno actual, a principios de 1992, fue el proyecto de creación de la (OSAM) Organización Solidaria de Atención Médica.

Este consistía en la introducción de subsidio a la demanda dentro del universo de la seguridad social, en donde la libre elección se ejercerla con una cuota parte de atención médica (CUPAM) uniforme para todos los beneficiarios, resultante del cociente entre la recaudación total del sistema y el número de beneficiarios<sup>25</sup>. Este esquema es, en principio, sumamente redistributivo, pero descansa sobre la idea de que el ejercicio de la libre elección por parte de cada beneficiario lograría mejoras automáticas en la eficiencia, y que cada uno

de los agentes que componen la oferta y la demanda del mercado de la salud se encuentran en igualdad de condiciones.

El proyecto de la OSAM nunca llegó a tener estado parlamentario, y los posteriores intentos de “desregulación del sector” fueron concebidos como parte de un particular proceso de reglamentación de las leyes 23.660 y 23.661 en el que el Parlamento tuvo poco que ver. A partir de entonces, el camino de la reforma fue el resultado de sucesivos decretos que gradualmente fueron definiendo diversos aspectos del sistema, sin una definición de las características globales que adoptaría el mismo (por otra parte, las medidas propuestas para lograr mejoras en la asignación de recursos del sector no solucionan necesariamente los problemas que se pretendía abordar). La reforma de obras sociales profundizó la instalación de mecanismos de libre elección pero, como se verá, operando un giro de 180 grados en su concepción de la equidad. El mismo es el resultado de una interpretación bastante especial del marco regulatorio establecido por aquellas leyes, como se verá en esta sección.

En 1993 comenzaron a definirse los rasgos fundamentales de la reforma del sistema. Un verdadero quiebre en la trayectoria de las reformas lo constituye el decreto 9 de ese año, con el que se inicia la salida del esquema solidario que había prevalecido hasta entonces. Se instaló la libre elección, en principio restringida a los beneficiarios de las obras sociales<sup>26</sup>, la cual se ejercería con los aportes y contribuciones del titular. Simultáneamente, este decreto reafirmó la obligación de las obras sociales de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema<sup>27</sup>. En caso de que el monto de los aportes de un titular no llegara a cubrir el valor de las prestaciones básicas la ANSSAL sería la responsable de compensar a la obra social. Por lo tanto, este decreto introdujo importantes modificaciones. En primer lugar, el nivel medio de prestaciones de cada obra social pasa a depender de la capacidad de éstas para captar titulares con ingresos elevados y grupos familiares no muy extensos. En segundo lugar, el criterio redistributivo presente en el Fondo Solidario de Redistribución se desplaza de un mecanismo tendiente a disminuir las desigualdades del sistema en su conjunto a un mecanismo que asegure un mínimo de prestaciones para cada grupo familiar. Por último, la doble determinación de los recursos y las prestaciones del sistema no asegura la viabilidad del mismo. Mientras las obligaciones prestacionales están definidas, al menos en el mínimo, los ingresos del

<sup>25</sup> En los términos de los gráficos presentados en la sección anterior, esto sería representado por un nivel de cobertura uniforme equivalente al 14 por ciento de la masa salarial correspondiente a los trabajadores formales dividido por la cantidad de afiliados al subsistema, como se verá en la parte final de esta sección.

<sup>26</sup> Se exceptúan a los beneficiarios de obras sociales de personal de dirección y de personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, etc. En 1990, se habían excluido de la ley de obras sociales a las dependientes del Poder Judicial y universidades nacionales.

<sup>27</sup> El Ministerio de Salud era el encargado de definir el valor y las prestaciones incluidas en esta canasta básica.



sistema varían de acuerdo con los niveles de actividad y salarial medio de la economía.

Esse mismo año se terminaron de definir los aspectos relacionados con la libre elección para el seguro nacional de salud en conjunto, mediante el decreto 576 que reglamentaba las leyes sancionadas en 1988. Por un lado, se incorporó a los pasivos dentro del conjunto de beneficiarios que pueden optar por la obra social que desee, definiendo un plan de atención médica especial para este grupo<sup>28</sup>, y se prohibió la doble afiliación de los beneficiarios. Por otro lado, se introdujo la posibilidad de pactar entre empleados y obras sociales planes diferenciales de salud. Sobre la base de concebir a los aportes y contribuciones como salario diferido de los trabajadores, introdujo la posibilidad de pactar con el agente de salud sobre estos mismos aportes o sobre la posibilidad de aportes adicionales. Asimismo ratificó que el titular disponga del total de sus aportes y contribuciones para la libre elección del agente de salud que desee.

El decreto 576/93 es el primero que hizo referencia al seguro nacional de salud en su totalidad, terminando de definir una “especial” interpretación del criterio de justicia distributiva prevaleciente en la ley 22.661. La extensión de la cobertura “mínima” asegurada (a ser definida por el Ministerio de Salud) a la totalidad de los beneficiarios del sistema se vio contrarrestada con la reducción del universo de beneficiarios. Los autónomos se incorporarían voluntariamente al sistema siempre que pudieran realizar un aporte mínimo equivalente al valor de la prestación básica más lo correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución. Por su parte, los carenciados se restringieron a aquellos comprendidos en el Programa de Asistencia a Carenciados y no se fijaron las condiciones de incorporación<sup>29</sup>. Paralelamente, se fueron tomando medidas que intentarían definir aspectos necesarios para la instalación de la libre elección<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> El valor del régimen de atención médica especial para Pasivos debe ser propuesto por el Ministerio de Salud y aprobado bajo el acuerdo del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y el Ministerio de Trabajo. Provisoriamente, se fijó el valor del módulo en pesos 20. Al igual que para los activos la opción de elección es una vez por año y en un lapso de tiempo determinado.

<sup>29</sup> Por otra parte, mediante distintos decretos, ese mismo año se transfirieron algunos servicios del sistema a otros ámbitos estatales (el subsidio a la pobreza pasó a estar bajo jurisdicción de la Secretaría de Turismo) y los servicios de turismo y recreación, y la cobertura de salud de los beneficiarios de pensiones no contributivas se traspasó a la Secretaría de Desarrollo Social. Al mismo tiempo, se decretó la obligación de las obras sociales de pagar a los hospitales de autogestión las prestaciones que sus beneficiarios demanden a estos últimos, la intervención de la ANSSAL en abril de 1993 y el nombramiento de la DG1 como agente fiscalizador, recaudador y ejecutor de los aportes y contribuciones de empleados y empleadores.

<sup>30</sup> En FADE (1999) pueden revisarse las diferentes normas que modificaron el sistema durante este período.

El hecho de que el mayor traspaso de afiliados se haya dirigido hacia las obras sociales de empresas y la amenaza que representaba la entrada de empresas de medicina privada para el poder sindical argentino, impulsó a que el gobierno eliminara, a fines de 1997, a las obras sociales de empresas del régimen de desregulación de las obras sociales. La opción de libre elección, de esta manera, quedó restringida en 1998 a las obras sociales sindicales, mixtas, de la administración central del Estado nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados y de personal de dirección. De todas maneras, las empresas de medicina prepaga encontraron la forma de acceder al mercado a través de contratos con las mismas obras sociales sindicales. La posibilidad de pactar planos diferenciales de salud entre los beneficiarios y las obras sociales sirvió de medio para que esto ocurriera. A finales de los años noventa existieron fuertes presiones para revertir esta medida y continuar avanzando en el proceso de desregulación del sector, incorporando, también, a las empresas prepagas. Por otra parte, el gobierno hizo públicos distintos proyectos para incorporar a los contribuyentes autónomos al seguro de salud<sup>31</sup>.

Desde el año 2000 se han sucedido algunos intentos de incrementar el componente redistributivo de las contribuciones sobre el salario que financian las obras sociales, mediante el aumento de los porcentajes de esas contribuciones que se destinan al Fondo de Redistribución de Obras Sociales. El decreto 446 del año 2000 dispuso que esos porcentajes fueran variables según el nivel salarial y con independencia del tipo de institución, y los estableció en el 10 (para salarios brutos menores a \$700), 15 (entre 700 y 1.500 pesos) y 20 (mayores de 1.500 pesos) por ciento. Este decreto fue suspendido en marzo de 2001, pero, en el año 2002, la emergencia sanitaria dispuesta por decreto 486 volvió a incrementar esos porcentajes de redistribución estableciéndolos entre el 10 y el 20 por ciento pero con diferentes valores para las obras sociales de personal de dirección.

Durante el proceso de reforma, se había señalado la intención de crear un organismo que regule el funcionamiento del sector en su conjunto. En un intento de responder a este objetivo, el gobierno creó en abril de 1998 la Superintendencia de Servicios de la Salud. Este organismo se encargará de controlar el sistema de obras sociales absorbiendo entre sus funciones aquellas antes realizadas por la ANSSAL. Siguiendo los pasos de la reforma, se observa que mientras los objetivos de regulación son claros respecto de las obras sociales sigue sin de-

<sup>31</sup> En un comienzo, se pensó en incorporarlos mediante un aporte por grupo familiar igual al valor de la prestación médica obligatoria más lo correspondiente para el Fondo Solidario de Redistribución. Luego, sólo se incluyeron los autónomos adheridos al régimen simplificado de pequeños contribuyentes.

finirse el marco regulatorio aplicable al sector de medicina privada y a la incorporación de los trabajadores autónomos. En el caso del PAMI, se introdujeron importantes modificaciones en su financiamiento. Este se redujo de manera significativa, primero por la transitoria reducción de las contribuciones patronales y, luego, por la caída de la base imponible.

Como puede observarse, las características del diseño del sistema de salud fueron definiéndose de manera desordenada y sin una articulación por parte del estado orientada a los objetivos perseguidos<sup>32</sup>. Queda claro que la introducción de la libre elección fue concebida como la solución para los problemas de eficiencia del sector. Por otra parte, la mayor presión sobre los recursos del sistema y del sector público en su conjunto, ha definido y puede definir importantes aspectos del sistema. A pesar de que éstos sean los rasgos más visibles del proceso no debe desconocerse, como se verá luego, la profunda transformación que están transitando los rasgos solidarios del sistema.

#### 4.3. Sector privado y provisión de medicamentos

Durante los últimos años no sólo se presenció una despreocupación por corregir las dificultades en materia de eficiencia y equidad de nuestro sistema sino que, peor aún, se siguieron políticas fragmentadas que ahondaron aún más la heterogeneidad y las iniquidades del sistema. En relación con el sector privado no sólo se siguió omitiendo la necesidad de establecer un marco regulatorio y la coordinación del mismo con el resto del sistema, sino que las políticas orientadas a los otros componentes del sistema dejaron más espacio para que actúe un sector donde el mercado no asegura la mejor asignación de los recursos ni mejoras en la equidad.

En ausencia de coordinación y de efectivo control por parte del Estado nacional, se pretende que la “regulación” provenga exclusivamente de la lógica impuesta por el mercado. Este ha ido mutando de manera permanente, generando nuevas oportunidades de negocios y formas organizacionales, incorporando nuevos actores e intereses, transformando las alianzas dentro del sector y, en definitiva, introduciendo cambios en los mecanismos de contratación entre subsectores. Todo ello sin atender al impacto sobre la salud de la población.

Con especial atención debe considerarse la configuración del mercado de medicamentos y otros insumos del sector que reciben una proporción elevada del gasto en salud. Allí, el libre funcionamiento del mercado genera soluciones ineficientes que tienden a desequilibrar aún más el sistema, gene-

rando graves iniquidades. En el caso específico de los medicamentos, idénticos productos pero de distintas marcas tienen grandes diferencias de precios; los precios difieren sustancialmente de los costos y generan beneficios extraordinarios a los productores, y, por efecto del sistema publicitario (tanto abierto como hacia los prescriptores) los perfiles de consumo difieren de las necesidades reales. Ante la presión que esos precios ejercen sobre los presupuestos públicos, de las obras sociales y de entidades de medicina prepaga, muchas veces se intenta reducir la cobertura de los medicamentos, cargando el sobrecosto al usuario. Pero si el tema es grave para quienes tienen ese tipo de cobertura, lo es más para aquellos que no están incluidos en sistema alguno; en este caso el costo recae totalmente sobre el paciente. Así, el sistema es particularmente perverso para quienes son los menos favorecidos socialmente.

#### 5. Evaluación de las reformas de los noventa

En esta sección nos hemos propuesto realizar una evaluación de la orientación que está tomando la reforma del sistema de salud de la seguridad social, poniendo el acento sobre su impacto en la equidad de su provisión y financiamiento. El punto de partida del mismo ha sido la caracterización del sistema de salud previo a la última ola de reformas como un “sistema de solidaridad fragmentada”. El sistema de obras sociales ofrece servicios de diferente alcance y calidad dependiendo de la rama de actividad en que se desempeñe el trabajador y los mecanismos de redistribución. Habiendo podido sólo compensar en parte estas diferencias, las han acentuado. A ello se le suma el carácter fragmentado del resto de los componentes del sistema entre los que se cuentan que la cobertura que brinda el sector público es diferente según el lugar de residencia de cada persona; y el desarrollo del subsector privado ha sido variable en cada localidad, dependiendo del funcionamiento de los otros dos subsectores. Adicionalmente, se ha visto que la conformación de este sistema de salud ha derivado en una utilización bastante ineficiente de los recursos, en donde la existencia de población cautiva de instituciones con motivaciones difusas ha jugado un papel central. El sistema que resultó, siendo fragmentado e ineficiente, derivó en serios problemas de equidad.

Hacia principios de los años noventa era muy evidente que el funcionamiento del sistema de obras sociales mostraba la existencia de importantes posibilidades de conseguir mejoras en la eficiencia. Tan serio es este problema en el subsector de la seguridad social que buena parte de las reformas al sistema de salud argentino, siguiendo un enfoque sumamente parcial, han pretendido lograr mejoras atacando solamente la cuestión de la población cautiva en las obras sociales sindicales, mediante la introducción de mecanismos de libre elección de los afiliados.

El camino efectivamente adoptado consistió en buscar que cada beneficiario eligiera donde aten-

<sup>32</sup> Resulta llamativo que la racionalidad que se ofrece en algunos documentos oficiales y, en especial, en las actas de acuerdos entre el gobierno nacional y organismos internacionales de financiamiento responda a una construcción *ex post* de las medidas desordenadamente adoptadas y no de una definición previa de un camino de reformas a seguir.

derse, pero, a diferencia de la propuesta previa, esa elección la realiza llevándose consigo su propia carga salarial destinada al sistema de obras sociales. Si un trabajador de ingresos altos afiliado a una obra social correspondiente a un gremio de ingresos medios bajos no está conforme puede migrar hacia otra obra social con mejor atención que, posiblemente, sea de un gremio con ingresos medios altos. En este caso no se lleva consigo el aporte medio de su obra social original sino su propio aporte (el 7.2 por ciento de su salario<sup>33</sup>). Si todos los trabajadores de ingresos altos toman una actitud de este tipo la consecuencia será una fuerte concentración de los afiliados de salarios altos en pocas obras sociales (o en los planes más caros de cada obra social) y, simultáneamente, caerá aún más el financiamiento de las obras sociales más pobres, motivado por la fuga de los afiliados con mayores aportes. En el caso contrario, si es un afiliado de salario bajo quien decide emigrar a una obra social mejor financiada, ésta tiene fuertes incentivos para ejercer mecanismos de selección adversa. En este caso, es el propio régimen quien la habilita a hacerlo ya que el decreto 504 del 12 de mayo de 1998 la obliga a dar sólo las prestaciones comprendidas en el Programa Médico Obligatorio para estos casos, creando un plan diferencial (de menor cobertura) al de sus propios afiliados<sup>34</sup>. Si bien es claro que éste no será un fenómeno instantáneo, paulatinamente el sistema avanzará hacia un mayor grado de fragmentación y desigualdad. Al abrirse la posibilidad de crear planes diferenciales en cada obra social, esa mayor fragmentación podría darse dentro de cada institución.

Para compensar esta tendencia, el gobierno había definido esa cobertura mínima (PMO), al que se hizo referencia en el párrafo anterior. A ella acceden todos los afiliados (titulares y sus familias), de cualquier obra social. Para asegurar su financiamiento, el Estado Nacional garantiza que la cotización mensual de cada trabajador no quede por debajo de \$40<sup>35</sup>. Si ello ocurre la ANSSAL transfiere a la obra social correspondiente la diferencia entre ese monto y el aporte efectivo de cada titular. Así definido, el financiamiento efectivo para cada caso variará de

acuerdo con el tamaño del grupo familiar. Significa 10 pesos mensuales por cada uno de los integrantes de un grupo familiar de cuatro personas, y 40 pesos si es un trabajador soltero<sup>36</sup>. En consecuencia, cualquier obra social, por cada trabajador que esté dentro de esa obra social y gane menos de pesos 500 (ya que la carga que financia las obras sociales es del 8 por ciento del salario, y el 8 por ciento de pesos 500 es pesos 40) recibe un subsidio estatal de lo que le falte para que el aporte sea de pesos 40.

Aquí no vamos a tratar el problema del financiamiento de este programa. Es una cuestión más compleja, relacionada con aspectos fiscales. Pero, de todos modos, queda claro que su financiamiento no está asegurado en el diseño del programa. No obstante, en la medida en que el sistema avance hacia un esquema en donde los más ricos eligen coberturas que cubran todo su aporte al sistema de salud (obra social o privado), y los más pobres queden en un sistema en donde quedan cubiertos por este programa estándar, tiende a desaparecer el rasgo solidario, aunque fragmentado, de la seguridad social (es decir, el criterio redistributivo entre asalariados dentro cada rama de actividad). Por otra parte, el hecho de que la provisión del programa obligatorio para “los pobres” esté garantizada por el Estado, implica una mayor acentuación de las desigualdades dentro del sistema. Los gastos por sobre el nivel definido en ese programa deberán ser cubiertos por el bolsillo de cada uno en el sistema privado. En consecuencia, y volviendo a la presentación gráfica, el sistema podría derivar en un esquema como el que se observa en el gráfico 5. Obviamente, se trata de una especulación realizada sobre el conocimiento de los factores que han determinado el funcionamiento del sistema de salud argentino en los últimos años. No obstante, su desarrollo efectivo dependerá de una diversidad de elementos, entre los que se cuentan las eventuales medidas correctivas que, esperemos, sean incorporadas en el futuro. En términos del modelo antes presentado, queda por saldar, asimismo una discusión sobre el tipo de principio que se va a consolidar. De la observación gráfica, queda claro que la diferencia entre un modelo igualitario y uno libertario moderado descansa, en buena medida, sobre cuestiones de nivel. Hay un nivel de prestación básica que acerca el último modelo a uno diseñado de manera igualitaria.

<sup>33</sup> El restante 0.8 por ciento de carga esta destinado al Fondo Solidario de Redistribución.

<sup>34</sup> La idea de crear planes diferenciales ya estaba implícita en el decreto 576 del 11 de abril de 1993. Este, al reglamentar el artículo 16 de la ley 23.660 establecía: “Los trabajadores y empleadores de manera individual o colectivo, pueden pactar entre sí o con el Agente del Seguro, pues constituyen parte de su salario diferido y cubierto. Los trabajadores y empleadores de manera individual o colectiva, pueden pactar entre sí o con el Agente del Seguro respectivo un aporte adicional. Las obras sociales podrán recibir aportes y contribuciones voluntarias adicionales”.

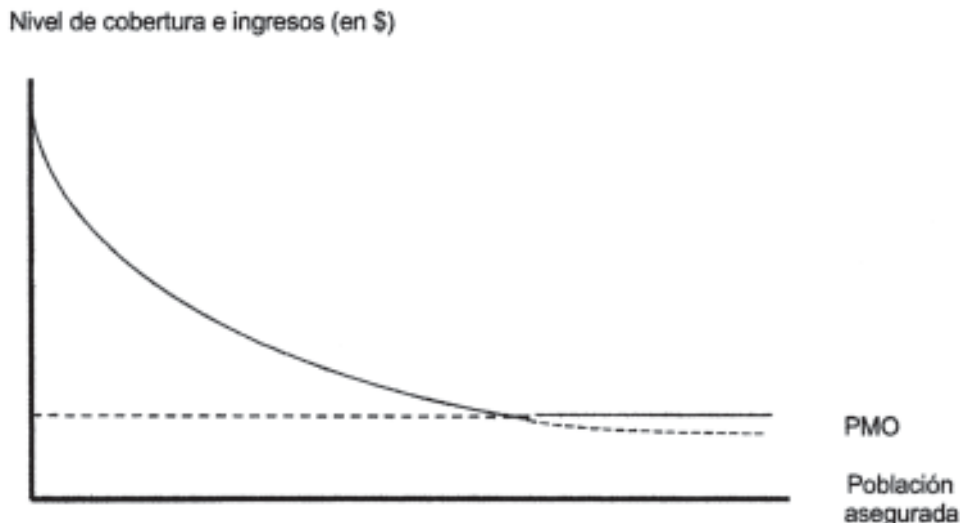
<sup>35</sup> Originalmente el monto garantizado era de pesos 30 por mes, acuerdo con el decreto 372/95. Luego, la presión sindical logró aumentar ese monto a pesos 40.

<sup>36</sup> El Poder Ejecutivo sancionó el decreto 1.359/98 mediante el cual se intentaba solucionar esa discriminación en contra de las familias numerosas, redefiniendo el subsidio. Allí se establecía que la cotización mínima garantizada sería de pesos 22.40 por afiliado titular y pesos 11.50 por familiar a cargo.

Inexplicablemente, esa medida fue dejada en suspenso mediante decreto 60/99.

Gráfico 5.

**Nivel de cobertura y aportes para la salud del sistema de seguridad social: tendencia implícita en las reformas de los noventa**



Un aspecto especial a tener en cuenta es el riesgo que corre el PAMI de transformarse en un sistema asistencial destinado a las personas mayores de edad. Si ello llegara a suceder (en realidad ya sucede parcialmente) se quebraría el pacto intergeneracional que estableció que los activos sostienen la cobertura de salud de los pasivos bajo el acuerdo implícito de que los futuros activos darían el sostén financiero de su propia cobertura cuando pasen a engrosar la población pasiva. Adicionalmente, la decisión de reducir los recursos de asignación específica al PAMI pone en peligro el nivel de financiamiento del programa que atiende a la población con mayor riesgo de enfermarse. Con independencia del debate sobre cuál es la mejor manera de atender los gastos en salud de esta población, la política actual, consistente en desfinanciar el PAMI, no obedece a la resolución de ese tipo de debates sino, muy por el contrario, a la necesidad de reducir el costo laboral, afectando el financiamiento del sector de la salud. Más allá de esto, la perspectiva de restricciones fiscales cada vez mayores hacen evidente que el respaldo estatal es limitado.

Por otra parte, el impulso que se dio en 1999 a la licitación de las prestaciones del PAMI en “redes nacionales de atención” impondrá una responsabilidad precisa sobre los recursos que deberían transferirse al sector privado para la atención de los pasivos, en un acuerdo en el que la falta de capacidad de control del estado y la falta de preocupación por el desarrollo de mecanismos e incentivos de regulación, permitan prever que las contraprestaciones no serían las deseadas. La mayor parte de los argumentos que apoyan esta salida se basan en los beneficios de la libre competencia de las redes de atención. Es muy importante tener en cuenta la existencia de deficiencias significativas en la oferta de

servicios de salud para conformar estas redes y las posiciones dominantes que generará el poder de contratación de estas redes. Es evidente que sin un Estado con una clara capacidad de regulación sobre el sector privado, el libre juego de las fuerzas del mercado no permitirá solucionar los problemas de calidad y cobertura de los servicios de salud que el importante nivel de recursos con el que se cuenta debiera permitir.

Los cambios en la seguridad social fueron acompañados, además, por una fuerte fragmentación en el nivel de atención asegurado por la salud pública. Las políticas de descentralización no fueron acompañadas de las medidas y los recursos necesarios, tendiendo a consolidar sistemas de salud autónomos sin coordinación a nivel nacional. La reforma de la seguridad social, de esta forma, se inserta en un contexto en el que tampoco es posible especular con la existencia de un nivel único básico de cobertura para todos los habitantes brindado por el sector público.

El sector privado, por su parte, ya había tenido en las últimas dos décadas un importante desarrollo, especialmente en los centros urbanos del país, como proveedor de las obras sociales y de los hospitales públicos. En los últimos años, los cambios en las modalidades de contratación de las obras sociales y los mayores incentivos generados por la libre elección basada en cápitas diferenciales, han determinado mayor espacio para la actividad privada con fines de lucro. El sector privado ha tomado una actitud ofensiva, tratando de captar porciones crecientes del mercado. La ausencia de instancias de regulación y coordinación del sector permite que esté cambiando aceleradamente, con independencia de la instrumentación de las diversas reformas propuestas. Muchas obras sociales se están des-



prendiendo de sus responsabilidades de operadores del sistema de salud y realizan contratos de capitación con gerenciadoras de servicios de salud a cambio de una porción de los ingresos. El sistema de seguridad social termina por resignar su función “social” y, ante la ausencia de una planificación pública de la salud, el sector privado va ocupando espacios que dejan los restantes subsectores y, atravesando fuertes cambios con la incorporación del capital financiero, organiza su provisión con el objetivo de conseguir una gran rentabilidad en un sector en donde encuentra grandes posibilidades de ganar eficiencia. En función de ello se han producido importantes mutaciones en las formas de contratación y la introducción en el mercado de la salud de nuevos grupos económicos, locales y extranjeros, con intereses que superan en mucho las fronteras del sector.

La diferencia con las reformas que se están haciendo en los sistemas de salud de países desarrollados (en especial de Europa y Canadá) es notable. En estos países, la introducción de nuevos sistemas de incentivos relacionados con la elección de los beneficiarios tiende a hacer más eficiente el sistema con el objeto de liberar recursos del presupuesto público para tener una mejor provisión de otros bienes sociales, o mejorar la calidad de la propia oferta de salud. Son políticas que benefician al consumidor en sistemas básicamente regulados y monitoreados por el Estado<sup>37</sup>, y, más aún, con una fuerte presencia de la provisión pública. En la Argentina, en cambio, ante la ausencia de una clara política sectorial, la pérdida de los componentes solidarios dentro de la seguridad social y el retiro de los componentes públicos, se produce una importante afluencia de capitales privados que llegan al sector atraídos por el incentivo de fuertes ganancias en la eficiencia que podrán apropiarse privadamente.

En este sentido, creemos que se desprende de los argumentos aquí presentados, que el sistema de salud de la seguridad social, generalmente calificado como altamente ineficiente, está transitando un riesgoso camino hacia la pérdida de sus componentes solidarios, sin que se asegure desde el Estado que las ganancias de eficiencia se traduzcan en mejoras en la calidad y extensión de la cobertura. Es por ello que las reformas necesarias debieran comenzar por la definición de una política global del sector incluyendo en esa definición la modalidad buscada en materia de equidad y el modelo institucional que permita su instrumentación. Sabemos que la tarea no es sencilla e involucra aspectos de muy variada naturaleza, incluyendo la definición de la nueva ley de coparticipación de impuestos que de-

terminará el financiamiento de los sistemas provinciales de salud<sup>38</sup>.

## 6. Reflexiones finales

Las reformas son la respuesta a profundos procesos de crisis que hacían inviable la continuidad de los sistemas previos. No obstante, no se ha dado solución a los graves problemas que padecían las obras sociales. Estas siguen presentando problemas de financiamiento, cobertura, eficiencia y corrupción. Teniendo en cuenta lo hasta aquí presentado introduciremos algunas reflexiones sobre las líneas de reforma más importantes que, a nuestro entender, debieran ser discutidas e instrumentadas en los próximos años.

En relación con las obras sociales, resulta obvio que no se pueden plantear propuestas de reforma exclusivas para este subsector proveedor de servicios de salud. Cuando se intenta dar una mirada de conjunto al funcionamiento del sector, a la distribución del financiamiento y a las diversas modalidades adoptadas por la población para sobrevivir en esta compleja trama, se concluye que la Argentina tiene una atención sanitaria costosa e injustamente distribuida. La ineficiencia y la injusticia obedecen a razones profundas sobre las que es posible actuar si se cuenta con la voluntad política y la competencia para hacerlo. Asimismo, es obvio que las políticas de salud, por mejor diseño y esfuerzos en su aplicación, serán incapaces de morigerar, por sí solas, los efectos y las consecuencias de una distribución más regresiva del ingreso y de la exclusión social asociada con el desempleo y con la precarización laboral.

Será necesario revertir la desarticulación de la política de salud. El objetivo de mediano plazo de las reformas propuestas será la coordinación de un sistema de salud que integre las iniciativas de los diversos subsectores en el logro de un sistema equitativo de cobertura universal. Se deberá pasar de un sistema caracterizado por ineficiencias, corrupción, baja calidad e injusticias a otro donde la acción pública sea el eje de la política sanitaria, sin ser, necesariamente, el sector público su efector central. No se trata de una creación mágica destinada a resolver los serios problemas que afectan la salud de los argentinos. Se sugiere, en cambio, seguir un sendero de reformas que tiendan a la paulatina integración de los subsectores.

No obstante, es imposible ofrecer una reflexión sobre las falencias del sistema argentino de salud y propuestas de reformas con independencia de las dramáticas alternativas que están marcando la situación económica general. La Argentina ha atravesado un largo período recesivo que, desde mediados de 2001, se ha convertido en una de las crisis más graves de la historia del país, afectando el fun-

<sup>37</sup> Se debe llamar la atención a su vez, sobre la gran diversidad de sistemas de salud existentes. Es por ello que Freire se preocupa por evitar el “contrabando de reformas” que consistiría en adoptar acríticamente propuestas cuyo mayor mérito es haber sido llevadas adelante en otro país. Véase Freire (1997), p. 10.

<sup>38</sup> Este tema es abordado en el Cetrángolo, O y Jiménez, J.P. (1996).

cionamiento del país en su conjunto. En las actuales circunstancias, aparecen urgencias de tal magnitud que estamos obligados a repensar las diferentes propuestas de reforma sectoriales.

En el campo de la salud, y como resultado de la espectacular devaluación de la moneda doméstica, a mediados de 2002 es necesario revisar el diagnóstico que establecía una cierta suficiencia del gasto en salud por habitante. En efecto, el cuadro 5 es por demás elocuente de las dificultades presentes y del impacto de la macroeconomía sobre la organización sectorial. Allí se comparan las últimas estimaciones oficiales de gasto en salud, correspondien-

tes al año 2000, con proyecciones propias para el corriente año.

Aun cuando pueda mantenerse el nivel de gasto en relación con el producto, la nueva relación cambiaría define un nivel exiguo en términos de insumos importados, medicamentos y otro tipo de tecnología cuyos costos estén asociados al tipo de cambio. Sin duda, esta crisis afecta con mayor fuerza a la seguridad social y al sector público. La primera por tener sus ingresos asociados al salario y el segundo por la grave crisis fiscal. De todos modos, también es de esperar una fuerte reducción del gasto privado real por parte de los sectores de mayores ingresos.

**Cuadro 5 Gasto en salud en Argentina: 2000-2002**

	(como % del PBI)		(u\$s por habitante)	
	2000	2002	2000	2002
Público	1.98	1.54	157	44
Seguridad social	2.09	2.92	231	59
Privado	4.24	4.08	335	115
<b>TOTAL</b>	<b>9.14</b>	<b>7.71</b>	<b>723</b>	<b>218</b>

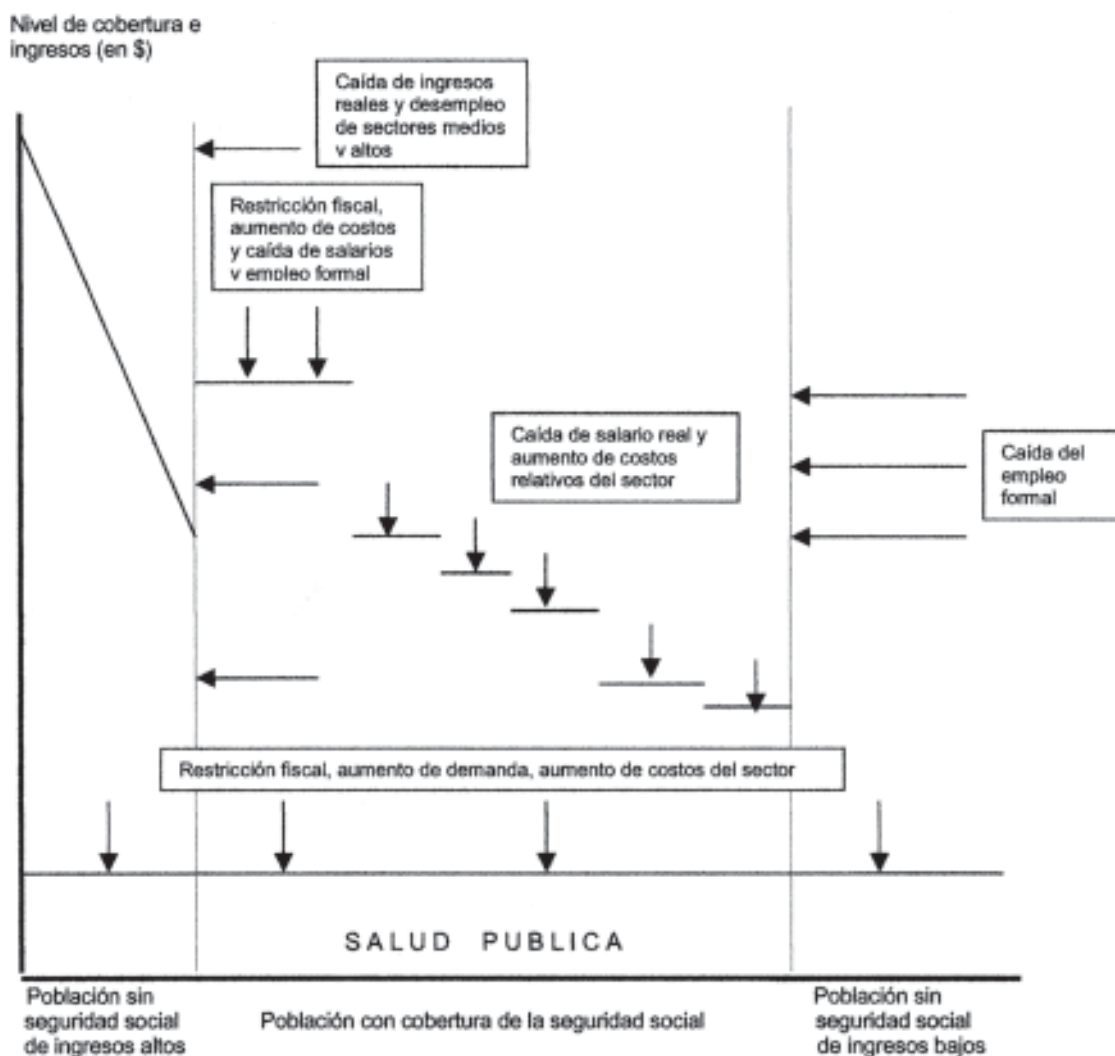
El gobierno nacional ha recompuesto los niveles de carga sobre la nómina salarial que regía a principios de los noventa y ha tratado de paliar el incremento de los costos en medicamentos. En este sentido, a comienzos de 2002, el gobierno impulsó la adopción de los nombres genéricos de los medicamentos con el objeto de facilitar el acceso a los mismos. Esta medida está destinada a permitir la compra de medicamentos a menores precios y, por lo tanto, inducir una reducción del importante diferencial de precios existente en el mercado. A su vez, también debería atenuar el impacto de la devaluación en el sector. Para que este tipo de política sea efectiva debe ser complementada con un eficaz control de calidad. Por su parte, también se eliminaron los aranceles sobre la importación de insumos para la salud y redujo la presión impositiva sobre parte del sector al reducir el IVA sobre las compras importadas, medida, esta última, que beneficia a la seguridad social y al sector público, por estar exentos del IVA sobre sus ventas.

Como se trata de ilustrar en el gráfico 6, la crisis macroeconómica significará un serio deterio-

ro tanto en el nivel como en la distribución de la cobertura de salud de la población. La caída en el empleo formal reduce la población cubierta por la seguridad social, que, a su vez, deberá reducir su nivel efectivo de cobertura como consecuencia de la caída de sus ingresos por beneficiario o (producto de la caída en los salarios reales) así como el incremento relativo de sus costos<sup>39</sup>. Adicionalmente, la obra social de los jubilados y pensionados (PAMI) sufrirá como consecuencia de la menor disponibilidad de recursos por parte del sector público para atender sus necesidades. La caída en los ingresos reales y el mayor desempleo que afecte a los sectores de medianos y altos ingresos afectará, a su vez, la cobertura de la población que adquiere seguros voluntarios y genera un mayor gasto directo. Por último, la salud pública está sufriendo las consecuencias de una profunda crisis fiscal y financiera que reduce los presupuestos sectoriales para hacer frente a una cada vez mayor población que busca cobertura en los hospitales públicos de las diferentes regiones del país.

<sup>39</sup> En efecto, los precios relevantes para definir el financiamiento de la seguridad social son los relativos entre los salarios y los costos sectoriales, muy influidos, a su vez, por el precio de los insumos.

Gráfico 6.

**Impacto de la crisis económica sobre la cobertura del sistema de salud argentino**

Retomando el argumento del documento, en los próximos años los gobiernos deberán preocuparse por mejorar las condiciones de salud de la totalidad de la población y por reducir drásticamente las diferencias de cobertura entre los habitantes. No es admisible que el acceso a niveles aceptables de atención dependa de la ubicación social o geográfica. La política deberá estar centrada en el desarrollo de los diferentes componentes de la atención primaria de la salud (en especial la medicina preventiva), que deberán llegar a todos los ciudadanos. Esto servirá para revertir las iniquidades y los problemas de alcance que presenta hoy la medicina preventiva derivados del excesivo peso que tiene el gasto hospitalario y la inexistencia de una adecuada articulación de las diferentes instituciones en redes de atención. Asimismo, la reforma de la salud

pública, articulada sobre un programa de atención primaria, será el pilar sobre el que se asentará la integración del sector, por lo que deberá ser encarada, así como las restantes políticas de reforma, teniendo en mente los lineamientos del objetivo de largo plazo. Ciertamente, su efectiva consolidación dependerá de las capacidades institucionales, las relaciones entre los sectores, los recursos disponibles, y las reacciones de los diferentes actores.

Las serias debilidades que presenta la salud pública no pueden ser enfrentadas con los instrumentos incluidos en el exiguo presupuesto de la administración nacional destinado a la salud y, como se señaló, una porción mínima del monto que los argentinos gastamos en salud se integra en una estrategia sanitaria nacional. En este sentido es necesario introducir en el diseño de la distribución de

recursos coparticipados mecanismos que incentiven la adopción de políticas nacionales consensuadas en el Consejo Federal de Salud y que tiendan a compensar las fuertes iniquidades regionales existentes. Debe tenerse en cuenta que la creciente importancia de un peculiar sistema de seguridad social, estrechamente ligado al sindicalismo y con fuertes resistencias al control; la existencia de un programa específico para la población pasiva; la ausencia de control y regulación de la medicina privada y, por último, la descentralización de la salud pública hacia provincias y municipios han quitado peso a la política nacional.

La historia del subsistema de obras sociales tiende a desalentar las expectativas de éxito de las iniciativas diseñadas para disciplinarlo en aras de los objetivos de una política de salud. Es por ello que, aun cuando los mecanismos de mercado no aseguren necesariamente mejoras en la asignación de recursos en este sector, creemos necesario seguir avanzando en la eliminación de barreras a la competencia con el objeto de limitar la apropiación privada de rentas asociadas a la peculiar estructura del subsector y encuadrarlo tras los objetivos de la política de salud.

Un aspecto que debe ser reformulado urgentemente es el diseño financiero que, durante los últimos años, ha acompañado el proceso de libre elección. Como se ha visto, el mecanismo elegido tiende bajo el diseño actual a la consolidación de un sistema muy poco solidario. Si bien en el año 2002 el gobierno estableció un incremento en el nivel de prestaciones mínimo al que tienen acceso todos los beneficiarios de sistema de seguridad social a través del incremento de los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, se debe continuar aumentando ese nivel tendiendo a un sistema que permita la libre elección pero con una cápita uniforme que, como sucede en el caso colombiano, podría ser corregida por riesgo con el objeto de prevenir algún tipo de selección adversa. Debe ponerse especial énfasis en restringir la existencia de copagos y co-seguros con el objeto de que los sectores con mayor disponibilidad de fondos no logren apropiarse privadamente del financiamiento colectivo al sistema. En el largo plazo, si se logra eliminar el financiamiento con cargas sobre la nómina y se avanza hacia un sistema financiado con recursos presupuestarios (al estilo inglés o canadiense) se podría arribar a un esquema financiero más razonable. En el corto plazo, la fuerte restricción fiscal hace imposible transitar ese camino.

Sin duda, se requerirá extremar los esfuerzos para asegurar el logro de objetivos en el subsector acordes con la política nacional de salud. Se deberá avanzar en dos frentes: afianzar la competencia por la cobertura a ser ofrecida con esas cargas puede ser un mecanismo para enfrentar la consolidación de población cautiva en cada institución, y concentrar las energías en la reformulación de las prácticas regulatorias del sector, en especial, atendiendo

a la nueva configuración sectorial dominada por diferentes tipos de intermediarios.

Para ello, se deberá modificar drásticamente la operatoria de la actual Superintendencia de Salud para transformarla en un organismo básicamente técnico y ajeno a los intereses de los sectores o personas que conforman la oferta sectorial. Su personal deberá ser altamente calificado, bien remunerado e independiente de los intereses políticos y sectoriales. Aún cuando sea difícil avanzar en este sentido y demande de una compleja negociación política, queda claro que será imposible mejorar la atención médica de la población trabajadora y sus familias y, asimismo, lograr la integración de este subsector en la política de salud, si no se reforma profundamente la citada superintendencia. Esta misma deberá ser la encargada de fiscalizar los contratos y gestión del PAMI. Para cumplir con estas metas deberán hacerse efectivos dos requisitos: la clara definición de la política sectorial y de las responsabilidades del subsector, y un fuerte fortalecimiento institucional para dotarlo del mejor nivel técnico.

De manera especial, debe ponerse particular cuidado en uno de los componentes de nuestro sistema de salud que demanda una urgente reforma: la atención de la población de la tercera edad. En su momento, la introducción del PAMI significó una innovación que posibilitó un importante desarrollo de la cobertura para los jubilados y pensionados. Hoy, se hacen evidentes las dificultades que presenta este tipo de cobertura como resultado de problemas institucionales internos y de la reducción de su financiamiento y queda al desnudo la ausencia de una filosofía de protección para la tercera edad. Si no se modifica el rumbo, en el mediano plazo serán crecientes las falencias de cobertura para este sector como consecuencia de los problemas de empleo y el envejecimiento de la población. Una alternativa que debiera ser evaluada con suma cautela es la descentralización selectiva del PAMI hacia jurisdicciones que presenten una adecuada capacidad técnica y diseño institucional para brindar cobertura a la población anciana mejorando la red de atención regional. No obstante, ésta no puede ser una política de reforma generalizada a la totalidad de las jurisdicciones.

Si bien se requieren algunas medidas de emergencia en el corto plazo (asegurar su financiamiento, auditorías, redefinición de los mecanismos de contratación, tratamiento de la población menor de 60 años<sup>40</sup>), en el mediano plazo se deben buscar alternativas de reformas flexibles que logren cambiar los incentivos para el personal, fortalezcan los sistemas de control e incrementen la participación de los usuarios. En algunos, cuando el gobierno pueda asegurar la atención de los afiliados y su financiamiento, podrán ser atendidos en algunas obras sociales. Asi-

<sup>40</sup> El PAMI es la obra social con mayor cantidad de niños. Existen, asimismo, 500.000 afiliados al PAMI menores de 20 años.



mismo, y aunque sólo pueda ser llevado a cabo parcialmente y siguiendo un objetivo de largo plazo, se debe avanzar paulatinamente y con mucho cuidado hacia la descentralización de este programa, constituyendo segmentos regionales con mayores posibilidades de control y favoreciendo su articulación con las futuras redes provinciales de atención. En lugar de proponer la formación de redes de negocios que puján por la apropiación de recursos equivalentes a medio punto porcentual del producto a costa de la atención de la población que requiere mayores cuidados, el desafío es lograr la integración de esas prestaciones a la red de un sistema de salud.

Antes de eso, y volviendo a hacer una referencia a la crítica situación actual, el gobierno deberá decidir hacia dónde deben ser destinados los exiguos fondos públicos disponibles. En ese sentido, las medidas que tiendan a mantener ciertos niveles aceptables de cobertura pública en todo el territorio del país e introducir reformas tendientes a fortalecer la atención primaria debieran ser consideradas prioritarias. Más allá de ello, mucho de lo que pase en el sector durante los próximos años dependerá de la evolución que presente la propia crisis macroeconómica.

### Referencias bibliográficas

- Banco Mundial (1993), Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud. Washington.
- Bertomeu, M. y Vidiella, G. (1996), “Asistir o capacitar. En defensa de un derecho a la salud”, Perspectivas Bioéticas en las Américas, Año 1, N° 1, Primer Semestre, Buenos Aires.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997), “Descentralización de los servicios de salud en la Argentina”, Serie Reformas de Política Pública 47, CEPAL, Santiago de Chile.
- Caines, E., y otros (1997), Reformas sanitarias y equidad, Fundación Argentina, Madrid.
- Cetrángolo, O., Damill, M., Katz, J., Lerner, L. y Ramos, S. (1992), “Desregulación y salud. Un análisis de la reforma del sistema de obras sociales”, Documento de Trabajo N° 2, Instituto para el Desarrollo Industrial, Buenos Aires.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (1998), “Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad”, Serie Estudios N° 27, CECE, Buenos Aires.
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. (1996), “Apuntes para el diseño de un nuevo régimen de Coparticipación Federal de Impuestos”, Serie Estudios N° 13, CECE, Buenos Aires.
- Di Gropello, E. y Cominetti, R. (compiladores) (1998), La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana, CEPAL, Santiago de Chile.
- Dunlop, D. y Martins, J. M. (1995), An International Assessment of Health Care Financing: lessons for developing countries, Economic Development Institute of The World Bank, Washington.
- Freire, J. M. (1997), “Introducción”, en Caines, E., y otros.
- FADE (1999), “La salud en Argentina. Un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas”. Documento de Trabajo N° 13, Buenos Aires.
- Hsiao, W. (1995), “A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance”, en Dunlop, D. y Martins, J.
- INDEC (1991 y 2001), Censo Nacional de Población y Vivienda, Buenos Aires.
- Katz, J. y Muñoz, A. (1988), Organización del sector salud. Puja distributiva y equidad, CEAL-CEPAL, Buenos Aires.
- Lima Quintana, L., Levcovich, M. y Díaz Muñoz, A. R., Cobertura de servicios para el cuidado de la salud. Alcances del PMO (Mimeo), AES, Buenos Aires, 1999.
- Musgrove, P. (1983), “La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación”, en Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, diciembre, OPS, Washington.
- Saltman, R., “Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad”, en Calnes y otros (1997)
- Secretaría de Desarrollo Social (1999), Encuesta de Desarrollo Social SIEMPRO-INDEC. Condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.
- Sen, A. (1992), Inequality Reexamined, Harvard University Press. Russel Sage Foundation, N. York.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. y Paci, P. (1989), “Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons”, en Oxford Review of Economic Policy, Vol. 5, N° 1, Oxford University Press, Oxford.

### 5

### Inserción solicitada por la señora diputada Ocaña

*Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de minoría de la Comisión de Asuntos Constitucionales en los proyectos de ley de los señores diputados Urtubey, González (O.F.) y otros y Molinari Romero por los que se modifica la ley 23.298, orgánica de los partidos políticos*

Queremos fundamentar nuestro dictamen de minoría y el voto de nuestro bloque Alternativa respecto del proyecto en tratamiento.

Vamos a acompañar con nuestro voto positivo, ya que acompañamos la idea del proyecto en análisis, en cuanto se refiere a disminuir los requisitos necesarios para la constitución de partidos políticos, pero creemos que esta modificación es insuficiente para dar respuesta a la crisis de representatividad de la que tantas veces hemos hablado en este recinto, por lo que proponemos modificar el régimen de nominación de candidatos a cargos públicos electivos nacionales.

No hace falta recordar que esta crisis de representatividad quedó fuertemente evidenciada en las elecciones de octubre de 2001. Una importante fracción del electorado votó en dicha ocasión en contra del sistema en general; ya se oían reclamos que exigían la renovación de las viejas estructuras partidarias anquilosadas y nuevas formas de participación ciudadana.

Ese reclamo fue un grito unánime a partir de las manifestaciones del 19 y 20 de diciembre, donde la expresión “que se vayan todos” fue el reclamo central de vastos sectores sociales en la Argentina. Esta crisis de la representación partidaria se ha evidenciado en la cantidad de nuevos partidos presentados para ser reconocidos en todo el país ante la justicia electoral; solo en la ciudad de Buenos Aires han sido reconocidos 40 nuevos partidos y 110 presentaciones esperan ser aprobadas.

Por eso, creemos que la propuesta contenida en el dictamen de la mayoría es insuficiente, ya que es imprescindible la búsqueda de mayores niveles de representatividad de los candidatos a través de nuevos mecanismos como los propuestos en nuestro dictamen de minoría. No es suficiente con bajar los requisitos de los partidos políticos, que a la vez concentran y siguen monopolizando las candidaturas, sino abrir la participación en serio, lo que quiere decir, abrir los partidos políticos y la posibilidad de que se presenten candidaturas independientes y que asociaciones de ciudadanos puedan presentar listas, a fin de canalizar distintas manifestaciones populares.

Esta sería a nuestro entender una verdadera apertura que no debilitaría, como muchos sostienen a los partidos, sino que los fortalecería, obligándolos a que ofrezcan sus mejores candidatos, mejorando la competencia electoral.

Incluso, mucha de las asociaciones de ciudadanos probablemente encontrarían un cauce mediante la organización de partidos políticos.

Actualmente, los partidos políticos poseen el monopolio de la postulación de las candidaturas, conforme lo establece el artículo 2º de la ley 23.298. De tal forma se impide que los actores principales de los procesos electivos –los/las ciudadanos/as– se motiven y participen a través de candidaturas independientes surgidas de ellos/as mismos/as.

Por lo que el dictamen de minoría promueve la regulación de las candidaturas extrapartidarias, de forma tal de garantizar los derechos políticos de los/as, ciudadanos/as a ser elegidos/as, conformando una regulación razonable del artículo 23 del Pacto de San José de Costa Rica, que reconoce el derecho de todos/as los/as ciudadanos/as de votar y ser elegidos/as en elecciones periódicas auténticas, y establece que “la ley puede reglamentar el ejercicio de los derechos y oportunidades a que se refiere el inciso anterior exclusivamente por razones de edad, nacionalidad, residencia, idioma, instrucción, capacidad civil o mental, o condena por juez competente en proceso penal”. El artículo 25 del Pacto Internacional de De-

rechos Civiles y Políticos guarda marcada analogía con la norma anteriormente citada.

La modificación propuesta conlleva la ampliación del menú de los/as candidatos/as elegibles, otorgando así mayores posibilidades al electorado de poder optar por aquel/lla candidato/a que mejor represente sus intereses y perfeccionando de esta forma el régimen republicano representativo asumido por la Nación, conforme al cual el pueblo es la fuente originaria de la soberanía, y el modo de ponerla en ejercicio es el voto de los/as ciudadanos/as a efectos de constituir directa o indirectamente a las autoridades de la Nación (“Fallos”, t. 168, p. 130).

Las candidaturas independientes tienen una serie de ventajas entre las que podemos mencionar: alienan la participación de los sectores que no se sienten identificados con los candidatos propuestos por los partidos, creando, así, nuevos canales de participación ciudadana, a la vez que estimulan una competencia en la cual los partidos políticos resultan impulsados a presentar sus mejores candidatos.

La exclusividad de los partidos políticos para la nominación de candidatos ha despertado diversas críticas desde distintos sectores, principalmente debido a la mencionada ruptura actual entre la dirigencia gubernamental y las necesidades de la sociedad. La crisis de representatividad por la que atravesamos se evidencia no sólo en los fuertes cuestionamientos hacia los políticos, que se formulan día a día, sino también en los canales de participación, como las asambleas barriales, movimientos de trabajadores o de desempleados partidariamente independientes que han avanzado de la posición meramente crítica hacia la formulación de propuestas.

La reforma constitucional de 1994, al sancionar el nuevo artículo 38 no introdujo novedades en este aspecto, y se limitó a reconocer la competencia de los partidos para postular candidatos/as, sin establecer ni prohibir su exclusividad en la materia. Dispone en lo que aquí interesa el citado artículo: “Su creación [de los partidos políticos] y el ejercicio de sus actividades son libres dentro del respeto a esta Constitución, la que garantiza su organización y funcionamiento democráticos, la representación de las minorías, la competencia para la postulación de candidatos a cargos públicos el acceso a la información pública y la difusión de sus ideas.”

Es decir, sin lugar a dudas la voluntad del constituyente ha sido que los partidos postulen candidatos/as, pero de ninguna forma ha prohibido la participación en las elecciones de candidatos/as. De forma tal que, en atención al texto del artículo 38 de la Constitución Nacional, lo que la ley no puede hacer es desconocer dicha facultad a los partidos políticos para la nominación de candidatos/as, pero al no tener competencia exclusiva nada impide que se regule la postulación de candidatos/as extrapartidarios/as.

En este orden de ideas, la presente propuesta regula la presentación de candidaturas extrapartidarias, estableciendo requisitos mínimos que se consi-

deran indispensables a fin de asegurar cierta legitimidad para participar en la contienda electoral, y disponiendo las adecuaciones a la Ley de Partidos Políticos y al Código Electoral Nacional que resultan necesarias para su implementación.

En efecto, al aumentar la oferta electoral se ejerce una presión competitiva sobre los partidos, obligándolos a mejorar su propia oferta, lo cual contribuye a estimular la oxigenación y rotación de las estructuras partidarias. De modo tal que el presente proyecto de ninguna forma tiende a menoscabar o desconocer el carácter de los partidos como instituciones fundamentales del sistema democrático sino que, por el contrario, pretende obtener una mejor representatividad de nuestros gobernantes, y a la vez ello va a obligar a los partidos a fortalecer y actualizar su estructura, dirigencia, propuestas y doctrina.

Las candidaturas extrapartidarias se encuentran previstas en diversos países. En algunos de ellos se prevé la presentación de candidatos/as, independientes, individualmente; otros, regulan la propuesta de candidatos/as por asociaciones o agrupaciones cívicas. En general, los requisitos establecidos para la de postulación de candidaturas extrapartidarias son inferiores a los establecidos para la constitución de partidos políticos, lo cual es razonable, teniendo en cuenta que los últimos son instituciones de carácter permanente y que cuentan con aportes estatales para su normal desenvolvimiento. En cambio, las candidaturas extrapartidarias únicamente son constituidas a fin de concurrir a una elección determinada, y si bien deben contar también con financiamiento público para ello, estos aportes no se extienden a la capacitación de dirigentes, desenvolvimiento institucional, etcétera. Esta diferencia sustancial –carácter permanente vs. carácter transitorio– justifica un trato diferenciado en cuanto a los requisitos exigidos en uno y otro caso.

La ley electoral española, Venezuela, Guatemala, Colombia, La República Dominicana, Perú, Paraguay, Chile, Panamá y Honduras entre otros países que también receptan la postulación de candidatos extrapartidarios (así, diversos estados de los Estados Unidos, el Reino Unido, etcétera.)

Como se advierte, la reforma aquí propiciada cuenta con numerosos antecedentes en la legislación comparada que prevén la presentación de candidatos/as a cargos electivos por fuera de las organizaciones partidarias.

Dentro de estos límites fijados por la Ley Fundamental se propone la habilitación de las candidaturas extrapartidarias, sean efectuadas por candidatos/as independientes o por asociaciones de ciudadanos/as.

En el primero de los casos, únicamente puede postularse candidato/a que obtenga las adhesiones necesarias y un suplente, cuando se trate de elecciones a diputados, o la fórmula presidencial, si se tratara de elecciones presidenciales. Se considera que tratándose de una candidatura independiente

no se puede autorizar la presentación de la lista completa de los cargos a cubrir, por cuanto este tipo de candidaturas gira en torno de la persona que obtiene las adhesiones, y por tanto, carece de legitimación suficiente como para acceder a más cargos que los que la misma puede ocupar. En cambio, las asociaciones de ciudadanos son agrupaciones que no dependen de una única persona, y en consecuencia se posibilita que presenten listas completas de ciudadanos cuando se trate de elecciones a diputados nacionales, pero respetando en tales casos la obligación de cubrir el cupo femenino establecido en el artículo 60 de la ley electoral, de acuerdo con las previsiones del artículo 37 y de la cláusula transitoria segunda de la Constitución Nacional.

Tanto a los/as candidatos/as independientes como a las asociaciones de ciudadanos/as se les impone una serie de requisitos a cumplir, a fin de asegurar que cuenten con un mínimo de legitimación para participar en el acto electoral. Así, deben reunir la adhesión de al menos un dos por mil de los/as electores/as registrados en el distrito, cuando se trate de elecciones a diputados nacionales, y la misma cantidad, pero en al menos cinco distritos, cuando se trate de elecciones presidenciales. La cantidad fijada de 5 distritos es la misma que la establecida en la Ley de Partidos Políticos para obtener el reconocimiento como partido nacional.

También se les reconoce el derecho a contar con financiamiento público para cubrir los gastos de las campañas electorales y se les exige cumplir con los mismos requisitos fijados a los partidos políticos, especialmente en lo que hace al control de los gastos electorales.

Finalmente, sin perjuicio de que todas las normas relativas al funcionamiento, derechos y obligaciones de los partidos políticos resultan aplicables a las candidaturas extrapartidarias en cuanto sean pertinentes, se considera necesario incorporar diversas modificaciones a la Ley de Partidos Políticos y al Código Electoral Nacional a fin de prevenir dificultades en la implementación de la ley propuesta.

6

### **Insertión solicitada por el señor diputado Molinari Romero**

*Fundamentos del apoyo del señor diputado al  
proyecto de ley por el que se modifica la ley  
23.298, orgánica de los partidos políticos*

El proyecto que estamos por sancionar se inscribe en el marco de la reforma política y tiene por objeto facilitar la formación de partidos políticos a través de la disminución del número de adhesiones necesarias para requerir el reconocimiento de la personería jurídica. En la actualidad, la formación de un partido en alguno de los grandes distritos electorales requiere un mínimo de cuatro mil firmas de adhesión sobre el total del padrón correspondiente. El proyecto que acompañamos reduce ese míni-