



— REPUBLICA ARGENTINA —

DIARIO DE SESIONES

CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

20ª REUNION – 10ª SESION ORDINARIA
AGOSTO 27 DE 2008

PERIODO 126°

Presidencia de los señores diputados
Eduardo A. Fellner
y Patricia Vaca Narvaja

Secretarios:

Doctor **Enrique R. Hidalgo**,
doctor **Ricardo J. Vázquez**
y don **Jorge A. Ocampos**

Prosecretarios:

Doña **Marta A. Luchetta**,
doctor **Andrés D. Eleit**
e ingeniero **Eduardo Santín**



DIPUTADOS PRESENTES:

ACUÑA KUNZ, Juan Erwin Bolívar
 ACUÑA, Hugo Rodolfo
 AGOSTO, Walter Alfredo
 AGUAD, Oscar Raúl
 AGUIRRE DE SORIA, Hilda Clelia
 ALBARRACÍN, Jorge Luis
 ALBRISI, César Alfredo
 ALCUAZ, Horacio Alberto
 ALFARO, Germán Enrique
 ÁLVAREZ, Juan José
 AMENTA, Marcelo Eduardo
 ARBO, José Ameghino
 ARDID, Mario Rolando
 ARETA, María Josefa
 ARGÜELLO, Octavio
 ARRIAGA, Julio Esteban
 AUGSBURGER, Silvia
 AZCOITI, Pedro José
 BALDATA, Griselda Ángela
 BARRIONUEVO, José Luis
 BARRIOS, Miguel Ángel
 BASTEIRO, Sergio Ariel
 BAYONZO, Liliana Amelia
 BEDANO, Nora Esther
 BELOUS, Néida
 BENAS, Verónica Claudia
 BERNAZZA, Claudia Alicia
 BERRAUTE, Ana
 BERTOL, Paula María
 BERTONE, Rosana Andrea
 BEVERAGGI, Margarita Beatriz
 BIANCHI SILVESTRE, Marcela A.
 BIANCHI, Ivana María
 BIANCO, Lía Fabiola
 BIDEGAIN, Gloria
 BISUTTI, Delia Beatriz
 BRUE, Daniel Agustín
 BULLRICH, Esteban José
 BURZACO, Eugenio
 CALCHAQUI, Mariel Adela
 CAMAÑO, Dante Alberto
 CAMAÑO, Graciela
 CANELA, Susana Mercedes
 CANTERO GUTIÉRREZ, Alberto
 CARCA, Elisa Beatriz
 CARLOTTI, Remo Gerardo
 CEJAS, Jorge Alberto
 CÉSAR, Nora Noemí
 CHIQUICHANO, Rosa Laudelina
 CIGOGNA, Luis Francisco Jorge
 COLLANTES, Genaro Aurelio
 COMELLI, Alicia Marcela
 CONTI, Diana Beatriz
 CÓRDOBA, José Manuel
 CÓRDOBA, Stella Maris
 CORTINA, Roy
 COSCIA, Jorge Edmundo
 CREMER DE BUSTI, María Cristina
 CUCCOVILLO, Ricardo Oscar
 CUEVAS, Hugo Oscar
 CUSINATO, Gustavo
 DAHER, Zulema Beatriz
 DALLA FONTANA, Ariel Raúl Armando
 DAMILANO GRIVARELLO, Viviana M.
 DATO, Alfredo Carlos
 DE LA ROSA, María Graciela
 DE MARCHI, Omar Bruno
 DEL CAMPILLO, Héctor Eduardo
 DEPETRI, Edgardo Fernando
 DI TULLIO, Juliana
 DÍAZ BANCALARI, José María

DÍAZ ROIG, Juan Carlos
 DÍAZ, Susana Eladia
 DIEZ, María Inés
 DONDA PÉREZ, Victoria Analía
 DOVENA, Miguel Dante
 ERRO, Norberto Pedro
 FADEL, Patricia Susana
 FEIN, Mónica Haydé
 FELLNER, Eduardo Alfredo
 FERNÁNDEZ BASUALDO, Luis María
 FERNÁNDEZ, Marcelo Omar
 FERRÁ DE BARTOL, Margarita
 FIOL, Paulina Esther
 FLORES, Héctor
 GALANTINI, Eduardo Leonel
 GALVALISI, Luis Alberto
 GARCÍA DE MORENO, Eva
 GARCÍA HAMILTON, José Ignacio
 GARCÍA MÉNDEZ, Emilio Arturo
 GARCÍA, Irma Adriana
 GARCÍA, María Teresa
 GARCÍA, Susana Rosa
 GARDELLA, Patricia Susana
 GENEM, Amanda Susana
 GEREZ, Elda Ramona
 GIANNETTASIO, Graciela María
 GINZBURG, Nora Raquel
 GIOJA, Juan Carlos
 GIUBERGIA, Miguel Ángel
 GIUDICI, Silvana Myriam
 GODOY, Ruperto Eduardo
 GONZÁLEZ, María América
 GONZÁLEZ, Nancy Susana
 GORBACZ, Leonardo Ariel
 GRIBAUDO, Christian Alejandro
 GULLO, Juan Carlos Dante
 GUTIÉRREZ, Graciela Beatriz
 HALAK, Beatriz Susana
 HEREDIA, Arturo Miguel
 HERRERA, Alberto
 HERRERA, Griselda Noemí
 HERRERA, José Alberto
 HOTTON, Cynthia Liliana
 IGLESIAS, Fernando Adolfo
 ILARREGUI, Luis Alfredo
 IRRAZÁBAL, Juan Manuel
 ITURRIETA, Miguel Ángel
 KAKUBUR, Emilio
 KENNY, Eduardo Enrique Federico
 KORENFELD, Beatriz Liliana
 KRONEBERGER, Daniel Ricardo
 KUNKEL, Carlos Miguel
 LANCETA, Rubén Orfel
 LANDAU, Jorge Alberto
 LEDESMA, Julio Rubén
 LEGUIZAMÓN, María Laura
 LEMOS, Silvia Beatriz
 LEVERBERG, Stella Maris
 LINARES, María Virginia
 LLANOS, Edith Olga
 LLERA, Timoteo
 LÓPEZ, Ernesto Segundo
 LÓPEZ, Rafael Ángel
 LORENZO BOROCOTÓ, Eduardo
 LOZANO, Claudio Raúl
 LUNA DE MARCOS, Ana Zulema
 LUSQUÍÑOS, Luis Bernardo
 MACALUSE, Eduardo Gabriel
 MARCONATO, Gustavo Ángel
 MARINO, Adriana del Carmen
 MARTIARENA, Mario Humberto
 MARTIN, María Elena

MARTÍNEZ GARBINO, Emilio Raúl
 MARTÍNEZ ODDONE, Heriberto A.
 MASSEI, Oscar Ermelindo
 MERCHÁN, Paula Cecilia
 MERLO, Mario Raúl
 MOISÉS, María Carolina
 MONTERO, Laura Gisela
 MONTOYA, Jorge Luciano
 MORÁN, Juan Carlos
 MORANTE, Antonio Arnaldo María
 MOREJÓN, Manuel Amor
 MORENO, Carlos Julio
 MORGADO, Claudio Marcelo
 MORINI, Pedro Juan
 MÜLLER, Mabel Hilda
 NAÍM, Lidia Lucía
 NIEVA, Alejandro Mario
 OBEID, Jorge Alberto
 OBIGLIO, Julián Martín
 OLIVA, Cristian Rodolfo
 OSORIO, Marta Lucía
 PAIS, Juan Mario
 PASINI, Ariel Osvaldo Eloy
 PERALTA, Fabián Francisco
 PEREYRA, Guillermo Antonio
 PÉREZ, Adrián
 PÉREZ, Jorge Raúl
 PERIÉ, Hugo Rubén
 PERIÉ, Julia Argentina
 PETIT, María de los Ángeles
 PINEDO, Federico
 POGGI, Claudio Javier
 PORTELA, Agustín Alberto
 PORTO, Héctor Norberto
 PRIETO, Hugo Nelson
 PUIGGRÓS, Adriana Victoria
 QUIROZ, Elsa Siria
 RAIMUNDI, Carlos Alberto
 RECALDE, Héctor Pedro
 REJAL, Jesús Fernando
 REYES, María Fernanda
 RICO, María del Carmen Cecilia
 RIOBOO, Sandra Adriana
 RODRÍGUEZ, Evaristo Arturo
 RODRÍGUEZ, Marcela Virginia
 ROLDÁN, José María
 ROMÁN, Carmen
 ROSSI, Agustín Oscar
 ROSSI, Alejandro Luis
 ROSSI, Cipriana Lorena
 RUIZ, Ramón
 SALIM, Juan Arturo
 SALUM, Osvaldo Rubén
 SÁNCHEZ, Fernando
 SANTANDER, Mario Armando
 SARGHINI, Jorge Emilio
 SCIUTTO, Rubén Darío
 SEGARRA, Adela Rosa
 SEREBRINSKY, Gustavo Eduardo
 SESMA, Laura Judith
 SNOPEK, Carlos Daniel
 SOLÁ, Felipe Carlos
 SOLANAS, Raúl Patricio
 SOTO, Gladys Beatriz
 SPATOLA, Paola Rosana
 STORNI, Silvia
 SYLVESTRE BEGNIS, Juan Héctor
 THOMAS, Enrique Luis
 TOMAZ, Adriana Elisa
 TORFE, Mónica Liliana
 TORRONTEGUI, María Angélica
 URLICH, Carlos
 VACA NARVAJA, Patricia

VARISCO, Sergio Fausto
VÁZQUEZ DE TABERNISE, Silvia B.
VEGA, Juan Carlos
VELARDE, Marta Sylvia
VIALE, Lisandro Alfredo
VILARIÑO, José Antonio
VILLAYERDE, Jorge Antonio
WEST, Mariano Federico
ZANCADA, Pablo Ventura
ZAVALLO, Gustavo Marcelo

AUSENTES, EN MISION OFICIAL:

FABRIS, Luciano Rafael

AUSENTES, CON LICENCIA:

DELICH, Francisco José

LÓPEZ ARIAS, Marcelo Eduardo

aUSENTES, CON LICENCIA PENDIENTE
 DE APROBACION DE LA HONORABLE
 CAMARA:

ACOSTA, María Julia
ÁLVARO, Héctor Jorge
BALADRÓN, Manuel Justo
BARAGIOLA, Vilma Rosana
BRILLO, José Ricardo
CALZA, Nelio Higinio
CASELLES, Graciela María
DE NARVÁEZ, Francisco
GIL LOZANO, Claudia Fernanda
MORANDINI, Norma Elena
PAROLI, Raúl Omar
PASTORIZA, Mirta Ameliana
SATRAGNO, Lidia Elsa

AUSENTES, CON AVISO:

BONASSO, Miguel Luis
BULLRICH, Patricia
CARMONA, María Araceli
FERRO, Francisco José
GONZÁLEZ, Juan Dante
IBARRA, Vilma Lidia
KATZ, Daniel
LENZ, María Beatriz
PAREDES URQUIZA, Alberto Nicolás
PASTORIZA, Eduardo Antonio
ROJKÉS DE ALPEROVICH, Beatriz
Liliana
SCALESI, Juan Carlos
SLUGA, Juan Carlos
VARGAS AIGNASSE, Gerónimo

La referencia acerca del distrito, bloque y período del mandato de cada señor diputado puede consultarse en el Diario de Sesiones correspondiente a la sesión preparatoria (32ª reunión, período 125º) de fecha 5 de diciembre de 2007.

SUMARIO

1. **Izamiento de la bandera nacional.** (Pág. 6.)
2. **Asuntos entrados.** (Pág. 6.)
3. **Plan de labor** de la Honorable Cámara. (Pág. 7.)
4. **Mociones de preferencia y de tratamiento sobre tablas.** (Pág. 8.)

I. **Mociones de preferencia con despacho de comisión.** Se aprueba. (Pág. 8.)

5. **Moción** de la señora diputada Fadel de que se trate **sobre tablas** el proyecto de ley del señor diputado Morejón y otros por el que se declara zona de desastre ambiental y emergencia agropecuaria y comercial por el término de 180 días a diversos departamentos de la provincia del Chubut (2.675-D.-2008). Se aprueba. (Pág. 9.)
6. **Cuestión de privilegio** planteada por el señor diputado Recalde, con motivo de expresiones formuladas por el señor diputado De Marchi en ocasión del debate sobre la resolución N° 125, del Ministerio de Economía y Producción, del 10 de marzo de 2008, sobre retenciones agropecuarias y creación del Fondo de Redistribución Social. La cuestión de privilegio pasa a la Comisión de Asuntos Constitucionales. (Pág. 9.)
7. **Consideración** del dictamen de la Comisión de Justicia en el proyecto de ley de la señora diputada Conti y otros por el que se modifica el artículo 7º del decreto ley 1.285/58, sobre organización de la justicia nacional (2.841-D.-2008). Se sanciona. (Pág. 10.)
8. **Consideración** del dictamen de las comisiones de Agricultura y Ganadería y de Presupuesto y Hacienda en el proyecto de ley en revisión por el que se declara zona de emergencia y/o desastre agropecuario por sequía a diversos departamentos

de las provincias de Santa Fe y del Chaco (expediente 55-S.-2008). Se sanciona definitivamente (ley 26.410). (Pág. 12.)

9. **Consideración** del proyecto de ley del señor diputado Morejón y otros por el que se declara zona de desastre ambiental y emergencia agropecuaria y comercial por el término de 180 días a diversos departamentos de la provincia del Chubut (2.675-D.-2008). Se sanciona. (Pág. 14.)
10. **Consideración** del dictamen de las comisiones de Legislación General y de Educación por el que se aceptan las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión sobre transferencia a título gratuito de un inmueble propiedad del Estado nacional al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1.302-D.-2006). Se sanciona definitivamente (ley 26.411). (Pág. 16.)
11. **Consideración** del dictamen de la Comisión de Justicia en el proyecto de ley de la señora diputada Bedano por el que se deroga el artículo 7º, de la ley 25.970, sobre remisión de causas pendientes del Juzgado Federal de Primera Instancia con asiento en la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba (expediente 4.326-D.-2008). Se sanciona. (Pág. 18.)
12. **Consideración** del dictamen de la Comisión de Legislación del Trabajo en el proyecto de ley del señor diputado Recalde y otros por el que se modifica el artículo 12, de la ley 20.744, de contrato de trabajo (321-D.-2008). Se sanciona. (Pág. 19.)
13. **Consideración** de los proyectos de resolución o de declaración sin disidencias ni observaciones. (Pág. 21.)
- I. **Dictamen** de la Comisión de Derechos Humanos y Garantías en los proyectos: de declaración del señor diputado Morán (2.829-D.-2008), por

Buenos Aires, y de la señora diputada Marino (4.012-D.-2008), por el que se declara de interés de la Honorable Cámara la I Exposición Nacional e Internacional dedicada a la Industria de la Pesca, Acuicultura, Alimentos, Servicios y Productos Derivados –Ex-popesca–. Se sancionan dos proyectos de declaración. (Pág. 46.)

XXV. **Pronunciamiento** de la Honorable Cámara sobre los asuntos a los que se refieren los números 13.I a 13.XXIV de este sumario. Se sancionan. (Pág. 47.)

14. **Consideración** del dictamen de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en los proyectos de ley sobre regulación de las entidades de medicina prepaga (expedientes 2.595 y 2.703-D.-2008). Se sanciona con modificaciones. (Pág. 47.)

15. **Consideración** del dictamen de las comisiones de Discapacidad y de Acción Social y Salud Pública en el proyecto de ley de la señora diputada Monti sobre modificación del artículo 2º, de la ley 24.901, Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad (3.782-D.-2007). Se sanciona. (Pág. 99.)

16. **Consideración** del dictamen de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia en el proyecto de ley de las señoras diputadas Giudici y Bisutti por el que se modifica el artículo 9º, de la ley 23.660, Ley de Obras Sociales (79-D.-2008). Se sanciona. (Pág. 102.)

17. **Apéndice:**

A. **Sanciones de la Honorable Cámara.** (Pág. 106.)

B. **Asuntos entrados:**

I. **Mensajes del Poder Ejecutivo.** (Pág. 116.)

II. **Jefatura de Gabinete de Ministros.** (Pág. 117.)

III. **Comunicaciones del Honorable Senado.** (Pág. 117.)

IV. **Dictámenes de comisiones.** (Pág. 117.)

V. **Comunicaciones de comisiones.** (Pág. 124.)

VI. **Comunicaciones de señores diputados.** (Pág. 124.)

VII. **Comunicaciones oficiales.** (Pág. 124.)

VIII. **Peticiones particulares.** (Página 125.)

IX. **Proyectos de ley.** (Pág. 126.)

X. **Proyectos de resolución.** (Página 129.)

XI. **Proyectos de declaración.** (Pág. 133.)

XII. **Licencias.** (Pág. 134.)

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

1. Zancada. (Pág. 135.)

2. Morejón. (Pág. 136.)

3. Morgado. (Pág. 137.)

4. Augsburguer. (Pág. 146.)

5. Hotton. (Pág. 147.)

–En Buenos Aires, a los veintisiete días del mes de agosto de 2008, a la hora 17 y 48:

1

IZAMIENTO DE LA BANDERA NACIONAL

Sr. Presidente (Fellner). – Con la presencia de 133 señores diputados queda abierta la sesión.

Invito al señor diputado por el distrito electoral de Santa Cruz, don José Manuel Córdoba, a izar la bandera nacional en el mástil del recinto.

–Puestos de pie los señores diputados y el público asistente a las galerías, el señor diputado don José Manuel Córdoba procede a izar la bandera nacional en el mástil del recinto. (*Aplausos.*)

2

ASUNTOS ENTRADOS

Sr. Presidente (Fellner). – Corresponde dar cuenta de los asuntos incluidos en el Boletín de Asuntos Entrados N° 24, que obra en poder de los señores diputados.

Conforme con 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.¹

En consideración. Se va a votar.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). — Se va a votar si se conceden las licencias solicitadas por los señores diputados.

—Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). — Quedan acordadas las licencias solicitadas.

3

PLAN DE LABOR

Sr. Presidente (Fellner). — Corresponde pasar al término reglamentario destinado a la consideración del plan de labor propuesto por la Comisión de Labor Parlamentaria.

Por Secretaría se dará lectura del plan de labor propuesto.

Sr. Secretario (Hidalgo). — El plan de labor acordado por la Comisión de Labor Parlamentaria es el siguiente:

Proyectos que tienen acordada preferencia para su tratamiento con despacho de comisión:

Expediente 2.841-D.-2008, proyecto de ley. Decreto ley 1.285/58, sobre organización de la Justicia nacional. Modificación.

Expediente 2.595-D.-2008, proyecto de ley. Regulación de las entidades de medicina prepagada (EMP). Régimen (Orden del Día N° 585).

Expediente 3.782-D.-2008, proyecto de ley. Ley 24.901, Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad, sobre obras sociales. Modificación (Orden del Día N° 605).

Expediente 79-D.-2008, proyecto de ley. Ley 23.660, de obras sociales, en relación a los beneficiarios. Modificación (Orden del Día N° 626).

Expediente 55-S.-2008, proyecto de ley en revisión. Declárase zona de emergencia y/o desastre agropecuario por sequía, por el plazo de ciento ochenta días prorrogables, a diversos departamentos de la provincia de Santa Fe.

Expediente 1.302-D.-2006, proyecto de ley. Transferencia a título gratuito de un inmueble propiedad del Estado nacional al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Aceptación de las modificaciones introducidas por el Honorable Senado.

Tratamiento sobre tablas:

Expediente 4.326-D.-2008, proyecto de ley. Juzgado federal de primera instancia con asiento en la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba. Derógase el artículo 7° de la ley 25.970.

Proyectos de ley sin disidencias ni observaciones:

Expediente 321-D.-2008. Ley 20.744 (t. o. 1976), de contrato de trabajo. Modificación sobre irrenunciabilidad.

Proyectos de resolución o declaración, sin disidencias ni observaciones. Orden del Día N° 581 y proyectos que tienen acordada preferencia con despacho:

Si la Cámara está de acuerdo procederé a leer solamente el número de expediente.

Son los proyectos de resolución: 3.617-D.-2008 y 2.202-D.-2008.

Y también el tratamiento sobre tablas de los siguientes proyectos de resolución, de los que leeré solamente el número de expediente: 4.003-D.-2008, 4.266-D.-2008, 3.072-D.-2008, 3.467-D.-2008, 3.468-D.-2008, 3.469-D.-2008, 3.488-D.-2008, 3.744-D.-2008, 4.279-D.-2008, 3.389-D.-2008, 4.432-D.-2008, 4.350-D.-2008, 3.544-D.-2008, 4.304-D.-2008, 4.227-D.-2008, 3.225-D.-2008, 4.543-D.-2008, 3.320-D.-2008, 4.545-D.-2008, 4.014-D.-2008, y 4.012-D.-2008 y 3.610-D.-2008, que han sido unificados.

Sr. Presidente (Fellner). — En consideración el plan de labor.

Tiene la palabra la señora diputada por Mendoza.

Sra. Fadel. — Señor presidente: solicito la alteración del plan de labor para tratar en segundo lugar el proyecto de ley contenido en el expediente 55-S.-2008, que se refiere a declarar zona de emergencia y/o desastre agropecuario por sequía, por el plazo de ciento ochenta días prorrogables, a diversos departamentos de las provincias de Santa Fe y del Chaco. Posteriormente, se pasaría al tratamiento del otro proyecto de ley contenido en el expediente 2.595-D.-2008.

¹ Véase la enunciación de los asuntos entrados en el Apéndice. (Pág. 106.)

Sr. Presidente (Fellner). – En el entendimiento de que la propuesta formulada por la señora diputada por Mendoza ha sido conversada con los responsables de los bloques mayoritarios, se va a votar el plan de labor con la modificación formulada por la señora diputada por Mendoza.

–Resulta afirmativa.

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

14

**REGULACION DE LAS ENTIDADES DE
MEDICINA PREPAGA**

Sr. Presidente (Fellner). – Corresponde considerar el dictamen de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General recaído en los proyectos de ley sobre regulación de las entidades de medicina prepaga (expedientes 2.595-D.-2008 y 2.703-D.-2008).

Como el dictamen no ha sido distribuido, si hay asentimiento de la Cámara por Secretaría se dará lectura del mismo antes de comenzar el debate.²

–Asentimiento.

Sr. Presidente (Fellner). – Por Secretaría se dará lectura.

Sr. Secretario (Hidalgo). – Dice así: “Proyecto de ley. Marco Regulatorio de Medicina Prepaga. Capítulo I. *Disposiciones generales*.

”Artículo 1º – *Objeto*. La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los agentes del seguro de salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661 y los planes de adhesión voluntaria que comercialicen las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones.

”Artículo 2º – *Definición*. A los efectos de la presente ley se consideran empresas de medicina prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas de pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 106.)

² Al formular el señor presidente esta expresión el dictamen se hallaba en proceso de impresión.

al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

”Artículo 3º – *Limitaciones*. No pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta ley: 1) Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550; 2) Los inhabilitados judicialmente para ejercer cargos públicos; 3) Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno o administración de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley.

”Capítulo II. *De la autoridad de aplicación*.

”Artículo 4º – *Autoridad de aplicación*. Es autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda.

”Artículo 5º – *Objetivos y funciones*. Son objetivos y funciones de la autoridad de aplicación: a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción; b) Crear y mantener actualizado el registro nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y el Registro Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad; c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general; d) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto; e) Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la

presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c); f) Autorizar y fiscalizar los contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes; g) Autorizar y fiscalizar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley; h) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por hospitales públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente; i) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscriptas en el registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento; j) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos; k) Establecer un sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley así como los establecimientos y prestadores propios o contratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados; l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por las leyes 19.550, 20.337 y 20.321; m) Transferir, previa mediación y conciliación, en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley debidamente inscripto en el Registro, la cobertura de salud de sus usuarios con los otros inscriptos en el Registro con similar modalidad de cobertura de salud y cuota vigente con la que el usuario celebró el contrato, asegurando una distribución proporcional según cálculo actuarial, dando intervención al usuario afectado.”

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

Sra. Camaño. – Señor presidente: estamos haciendo un esfuerzo sobrehumano para tratar de escuchar lo que dice el señor secretario. En ese sentido, le solicito que ruegue guardar un poco de silencio, porque además algunos legisladores hemos participado en el debate de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General y estamos muy interesados en el texto que se va a discutir.

Incluso pido al señor secretario que relea el último inciso, que es uno de los que mereció observaciones, y reitero el pedido de que hagamos silencio para escuchar la lectura del proyecto.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia solicita a los señores diputados que guarden silencio a fin de escuchar la lectura que está realizando el señor secretario, quien leerá nuevamente el inciso solicitado por la señora diputada Camaño.

Sr. Secretario (Hidalgo). – Dice así: “*m*) Transferir, previa mediación y conciliación, en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley debidamente inscrito en el registro, la cobertura de salud de sus usuarios con los otros inscritos en el registro con similar modalidad de cobertura de salud y cuota vigente con la que el usuario celebró el contrato, asegurando una distribución proporcional según cálculo actuarial, dando intervención al usuario afectado.

”Artículo 6° – *Comisión permanente.* Créase como órgano de articulación de las funciones fijadas en la presente ley una comisión permanente que estará constituida por tres representantes del Ministerio de Salud y tres del Ministerio de Economía y Producción.

”Capítulo III. *De las prestaciones.*

”Artículo 7° – *Obligación.* Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la ley 24.901 y sus modificatorias.

”Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en: *a*) Servicios odontológicos exclusivamente; *b*) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas; *c*) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

”La autoridad de aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la comisión permanente prevista en el artículo 6° de la presente ley.

”Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la autoridad de aplicación.

”En todos los planes de cobertura médico-asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

”En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

”Capítulo IV. *De los contratos*

”Artículo 8° – *Modelos.* Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la autoridad de aplicación.

”Artículo 9° – *Rescisión.* Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

”Artículo 10. – *Carencias y declaración jurada.* Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia

o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como periodo de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la autoridad de aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La autoridad de aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

”Artículo 11. – *Admisión adversa.* La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

”Artículo 12. – *Personas mayores de 65 años.* – En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la autoridad de aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etáreos.

”A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

”Artículo 13. – *Fallecimiento del titular.* El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato.

”Artículo 14. – *Cobertura del grupo familiar.* – Las personas del grupo familiar quedarán incorporadas al plan del titular hasta los veintiún (21) años inclusive. El recién nacido tiene derecho a recibir las prestaciones como integrante del grupo familiar, en forma automática, sin necesidad de trámite administrativo previo alguno. En caso de adopción, quedan incorporados al plan desde el momento en que fuera otorgada la guarda por la resolución judicial correspondiente. En caso de acreditarse la calidad de estudiante regular podrán quedar adheridas hasta los veinticinco (25) años, salvo expresa manifestación en contrario del titular.

”Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni

por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciales.

”Artículo 15. – El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de 60 días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días.

”Artículo 16. – La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes.

”Artículo 17. – La autoridad de aplicación revisará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

”La autoridad de aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

”Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etáreas con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etárea.

”Capítulo V. *De los prestadores.*

Artículo 18. – *Aranceles.* La autoridad de aplicación debe fijar los aranceles mínimos obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores públicos y privados. La falta de cumplimiento de aranceles o la mora en el pago a los prestadores hace pasibles a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley de las sanciones previstas en el artículo 25 de la presente.

”Artículo 19. – *Modelos de contrato.* Los modelos de contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los prestadores deben adecuarse a los modelos que establezca la autoridad de aplicación.

”Capítulo VI. *De las obligaciones.*

”Artículo 20. – Aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los agentes del seguro de salud. Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

”Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres (3) días para su validación posterior.

”En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector público, puede requerirse la intervención de la autoridad de aplicación.

”Artículo 21. – Las empresas de medicina prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un capital mínimo, que es fijado por la autoridad de aplicación.

”Los agentes de seguro de salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la autoridad de aplicación.

”En el caso de las mutuales y cooperativas a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que dicte el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

”Artículo 22. – Las empresas de medicina prepaga deben constituir y mantener una reserva técnica destinada a garantizar la continuidad de cobertura para el caso de que se acrediten circunstancias que interfieran la misma, equivalente a una vez el promedio de la facturación mensual de los últimos doce (12) meses medidos al último cierre de ejercicio contable. Para el caso de empresas de medicina prepaga que se inicien en la actividad y hasta la primera publicación de sus estados contables, deben tomar para la constitución de la reserva técnica, el importe equivalente a dos veces la facturación del mes anterior.

”La reserva técnica debe estar constituida en un 50 % como mínimo, por instrumentos financieros de inmediata realización y el resto en inmuebles, bienes de uso y equipamiento destinado a las prestaciones de salud.

”La autoridad de aplicación puede objetar los instrumentos financieros de inmediata realización, que se apliquen a la constitución de la reserva técnica, cuando estos no reúnan los requisitos de liquidez, rentabilidad y garantía, o cuyo precio de incorporación al activo fuera ostensiblemente mayor al de realización.

”En el caso de los agentes de seguro de salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley, la reserva técnica debe ser establecida por la autoridad de aplicación.

”En el caso de las cooperativas y mutuales a que se refiere el artículo 1º de la presente ley, la reserva técnica debe ser establecida por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

”Artículo 23. – Los agentes del seguro de salud que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.

”Las mutuales y cooperativas que comercialicen planes de adhesión voluntaria deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registro con fines de su fiscalización y control.

”Artículo 24. – Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales.

”Capítulo VII. *De las sanciones.*

”Artículo 25. – Toda infracción a lo establecido en la presente ley será reprimida por la autoridad de aplicación con las siguientes sanciones: a) Apercibimiento; b) Multa cuyo valor mínimo es de pesos cien (\$ 100) y el valor máximo no podrá superar la reserva técnica estipulada; c)

Cancelación de la inscripción en el registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

”La autoridad de aplicación deberá elaborar dentro del plazo de treinta (30) días de vigencia de la presente un nomenclador que tipifique claramente las situaciones pasibles de sanción, determinando la penalidad aplicable y el monto de las multas, teniendo en cuenta la gravedad y la reiteración de las infracciones. El nomenclador será público y se actualizará en forma anual.

”Toda sanción puede ser recurrida por vía de apelación ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal o ante las cámaras federales de apelaciones competentes, según el asiento de la autoridad que dictó la sanción.

”Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.

”Capítulo VIII. *Del financiamiento.*

”Artículo 26. – Los recursos del Ministerio de Salud con relación a la presente ley, están constituidos por: *a)* Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación; *b)* Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley a la autoridad de aplicación; *c)* Las donaciones, legados y subsidios que reciba; *d)* Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

”Capítulo IX. *Disposiciones especiales.*

”Artículo 27. – Sin perjuicio de los que establezcan las demás normas de aplicación, los usuarios gozan de los siguientes derechos: *a)* Derecho a las prestaciones de emergencia: los usuarios tienen derecho, en caso de duda, a recibir las prestaciones de emergencia, correspondiendo en forma posterior resolver si se encuentran cubiertas por el plan contratado; *b)* Derecho a la equivalencia: los usuarios tienen derecho a una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual.

”Artículo 28. – Créase como órgano consultivo un Consejo Permanente de Concertación, integrada ad honórem por representantes del Ministerio de Salud, de la autoridad de aplicación de la ley 24.240, de los sujetos comprendidos en

el artículo 1º de la presente ley, de los usuarios y de las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

”El Ministerio de Salud dictará el reglamento de funcionamiento del citado consejo.

”Artículo 29. – La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

”Artículo 30. – El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

”Artículo 31. – Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tendrán un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

”Artículo 32. – Comuníquese al Poder Ejecutivo”.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración en general.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: suelo hacer cosas inusuales, pero en este caso quiero decirle que tengo sobre mi banca copias del dictamen que recientemente me trajeron. Por lo tanto, aquellos legisladores que deseen un ejemplar pueden acercarse a buscarlo mientras trato de informar suficientemente a esta Honorable Cámara sobre los alcances de este importante proyecto, referente a la regulación del sistema de medicina prepaga.¹

Dictamen de las comisiones

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General han considerado los proyectos de ley de los señores diputados Gorbacz y otros señores diputados y el proyecto de la señora diputada Vaca Narvaja y otras señoras diputadas, por los que se regulan las entidades de medicina prepaga y han tenido a la vista los proyectos de ley de la señora diputada Merchán (4.061-D.-08) y el del señor diputado Santander (4.205-D.-08), todos ellos referidos al mismo tema; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente:

¹ A continuación se incorpora el texto del dictamen con sus antecedentes.

MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPAGA

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1° – *Objeto*. La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los agentes del seguro de salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661, y los planes de adhesión voluntaria que comercialicen las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones.

Art. 2° – *Definición*. A los efectos de la presente ley se consideran empresas de medicina prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

Art. 3° – *Limitaciones*. No pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta ley:

1. Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550.
2. Los inhabilitados judicialmente para ejercer cargos públicos.
3. Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno o administración de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley.

CAPÍTULO II

De la autoridad de aplicación

Art. 4° – *Autoridad de aplicación*. Es autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda.

Art. 5° – *Objetivos y funciones*. Son objetivos y funciones de la autoridad de aplicación:

- a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- b) Crear y mantener actualizado el registro nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y el Registro Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el

sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;

- c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;
- d) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscrito;
- e) Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);
- f) Autorizar y fiscalizar los contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes;
- g) Autorizar y fiscalizar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley;
- h) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por hospitales públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos en la normativa vigente;
- i) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscritas en el registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una ellas, así como también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;
- j) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;
- k) Establecer un sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley así como los establecimientos y prestadores propios o con-

tratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados;

- l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por las leyes 19.550, 20.337 y 20.321;
- m) Transferir, previa mediación y conciliación, en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley debidamente inscrito en el registro, la cobertura de salud de sus usuarios con los otros inscritos en el registro con similar modalidad de cobertura de salud y cuota vigente con la que el usuario celebró el contrato, asegurando una distribución proporcional según cálculo actuarial, dando intervención al usuario afectado.

Art. 6º – *Comisión permanente*. Créase como órgano de articulación de las funciones fijadas en la presente ley una comisión permanente que estará constituida por tres (3) representantes del Ministerio de Salud y tres (3) del Ministerio de Economía y Producción.

CAPÍTULO III *De las prestaciones*

Art. 7º – *Obligación*. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencia, el Programa Médico Obligatorio vigente según resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad previsto en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente;
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;
- c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

La autoridad de aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la comisión permanente prevista en el artículo 6º de la presente ley.

Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la autoridad de aplicación.

En todos los planes de cobertura médico-asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

CAPÍTULO IV *De los contratos*

Art. 8º – *Modelos*. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la autoridad de aplicación.

Art. 9º – *Rescisión*. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

Art. 10. – *Carencias y declaración jurada*. Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el programa médico obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la autoridad de aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La autoridad de aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Art. 11. – *Admisión adversa*. La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

Art. 12. – *Personas mayores de 65 años*. En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la autoridad de aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etáreos.

A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

Art. 13. – *Fallecimiento del titular*. El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato.

Art. 14. – *Cobertura del grupo familiar*. Las personas del grupo familiar quedarán incorporadas al plan del titular hasta los veintiún (21) años inclusive. El recién nacido tiene derecho a recibir las prestaciones

como integrante del grupo familiar, en forma automática, sin necesidad de trámite administrativo previo alguno. En caso de adopción, quedan incorporados al plan desde el momento en que fuera otorgada la guarda por la resolución judicial correspondiente. En caso de acreditarse la calidad de estudiante regular podrán quedar adheridas hasta los veinticinco (25) años, salvo expresa manifestación en contrario del titular.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciales.

Art. 15. – *Contratación corporativa.* El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días.

Art. 16. – *Contratos vigentes.* La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes.

Art. 17. – *Cuotas de planes.* La autoridad de aplicación revisará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

La autoridad de aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

CAPÍTULO V *De los prestadores*

Art. 18. – *Aranceles.* La autoridad de aplicación debe fijar los aranceles mínimos obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores públicos y privados. La falta de cumplimiento de aranceles o la mora en el pago a los prestadores hace pasibles a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley de las sanciones previstas en el artículo 25 de la presente.

Art. 19. – *Modelos de contrato.* Los modelos de contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los prestadores deben adecuarse a los modelos que establezca la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO VI *De las obligaciones*

Art. 20. – *Hospitales públicos.* Aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los agentes del seguro de salud. Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres (3) días para su validación posterior.

En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector público, puede requerirse la intervención de la autoridad de aplicación.

Art. 21. – *Capital mínimo.* Las empresas de medicina prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un capital mínimo, que es fijado por la autoridad de aplicación.

Los agentes de seguro de salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la autoridad de aplicación.

En el caso de las mutuales y cooperativas a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que dicte el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

Art. 22. – *Reserva técnica.* Las empresas de medicina prepaga deben constituir y mantener una reserva técnica destinada a garantizar la continuidad de cobertura para el caso de que se acrediten circunstancias que interfieran la misma, equivalente a una vez el promedio de la facturación mensual de los últimos doce (12) meses medidos al último cierre de ejercicio contable. Para el caso de empresas de medicina prepaga que se inicien en la actividad y hasta la primera publicación de sus estados contables, deben tomar para la constitución de la reserva técnica, el importe equivalente a dos veces a la facturación del mes anterior.

La reserva técnica debe estar constituida en un cincuenta por ciento (50 %) como mínimo, por instrumentos financieros de inmediata realización y el resto en inmuebles, bienes de uso y equipamiento destinado a las prestaciones de salud.

La autoridad de aplicación puede objetar los instrumentos financieros de inmediata realización, que se apliquen a la constitución de la reserva técnica, cuando éstos no reúnan los requisitos de liquidez, rentabilidad y garantía, o cuyo precio de incorporación al activo fuera ostensiblemente mayor al de realización.

En el caso de los agentes de seguro de salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley, la reserva técnica debe ser establecida por la autoridad de aplicación.

En el caso de las cooperativas y mutuales a que se refiere el artículo 1º de la presente ley, la reserva técnica debe ser establecida por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

Art. 23. – *Información patrimonial y contable.* Los agentes del seguro de salud que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.

Las mutuales y cooperativas que comercialicen planes de adhesión voluntaria deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registro con fines de su fiscalización y control.

Art. 24. – *Planes de adhesión y Fondo Solidario de Redistribución.* Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los agentes del seguro de salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la administración de programas especiales.

CAPÍTULO VII

De las sanciones

Art. 25. – *Sanciones.* Toda infracción a lo establecido en la presente ley será reprimida por la autoridad de aplicación con las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa cuyo valor mínimo es de pesos cien (\$100) y el valor máximo no podrá superar la reserva técnica estipulada;
- c) Cancelación de la inscripción en el registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada en caso de gravedad extrema y reincidencia.

La autoridad de aplicación deberá elaborar dentro del plazo de treinta (30) días de vigencia de la presente un nomenclador que tipifique claramente las situaciones pasibles de sanción, determinando la penalidad aplicable y el monto de las multas, teniendo en cuenta la gravedad y la reiteración de las infracciones. El nomenclador será público y se actualizará en forma anual.

Toda sanción puede ser recurrida por vía de apelación ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal o ante las cámaras federales de apelaciones competentes, según el asiento de la autoridad que dictó la sanción.

Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.

CAPÍTULO VIII

Del financiamiento

Art. 26. – *Recursos.* Los recursos del Ministerio de Salud con relación a la presente ley están constituidos por:

- a) Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación;
- b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley a la autoridad de aplicación;
- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

CAPÍTULO IX

Disposiciones especiales

Art. 27. – *Derecho de los usuarios.* Sin perjuicio de los que establezcan las demás normas de aplicación, los usuarios gozan de los siguientes derechos:

- a) Derecho a las prestaciones de emergencia: los usuarios tienen derecho, en caso de duda, a recibir las prestaciones de emergencia, correspondiendo en forma posterior resolver si se encuentran cubiertas por el plan contratado.
- b) Derecho a la equivalencia: los usuarios tienen derecho a una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual.

Art. 28. – Créase como órgano consultivo un consejo permanente de concertación, integrado ad honorem por representantes del Ministerio de Salud, de la autoridad de aplicación de la ley 24.240, de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de los usuarios y de las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Ministerio de Salud dictará el reglamento de funcionamiento del citado consejo.

Art. 29. – *Orden público.* La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 30. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

Art. 31. – Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tendrán un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

Art. 32. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 27 de agosto de 2008.

Juan H. Sylvestre Begnis. – Vilma L. Ibarra. – Graciela B. Gutiérrez. – Juan E. B. Acuña Kunz. – Antonio A. M. Morante. – Norberto P. Erro. – Adela R. Segarra. – Nancy S. González. – Gladys B. Soto. – Jorge L. Albarracín. – Julio E. Arriaga. – Verónica C. Benas. – Ivana M. Bianchi. – Graciela Camaño. – Susana M. Canela. – Nora N. César. – Luis F. J. Cigogna. – Diana B. Conti. – Stella M. Córdoba. – Mónica H. Fein. – Leonardo A. Gorbacz. – Griselda N. Herrera. – Miguel A. Iturrieta. – Jorge A. Landau. – Stella M. Leverberg. – Oscar E. Massei. – Paula C. Merchán. – Carlos J. Moreno. – Marta L. Osorio. – Guillermo A. Pereyra. – Agustín A. Portela. – Héctor P. Recalde. – Alejandro L. Rossi. – Mario A. Santander. – Raúl P. Solanas. – Gustavo M. Zavallo.

En disidencia parcial:

Adriana E. Tomaz. – Paula M. Bertol. – Elisa B. Carca. – Fernando Sánchez. – Marcelo E. Amenta.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General han considerado los proyectos de ley de los señores diputados Gorbacz y otros señores diputados y el proyecto de la señora diputada Vaca Narvaja y otras señoras diputadas, por los que se regulan las entidades de medicina prepaga y han tenido a la vista los proyectos de ley de la señora diputada Merchán (4.061-D.-08) y el del señor diputado Santander (4.205-D.-08), todos ellos referidos al mismo tema. Luego de su estudio resuelven despacharlo favorablemente con las modificaciones introducidas en el dictamen que antecede.

Juan H. Sylvestre Begnis.

ANTECEDENTES

I

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

REGULACION DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (EMP)

Artículo 1º – *Objetivo de la ley.* Créase el Régimen Nacional de Regulación de las personas físicas o jurídicas que brinden servicios de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana, a través de la modalidad de contratos privados de salud prepagados –en adelante llamadas entidades

de medicina prepaga (EMP)– ya sea mediante planes individuales o corporativos.

El presente régimen regula los servicios brindados por las EMP, sin perjuicio de su sujeción a las leyes y demás normas complementarias a las que están sometidas por su naturaleza jurídica.

Art. 2º – *Autoridad de aplicación.* Es autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación a través del Instituto Nacional de Regulación de Entidades de Medicina Prepaga, que debe actuar como contralor de las EMP, sin perjuicio de las competencias establecidas por las leyes 24.240 y 25.156.

Se establece un plazo de treinta días a partir de la sanción de la presente para la creación de dicho instituto.

Art. 3º – *Facultades de la autoridad de aplicación.* Son facultades del Instituto de Regulación de las EMP:

- a) Establecer las normas adecuadas para la habilitación y desenvolvimiento de las EMP inscriptas en el registro;
- b) Hacer cumplir la presente ley, la ley 24.754, la ley 24.240 en lo que resulta pertinente, y, el conjunto de normas vigentes y a crearse que tengan como objetivo la prestación sanitaria proporcionada por las Entidades de Medicina Prepaga;
- c) Instrumentar el Registro Unico de Entidades de Medicina Prepaga y determinar los criterios de funcionamiento del mismo;
- d) Fijar y controlar los requisitos técnicos y de solvencia financiera de las empresas para acceder a su inscripción en el Registro Unico de EMP;
- e) Autorizar y fiscalizar los contratos que celebren las EMP y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes;
- f) Autorizar y fiscalizar la modificación de los valores de las cuotas propuestos por las EMP;
- g) Controlar la solvencia y calidad técnico-científica de las diferentes modalidades prestacionales y arbitrar sobre la procedencia de las prestaciones de salud pertinentes en situaciones de conflicto;
- h) Establecer un régimen de sanciones por incumplimiento de las pautas reguladas en esta normativa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 20 de la presente ley;
- i) Sancionar a las EMP reguladas por la presente ley conforme los tipos infractivos de que se traten;
- j) Controlar, con carácter previo a su difusión, las pautas publicitarias de los planes prestacionales que ofrezcan las entidades aquí reguladas, conforme lo dispuesto en la ley 22.802 y en los

artículo. 4º y 19 de la ley 24.240 y en normas concordantes en la materia;

- k) Instrumentar el funcionamiento de la Comisión de Usuarios de EMP;
- l) Requerir a las EMP, en forma de declaración jurada, la información detallada en el artículo 5º inciso e) de la presente ley;
- m) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas por los hospitales públicos de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente.

Art. 4º – *De los recursos para financiar el Instituto de Regulación de las EMP.* Los recursos del Instituto Nacional de Regulación de Entidades de Medicina Prepaga en relación a la presente ley, deben estar constituidos por:

- a) Una matrícula anual a abonar por cada EMP, cuyo monto debe ser fijado por reglamentación;
- b) Los montos correspondientes a las multas a abonar por las EMP sancionadas por la autoridad de aplicación;
- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

Art. 5º – *De las obligaciones de las entidades de medicina prepaga.* Son obligaciones de las entidades reguladas por esta ley:

- a) La cobertura integral de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud humana a través de los planes prestacionales previamente aprobados por la autoridad de aplicación;
- b) La existencia de una red prestacional adecuada a los servicios ofrecidos;
- c) El pago por las prestaciones brindadas a los usuarios en los hospitales públicos;
- d) La inscripción en el Registro de EMP;
- e) Brindar la información requerida por el Instituto de Regulación de EMP en tiempo y forma;
- f) Mantener las reservas financieras exigidas por la autoridad de aplicación.

Art. 6º – *De la cobertura prestacional.* Los planes prestacionales que ofrezcan las EMP, deben asegurar a los usuarios la cobertura integral de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Esta cobertura integral debe incluir como mínimo el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el programa que lo sustituya o lo complementa.

Se autorizan los planes asistenciales específicos o parciales sólo para:

- a) Entidades de prestaciones odontológicas;

b) Entidades de emergencias médicas y traslados en ambulancias;

c) Asociaciones mutuales y cooperativas con menos de 5.000 asociados o que desarrollen su actividad en una sola jurisdicción provincial.

Los planes prestacionales específicos o parciales deben ser establecidos por la autoridad de aplicación de la presente ley y las entidades referidas en los incisos a), b) y c) del presente artículo deben adecuarse a ellos.

Quedan prohibidos los planes asistenciales con cobertura parciales por niveles de complejidad o rangos de edad.

En relación a la cobertura de medicamentos deben cumplirse con las mismas normas establecidas para el PMO o el plan que lo sustituya o lo complemente, exigiendo el cumplimiento de la ley 25.649.

Art. 7º – *De la red prestacional.* Las EMP deben brindar una red prestacional que incluya profesionales y técnicos de las distintas disciplinas requeridas para la atención integral de la salud de los usuarios e instituciones de niveles de complejidad complementarios, con la adecuada distribución geográfica en todas las jurisdicciones donde ofrezcan sus servicios.

Art. 8º – *De la cobertura de los niños y niñas.* Los niños a partir del momento de su nacimiento o del momento en que fuera otorgada la guarda con fines de adopción por la resolución judicial correspondiente, quedan adheridos al plan del titular, salvo expresa manifestación en contrario del mismo, quedando exentos de restricciones por enfermedades preexistentes o periodos de carencia.

Art. 9º – *Prestaciones brindadas por hospitales públicos.* Aunque no mediare convenio previo, las EMP deben abonar al hospital u otros efectores del sector público, nacional, provincial o municipal, las prestaciones efectuadas a los usuarios, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud. Las mismas deben contar con la correspondiente validación, de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de (3) tres días para su validación posterior.

En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital u otro efector público, puede requerirse la intervención del Instituto Nacional de Regulación de EMP para resolución de la divergencia.

Art. 10. – *De la inscripción en el Registro obligatorio.* Las EMP están obligadas a inscribirse en el Registro de Entidades de Medicina Prepaga, que a tal efecto debe instrumentar el Instituto Nacional de Regulación de EMP.

Es requisito ineludible de las EMP la previa registración aludida en este artículo a los fines de su actuación.

Establécese el plazo de noventa días desde el dictado de la presente norma para que las entidades aquí reguladas acrediten su inscripción en dicho registro, bajo apercibimiento de cancelación de la autorización para operar en el ámbito de referencia.

Art. 11. – *De la obligación de brindar información epidemiológica, prestacional y económico-financiera.* Las EMP deben presentar cuatrimestralmente al Instituto Nacional de Regulación de EMP la documentación que, bajo declaración jurada, contenga la siguiente información:

- a) Padrón de usuarios actualizado;
- b) Información epidemiológica;
- c) Información prestacional;
- d) Estado contable actualizado;
- e) Estado de sus reservas técnicas;
- f) Cualquier otra información que establezca la autoridad de aplicación.

La modalidad de presentación y detalle de la información requerida debe ser establecida por la reglamentación de la presente ley.

La falta de presentación en tiempo y forma es causal de revocación de la autorización para funcionar por parte de la autoridad de aplicación.

Deben asegurarse los mecanismos de secreto y confidencialidad de los datos aportados por parte de todos los funcionarios involucrados en la implementación de la presente ley.

Art. 12. – *De las reservas financieras.* A los fines de garantizar la solvencia técnico-financiera, las entidades EMP reguladas por la presente ley deben mantener una reserva técnica equivalente a la facturación de los últimos doce meses anteriores a la presentación aludida en el artículo precedente, determinable por el mecanismo que instrumentará a dichos efectos el Instituto Nacional de Regulación de EMP. La autoridad de aplicación puede instrumentar mecanismos alternativos de reserva financiera para las entidades cooperativas y mutuales.

Art. 13. – *De las forma de los contratos con los usuarios.* Las EMP sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la autoridad de aplicación. Los mismos deben ser redactados por escrito, en idioma castellano, y deben contener como mínimo las siguientes cláusulas:

- a) Lugar y fecha de la firma del mismo;
- b) Nombre, documento y domicilio del contratante;
- c) Nombre, domicilio y número de registro nacional de entidad prestadora;
- d) Periodo de vigencia del contrato, el que no puede ser menor de doce meses, con una cláusula de renovación automática, a menos que el afiliado manifieste su intención de renunciar al mismo;

- e) Detalle del tipo de plan que se contrate, incluyendo las prestaciones de salud y la cartilla de profesionales e instituciones;
- f) Causales y plazos de suspensión de cobertura al usuarios;
- g) Causales y plazos para la solicitud de licencias por parte del usuario;
- h) Condiciones de acceso a los servicios;
- i) Condiciones de notificar a los usuarios de los valores de las cuotas;
- j) Obligaciones de notificar a los usuarios, con sesenta días de anticipación, la modificación del valor de las cuotas básicas y/o aranceles.

Art. 14. – *De los períodos de carencia y enfermedades preexistentes.* Los contratos entre las EMP y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentren incluidas en el Programa Médico Obligatorio.

Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como periodo de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la autoridad de aplicación.

Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La autoridad de aplicación puede autorizar valores de cuotas diferenciales para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Art. 15. – *De las cláusulas prohibidas.* A partir del dictado de la presente, son nulas de nulidad absoluta las cláusulas contractuales que:

- a) Otorguen a las EMP la facultad de modificar unilateralmente el contrato, excepto que dichas modificaciones se hallaren expresamente previstos en el mismo. Los cambios previstos sólo pueden obedecer a causas fundadas en incorporación de servicios, tecnologías o prestaciones, debiendo el contrato contener los criterios y/o parámetros objetivos dentro de los cuales pueden efectuarse las modificaciones. Dichos cambios no pueden afectar el equilibrio en la relación entre las partes, ni significar un demérito en la calidad de las prestaciones para el usuario;
- b) Autoricen a la EMP a rescindir sin causa el contrato, sin que medie incumplimiento del usuario;
- c) Restrinjan la elección del usuario de profesionales, idóneos o instituciones dentro de las opciones que ofrezca cada contrato prestacional;
- d) Limiten la información que las EMP deben proporcionar a sus usuarios en todo lo referido a la prestación del servicio, o lo hagan de modo defectuoso o ambiguo;

- e) Dispongan en forma unilateral cambios en los planes asistenciales, o reserven la facultad de las EMP de no prestar servicios por razones de edad, tipo de enfermedad y, en definitiva, por cualquier motivo que implique una discriminación al usuario;
- f) Liberen de responsabilidad a las EMP por cualquier contingencia derivada del contrato;
- g) Consideren al silencio o falta de respuesta a los requerimientos o propuestas efectuadas al usuario como aceptación de las mismas.

Art. 16. – *De los precios de los planes.* Los precios de los planes prestacionales, al momento de la contratación inicial de los mismos, deben ser establecidos por las EMP, previa presentación y aprobación de un informe técnico actuarial ante la autoridad de aplicación.

Las EMP pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales al momento de su contratación, según SEIS franjas etáreas con intervalos de 10 años, a excepción de la primera de 0 a 18 años, con una variación máxima de tres veces entre el precio de la primera y la última franja.

Está prohibida la variación de precios para usuarios de más de 60 años con más de 10 años de continuidad en la contratación de las EMP.

En relación al aumento de los precios de los planes prestacionales, en forma posterior a la contratación inicial, los mismos deben ser fundamentados en variaciones de la estructura de costos y aprobados por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las especificidades que se establezcan en la reglamentación de esta ley.

Art. 17. – *De la rescisión del contrato.* El afiliado puede optar por la rescisión del contrato en cualquier momento, previa notificación fehaciente cursada con treinta días de anticipación, sin que ello implique penalidad o sanción alguna.

Las EMP sólo pueden rescindir el contrato ante la conducta dolosa del afiliado debidamente documentada y/o ante la falta de pago de tres períodos consecutivos de la cuota básica y de otras deudas contraídas con la entidad. Se debe notificar en forma fehaciente al afiliado con treinta días de anticipación como mínimo a la denuncia del contrato, a los fines de que efectúe el descargo que considere pertinente.

Las cláusulas de rescisión deben estar claramente especificadas y en los contratos de adhesión y en los reglamentos, los cuales deben ser aprobados por el Instituto Nacional de Regulación de EMP.

Art. 18. – *De la quiebra, cierre o cese de actividades de una EMP.* Los usuarios de una EMP que quiebre, cierre o cese en sus actividades tienen derecho a solicitar su admisión en otra EMP de similares características en cuanto a cobertura y red prestacional y costo de los planes, sin pérdida de los beneficios adquiridos por años de afiliación.

En caso de rechazo de admisión de los usuarios por parte de las EMP, dicha transferencia debe ser estable-

cida por la autoridad de aplicación, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Las EMP que reciben a los usuarios transferidos por la autoridad de aplicación, están obligadas a aceptar a un número de usuarios que no exceda el 5 % de su padrón al momento de recibir la transferencia.

Art. 19º. – *De la Comisión de Usuarios.* Créase la Comisión de Usuarios de EMP, que debe funcionar en el ámbito del Instituto Nacional de Regulación de las EMP. Dicha comisión debe estar integrada por asociaciones de usuarios y consumidores debidamente registradas por ante la Subsecretaría de Derechos del Consumidor y Defensa de la Competencia de la Nación, de acuerdo a los requisitos que establezca la reglamentación, y su función es velar por los intereses de los usuarios de los servicios que brindan las entidades prepagas de salud. El Instituto Nacional de Regulación de EMP, debe solicitar los dictámenes pertinentes, como paso previo a expedirse en todos aquellos asuntos donde se encuentren afectados los derechos de los usuarios de EMP regulados por la presente ley.

Art. 20. – *De las sanciones.* Toda infracción a las normas previstas en esta ley por parte de las EMP, debe ser reprimida por la autoridad de aplicación con las siguientes sanciones, las que pueden ser acumulativas:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa, cuyo valor máximo no puede superar el equivalente a 1.000 cuotas mensuales promedio de afiliación;
- c) Cancelación de la inscripción en el registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada a las EMP en caso de reincidencia.

Para la determinación del monto y la naturaleza de las penalidades, se debe tener en cuenta la gravedad y la reiteración de las infracciones.

Las sanciones enumeradas no excluyen otras sanciones civiles o penales que pudieran corresponder de acuerdo a la magnitud y reincidencia de la falta cometida.

Art. 21. – *Orden público.* La presente ley es de orden público y debe ser reglamentada por el Poder Ejecutivo nacional dentro de los noventa días de su publicación.

Art. 22. – *Adecuación.* Las EMP tienen un plazo de 180 días a partir de la sanción de la presente ley para la adaptación al presente marco normativo.

Art. 23. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Leonardo A. Gorbacz. – Nélida Belous. –
Verónica C. Benas. – Mónica H. Fein. –
Emilio A. García Méndez.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

Este proyecto se sostiene en la importancia de regular las actividades de las entidades de medicina prepa-

(EMP), como parte de la responsabilidad indelegable del Estado de garantizar el derecho a la salud, en todos los ámbitos y con las diferentes modalidades con que se presten los servicios.

Consideramos que el Estado debe garantizar la salud como un bien de interés superior a la disputa de intereses sectoriales que pueden distorsionar la relación entre las necesidades y demandas legítimas de cuidado de la salud y las respuestas básicamente mercantilistas.

En este marco, la opción de algunas personas de contratar servicios de medicina prepaga y la responsabilidad del Estado de garantizar el adecuado funcionamiento de los mismos, no exime al Estado de garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos, a través de efectores públicos estatales y de la seguridad social.

En nuestro país, se viene planteando la inexistencia de un marco regulatorio para las EMP. Esto es una verdad parcial, dado que si bien no existe un marco regulatorio integral, actualmente ya existen algunas normas que regulan la actividad de las EMP, como las leyes 24.754 y la ley 24.240 que establecen la obligatoriedad de la cobertura del Programa Médico Obligatorio y pautan los derechos del consumidor, respectivamente.

También existe considerable jurisprudencia en que se ha resguardado el derecho del usuario por encima de la normativa de contratos privados que suelen alegar las EMP. Entre esos antecedentes, destacamos el último pronunciamiento del 8 de abril de este año de la Corte Suprema de Justicia, en respuesta a la acción judicial presentada por la Unión de Usuarios y Consumidores contra la Empresa de Medicina Prepaga - Euromédica, donde establece taxativamente la prohibición de establecer plazos de espera o carencia para el acceso de los usuarios de entidades de medicina prepaga a prestaciones que se encuentren incluidas en el Programa Médico Obligatorio.

Por lo tanto, planteamos que una regulación integral de EMP como la que establece el presente proyecto de ley, debe tener un carácter progresivo. Es decir, resguardar los derechos ya consolidados por la legislación vigente y la jurisprudencia de los últimos años, y avanzar en la regulación de los aspectos más propensos a equívocos y abusos, en una relación contractual donde la asimetría de la información y del poder económico es evidente para todos los actores del sistema.

En consecuencia, consideramos fundamental sostener en este proyecto de ley la cobertura integral de prestaciones de cuidado de la salud, manteniendo como mínimo aquellas incluidas en el Programa Médico Obligatorio y/o las disposiciones que lo modifiquen. Las excepciones que se incluyen involucran situaciones claramente identificables para los usuarios, tales como las prestaciones odontológicas, servicios de emergencias.

También se resguarda la continuidad de pequeñas EMP que prestan servicios de salud a nivel local y que

responden a necesidades y expectativas precisas de sus usuarios. En este sentido, hemos considerado el informe de la comisión técnica del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, donde define que para el año 2006 cerca del 90 % de las entidades cooperativas y mutuales que brindan servicios de salud tienen menos de 5.000 afiliados.

Complementariamente, consideramos también que es preciso regular y acotar los mecanismos de selección adversa, que hasta hoy propician una enorme discrecionalidad de las EMP, según las cuales son admitidas casi con exclusividad personas sanas y/o sin diagnóstico previo de enfermedades preexistentes, con la ambigüedad que implica el concepto de “preexistencia” en la vida de las personas.

Dichos procedimientos de selección adversa también se expresan en relación a la edad de las personas, toda vez que se rechaza su admisión y/o se imponen cuotas exorbitantes para personas de mayor edad. Este mecanismo de selección adversa en relación a la edad, se constituye claramente en una situación abusiva, toda vez que a un usuario que durante décadas aportó al sistema de EMP, se le incrementaba su cuota a valores siderales a partir de los 60, 65 o 70 años.

Por todo lo expuesto, consideramos fundamental el avance en la regulación de las EMP, donde se acota el mecanismo de selección adversa, impidiéndose el rechazo de usuarios por razones de edad o enfermedades previas, disponiendo que sea la autoridad de aplicación que determine incrementos en cuotas que se correspondan con la estructura de costos, al mismo tiempo que reconociendo la antigüedad de los usuarios en las EMP.

También consideramos que es necesario garantizar la posibilidad de que los usuarios de una EMP que se presenta a la quiebra, puedan optar por otra de las EMP de similares características respetándose su antigüedad en el sistema. Ello preserva el derecho de los usuarios a tener continuidad en el sistema, frente a contingencias del mercado.

Asimismo, entendemos que se debe establecer un espacio de concertación plural, donde se garantice la participación de los actores involucrados, tanto para abordar controversias como para posibilitar una mayor adecuación de las prestaciones de las EMP a las necesidades de los usuarios y las capacidades y requerimientos de los prestadores.

Este proyecto de ley contiene elementos sustantivos del que elaborara la diputada (m.c.) Fabiana Ríos en el año 2006, cuyo trabajo destacamos, además de tomar en cuenta distintas disposiciones del proyecto 4.381-D.-2006 de autoría de las diputadas Graciela Rosso (m.c.) y Patricia Vaca Narvaja.

Finalmente, reiteramos que nos parece relevante el avance en la regulación de las EMP. Sin embargo, también queremos destacar que mientras la regulación de este sector de servicios de salud que involucra nada más y nada menos que al 8 % de la población de nuestro

país, ha sido debatido en reiteradas oportunidades en el ámbito del Poder Legislativo, las profundas reformas que han deteriorado y desvirtuado los principios de universalidad y solidaridad de los subsectores público estatal y de la seguridad social en nuestro país, fueron instalados en décadas anteriores, a través de decretos y resoluciones ministeriales.

Consideramos que el modelo de sistema de salud de nuestro país que debemos definir, requiere de un proceso de debate amplio y respetuoso de los consensos y disensos con el conjunto de los actores involucrados, y que dicho debate no puede hacerse a espaldas del Poder Legislativo, uno de los espacios de representación y de construcción permanente de la democracia, jerarquizando la posibilidad de consolidar el efectivo ejercicio del derecho a la salud para todos los habitantes de nuestro país.

Por todo lo expresado, solicitamos a los legisladores nos acompañen en este proyecto de ley.

*Leonardo A. Gorbacz. – Nélda Belous. –
Verónica C. Benas. – Mónica H. Fein. –
Emilio A. García Méndez.*

Señor presidente:

Me dirijo a usted mediante la presente para solicitarle mi adhesión al proyecto de ley 2.595-D.-2008, cuya autoría es del diputado nacional Leonardo Gorbacz y otros.

Saluda a usted atentamente.

Paula C. Merchán.

II

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPAGA

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º – *Objeto*. La presente ley tiene por objeto establecer la regulación de las empresas o entidades de medicina prepaga, las que en adelante se denominan “empresas de medicina prepaga” (EMP).

Art. 2º – *Alcance*. Se consideran empresas de medicina prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, forma y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana, odontológicas y/o farmacéuticas a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas de pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados y/o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

No podrán desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta ley:

1. Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550.
2. Los inhabilitados para ejercer cargos públicos.
3. Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno y administración de las entidades de empresas de medicina prepaga.

Quedan incluidos los agentes del seguro de la salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661, que comercialicen sistemas de adhesión voluntaria, los que son fiscalizados y regulados por la presente ley.

Art. 3º – *Autoridad de aplicación*. Es autoridad de aplicación de la presente ley la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo del Ministerio de Salud, y la autoridad de aplicación de la ley 24.240, en lo que respecta a la relación de consumo.

CAPÍTULO II

De las prestaciones

Art. 4º – *Obligación*. Las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistencial el programa médico obligatorio (PMO) conforme con lo establecido por la ley 24.754 y lo establecido en la ley 24.901. Sólo se admiten planes de coberturas parciales en:

- a) Las empresas de medicina prepaga de servicios odontológicos exclusivamente;
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados en ambulancia;
- c) Internación domiciliaria;
- d) Empresas de medicina prepaga que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad y que ofrezcan planes que abarquen sólo uno de los niveles del PMO y con un padrón de usuarios inferior a cinco mil, las que serán reglamentadas por la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO III

De la autoridad de aplicación

Art. 5º – *Objetivos y funciones*. Son objetivos y funciones de la Superintendencia de Servicios de Salud:

- a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- b) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga;
- c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, así como los recaudos formales

exigibles a las entidades para su inscripción en el registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;

- d) Otorgar la autorización para funcionar a las EMP, evaluando la conveniencia de la iniciativa, las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración, en su caso, y su experiencia en la actividad;
- e) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de las empresas de medicina prepaga, de los programas prestacionales con base en el programa médico obligatorio incorporados en los contratos suscritos por los usuarios;
- f) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscritas en el registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una de ellas, así como también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;
- g) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;
- h) Establecer un sistema de categorización y acreditación de empresas de medicina prepaga, así como los establecimientos y prestadores propios o contratados;
- i) Requerir la información epidemiológica que las entidades están obligadas a brindar, y que resulte necesaria para el cumplimiento de los planes y/o programas previstos por la autoridad sanitaria;
- j) Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de una empresa de medicina prepaga, debidamente inscrita en el registro, la cobertura de salud de sus usuarios a otras empresas inscritas en el registro con modalidad de cobertura de salud similar a la que el usuario celebró por contrato en la EMP de origen, preservando una distribución proporcional en número y riesgo etario.

Art. 6° – *Funciones de la autoridad de aplicación de la ley 24.240.* La autoridad de aplicación de la ley 24.240 tiene a su cargo las funciones relativas a la defensa de los usuarios en la relación de consumo.

Art. 7° – *Comisión permanente.* Créase una comisión permanente entre la Superintendencia de Servicios de Salud y el Ministerio de Economía y Producción, la que

estará compuesta por seis miembros que tiene como objetivo la articulación de las funciones establecidas en los artículos anteriores.

CAPÍTULO IV *De los contratos*

Art. 8° – *Duración. Rescisión.* Los contratos entre las empresas de medicina prepaga y los usuarios tienen un plazo mínimo de duración de un (1) año. Se renovarán automáticamente, salvo negativa expresa del usuario, que deberá manifestarla treinta (30) días antes del vencimiento del plazo contractual.

Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta días de anticipación. Las empresas de medicina prepaga sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En el primer supuesto, transcurrido dicho lapso, y previo a la rescisión, las empresas de medicina prepaga deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

Art. 9° – *Carencias.* Los períodos de carencias son establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud y son los que rigen para todos los tipos de contratos entre usuarios y empresas de medicina prepaga sin excepción.

Art. 10. – *Declaración jurada.* Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario. Para ello la Superintendencia de Servicios de Salud debe establecer las características y tipos de enfermedades para ser consideradas como preexistentes.

En caso de aparición de una enfermedad preexistente en la declaración jurada, la EMP deberá acordar con la Superintendencia los montos de cuota y carencias.

Art. 11. – *Selección adversa.* La edad no puede ser tomada como criterio de selección adversa. La Superintendencia de Servicios de Salud debe para el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

Aquellos usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en algunas de las empresas de medicina prepaga inscritas en el registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, no pueden sufrir aumento de la cuota en razón de su edad.

Art. 12. – *Cuotas.* Las cuotas mensuales y sus modificaciones deben ser aprobadas por la comisión permanente, la que debe establecer las variables correspondientes a las estructuras de costos y sus variaciones cuantitativas según planes y programas.

Art. 13. – *Muerte del usuario.* La muerte del usuario titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar, integrantes del contrato.

Art. 14. – *Cobertura de los niños.* Los niños desde su nacimiento y las personas cuya guarda haya sido otorgada con fines de adopción desde la respectiva resolución judicial quedan adheridos al plan del titular, salvo expresa manifestación en contrario del mismo, quedando exentos de enfermedades preexistentes y períodos de carencia.

Art. 15. – *Contratación corporativa.* El usuario que hubiera pertenecido a una empresa de medicina prepaga por contratación grupal o corporativa y hubiera cesado su vínculo con la empresa que realizó el contrato con la empresa de medicina prepaga debe ser admitido, si lo solicita, en alguno de los planes de la empresa de medicina prepaga reconociéndose la antigüedad, teniendo un plazo de sesenta (60) días desde el cese de su vínculo con la empresa o entidad corporativa, hasta la futura contratación.

Art. 16. – *Contratos vigentes.* La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes, amparados hasta la presente en la ley 24.754.

CAPÍTULO V *De las obligaciones*

Art. 17. – *Hospitales públicos.* Los servicios prestados, con o sin convenio previo, por hospitales públicos a usuarios de las empresas de medicina prepaga, deben ser abonados por ellas, en un plazo no mayor a treinta (30) días, contados a partir del momento de brindada la prestación, conforme al valor y modalidad fijada por la Superintendencia de Servicios de Salud. En caso de rechazo o mora, puede requerirse la intervención de la autoridad de aplicación para resolución de la divergencia.

Art. 18. – *Capital mínimo.* Las empresas de medicina prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un capital mínimo, que es fijado por la autoridad de aplicación. Los agentes de seguro de salud se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la autoridad de aplicación. En el caso de las cooperativas y mutuales el capital mínimo será establecido por las normativas del INAES.

Art. 19. – *Reserva técnica.* Las empresas de medicina prepaga autorizadas en el registro deben constituir y mantener una reserva técnica equivalente al cincuenta por ciento (50 %) del promedio de la facturación mensual de los últimos doce (12) meses medidos al último cierre de ejercicio contable. Para el caso de entidades que se inicien en la actividad y hasta la primera publicación de los estados contables, deben tomar para la constitución de la reserva técnica el 50 % de la facturación al cierre de cada mes.

La mencionada reserva técnica debe estar constituida por bienes y derechos. Su constitución está destinada

a garantizar la continuidad de cobertura para el caso de que se acrediten circunstancias que interfieran la misma.

La Superintendencia de Servicios de Salud como autoridad de aplicación puede objetar los bienes y derechos que se apliquen a la constitución de la reserva técnica y el capital mínimo, cuando éstas no reúnan los requisitos de liquidez, rentabilidad y garantía, o cuyo precio de incorporación al activo fuera ostensiblemente mayor al de realización.

Los agentes de seguro de salud se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la autoridad de aplicación. En el caso de las cooperativas y mutuales la reserva técnica será establecida por las normativas del INAES.

Art. 20. – *Agentes del seguro de salud.* Los agentes del seguro que comercialicen sistemas de adhesión voluntaria deben llevar un sistema de información patrimonial y contable de registros claramente diferenciados con el fin de ser fiscalizados y controlados en forma diferenciada con respecto a las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661

CAPÍTULO VI *De las sanciones*

Art. 21. – *Sanciones.* Toda infracción a lo establecido en la presente ley será reprimida por la autoridad de aplicación con las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa, cuyo valor máximo no podrá superar la reserva técnica estipulada;
- c) Cancelación de la inscripción en el registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada en caso de gravedad extrema y reincidencia.

Para la determinación del monto y la naturaleza de las penalidades, se deben tener en cuenta la gravedad y la reiteración de las infracciones.

Toda sanción puede ser recurrida por vía de apelación ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Federal y Contencioso Administrativo o ante las cámaras federales de apelaciones competentes, según el asiento de la autoridad que dictó la sanción.

CAPÍTULO VII *De los recursos*

Art. 22. – Los recursos de la Superintendencia de Servicios de Salud, con relación a la presente ley, están constituidos por:

- a) Una matrícula anual a abonar por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación;
- b) Las multas a abonar por las entidades de cobertura para la atención de la salud a la autoridad de aplicación;

- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

CAPÍTULO VIII

Disposiciones especiales

Art. 23. – Para dar respuesta a lo establecido en el artículo 5º, inciso g, funcionará en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud una comisión permanente de concertación, integrada, además, por representantes de las empresas de medicina prepaga, las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial, y los usuarios.

La Superintendencia de Servicios de Salud dictará el reglamento de funcionamiento de la citada comisión, el que preverá la constitución de subcomisiones y la participación de la autoridad sanitaria correspondiente.

Art. 24. – *Orden público* La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 25. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

Art. 26. – Las empresas de medicina prepaga tendrán un plazo de 180 días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

Art. 27. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Patricia Vaca Narvaja. – Adela R. Segarra. –
Diana B. Conti.*

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presente proyecto tiene como antecedente el texto del dictamen de comisiones recaído sobre el expediente 4.381-D.-06 (Rosso, Graciela, y otros), publicado mediante Orden del Día N° 1.602/2006.

Asimismo, recoge las observaciones realizadas por cooperativas, mutuales y pequeños prestadores, atendiendo las particularidades del sector.

La medicina prepaga otorga cobertura médica a una porción importante del sector de la medicina privada, con una participación aproximada del 8 % del total de la población.

Actualmente esta actividad, desde lo sanitario, sólo está regulada por la ley 24.754, que establece la obligatoriedad de dar como cobertura mínima el PMO.

La necesidad de establecer marcos regulatorios a la medicina privada se fundamenta en la definición de la imperfección de los denominados mercados de la salud, que devienen atentatorios de los consumidores y de sus derechos. Por lo tanto, el Estado debe establecer las pautas de control con el objeto de preservar el derecho de los ciudadanos a la cobertura de salud.

A lo anterior debemos agregar el rol que de acuerdo con la Constitución Nacional y los tratados internacionales que integran la magna norma debe cumplir el Estado nacional, y que la CSJN tipifica como el de garante de las prestaciones de salud. Esta garantía abarca también las prestaciones de las empresas prepagas de medicina, por lo que mal podría el Estado dejar al libre arbitrio una actividad de la que resulta garante.

Con un agravante, que es que la cobertura otorgada por las empresas de medicina prepaga, desde la interpretación de las provincias, altera el orden previsto por la Constitución Nacional para la cobertura médica, considerando éstas (las obligadas constitucionales primigenias) que esa cobertura las desliga de tal obligación.

En este marco, se destaca la información imperfecta o la asimetría en la información, en el que la oferta preserva para sí el conocimiento del sector y limita el acceso del consumidor al saber para la toma de decisiones, transformándose en un usuario cautivo de los prestadores, aumentando de esta forma su poder. Por lo tanto, son las EMP quienes determinan la demanda y fijan los precios.

El presente proyecto de ley prevé:

– Establecer como coberturas mínimas las prestaciones establecidas por el PMO, dado que ellas preservan la integralidad de la atención médica, considerándose al PMO como el piso prestacional, asegurándose en los contratos que los usuarios sepan de los alcances de las coberturas.

– Establecer que aquellos agentes del seguro que comercialicen seguros de salud con esta modalidad serán controlados por la presente más allá de las actividades que desarrollen en el marco de las leyes 23.660 y 23.661.

– Que la autoridad de aplicación será ejercida por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), dentro de la órbita del Ministerio de Salud, y la autoridad de aplicación de la ley 24.240, en las funciones relativas a la defensa de los usuarios en la relación de consumo.

– Definir las funciones de la SSS vinculadas a las actividades relativas a los procesos de salud y enfermedad, siendo la SSDC la responsable de las funciones de defensa de los usuarios en la relación de consumo establecidas en la ley 24.240, generándose un espacio de articulación con el objeto de asegurar satisfacción del usuario y prestaciones sanitarias de calidad, oportunas y necesarias.

– Contrarrestar la selección adversa a los usuarios, por parte de las empresas al establecer a priori por parte de la autoridad de aplicación los perfiles de carencias y preexistencias y definiendo que la edad no puede ser una limitante para el acceso a los servicios.

– Definir que los valores de cuotas y sus modificaciones deberán estar aprobados por la autoridad de aplicación.

– Crear el registro nacional de EMP y de los agentes del seguro que comercialicen modalidades de seguro de atención voluntaria.

– Establecer que los servicios prestados por hospitales públicos a usuarios de las empresas de medicina prepaga deberán ser abonados por ellas, en un plazo no mayor a treinta (30) días, contados a partir del momento de brindada la prestación, conforme al valor y modalidad fijada por la Superintendencia de Servicios de Salud.

– Asegurar la continuidad de la cobertura de los usuarios ante cualquier circunstancia que acontezca con las empresas, siendo la autoridad de aplicación la responsable de la preservación del derecho de los usuarios.

En conclusión, se establecen regulaciones básicas, que hoy no existen para dotar a este servicio de prestación de salud de condiciones elementales de previsibilidad, equidad y sustentabilidad.

Por lo expuesto, solicitamos la aprobación del presente proyecto de ley.

*Patricia Vaca Narvaja. – Adela R. Segarra.
– Diana B. Conti.*

Sr. Sylvestre Begnis. – Todos conocen –lo deben haber escuchado en alguna oportunidad– que el sistema de salud de la República Argentina está constituido por tres sectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Cada uno de ellos es financiador y a su vez cuenta con una red prestadora propia.

El sector público está suficientemente reglamentado y controlado desde las Constituciones Nacional y provinciales, que establecen claramente la federalización de la responsabilidad sobre la salud de los habitantes de cada territorio. Además, los ministerios de Salud, las obras sociales provinciales y las delegaciones de las obras sociales nacionales son los responsables de la ejecución de las prestaciones médicas.

– Ocupa la presidencia la señora vicepresidenta 1ª de la Honorable Cámara, doña Patricia Vaca Narvaja.

Sr. Sylvestre Begnis. – Por su parte, la seguridad social comprende una seguridad nacional, que tiene bajo su cobertura a casi 20 millones de habitantes, cantidad integrada por la suma de las obras sociales provinciales, que cubren a 6 millones de personas, y el resto –casi 14 millones–, que depende del prestador público y del financiamiento a través de los presupuestos públicos nacional, provinciales y municipales.

La seguridad social cuenta con normas propias: las leyes nacionales 23.660, de obras sociales, y 23.661, de seguro nacional de salud. Además, cada provincia cuenta también con su propia ley para los empleados públicos provinciales y municipales.

Por lo tanto, el único sector que carecía de una reglamentación es el privado, que sin duda vino a cubrir una necesidad. Digo esto porque aquellas personas que contando con recursos no tenían un trabajo en relación de dependencia –esto los excluía del sistema de seguridad social– hubiesen quedado en descubierto si hace más de cuarenta y cinco años no hubieran aparecido en el mercado los sistemas de cobertura privados. Estos sistemas no sólo actúan como entes financiadores sino que también brindan las prestaciones a través de las distintas prácticas.

Cuando se sanciona la Ley de Obras Sociales, 18.610, se produce una transferencia acelerada de recursos y de usuarios hacia el sector privado y en ese momento se produjo una caída de la demanda en los hospitales públicos, demanda que para la población de esos momentos era excesiva y, por lo tanto, los hospitales públicos quedaron con una capacidad ociosa. El tiempo hizo que los recursos del sector público y del sector privado apenas fueran suficientes para brindar una medicina acorde con la calidad que requieren nuestros conciudadanos.

Los sistemas de medicina prepaga se orientaron fundamentalmente a la red de prestadores privados, que son aquellos que frente a las carencias de los presupuestos públicos lograron el mayor desarrollo, no sólo en tecnología sino también en confort.

Nadie tiene duda de la importancia de este sistema donde las sociedades comerciales cubren más de dos millones y medio de personas y a través de la economía social –por cooperativas, mutuales, asociaciones civiles o fundaciones– se cubren otros dos millones de personas. La cobertura de cuatro millones de personas es muy importante para la salud de los habitantes de nuestro país.

El sector del que hablamos, que en gran parte tiene el lucro como uno de sus fines, es un sector que, liberado de cualquier tipo de regulación, tuvo una serie de excesos y a su vez de estafas –por qué no decirlo claramente– a través de vaciamientos de sistemas de medicina prepaga

que dejaron a poblaciones enteras sin ningún tipo de protección ni alternativa, después de que esas personas fueron socias durante muchos años de algunas de esas empresas.

En los últimos años hemos asistido tristemente a la caída de muchos de estos sistemas o a la subprestación de ellos con la excusa del riesgo financiero.

Tanto preocupó la reglamentación de la medicina prepaga, que sólo desde 1983 hasta la fecha han fracasado cuarenta y nueve proyectos en esta materia, en las manos y en los escritos de diputados de todos los bloques que intentaron dar a la República Argentina un grado de reglamentación protectora de los beneficiarios, de los prestadores y también —por qué no reconocerlo— de las mismas entidades de medicina prepaga.

En los últimos tres años fracasaron dieciséis proyectos de regulación del sistema de medicina prepaga. Esto sólo habla de las dificultades para poder contemplar en un solo texto de treinta artículos los intereses de todos los sectores que participan protagonicamente en este ámbito.

Sin embargo, y basados en textos anteriores —en la riqueza bibliográfica que significa la lectura de todos los proyectos anteriores—, se ha logrado un texto que contempla la regulación protegiendo fundamentalmente la salud de los beneficiarios.

Pero también, para que la salud de los beneficiarios tenga un alto nivel de calidad y pueda garantizarse una recuperación desde una enfermedad o la prevención de enfermedades, hay artículos dirigidos a la protección de los prestadores, que en los últimos años han hecho casi sistemática y masiva la queja respecto del maltrato en el pago arancelario de su trabajo.

Asimismo, ante el crecimiento de la tecnología y de la judicialización debido a la cantidad de juicios por mala praxis, esta regulación protege a las empresas de medicina prepaga. Es necesario que el Estado sea el juez, el intermediario entre los intereses de los distintos sectores para que todo pueda funcionar en armonía, con el menor nivel de conflictos posible y garantizando a los tres sectores que esto tiene vida y tranquilidad por muchos años.

Este proyecto define claramente qué se entiende por “empresas de medicina prepaga”.

Cuando en la sociedad se habla de medicina prepaga, se piensa en una empresa de lucro. Pero aquí consideramos que también es prepago aquel plan que supera las prácticas obligatorias del Programa Médico Obligatorio establecido por el Ministerio de Salud de la Nación, o los programas complementarios en los que generalmente se busca un mayor confort o prestadores de mayor nivel, así como también a los adherentes del sistema de seguridad social y de las obras sociales, es decir, aquellos comprendidos en las leyes 23.660 y 23.661.

Quienes comercialicen la adhesión para planes de salud están contemplados en esta iniciativa y son destinatarios de su articulado.

Por otra parte, se crea un mecanismo combinado de autoridades de aplicación. La autoridad de aplicación natural es el Ministerio de Salud, porque éste es un proyecto sobre salud. Pero al tener en cuenta que el usuario es quien más ha sido objeto de dilaciones, subprestaciones, etcétera, se ha incluido como órgano de aplicación al Ministerio de Economía a través de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor. Este órgano de aplicación tiene claramente definidas todas sus funciones.

Paralelamente a este compromiso del Ministerio de Salud se consolida la obligación de brindar integralmente las prestaciones a través del Programa Médico Obligatorio, los que ya eran obligatorias por la ley 24.754. Es decir que ningún plan integral prepago puede estar por debajo del Programa Médico Obligatorio, estableciéndose tres excepciones: en primer lugar, los servicios odontológicos; en segundo término, los servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios, es decir, lo que se llama prehospitalario, esto es, la visita a domicilio y el traslado a una unidad de internación definitiva.

El punto c) del artículo 5º se incorporó porque esta iniciativa establece exigencias de reserva económica y el compromiso de brindar el Programa Médico Obligatorio, y es sabido que en el interior hay pequeñas empresas de medicina prepaga que con una oferta muy limitada no pueden brindar todo lo que está comprendido en él. Es innecesario aclarar que en los pueblos chicos no se pueden hacer trasplantes ni hay resonadores magnéticos y no se puede aplicar alta —y a veces ni mediana— tecnología. Los sa-

natorios y clínicas privadas a veces sólo cuentan con cuatro o seis camas, y el hospital público en ocasiones carece de camas y quirófanos.

Por eso, no se puede obligar a los habitantes de esos pueblos a contratar un servicio integral que necesariamente requiera derivaciones, pues ello destruiría económica y financieramente a la pequeña empresa de medicina prepaga de un sanatorio, la sociedad italiana, la sociedad de socorros mutuos o de un club con 1.500, 2.000 o 3.000 afiliados. Por esa razón, se fijó un límite, y aquellas empresas que tienen menos de 5.000 afiliados no tienen obligación de cumplir con el Programa Médico Obligatorio. Sin embargo, si la autoridad de aplicación así lo resuelve, ellas podrían ofrecer un plan parcial para un primer nivel médico adecuado a los recursos de la oferta local.

La Subsecretaría de Defensa del Consumidor ha establecido modelos de contrato por medio de acuerdos y resoluciones, y en el proyecto en consideración le otorgamos forma jurídica y obligatoriedad legal.

En general, los modelos de contrato aclaran cuáles son las obligaciones y los derechos de cada una de las partes y evitan conflictos a futuro. Se aclara que al igual que en el Programa Médico Obligatorio no se pueden establecer carencias ni esgrimir la preexistencia de patologías que la persona sufre desde hace tiempo, para impedir una afiliación. Pero para la preexistencia sí se puede establecer una cuota que compense el mayor consumo que pueda tener este tipo de afiliados.

Otro de los conflictos que se resuelve es el de las limitaciones etarias para la filiación. Frente a la existencia de una población que va ganando una mayor expectativa de vida surge una contradicción que es necesario zanjar.

Al respecto, proponemos que para el caso de las personas mayores de 65 años se realice un cálculo actuarial y se determine una cuota que será supervisada por el órgano de aplicación, pero a quien tiene más de diez años de afiliación a una empresa de medicina prepaga no se le puede aumentar la cuota.

Para incorporar algunos conceptos hemos tenido en cuenta la inteligencia de otras leyes, como la de seguros o la de obras sociales. Por ejemplo, el grupo familiar está comprendido en

las mismas condiciones; el niño al nacer pasa a ser miembro directo del grupo familiar; el fallecimiento del titular le permite a su grupo familiar tener continuidad en la cobertura.

Además, se contempla el caso de quien pudiera quedar desamparado. Si en un contrato colectivo una empresa adhiere a un servicio prepago y echa a un empleado, o éste se jubila, también tiene derecho a continuidad en forma automática. De esta forma damos tranquilidad y estabilidad en la condición de socio.

En el capítulo V se establece para los prestadores la garantía de un nivel arancelario y, a su vez, de un plazo de cobro de las facturas que presenten a las prepagas. Se establecen también las mismas condiciones de protección para los hospitales públicos en el caso de las obligaciones vinculadas con ellos.

Como en todo sistema financiero en el que se brindan miles de prestaciones, exigimos un capital mínimo —esto surge de la ley de seguro— y una reserva técnica que hemos fijado en un mes de facturación. En el caso de las empresas que recién empiezan, la reserva técnica debería ser dos veces el promedio de los meses anteriores, de manera tal que siempre haya un recurso económico exigible para pagar, en caso de algún conflicto que llegara a tener la prepaga, garantizándose de esa forma el pago a los prestadores.

También hay un régimen de sanciones que es apelable en lo contencioso en los tribunales federales.

Por último, se crea un Consejo Permanente de Concertación en el que están todas las partes: las autoridades de aplicación —las tres que señalamos—, los prestadores, los financiadores, la medicina prepaga y también representantes de los usuarios. Este consejo deberá ser reglamentado por el Ministerio de Salud.

En los dos últimos artículos se establecen plazos para la reglamentación por parte del Poder Ejecutivo y para que se adecuen a esta ley todas las entidades involucradas.

Por todas estas razones, porque es tiempo de que la Legislatura nacional enmiende esta dificultad que se nos presentó al hacer una ley para la medicina privada, pido a los señores diputados que cumplan con un acto de justicia,

que es dar al sector de la salud la reglamentación que nos estaba faltando. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). — Tiene la palabra el señor diputado por Santa Cruz, quien compartirá el tiempo del que dispone con el señor diputado Portela.

Sr. Acuña Kunz. — Señora presidenta: vamos a compartir el tiempo porque es breve lo que tenemos para decir.

En realidad, en estos veinte minutos que compartiremos solamente vamos a hablar; no haremos un cierre para acotar aún más el término.

El presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública ha sido claro en lo que ha manifestado y desde el bloque de la Unión Cívica Radical vamos a acompañar el proyecto.

Sin embargo, permítanme hacer un poco de historia porque durante muchos años tuvimos una deuda sin saldar con la sociedad. Como bien dijo el señor presidente de la comisión, se presentaron innumerables proyectos en el Parlamento en relación con este tema, pero ninguno tuvo una aceptación tan globalizada como el que estamos tratando.

Con nobleza debemos destacar la apertura del texto presentado. En mi opinión, sus autores permitieron modificar en estos dos últimos días más del cincuenta por ciento del proyecto.

Han transcurrido cinco horas de debate y discusión que nos han enriquecido. Después de haber escuchado a los actores involucrados en este tema, sabemos positivamente que nos deja conformes a todos porque se acerca a lo que las partes interesadas quieren y necesitan; me refiero a las empresas de medicina prepaga y también a nuestra sociedad.

Hasta el momento el sistema de salud solamente tiene regulados dos subsectores. Uno de ellos es el sector público, a través del Estado, y el otro es el de las obras sociales, a través de las leyes 23.660 y 23.661. El subsector de la medicina privada hasta el momento no tenía ningún marco regulatorio.

Como decía, seguramente este marco regulatorio va a tener falencias pero siempre existirá la posibilidad de llenar espacios y tal vez de corregir errores.

Pero sólo tengo una preocupación, que ya la manifesté en la comisión. Sugiero al señor

presidente de la comisión que sugiera, a su vez, a la ministra de Salud que la autoridad de aplicación no sea la Superintendencia de Salud, por medio del superintendente, sino cualquier otro estamento de la administración de salud.

¿Por qué digo esto? Porque a mi juicio es dar superpoderes al señor superintendente, quien va a controlar y decidir sobre quién o quiénes pueden armar una prepaga, va a revisar y aprobar las cuotas y el valor de los ingresos de las cuotas de inicio, va a determinar cuestiones sobre carencias y enfermedades preexistentes, impondrá sanciones, autorizará y fiscalizará los contratos de los usuarios en las empresas de medicina prepaga, categorizará y acreditará a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y a los establecimientos y prestadores propios y contratados, y en caso de quiebra transferirá a los asociados que queden sin cobertura a otros sistemas prepagos inscriptos en el registro.

En definitiva, sólo quiero y pido que no pongamos un león en el corral de los corderos.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). — Tiene la palabra el señor diputado por Corrientes.

Sr. Portela. — Señora presidenta: el presidente de la comisión ha descripto perfectamente los alcances de esta iniciativa ya que las prepagas vienen a llenar un vacío que deja el Estado. Este vacío hoy va a tener una reglamentación que permitirá hacer viable en el tiempo una prestación que es necesaria.

No solamente hay que hablar de la protección a los que se adhieran a este sistema. Hay que hablar de la protección del sistema de prepagas porque se trata de una cuestión integral: no se concibe ni la prepaga sola ni los pacientes solos.

Este equilibrio que le quisimos dar con esta reglamentación es para que la gente siga teniendo la posibilidad de acceder a una calidad de salud, y va a ser responsabilidad del Estado seguir manteniendo este equilibrio, esta calidad de salud para garantizar esta prestación a un sector amplio de los argentinos.

Lo que tengo que destacar es la metodología y la forma con que se ha llegado al dictamen de este proyecto de ley. Esto lo digo sobre todo porque venimos viendo posiciones intransigentes que a veces no permiten aportes importantes de otros sectores.

Pienso que eso no se dio en el tratamiento de esta iniciativa, y ha habido permeabilidad suficiente tanto de los actores como de los distintos sectores políticos que componen esta Cámara.

Acá no hubo una disputa de partidos, ni de oficialismo y oposición, sino que por fin, de una vez por todas, vemos que hasta la sensatez comienza a predominar en el Congreso. Esta sensatez nos permite interaccionar con ideas y aceptar correcciones. Esto habla bien del poder que nos dio el soberano para tratar de hacer legislaciones lo más perfectas posible.

Esta metodología se debe a la forma del manejo del presidente de la comisión pero también a sus miembros. Esta metodología de trabajo es la que yo recomendaría a todos mis pares para tenerla presente en cada disputa, en cada discusión de los proyectos de ley que podamos tener. Esto es lo que quería destacar porque realmente vamos a empezar a recuperar el poder definitivo del Congreso, utilizando esta metodología, y sobre todo cuando definitivamente podamos eliminar los superpoderes que hemos transferido.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). — Tiene la palabra la señora diputada por Santa Fe.

Sra. Fein. — Señora presidenta: en primer lugar quiero rescatar, como señaló el señor diputado preopinante, el trabajo realizado en las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General, subrayando la actitud de los presidentes de ambas comisiones y por supuesto de los autores de estas iniciativas que permitieron el aporte de todos los integrantes de las comisiones, para que este proyecto de ley que estamos considerando sea la síntesis del pensamiento de todos los legisladores participantes.

Quiero también expresar que tenemos en claro que las entidades de medicina prepaga son entidades privadas, lucrativas, que celebran contratos con los asociados y que a través del pago de una cuota garantizan la atención médica.

Estas entidades tienen más de treinta años de existencia, algunas mucho más, y en muchos casos son entidades exclusivamente financieras, que contratan servicios a prestadores, y otras tienen servicios propios.

Pero también queremos decir que las personas cubiertas por empresas de medicina prepaga

son un pequeño porcentaje de la población, entre el 8 y el 11 por ciento. Este avance importante que estamos realizando no significa resolver el problema de la salud y de la seguridad social y mucho menos de la cobertura universal de la población.

Es importante destacar que en la década del 90 una de las finalidades perseguidas dentro de la llamada reforma del sector salud y desregulación de las obras sociales era permitir que las empresas de medicina prepaga compitieran por la masa financiera de la seguridad social, llevándosela a un mismo marco jurídico, en forma predominante bajo el derecho privado.

Eso generó una importante perspectiva de estos grupos económicos. El proyecto se debilitó por supuesto junto con el debate de los resultados de la aplicación de las medidas de los 90, pero dejó como consecuencia gran cantidad de obras sociales que hoy gestionan su funcionamiento a través de las prepagas.

Por eso, creemos que es muy importante el paso que vamos a dar. No se trata de un aspecto meramente técnico o de cobertura o de alicuota, sino que es un proceso de definición de política pública, en tanto implica jerarquizar los valores que van a orientar estas políticas públicas.

Fundamentalmente, deben servir para proteger al usuario y al consumidor frente a las empresas de medicina prepaga y para mejorar el sistema de salud.

Creemos que la regulación es absolutamente necesaria y se da dentro del marco global de una política de salud que deberíamos seguir profundizando para poder traer un proyecto integral de un sistema de salud.

De todas maneras creemos que lo que se ha avanzado en esta parte de la atención de la salud, a través de los sistemas de prepagas, es sumamente importante porque fija regulaciones; establece la reglamentación de un Programa Médico Obligatorio, como ya existía, pone la responsabilidad en el Ministerio de Salud, es decir, coloca a las prepagas dentro del sistema y dentro del sector salud, evita los elementos que mayor motivo de demanda han existido por parte de los usuarios, como los períodos de carencia, la selección adversa por edad o por enfermedades preexistentes, y además permite

a la autoridad de aplicación regular las cuotas de estas empresas.

Queremos destacar que hasta ahora el sector, en general, salvo algunos temas, carecía de un marco regulatorio que ordenara la actividad y que pudiera dar una respuesta satisfactoria a las aspiraciones de la comunidad.

En este aspecto, pensando en el avance que significa, el bloque socialista va a acompañar el proyecto que se ha presentado.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra el señor diputado por Tierra del Fuego.

Sr. Gorbacz. – Señora presidenta: este proyecto que vamos a votar hoy es sumamente importante y viene muy demorado desde hace muchos años.

Es necesario colocar esta cuestión en su justo punto: lo que vamos a votar no constituye una revolución sanitaria, fundamentalmente en un país con enormes inequidades sociales, con un porcentaje grande de gente bajo la línea de pobreza y de indigencia, que depende de un sistema público de atención para su salud. Además, son los que más se enferman porque todos sabemos que las condiciones de salud tienen que ver con el estilo de vida, acceso a la alimentación, vivienda y a un ambiente sano.

Nos estamos refiriendo a variables en las que las personas de menores recursos son más vulnerables por las condiciones en las que viven. O sea que tienen un doble costo: la mayor posibilidad de enfermarse y el hecho de tener que depender de un sistema público cada vez más deteriorado.

Cada vez que discutamos cualquier proyecto en materia de salud pienso repetir incesantemente que valoro enormemente la tarea que realiza la Comisión de Acción Social y Salud Pública –debe ser una de las comisiones que más trabaja–, aunque persisten leyes fundamentales que nos debemos. Si pudiéramos avanzar con ellas, seguramente podríamos hablar de una revolución sanitaria.

Muchas de esas leyes cuentan con propuestas concretas: la ley de ingreso universal para la niñez, que no podemos decir que vaya a ser una norma específicamente sanitaria, pero seguramente tendrá un impacto enorme en la salud de la población; la ley de financiamiento sanitario,

que planteamos hace muchos años tomando la idea del financiamiento educativo, que se aplica con algunas dificultades en nuestro país; una ley general de salud, que no tenemos; una ley de salud mental y una ley de producción pública de medicamentos, cuyo proyecto ha presentado innumerables veces el señor diputado Macaluse. Todo esto daría al sistema público de salud –especialmente a los sectores más vulnerables– un marco que dé garantías de que la gente tenga derecho a acceder a esta prestación.

No hemos podido avanzar con eso todavía, aunque confío en que lo hagamos en algún momento. Por eso, entiendo positivo tratar ahora este proyecto de ley.

Contamos con un sistema muy fragmentado. En realidad, el señor presidente de la comisión hablaba de un sistema dividido en tres subsistemas. Para mí quizás sea una exageración hablar de subsistemas, porque pareciera que damos la misma categoría y jerarquía a lo que es un sistema privado, a lo que es un sistema solidario y a lo que es un sistema público. O sea que estamos hablando de sistemas con lógicas absolutamente diferentes. ¡Qué bien haría unificar el sistema de salud en nuestro país con eje en el hospital público!

En cuanto a este proyecto en particular debo decir que se trata de una iniciativa esperada por una gran cantidad de personas que se han afiliado a la medicina prepaga, no necesariamente porque tenga mucho dinero. En muchos casos no les ha quedado otra. Por supuesto que se han visto sometidos a una enorme cantidad de abusos, producto de la falta de legislación y de que ya constituye un problema el hecho de hablar de un sistema privado de salud.

Lógicamente que los sistemas privados persiguen el lucro. Ya constituye una concesión demasiado generosa el hecho de dejar que el mercado actúe en el terreno de la salud. Más aún sin que haya una regulación clara, que es lo que ha venido ocurriendo hasta ahora. No debemos olvidar que existen más de 2,5 millones de personas afectadas.

Debo reconocer que hay proyectos que se han venido discutiendo hace tiempo. Por eso, debo de recordar el trabajo de dos diputadas que ya no están en esta Cámara y que se hallan cumpliendo funciones ejecutivas en otros lugares. Una de ellas en la intendencia de Luján. Me refiero a la

diputada nacional, mandato cumplido, Graciela Rosso, quien no sólo trabajó en este tema, sino que mucha de la letra del proyecto que hoy vamos a sancionar provino de su pluma. También está la actual gobernadora de mi provincia –Fabiana Ríos– quien fue autora de una iniciativa que seguramente estará incluida en parte en el proyecto que estamos tratando ahora.

También debo reconocer su tarea, señora presidenta, porque ha sido protagonista, no sólo en la elaboración de este proyecto de ley, sino también en la defensa del consumidor. También este proyecto ha recibido el aporte de distintos bloques y de diferentes diputados, de modo que realmente podemos hablar de un trabajo colectivo.

En ese trabajo colectivo el eje central de discusión ha estado en la legitimidad que tiene un Estado para regular, en este caso, al mercado privado de la salud. Afortunadamente, esto lo hemos saldado, con un amplio consenso –yo diría que casi unánime, si no unánime; esto lo veremos a la hora de votar–, diciendo que la salud es un derecho humano fundamental que está por sobre el derecho al comercio.

Con ello no hemos planteado una regulación que haga inviable la medicina privada o las empresas de medicina prepaga –muy por el contrario–, sino que empezamos a resolver los problemas concretos que la gente ha tenido con estas empresas. En muchos casos, estas últimas se dedicaban a afiliar personas sanas, porque iban a pagar la cuota pero no iban a utilizar los servicios vía exigir análisis y estudios, y a rechazar a aquellas personas que tenían enfermedades. Además, muchas veces han aumentado sin criterio sus cuotas ante clientelas cautivas que no tenían posibilidad de rechazar ese aumento, desafiliarse y pasar a otra empresa porque sabían que tal vez otra empresa no las iba a aceptar.

También muchas veces han aumentado las cuotas por razones de edad, sin ningún tipo de regulación. Por ejemplo, personas que tenían más de 65 años y muchos años de aportes, estando sanas y sin necesidad de utilizar los servicios igual tenían que afrontar esos enormes aumentos por ser mayores de edad. Eso lo estamos corrigiendo con absoluta claridad en este proyecto.

También ocurría que algunas personas se afiliaban estando sanas, creyendo que el día que

tuvieran un problema de salud iban a contar con esa empresa de medicina prepaga, pero resulta que cuando llegaba el momento de afrontar algún problema de salud se enteraban –en el peor momento y con la angustia que representa tener un problema de salud– de que el plan que ellos habían contratado no cubría justamente esa atención que estaban a necesitando.

Con esta norma ello queda resuelto ya que obligamos a las empresas a la cobertura total del PMO; e incluso las empresas más chicas tendrán que adecuarse a planes parciales que tengan alguna razonabilidad, y no que ‘por ejemplo’ cubran traumatología de la parte superior del cuerpo y no de la inferior, o cosas por el estilo. Va a haber planes parciales para las empresas más pequeñas que cubran razonablemente una franja de prestaciones, con precios también revisados por la autoridad de aplicación.

Además, nos cubrimos de estas dificultades al establecer que los contratos –creo que este es uno de los puntos más importantes del proyecto– que las empresas de medicina prepaga van a suscribir con los afiliados tienen que ser previamente revisados y autorizados por la autoridad de aplicación.

Es decir que todo aquel afiliado que firme un contrato con una empresa de medicina prepaga va a saber que ese contrato ya fue revisado por la autoridad de aplicación y, por lo tanto, no puede contener ninguna cláusula abusiva ni ninguna sorpresa que después tenga que pagar con su salud o con su falta de atención.

También planteamos el tema de la quiebra dada la experiencia que tuvimos el año pasado –por todos conocida– con la prepaga del Hospital Francés. Todos sabemos que cuando una prepaga quiebra quedan para el final, es decir, como rezago, aquellas personas con mayores problemas de salud que durante el proceso de deterioro de la prepaga no se traspasaron a ninguna otra empresa porque sabían que no iban a ser aceptadas, por lo que quedan sin ninguna posibilidad de atención.

En esta iniciativa garantizamos que cuando hay una quiebra los afiliados tienen que ser aceptados obligatoriamente por las otras empresas de medicina prepaga registradas; por supuesto, la autoridad de aplicación tendrá un criterio de distribución proporcional para que no haya una carga demasiado desproporcionada

entre una empresa y otra. Pero lo cierto es que los afiliados van a tener la garantía de que si su prepaga quiebra, ellos seguirán con condiciones equivalentes en otra empresa de medicina prepaga.

Asimismo, estamos incluyendo a un sector vulnerable de este sistema, como es el de los prestadores, a los que muchas veces se les paga mal o se les paga tarde, porque pagar mal y tarde es sinónimo de mayor rentabilidad para las prepagas. Nosotros aquí establecemos que haya aranceles mínimos, que deben serles pagados y, además, un control de que esos pagos se realicen en forma correcta. Si no, se sufrirían las sanciones que establece esta legislación.

Por supuesto, también está el tema de no rechazar ningún afiliado por cuestiones de enfermedades preexistentes o de edad; además, así lo ha dispuesto un fallo reciente de la Corte Suprema de Justicia.

Creo que este proyecto tiene una enorme legitimidad. Era viable regular las empresas de medicina prepaga, para que no haya abusos y existan controles eficientes por parte del Estado. Dicho sea de paso, se trata de que dichos controles tengan un marco objetivo. También se busca que haya precios razonables y planes prestacionales claros, a fin de que no haya ningún tipo de engaño a la población.

Por supuesto, quedan pendientes los temas centrales que mencioné al principio y que se vinculan con el sistema público de salud.

No es una cuestión menor el hecho de que este proyecto ya fuera incorporado a un temario del año pasado, o del anterior. Obtuvo dictamen, pero luego desapareció del plan de labor de la sesión. Todos sabemos que cuando un proyecto llega a esa instancia y desaparece, se debe a que existe una fuerte presión.

Entonces, ante tanta resistencia, haber logrado este consenso en la comisión interviniente habla muy bien del Parlamento. Además, lo más importante es que se fortalece el poder político por sobre el económico, y para eso estamos. *(Aplausos.)*

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra la señora diputada por la Capital.

Sra. Bertol. – Señora presidenta: deseo sumarme a muchas de las palabras que pronunciaron quienes me precedieron en el debate.

Hoy hemos trabajado siete horas en la comisión en una forma que no he visto desde que ingresé al Parlamento. Me gustaría rescatar que no hubo diferencias partidarias entre nosotros. Nos pudimos escuchar e incorporar todos los cambios que pensábamos que iban a favorecer a la gente.

Como se ha dicho, en el sector de la salud existen tres subsectores, de los cuales sólo uno faltaba reglamentar para hacer más eficientes los controles y para que la gente sintiera que estamos ocupándonos de sus preocupaciones.

Me parece que hemos logrado acuerdo en una iniciativa que –si bien vamos a disentir en algunos puntos– habremos de apoyar en general.

Creemos que muchas veces las prepagas vinieron a llenar vacíos del Estado, pero también creemos que es necesario atender las necesidades de los usuarios y respetar la libertad de contratar. Hoy estuvimos tratando de avanzar en esta discusión.

También quiero rescatar especialmente el trabajo realizado en la Comisión de Acción Social y Salud Pública, extendiendo mi felicitación al presidente y a sus vicepresidentes. Tanto el señor diputado Sylvestre Begnis como la señora diputada Gutiérrez y el señor diputado Acuña Kunz nos alientan permanentemente a trabajar para el consenso. Hoy, creo que lo hemos logrado.

Lo hemos hecho en forma acelerada, aunque nos hubiese gustado hacerlo con otros tiempos, a fin de profundizar nuestros dictámenes y observaciones. De todos modos, sabemos que cuando hay una decisión política de llevar adelante una iniciativa, esto es necesario.

También aprovecho esta oportunidad para referirme a una promesa incumplida, vinculada con el proyecto de ley pendiente sobre el control del tabaco. Sé que hay muchas preocupaciones en cuanto a que esta iniciativa podría perjudicar las economías regionales, lo que no es intención de la Comisión de Acción Social y Salud Pública.

Creemos que se necesita una política pública vinculada con el control del tabaco en la Argentina. Recordemos que en nuestro país mueren 40 mil habitantes, de los cuales 6 mil son fumadores pasivos.

Volviendo a la iniciativa en consideración quiero adelantar nuestro apoyo en general, no obstante que el señor diputado Pinedo formulará algunas observaciones durante la consideración en particular.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Erro. – Señora presidenta: las dos comisiones que trabajaron en este proyecto de ley –la de Acción Social y Salud Pública, presidida por el señor diputado Sylvestre Begnis, y la de Legislación General, presidida por la diputada Vilma Ibarra– mantuvieron dos reuniones muy importantes que se llevaron a cabo ayer y hoy.

En la primera, los integrantes de ambas comisiones escucharon y luego pudieron intercambiar opiniones con los representantes de las empresas de medicina privada.

En la reunión de hoy los diputados de ambas comisiones trabajaron desde temprano en la elaboración de un proyecto consensuado, por lo que constituiría un gran logro para esta Cámara alcanzar la unanimidad en la votación.

Debo remarcar que se trabajó sobre la base de algunos proyectos que sirvieron de antecedentes; entre ellos se tuvo en cuenta la iniciativa presentada por los señores diputados Gorbacz, Belous, García Méndez, Benas y Fein, otra de la señora diputada Merchán, un tercer proyecto perteneciente al señor diputado Santander, una cuarta iniciativa de las señoras diputadas Segarra y Conti y otra impulsada por usted, señora presidenta. Todas estas propuestas fueron tenidas en cuenta y constituyeron valiosos antecedentes.

En ese juego de escuchar a las prestadoras de medicina prepaga me quedaron algunos conceptos que luego quisiera traer a este debate.

Sin lugar a dudas, llamó la atención el comentario del presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública en el sentido de que fracasaron cuarenta y nueve proyectos, de los cuales quince vencieron en los dos últimos años. ¡Qué importante y fuerte fue el *lobby* de las prepagas! Por eso, debemos valorar lo que dijo una señora diputada en relación con la celeridad: “Es preferible acelerar la decisión que dejarla en espera”. A quien no esté de acuerdo con esto, le recuerdo lo que pasó con esos cuarenta y nueve proyectos que hoy están en el archivo.

En aquella reunión a la que he aludido hubo empresas de medicina prepaga que hicieron valiosos aportes y que se manejaron con respeto, pero hubo otras que fijaron una posición crítica hacia el Parlamento argentino. Algunas de ellas sostuvieron premisas como las siguientes: “No se pueden imponer nuevas prestaciones sin financiamiento”; “se trata de aumentar la cuota o disminuir la calidad de la prestación”; “la problemática es cobertura *versus* prestaciones. Las coberturas tienen que ser por enfermedades crónicas, trasplantes o medicamentos, mientras que las prestaciones tienen que estar de acuerdo con el ingreso y el costo”, con lo cual cabría el aumento en el valor de la cuota y la baja calidad del servicio. Otras empresas sostuvieron que el honorario médico ha sido la variable de ajuste en el crecimiento de las prepagas.

Más allá de esas opiniones, resulta valiosa la decisión política de esta Cámara de Diputados de tomar el toro por las astas, emitir un dictamen y tratarlo hoy en este recinto.

En la reunión de ayer escuchaba atentamente al señor diputado Gorbacz cuando dijo en un momento determinado que la salud es un derecho fundamental. Es cierto. Y ayer también se dijo que la salud no debe estar librada al juego de la oferta y la demanda, que debe intervenir el Estado. Muchos cuestionaron esa intervención del Estado.

El mismo proyecto de ley dice en el artículo 29 que es una norma de orden público. Este tema, que no es menor, no se ha discutido aquí y realmente tiene todo un simbolismo. En una ley de orden público se pone de manifiesto el intervencionismo del Estado para proteger un elemento vital, como en este caso es la salud de la población. Por eso, se justifica plenamente el intervencionismo estatal en este proyecto de ley. Aquí no estamos frente a un simple contrato entre particulares: se trata de un contrato celebrado entre una prestadora de salud y un usuario donde está en juego uno de los pilares o bienes supremos de la sociedad, que es la salud.

Es importante remarcar el ámbito normativo que existía antes de que se diera tratamiento a este proyecto de ley.

Como bien calificó el doctor Sylvestre Begnis, el sector de salud se apoya en un trípode: el sector público, el sector privado y las obras sociales. Las empresas de medicina privada

en realidad carecían hasta el momento de un régimen legislativo a nivel nacional. De allí la importancia de dar al tema un tratamiento de estas características. Hasta entonces las prestaciones que, de alguna manera, se situaban en el consumo estaban regidas por la ley 24.240, que es la ley de defensa del consumidor, y por la ley 24.754, que es la que establece el régimen aplicable a la medicina prepaga, lo que constituye el plan médico obligatorio.

Esa era la normativa global y general, pero también había una serie de normas que vale la pena destacar y que se vinculan con aspectos que prevé el sistema de medicina prepaga en general. Me refiero a las leyes 23.660, de obras sociales; 23.661, que es la que crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud; 24.455, que establece prestaciones obligatorias a incluir por las obras sociales y empresas de medicina prepaga relativas a tratamientos médicos para personas con sida y drogodependientes; 24.901, de discapacitados; 24.193, de ablación e implante de órganos y material anatómico; 24.788, que es la ley nacional de lucha contra el alcoholismo, y 25.415, por la que se crea el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. Fuera de esto, en esta globalidad de normas que estaban dentro de la legislación en salud y medicina prepaga se hacía necesario —como dijimos hace un momento— establecer una regulación específica.

El Programa Médico Obligatorio, al cual también ha hecho alguna referencia el señor diputado Sylvestre Begnis, surgió para ser aplicado en principio a las obras sociales. Luego, la ley 24.754, de 1997, dispuso su aplicación a las entidades de medicina prepaga. En su único artículo les impone la obligación de brindar a sus asociados en sus planes de cobertura asistencial las mínimas prestaciones obligatorias dispuestas para todas las obras sociales. Esta ley buscó garantizar a los usuarios de los servicios médicos privados un nivel mínimo de cobertura médica equivalente al que deben prestar las obras sociales a sus afiliados.

Como se dijo hace un momento, existía la necesidad de establecer un marco que regulara la actividad de las empresas de medicina prepaga para solucionar tanto el vacío legal como las irregularidades que se producían en el cumplimiento de las prestaciones.

Como usted sabe, señora presidenta, si uno recurre a organismos donde la gente puede efectuar denuncias en esta materia —llámese Defensoría del Consumidor o Defensor del Pueblo— y les pregunta cuáles son los dos grandes temas que reclama la sociedad dirán que el primero es el de los servicios públicos y el segundo, la denuncia contra las empresas de medicina prepaga. Entonces, a partir de una normativa clara y precisa que facilite a los usuarios y a las empresas prestadoras una herramienta idónea que garantice la prestación del servicio, se evita la judicialización del tema.

Quiero hacer un párrafo aparte para referirme a la ley 23.661, que es la que creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud. La intención de esta ley era constituir un seguro social de carácter universal para procurar el pleno goce del derecho a la salud de todos los habitantes del país bajo el principio de solidaridad, que es el que rige en la materia. Se incorporaron como beneficiarios del seguro a los trabajadores autónomos, los que están en relación de dependencia del sector privado y público nacional, los jubilados y las personas carenciadas. Incluso, se contempló la incorporación de los empleados públicos activos y de los jubilados del sector público.

La combinación de buenos objetivos y malos instrumentos convirtió al Sistema Nacional del Seguro de Salud en un proyecto lamentablemente voluntarista. En los hechos, ocurrió que los únicos beneficiarios cubiertos por el sistema son los trabajadores en relación de dependencia de los sectores privado y público nacional, y de manera más formal que práctica, los jubilados nacionales.

En definitiva, este seguro de salud cubre apenas un 35 por ciento de la población total del país. Si de esta cifra discriminamos aquellos en los que tiene injerencia el PAMI, prácticamente este número se reduce a sólo un 25 por ciento de la población.

Las obras sociales nacionales, provinciales y el PAMI se estructuraron bajo un rígido régimen de cautividad, con la expresa prohibición de la entrada a nuevas entidades para competir. La competencia llevó a la degradación de los servicios: bajo la declamación de la solidaridad, que mencioné hace un momento, se promovió la dilapidación de los recursos y la discrimi-

nación de las personas de más bajos ingresos, ya que en muchas ocasiones la única vía para tener atención médica fue recurrir al bolsillo, a fin de pagar al prestador o para contratar un servicio voluntario fuera del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Por supuesto que los argentinos queremos que esa trilogía formada por la salud, la educación y la seguridad esté a cargo del Estado nacional con un nivel de excelencia. La realidad nos demuestra que en algunos lugares se puede lograr la excelencia en algunos de estos grandes temas nacionales, pero en otros, lamentablemente, esto no es posible. Por lo tanto, así como en materia de educación muchas veces se debe recurrir al sector privado, en el sector de la salud están las prepagas y en lo que respecta a la seguridad, muchas veces ésta se cubre con otras alternativas.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – La Presidencia solicita al orador que vaya redondeando su exposición.

Sr. Erro. – Sí, señora presidenta.

Entonces, el Estado tiene grandes fallas en lo que respecta a la prestación de salud. El hospital público, especialmente sus profesionales, desarrolla una actividad de gran importancia. Hace todo lo posible a fin de atender la salud de aquellas personas carenciadas, lo cual no es una cuestión menor.

El proyecto en consideración tiene una significación muy especial dado que en virtud del trabajo desarrollado en las dos comisiones intervinientes –destacando en particular el profundo conocimiento de la temática que tiene el doctor Sylvestre Begnis– ha sido motivo de un arduo debate tras el cual se arribó a fuertes consensos.

El bloque de la Concertación entiende que es fundamental la sanción de este proyecto de ley para la salud de la Argentina, y muy importante que en la Cámara de Diputados se trate de aprobar los proyectos por consenso.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra la señora diputada por Córdoba.

Sra. Merchán. – Señora presidenta: no quiero extenderme ni reiterar conceptos ya expuestos por los legisladores preopinantes, con quienes hoy hemos compartido el trabajo en comisión.

El bloque Encuentro Popular y Social considera que es fundamental entender la salud como un derecho, tal como lo establece nuestra Constitución Nacional y numerosos tratados internacionales.

Asimismo, celebramos que en el trámite legislativo de este proyecto se haya discutido cuál es el rol del Estado a la hora de garantizar los derechos, en este caso la salud, reglamentando un área que hasta el momento no lo estaba.

En nuestra opinión, la discusión alrededor de esta iniciativa ha sido muy rica, en el mismo sentido que otras que estamos teniendo en el Congreso de la Nación. Esto nos permite hablar de una nueva era en la que buscamos la recuperación de un Estado que durante muchísimo tiempo fue absolutamente debilitado.

Por otra parte, quiero manifestar que estoy muy contenta en lo personal por haber podido efectuar un pequeño aporte al texto que estamos analizando, que en verdad es sumamente importante. Tal como lo señalaron muchos diputados, suma al trabajo que durante años desarrollaron otros colegas, como por ejemplo la ex diputada Graciela Rosso –una referencia fundamental– y usted, señora presidenta.

Ese pequeño –no por ello menos importante– aporte, que fue trabajado con muchos sectores, consiste en la incorporación sin límite de edad. Ciertamente es una alegría discutir esto en esta ocasión.

Quiero dejar sentado nuestro apoyo al proyecto en consideración, aunque por supuesto, tal como lo señaló el diputado Gorbacz, es indudable que falta mucho por debatir. Sin embargo, este bloque siempre apoyará y trabajará a favor de la idea de discutir el rol del Estado en la regulación de los derechos de la ciudadanía. (*Aplausos*.)

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra el señor diputado por el Neuquén.

Sr. Acuña. – Señora presidenta: estamos de acuerdo con la regulación de la actividad de las empresas de medicina prepaga pues es un reclamo que desde hace años viene efectuando la sociedad.

Este proyecto ha sido estudiado en profundidad por las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General. Por medio de

nuestros colaboradores tenemos constancia de que ello ha sido así.

En nuestra opinión, teniendo en cuenta que la salud es un valor y un derecho que debe ser tutelado desde el propio Estado, esta norma protegerá a los usuarios y a las mismas empresas. Por lo menos se garantiza algo fundamental: el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio para todos los usuarios de las empresas de medicina prepaga.

Por lo expuesto, adelanto que votaré por la afirmativa el proyecto en consideración, y al mismo tiempo solicito autorización para insertar mi exposición en el Diario de Sesiones, lamentando que los legisladores no hayamos tenido tiempo de leer el dictamen, pero creo que estamos cumpliendo con una demanda de la sociedad.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra la señora diputada por San Luis.

Sra. Bianchi. – Señora presidenta: en primer lugar, deseo felicitar a las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General por el trabajo realmente impecable que han hecho durante el tratamiento de este proyecto. Felicito a todos los señores diputados que las integran y sobre todo a sus presidentes, que mucho se han esmerado en lograr el consenso necesario para aprobar esta iniciativa.

El proyecto en tratamiento apunta a regular el funcionamiento de la medicina prepaga dentro de todo el territorio nacional. Desde hace mucho tiempo este sistema permanece sin la debida regulación.

Me pregunto si en un país justo, bien organizado, con una buena distribución de la riqueza, debería existir la medicina prepaga. La respuesta es negativa.

Desde el Estado no se garantiza con acciones, sino sólo con discursos, un buen plan federal vinculado con la salud de todos los argentinos. La necesidad de pagar una cuota mensual para poder estar protegido por una cobertura de salud es un testimonio de que hay una importante grieta dentro del sistema.

El área de la salud está compuesta por tres sectores, que ya han sido señalados por los señores diputados preopinantes. Uno de ellos es el sistema público, que representa el 40,2 por ciento, otro es el de las obras sociales sindicales,

con una participación del 43,2 por ciento, y el de las prepagas y mutuales que integran el 10 por ciento. Además, no nos podemos olvidar del PAMI, que representa el 6,6 por ciento.

Dentro del sistema de salud, el único sector que no estaba regulado era justamente el de la medicina prepaga, que en la actualidad sólo está sujeto a la ley 24.574, que establece la obligatoriedad mínima del PMO.

Por ello, es necesario cubrir una laguna legislativa mediante el impulso de una ley que tenga concordancia con la legislación vigente y las necesidades actuales. El Estado debe establecer las pautas de control con el objeto de preservar el derecho de todos los ciudadanos a una buena cobertura en el sistema privado.

Debemos tomar conciencia de que los servicios vinculados con la salud son servicios públicos, independientemente del tipo de organización que los gestiona.

Integrar la medicina prepaga al sistema de servicios de salud es reconocer la relación que tienen con la seguridad social. La omisión de políticas públicas de salud lleva a consecuencias negativas no sólo sobre el sistema sino también sobre la población.

Si las prepagas no cumplen con el servicio que deben prestar, los pacientes deben recurrir a los hospitales públicos, que colapsarán y, de esta manera, se relegará siempre a los que más necesitan de sus servicios.

Dentro de este proyecto hay un punto importante que es el referido a la regulación de las tarifas del sector. A partir de la sanción de esta norma, antes de disponer un aumento del importe de las cuotas las prepagas deberán contar con una autorización por parte del Ministerio de Salud. De esta forma ya no será el secretario de Comercio Interior, Guillermo Moreno, el que establecerá las cuotas de manera arbitraria.

En cambio, las prepagas quieren seguir manteniendo precios libres y preservar el derecho de admisión, lo cual es inadmisibles.

Otro de los puntos importantes de este proyecto es que regula el aumento que se les impondrá a las personas mayores de 65 años, las cuales no podrán sufrir ningún tipo de modificación en sus cuotas en caso de que su afiliación a la empresa haya sido superior al plazo de diez años.

En la actualidad se ve que a partir de los 65 años se va incrementando año por año la cuota, y a veces los incrementos superan el 100 por ciento. Este punto es de fundamental importancia ya que en nuestro país tenemos instrumentos que justamente ayudan a que no se realice una discriminación contra los adultos mayores, como las leyes 25.724, la 21.074, la 24.734 y la 24.417.

Otro aspecto importante es el que sostiene que no podrán existir carencias o esperas entre la empresa y los usuarios que se encuentren incluidos en el PMO. Este punto es importante ya que en 2002 el Ministerio de Salud redujo las obligaciones del PMO en medio de lo que se llamó “la emergencia sanitaria”, permitiendo a las prepagas que cobraran aranceles suplementarios, copagos, por diversas prestaciones y simultáneamente vieran aplacada la lista de prestaciones obligatorias y reducidos los descuentos en medicamentos de farmacia del 50 al 40 por ciento.

Las enfermedades preexistentes sólo se tendrán en cuenta a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser objeto de rechazo.

Por lo tanto, con esta medida no sólo se garantiza la prestación del servicio de salud sino que se evita todo acto discriminatorio.

La discriminación se esconde en todos los rincones de la sociedad, con el objeto de hacer de la diferencia social, física o económica un argumento para la hostilidad y la marginación dentro de nuestro país.

En la actualidad en la Argentina convive la discriminación por razones étnicas, religiosas, económicas y también las provenientes del tema de salud.

Ante ello debemos hacer respetar nuestros derechos, y si alguien los vulnera debemos realizar obviamente las denuncias correspondientes.

Asimismo, la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo. Este es un eje fundamental ya que, a partir de cierta edad, en la actualidad se excluye a una considerable porción de la población, la que queda sin servicios de salud, presentándose así una clara discriminación. Por lo tanto, no debe haber restricciones ni trabas por la edad de la persona que desea afiliarse.

De esta manera se evitará que colapse el sistema de salud público y se recuperarán los

recursos utilizados en pacientes que pertenecen al sistema privado, utilizando esos recursos para que las personas que carecen de prepagas puedan recurrir a los hospitales públicos.

Por último, queremos dejar en claro que el presente proyecto no es un castigo para las empresas prepagas; todo lo contrario. La empresa que trabaje seriamente no tiene nada que temer con la aprobación del presente proyecto. Deberán sólo presentar datos que seguramente ya fueron presentados a la Inspección General de Justicia, otorgar los contratos de adhesión ofrecidos, los planes con que cuenta y sus variantes y decir si hay tratamientos o medicamentos que no están incluidos dentro de su cobertura, más la información sobre las cuotas vigentes.

Lógicamente, las empresas que no cumplan con lo dispuesto por esta ley incurrirán en un incumplimiento y serán sancionadas.

Por lo expuesto, y teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental consagrado en nuestra Constitución, y frente al avance de la medicina prepa y la ausencia de un marco normativo, desde el bloque Frejuli apoyamos esta iniciativa.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra la señora diputada por Salta.

Sra. Torfe. – Señora presidenta: el bloque del Partido Renovador de Salta celebra hoy el tratamiento del presente proyecto de ley, ya que es una necesidad que la sociedad argentina ha venido demandando desde hace varios años.

Este bloque comparte plenamente todo lo que se ha dicho en este recinto. Compartimos todo lo que se refiere a lo que demandan los ciudadanos en general, porque forma parte del derecho a la salud, que es un bien social.

Inclusive, no tendría que haber estado postergado durante tantos años. Por eso, el bloque del partido que integro celebra la consideración de esta iniciativa y adelanta el voto positivo tanto en general como en particular.

Este proyecto de ley viene a llenar un vacío legal respecto a lo que la sociedad ha demandado no sólo en cuanto a las prestaciones sino también acerca de los prestadores.

Una de las cuestiones importantes que se señalaron hoy durante el debate en comisión –quiero mencionarlo teniendo en cuenta lo que dijo el señor diputado Santander– se vincula con

los reclamos de los usuarios y también con lo relativo al maltrato que reciben los prestadores de la salud. Digo esto porque estos prestadores prácticamente son abusados en su trabajo.

Por lo general, esta gente trabaja muchas horas y por sueldos muy bajos. Esa es una verdad que muchas veces no se dice y se tapa ofreciendo prestaciones médicas. Nunca se habla de lo que encierra cada prepaga por dentro.

Quienes tenemos algún pariente que trabaja en estos sistemas sabemos de qué manera se los explota. Entonces, cuando se habla de estos temas, me siento tan involucrada que no puedo dejar de decir que este proyecto de ley va a garantizar a estas personas un trabajo digno y bien remunerado.

Debemos señalar que los aranceles también van a ser fijados por la autoridad de aplicación, aspecto que antes no estaba contemplado en ninguna parte.

Por otro lado, los usuarios de las prestaciones médicas no tenían dónde reclamar o estos reclamos caían en saco roto. Con este marco regulatorio todos los usuarios podrán saber de quiénes se trata, es decir, quiénes son las personas que están trabajando en esta actividad, y podrán conocer la calidad prestacional y la capacidad de gestión que tiene cada una de las empresas.

Esto es importante recalcarlo, porque no todos están en condiciones de elegir cuál es el mejor sistema para el grupo familiar.

Por eso, es muy importante establecer un marco regulatorio que sea público, con la creación de este registro nacional. Sin duda se trata de un avance.

No quiero ahondar en los artículos en sí, porque los señores diputados preopinantes ya hablaron de ellos. Pero si quisiera referirme al tema de los reclamos y de los prestadores, ya que fue una de las cuestiones que más me consultaron a través de mail o de notas que me han hecho llegar a fin de orientarlos acerca de cómo reclamar y si los prestadores iban a estar cubiertos. No debemos olvidar que hoy en día, por una obligación o por una necesidad, ellos tienen que aceptar estos sistemas que no están controlados por el Estado. Pero hoy, gracias a la sanción de esta iniciativa, les vamos a asegurar

un trabajo digno a todos los profesionales que estén dentro de este sistema.

Celebro que estemos tratando este proyecto de ley, además de felicitar a los señores diputados y a los que participan en la Comisión de Acción Social y Salud Pública, comisión de la que me siento honrada de integrar.

En dicha comisión se efectuó un trabajo muy fino y todos nos sentimos contenidos, ya que en el dictamen que había sido elaborado por la mayoría se pudieron introducir modificaciones de todos los bloques. Esto demuestra que se puede trabajar seriamente, ya que cuando existe predisposición, se pueden lograr muchas cosas. No me cabe duda de que la futura norma significará un beneficio para muchos ciudadanos de la República Argentina.

Sra. Presidenta (Vaca Narvaja). – Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Sánchez. – Señora presidenta: voy a efectuar un par de consideraciones sobre este proyecto de ley.

Consideramos que este marco regulatorio era una deuda que tenía el Congreso argentino. Me da la impresión de que se ha avanzado muchísimo al dar un instrumento a la autoridad estatal para minimizar las diferencias que existen entre ese poder tan grande que significa una empresa prestadora de servicios de salud –una prepaga o lo que sea– y un usuario que de ninguna manera conoce cuáles son sus derechos, desconoce los términos de un contrato o las calidades necesarias establecidas en el contrato para la prestación de ese servicio.

Como han dicho otros señores diputados, hemos avanzado en sintonía con muchos fallos judiciales que establecían que no tenían razón de ser algunas situaciones como los períodos de carencia para algunas prestaciones o la negación de aceptación de algunos pacientes que deseaban adherir a determinadas empresas de medicina prepaga, por tener enfermedades preexistentes a la hora de solicitar su adhesión. Entendemos que esto va en el mismo sentido de lo que ha resuelto la Justicia.

Consideramos que no hay razón alguna para limitar por cuestiones de edad la aceptación de pacientes. Creemos que también está salvaguardada la relación del vínculo familiar. También consideramos que existen otras cuestiones de

orden técnico que vienen a salvarse para que la relación entre estas empresas y las personas que utilizan estos servicios no sea abusiva.

En todo lo dicho existe otra cara de la moneda. El Poder Legislativo ha decidido avanzar con esta modificación, pero debemos hacer hincapié en otras cuestiones que tienen que ver con el porqué de que tanta gente se sume a la medicina prepa.

—Ocupa la Presidencia el señor presidente de la Honorable Cámara, doctor Eduardo Alfredo Fellner.

Sr. Sánchez. — El sistema de salud pública en la Argentina —sea del nivel que fuere— está colapsado.

Entendemos que el Poder Ejecutivo nacional y los de las provincias que tienen a su cargo la mayor parte de la red de prestación pública del servicio de salud no han tomado conciencia cabal de cuáles son los derechos de los ciudadanos. No se han realizado las inversiones para prestar el servicio de manera correcta y atender a esos derechos y necesidades de toda la población.

Dijimos que en el proyecto de ley ya están establecidas exigencias y derechos básicos, como el PMO.

Como contrapartida de lo que se va a establecer en este proyecto de ley a manera de avance, existe una cuestión por la que nosotros queremos alertar. Si bien el Poder Legislativo de la Nación se ha ocupado de este asunto para minimizar esta diferencia de situaciones en las que se encuentran los ciudadanos y las empresas, no debemos olvidar que existe el Estado. No es necesario que haya una norma tan fina para que el Estado pueda defender el derecho de los ciudadanos.

La autoridad de aplicación de esta actividad —la autoridad regulatoria— va a tener muchas facultades en sus manos. Y ahí es donde surge la preocupación de este bloque y de este diputado.

Hoy día la autoridad regulatoria del sector de la salud —sobre todo la Superintendencia de Servicios de Salud— no viene cumpliendo las obligaciones que tiene a su cargo. Todo lo contrario: viene prestando oídos sordos, mirando para otro lado cuando de hacer cumplir la ley a estos agentes se trata. Tenemos casos de adul-

teración de medicamentos, de no prestación de servicios como corresponde, etcétera.

Creemos que a partir de la determinación de este Poder Legislativo ponemos en el medio, y con todas las herramientas a su disposición, al único actor que está en condiciones de mediar en esta disparidad, que es el Estado nacional.

Esperamos que no sólo se sancione la ley sino que el Poder Ejecutivo nacional la haga cumplir con todas las herramientas que le otorga esta norma, y por sobre todas las cosas, con la rectitud que se requiere para que los beneficiarios sean los ciudadanos de la Nación y no algunas empresas y funcionarios que no contemplan estos derechos. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra la señora diputada por Santa Cruz.

Sra. Gutiérrez. — Señor presidente: como todos sabemos, éste es un tema que se viene debatiendo desde hace mucho tiempo. Dado que se ha repetido mucho, no me voy a referir a la cantidad de años durante los cuales no se pudo tratar ni voy a mencionar la cantidad de horas que los integrantes de las distintas comisiones han dedicado a escuchar a todos los actores involucrados en este asunto. Creo que hacer hincapié nuevamente en esto sería redundante.

Sí quiero remarcar el trabajo de los señores diputados y el de los señores asesores, y también quiero reconocer el trabajo de los secretarios de la comisión, que hoy, después de tantas horas de trabajo, tan hábilmente pudieron volcar en el proyecto que todos tenemos en nuestras bancas cada una de las mociones e incorporaciones acordadas durante el largo debate.

Voy a expresar algunos conceptos muy básicos que quiero que queden bien claros. Hasta la aparición de esta norma, que si la mayoría del cuerpo acompaña se convertirá en ley, las empresas de medicina prepa eran consideradas como seguro individual de riesgo variable, es decir que implican contratos libremente firmados entre un usuario y una empresa, contratos que pueden ser similares a los de un plan de ahorro de la compra de un electrodoméstico, de un automóvil o de cualquier otra cosa.

En este proyecto estamos hablando de contratos cuyo objeto es la prestación de un servicio médico asistencial. Siendo que estamos tratando un tema de salud, es absolutamente necesario

que el Estado regule, establezca un marco normativo a dichas empresas, y no tengamos que estar sujetos a la letra chica de esos contratos, que por lo general siempre atentan contra el usuario.

Actualmente encontramos una sola ley que se refiere específicamente a las prepagas, que es la 24.754. Esta última dispone que dichas empresas deben prestar el Programa Médico Obligatorio que se impone a las obras sociales, es decir que como mínimo las prepagas deberán garantizar a sus clientes el PMO. Sin embargo, no existe un marco regulatorio integral, que es lo que estamos a punto de establecer por ley. Es nuestra tarea como legisladores velar por la salud y el bienestar de toda nuestra gente, y ésta es una forma de proteger a quienes hacen uso de estos servicios.

Quiero destacar dos puntos del texto que vamos a aprobar porque entiendo que son fundamentales. Uno de ellos es el artículo que establece que la edad no podrá ser tomada como criterio de selección adversa. Sin duda, éste era un tema pendiente que debíamos a todos los ciudadanos, sobre todo a aquellos de la tercera edad. Otro de los puntos, de particular importancia, es el que se refiere a aquellos niños que siendo adoptados quedan adheridos al plan del titular, quedando exentos de enfermedades preexistentes y períodos de carencia, debiendo ser incorporados a las empresas de medicina prepaga de inmediato y sin ningún tipo de trabas.

Señor presidente: en estos tiempos, donde la justicia social se hace presente con medidas orientadas al beneficio de los que siempre han sido castigados, entendemos que es fundamental amparar mediante un marco legal claro las reglas de juego del sistema de salud privado así como la suba del precio de sus cuotas, que en el presente año no midió consecuencias.

Si bien las empresas de medicina prepaga son un actor reconocido dentro del lucro privado, sus clientes no son cualquier cliente, y el bien que amparan no es cualquier bien. La salud es fundamental; es un derecho humano, y más allá de contar en la Argentina con uno de los mejores sistemas de salud del mundo, en cuanto a su principio universal de accesibilidad, desde el Estado es hora de regular este negocio para permitir rentabilidad a las empresas que lo prestan y seguridad a sus clientes, que tienen un

tesoro para proteger: nada más y nada menos que la salud.

Considero que con esta iniciativa estamos dando respuesta al reclamo de millones de personas, que desde hace años se encuentran afectadas por la letra de los contratos de medicina prepaga.

Por lo expuesto, adelanto mi voto favorable a la presente iniciativa. *(Aplausos.)*

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

Sr. Lorenzo Borocotó. – Señor presidente: en 1954 ingresé al hospital público. Según nos decían nuestros padres, era una profesión independiente, pues no teníamos patrones.

Pasó el tiempo, y primero aparecieron las mutuales, que eran un tipo de patrón. Después surgieron las prepagas y pasamos a ser de nuevo empleados.

Antes de eso, atendíamos en el barrio y el enfermo se llamaba privado. Si padecía de algo más importante y tenía dinero, iba al sanatorio; en caso contrario, al hospital, y nosotros mismos lo llevábamos. Viví esa medicina y vivo la de ahora, que es totalmente distinta.

Lo privado desapareció; quedaron la prepaga, la mutual y el hospital. También sé que si aumentan los costos en las prepagas –hasta hace poco fui médico de ellas y ahora soy paciente–, empieza a ser un poco insoportable la posibilidad de llevar el sistema a cabo, dado los avances de la medicina.

Hay que regular muchas cosas; incluso, hasta picardías. No creo en los errores, sino en las picardías. Por ejemplo, ¿qué pasa si quiebra una empresa y se tienen cuarenta años de afiliado a ella? Estas leyes, que son contemporáneas, sirven para eso: el futuro.

¿Qué pasa con los mayores de 65 años, a quienes nos han aumentado la cuota y llevamos 30 años siendo afiliados? ¿Qué pasa con los médicos, que siguen trabajando en esas prepagas? Para abaratar los costos, el hilo se corta por allí. Por eso se pasó a ser empleado de verdad, y en el hospital se habla del proletariado de la medicina.

Todo esto es cierto. Simplemente quiero dar los datos, y los escribas que están allí abajo, que son realmente fieles y fehacientes, anotan palabra por palabra, y ellas no se tergiversan.

Hay muchas cosas que arreglar. Tenemos que ponernos de acuerdo con la bondad que caracteriza a la medicina. Si las empresas privadas llegan a cerrarse, nos llenarían el hospital de pacientes.

Ya nos pasó en las crisis de 2000 y de 2001, lo que fue anunciado a las autoridades. Se dijo que íbamos a tener enfermos en los pasillos, porque el que está en el plan “A” pasa al “B”, el del “B” al “C” y el del “C” termina en el hospital.

Además, es un enfermo que protesta en el hospital, porque está acostumbrado a una hotelería mejor. Esto es lo que va a pasar en el futuro, porque el proyecto es contemporáneo, pero no mira hacia adelante. Sólo habrá arreglo con mucha bondad de todas las partes.

A una empresa prepaga no se le puede cobrar el impuesto a las ganancias, porque este gravamen no puede existir en la medicina. Más aún, lo dice un médico que lleva 50 años aportando en el hospital y nunca cobró un sueldo. Quiere a la medicina pública y sabe que es la única salida futura, porque si hoy en día no hacemos la prevención que corresponde el gasto resultará imposible de afrontar si no lo asumen los gobiernos. Esto ocurre en todas partes. Hay cosas que debemos arreglar con buen tino y con mucha solidaridad.

¿A qué le llaman enfermedades preexistentes? Si sacáramos a los que tienen enfermedades preexistentes nos tendríamos que ir todos. Digo esto porque ya se han descubierto seis mil enfermedades genéticas. Se sabe en qué cromosomas están y cuáles son los genes. Se pueden descubrir en un embrión cuando recién tiene cuatro células.

Hoy podemos saber si la persona va a ser hipertensa o si va a tener un cáncer de colon, de próstata, de mama o de útero. Debemos ponernos de acuerdo en todas estas cuestiones con la bondad que implica la medicina.

Fíjense que aunque la gente proteste contra el hospital, no hay reportaje en el que esas personas no le respondan al periodista que los médicos y las enfermeras los atendieron muy bien. Seguramente, esto se debe a que la elección de esa especialidad o de ese modo de vida también es genético.

Debemos pensar en el futuro. Las reuniones tienen que seguir, pero el Estado tiene que con-

trolar. También tiene que prepararse, porque en el futuro tendrá que ocuparse del 95 por ciento de la población, ya que hoy resulta imposible pagar. A todo el que nace no se le puede hacer una resonancia magnética del lóbulo temporal izquierdo o meterse en el diencéfalo para saber si va a ser o no un delincuente; si lo hiciéramos, ¿quién pagaría el costo?

Entonces, debemos ponernos de acuerdo. Esta comisión lo ha logrado, ya que se pudo acordar con los representantes de los distintos partidos políticos. Parece que el dolor de la medicina nos une.

Conocemos todas las verdades. Sabemos que cuando aparecieron las prepagas ya no hubo más pacientes, porque todos pasaron a ser usuarios o socios; pero para los médicos siguen siendo pacientes.

Bienvenida esta preocupación. Ojalá también podamos dar la bienvenida a la honestidad, a la moral y a un poco de generosidad para no tener que poner en esto también impuestos a las ganancias. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por La Rioja.

Sr. Santander. – Señor presidente: estoy en un todo de acuerdo con el señor diputado Lorenzo Borocotó, porque me tocó ver la última parte de la medicina que él acaba de poner de relieve. Sin duda, tenemos que seguir luchando todos los días por esa medicina.

Quiero resaltar en este debate que un grupo de diputados que habíamos presentado nuestro propio proyecto adherimos a la propuesta oficial porque tuvo en cuenta el 90 por ciento de nuestras preocupaciones y de lo que figuraba en el articulado de aquella iniciativa. Aclaro que el hecho de adherir a esta propuesta implica que votaremos afirmativamente tanto en general como en particular el marco regulatorio para el sistema de medicina prepaga.

A continuación intentaré titular y no conceptuar algunas apreciaciones. Estamos hablando de 4,5 millones de afiliados; estamos hablando de cuatro mil millones de pesos por año, de los cuales el 80 por ciento se concentra en no más de cinco prepagas; estamos hablando de que desde hace veinte años fracasan continuamente proyectos que tratan de establecer este marco regulatorio de la medicina prepaga. Esto no es

porque sí: tienen un *lobby*, y muchas veces no es honesto sino de otro tipo. Su éxito fue tan fuerte que logró imponer funcionarios en muchas provincias –a veces en todas–, y también funcionarios nacionales como ministros de Salud. ¿Cómo se van a regular ellos mismos?

Aunque a veces no les guste a algunos, aquí se trata de fracasos paulatinos constantes de la salud pública. Cada agujerito que nosotros dejamos en la salud o en la medicina hospitalaria lo ocupan ellos, porque también debemos decir que lo que estamos tratando comprende el 30 por ciento de la salud. Estamos hablando de medicina.

Como decía el señor diputado Gorbacz, con esto no estamos haciendo ninguna revolución. Quiere decir que ahora estamos cumpliendo con la regulación de la medicina prepaga, pero estamos quedando con deudas grandes en cuanto a la medicina pública y a la salud pública.

Hace un año aprobamos por unanimidad en este mismo Congreso la ley referida al mal de Chagas y todavía no se inició ninguna acción. Deberíamos haber empezado a construir casas, a cambiar los ranchos por viviendas dignas, a cambiar los corrales de madera o de empalizada por otros de materiales que no permitan la introducción de la vinchuca, a crear lavatorios, etcétera, y no lo hicimos.

Por eso, digo que es importante el paso que estamos dando. Entiendo que lo que estamos controlando es el abuso, no los excesos.

Seguimos teniendo deudas con nuestra política justicialista. Nosotros debemos bregar por una mejor y mayor calidad en los servicios de la salud pública. Quiero más atención primaria, más agentes de salud, más prevención y menos hospitales que no podamos ocupar por no tener el personal adecuado. Pero al mismo tiempo quiero dejar una reflexión: los justicialistas debemos seguir soñando con nuestro plan de salud de Ramón Carrillo y también con nuestro frustrado y abortado sistema nacional integrado de salud que pudimos ver algunos, como nosotros, los riojanos. Sigamos peleando para que alguna vez volvamos a discutir en esta Cámara un sistema nacional integrado federal de salud. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Fellner). – Cerrando la lista de oradores tiene la palabra la señora diputada por Córdoba.

Sra. Vaca Narvaja. – Señor presidente: seré breve. Simplemente, quiero reafirmar que en este proyecto de ley estamos recogiendo los preceptos constitucionales que tienen que ver con el derecho a la salud y con los derechos de los ciudadanos en tanto usuarios y consumidores.

El proyecto de ley en consideración plantea la necesidad de un Estado presente, que no mire al costado, porque no estamos hablando de un servicio como podría ser el de la telefonía celular o el de televisión por cable sino de un servicio vinculado con un derecho esencial como es el derecho a la salud.

Si bien a muchos nos gustaría tener una mejor salud pública, en condiciones accesibles para todos los argentinos, todavía falta. Pero también es cierto que la única verdad es la realidad y que este sistema de prestación privada de salud, desde su inicio no tuvo marco regulatorio y comenzará a tenerlo con la sanción de este proyecto.

Esta iniciativa recoge la problemática y los reclamos vividos por miles de ciudadanos a lo largo y ancho de nuestro país. También, como se ha dicho, recoge innumerables fallos de la Justicia, que es la que muchas veces ha actuado debido a la falta de un marco regulatorio y que en sus fallos ha incorporado lo que nosotros planteamos en este proyecto.

Aquí se ha hablado de proyecto colectivo. Independientemente de que hoy se hable de estos expedientes, lo cierto es que hace muchísimos años que se viene trabajando en distintos proyectos en esta Cámara de Diputados.

Quiero hacer un reconocimiento a los diputados que estuvieron trabajando en estos proyectos. Me refiero a Graciela Rosso, hoy intendenta de Luján, a Fabiana Ríos y a otros legisladores que colaboraron mucho en su elaboración. También hubo aportes de todas las miradas, con algunas diferencias, aunque mínimas.

Aquí se ha hablado de decisión política, y en ese sentido quiero expresar que hoy podemos sancionar esta iniciativa porque hemos tenido el acompañamiento y la fuerte decisión política de nuestra presidenta Cristina, de nuestra ministra de Salud, de nuestro jefe de Gabinete y de nues-

tro ministro de Economía, por intermedio del área de Defensa del Consumidor, en el sentido de sancionar este marco regulatorio. Todos sabemos la importancia que tiene en los ámbitos nacionales, provinciales y municipales contar con el acompañamiento y la decisión política de los Ejecutivos.

Por otra parte, quiero que seamos justos con este Congreso. Muchas veces se ha dicho que estamos tratando proyectos consensuados y que la naturaleza de las discusiones ha cambiado. Acordémonos de que, por lo menos en estos dos años y medio que hace que soy diputada, ha habido innumerables proyectos de ley que contaron con un gran consenso, una amplia discusión y un trabajo colectivo. Es decir que debemos ser justos también con nuestra historia como diputadas y diputados, ya que en otras oportunidades también ha habido otros proyectos que consensuamos, como la ley de educación técnica, innumerables iniciativas referidas a nuevas energías alternativas, la reforma de la ley de defensa del consumidor, el proyecto sobre volver al sistema de reparto, etcétera.

Entonces, con este ánimo de seguir trabajando por mejorar nuestra salud y nuestra educación y por respetar y garantizar los derechos de los ciudadanos argentinos, es que creemos que realmente estamos cubriendo un vacío histórico en esta prestación.

Por último, quiero hacer llegar mi reconocimiento a todas las diputadas y diputados que han colaborado en la construcción de esta propuesta.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar nominalmente en general el dictamen de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General recaído en el proyecto de ley sobre regulación de las entidades de medicina prepaga (expedientes 2.595, 2.703 y 2.946-D.-2008).

–Se practica la votación nominal.

–Conforme al tablero electrónico, sobre 190 señores diputados presentes, 188 han votado por la afirmativa, registrándose además una abstención.

Sra. Secretaria (Luccheta). – Han votado 188 señores diputados por la afirmativa y ninguno por la negativa. (*Aplausos.*)

–Votan por la afirmativa los señores diputados Acuña Kunz, Acuña, Agosto, Aguad, Aguirre de Soria, Albarracín, Alfaro, Álvarez, Amenta, Arbo, Areta, Argüello, Arriaga, Augsburger, Azcoiti, Baldata, Barrionuevo, Barrios, Basteiro, Bayonzo, Bedano, Belous, Benas, Bernazza, Berraute, Bertol, Bertone, Bianchi Silvestre, Bianchi, Bianco, Bidegain, Bisutti, Brue, Bullrich (E. J.), Burzaco, Calchaquí, Camaño (G.), Canela, Cantero Gutiérrez, Carca, Carlotto, Cejas, César, Chiquichano, Cigogna, Collantes, Comelli, Conti, Córdoba (J. M.), Córdoba (S. M.), Cortina, Cremer de Busti, Cuccovillo, Cuevas, Cusinato, Daher, Damilano Grivarello, Dato, De la Rosa, Del Campillo, Di Tullio, Díaz Bancalari, Díaz Roig, Díaz, Diez, Donda Pérez, Dovená, Erro, Fadel, Fein, Fernández Basualdo, Ferrá de Bartol, Fiol, Flores, García Hamilton, García Méndez, García (I. A.), García (M. T.), García (S. R.), Gardella, Genem, Gerez, Giannettasio, Ginzburg, Giudici, González (M. A.), González (N. S.), Gorbacz, Gribaudo, Gullo, Gutiérrez, Halak, Heredia, Herrera (A.), Herrera (G. N.), Hotton, Iglesias, Ilarregui, Iturrieta, Kakubur, Kenny, Korenfeld, Kroneberger, Lanceta, Landau, Ledesma, Leguizamón, Lemos, Leverberg, Llanos, Llera, López (E. S.), López (R. A.), Lorenzo Borocotó, Luna de Marcos, Macaluse, Marconato, Marino, Martiarena, Martin, Martínez Garbino, Massei, Merchán, Merlo, Morán, Morante, Morejón, Moreno, Morgado, Morini, Müller, Naím, Obeid, Obiglio, Oliva, Osorio, Pais, Pasini, Peralta, Pereyra, Pérez (A.), Pérez (J. R.), Perié (H. R.), Perié (J. A.), Petit, Pinedo, Poggi, Portela, Prieto, Puiggrós, Quiroz, Raimundi, Recalde, Rejal, Reyes, Rico, Roldán, Román, Rossi (A. O.), Rossi (A. L.), Rossi (C. L.), Ruiz, Salim, Salum, Sánchez, Santander, Segarra, Serebrinsky, Sesma, Snopek, Solá, Solanas, Soto, Storni, Sylvestre Begnis, Thomas, Tomaz, Torfe, Torrontegui, Ulrich, Vaca Narvaja, Varisco, Vega, Velarde, Viale, Vilariño, West, Zavallo.

–Se abstiene de votar la señora diputada Rodríguez (M. V.).

Sr. Presidente (Fellner). – Ha solicitado que quede constancia de su voto por la afirmativa el señor diputado Kroneberger.

En consideración en particular el artículo 1º.

Tiene la palabra el señor diputado por Tierra del Fuego.

Sr. Gorbacz. – Señor presidente: en virtud de que a último momento se registró una diferencia entre el texto del dictamen que se distribuyó y lo que se leyó por Secretaría, solicito que se dé lectura del artículo en consideración.

Sr. Presidente (Fellner). – Por Secretaría se dará lectura del artículo 1° del proyecto aprobado en general.

Sra. Secretaria (Luccheta). – Dice así: “Artículo 1°. – *Objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661 y los planes de adhesión voluntaria que comercialicen las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones”.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar.

– Resulta afirmativa.

– Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 2° a 4°.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 5°.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Pinedo. – Señor presidente: durante el día de hoy, en el seno de la comisión se fueron buscando consensos en artículos posteriores, pero quedaron sin corregir un par de incisos de este artículo que había sido tratado con anterioridad al consenso alcanzado.

Es por ello que propongo que el inciso *f)* quede redactado de la siguiente manera: “Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios, en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8°.”

Después haré una propuesta en relación con el inciso *g)*.

Sr. Presidente (Fellner). – Hay varios oradores anotados y respetuosamente me permito sugerir que se propongan las modificaciones a todos los incisos para que el presidente de la comisión las pueda anotar y contestar luego en forma conjunta.

Sr. Pinedo. – El inciso *g)* quedaría redactado de la siguiente forma: “Autorizar en los términos de la presente ley y fiscalizar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley.”

Esas son las dos modificaciones que presento.

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

Sra. Fein. – Señor presidente: en el mismo sentido, propongo modificar el inciso *b)* del artículo 5°, para que quede redactado de la siguiente forma: “Crear y mantener actualizado el registro nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud.” y continúa de la misma forma. Cambia la palabra “Registro” aparecida en segundo término por “Padrón”.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Corrientes.

Sr. Portela. – Señor presidente: es muy probable que se hayan olvidado de eliminar en los incisos *f)* y *g)* la palabra “autorizar”.

Este es un tema que hemos discutido y consensuado conceptualmente. En esta relación privada la última palabra la tiene el usuario y por lo tanto el rol del Estado es el de supervisar y garantizar que no haya abuso.

Por eso, proponemos la eliminación de la palabra “autorizar”, que se contradice con lo establecido en el artículo 17, referido a las cuotas. En ese artículo se establece: “La autoridad de aplicación revisará y garantizará la razonabilidad de las cuotas.” Se debe eliminar la palabra “autorizar” porque es algo que queda garantizado –así fue consensuado en su momento– en este artículo.

Por eso pongo a consideración que se elimine la palabra “autorizar” en los dos incisos referidos.

Asimismo se produce una contradicción con el artículo 19, referido a los modelos de contratos. En él se establece que la autoridad de aplicación sólo podrá establecer modelos de contratos, con lo cual hay una variable por la que puede optar el paciente o quien contrata con la prepaga.

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

Sra. Benas. – Señor presidente: propongo una modificación para el inciso m) del artículo 5º, ya que debido al apuro su redacción es de difícil comprensión. El texto que propongo dice así: “Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscriptos en el registro que cuenten con similar modalidad de cobertura de salud y cuota. La transferencia se acordará en el marco del Consejo Permanente de Concertación definido en el artículo 28 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario.”

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia se permite sugerir respetuosamente a los señores diputados que formulen observaciones para modificar los textos que lo hagan por escrito porque de esa forma será más fácil la respuesta a cargo de la comisión.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Pinedo. – Señor presidente: me permito dar una explicación al señor diputado Portela. Su observación tuvo el mismo sentido que la mía. En el inciso f), cuando habla de autorizar y fiscalizar los contratos, propongo que diga “autorizar y fiscalizar los modelos de contratos en los términos del artículo 8º”. El artículo 8º dice que la autoridad de aplicación tiene que autorizar los modelos de contratos.

Entonces eso estaría correctamente expuesto si la Presidencia de la comisión aprobara esta modificación que estoy sugiriendo.

Lo mismo pasa en el punto siguiente, en el inciso g). Sugiero que diga “en los términos de la presente ley”. Esto es lo que propongo que se agregue, referido a los valores de las cuotas y demás. Esto se refiere al artículo 17, que dice que la autoridad de aplicación tiene que autorizar los aumentos en las cuotas.

Entonces, autorizar “en los términos de la presente ley” cubre esa situación.

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

Sr. Sánchez. – Señor presidente: en el mismo sentido creo que en el inciso f) debería decir “los modelos de contratos”, y en el inciso g) debería decir “en los términos de la presente ley”. Pero deberíamos modificar una de las palabras porque en la presente ley no se usa la palabra “fiscalizar” sino “revisar”. Dice “autorizar” por un lado, y “revisar”, por el otro.

Entonces, para que quede congruente con el artículo 17, debería decir “autorizar y revisar”, o de lo contrario cambiar la redacción del artículo 17 para que tenga congruencia con el inciso g) del artículo 5º.

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

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: haciendo un ejercicio de la memoria, la propuesta de cambiar en el inciso b), la palabra “registro” por “padrón”, la aceptamos.

Respecto al inciso f), me parecen aceptables los términos que propone el señor diputado Pinedo porque perfecciona la comprensión del texto, que está referido a los modelos.

En relación con el inciso g), atiendo el reclamo del señor diputado Sánchez de cambiar la palabra “fiscalizar”. Mantenemos la palabra “autorizar” en los términos de la presente ley, y para evitar la redundancia de “la presente ley”, yo pondría “comprendidos en su artículo 1º”, no “en el artículo 1º de la presente ley”, porque repetiríamos dos veces el término. “En su artículo 1º”.

Con respecto a la propuesta de la señora diputada Benas, aceptamos la modificación del texto del inciso m).

Con esto creo que están respondidas todas las propuestas y les agradezco a los señores diputados el permitirnos seguir perfeccionando en este proyecto de ley.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 5º con las modificaciones receptadas por la comisión.

– Resulta afirmativa.

– Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 6º a 11.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 12.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Pinedo. – Señor presidente: el primer párrafo del artículo 12 dice que en el caso de las personas mayores de 65 años la autoridad de aplicación debe definir el porcentaje de aumento de costos según los riesgos etarios.

El párrafo siguiente dice lo contrario para aquellos mayores de 65 años que tengan una antigüedad mayor a 10 años en la prepa de que se trate. Esto conlleva algunas consecuencias que tenemos que analizar y va a generar algunas desigualdades. Por ejemplo, si una persona tiene nueve años de antigüedad en una prepa, la autoridad de aplicación va a actualizar su cuota para después de los 65 años. Si una persona tiene diez años no actuará de la misma manera. Por otra parte, si dijéramos que en todos los casos de más de 65 años no se puede aumentar la cuota, como el sistema se basa en una asunción de riesgos conocidos, mantener fija la cuota de 65 años en adelante implicaría aumentar las cuotas de los adherentes más jóvenes, y no sé si es tan razonable castigar a los adherentes más jóvenes con cuotas altas, cuando recién empiezan su vida laboral, para compensar la situación.

Se me ocurre una manera de subsanar el problema, agregando al segundo párrafo la frase “salvo convención en contrario”, de modo tal que si convienen las partes en que van a tener una cuota baja cuando son jóvenes y una más alta cuando pasan los 65 años, va a regir ese sistema. Si no se conviene la empresa de medicina prepa no le puede aumentar la cuota al mayor de 65 años.

Sr. Presidente (Fellner). – ¿Qué dice la comisión?

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: fijar diez años, sin ninguna duda, es una discrecionalidad pero tiene un cierto grado de razonabilidad porque son 120 cuotas y diez años de conocimientos con los prestadores. Sin ninguna duda alguna prepa va a intentar hacer la picardía de darle un aumento importante cuando cumpla nueve años, y esto sucedería igual si hubiéramos puesto quince o cinco años.

Creo que la convención previa se hace en un estado de desigualdad en la negociación. Pienso que el usuario y el grupo familiar tienen un nivel de indefensión frente a la empresa prepa con la que tiene un vínculo de diez años.

De manera que con todo el respeto que me merece el señor diputado Pinedo no se hará lugar a esta modificación. Si se va a realizar una modificación que me acercaron desde Secretaría y que es una corrección de nuestro castellano, porque no corresponde “etéreo” sino que la palabra correcta desde el punto legislativo es “etario”. Ojo, por una vocal no me involucra, yo soy otario. (*Risas.*)

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

Sr. Pinedo. – Señor presidente: dejo constancia del voto negativo de mi bloque en este artículo.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 12.

–Resulta afirmativo.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 13.

Se va a votar.

–Resulta afirmativo.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 14.

Tiene la palabra la señora diputada por Santa Cruz.

Sra. Gutiérrez. – Señor presidente: deseo proponer una modificación en la redacción de este artículo, referido a la cobertura del grupo familiar. El texto quedaría redactado de la siguiente forma: “Las personas del grupo familiar quedarán incorporadas al plan del titular. Los hijos, hasta los 21 años inclusive, tienen derecho a recibir las prestaciones como integrantes del grupo familiar en forma automática sin necesidad de trámite administrativo previo alguno”. El resto del articulado quedaría tal cual.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Tierra del Fuego.

Sr. Gorbacz. – Señor presidente: voy a proponer un agregado. Posteriormente, vamos a tratar un proyecto referido a la modificación de la ley de obras sociales, con un criterio antidiscriminatorio. Por eso, propongo incluir una frase al final del artículo que diga: “No se podrá rechazar la inclusión en los planes familiares del conviviente del mismo o distinto sexo”.

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

Sr. Sánchez. – Señor presidente: en primer lugar, adelanto que comparto la propuesta formulada por el señor diputado Gorbacz.

Por otro lado, confesando mi ignorancia, debo decir que en otros regímenes ya se ha dado ese beneficio. Pero no sé cuál es el origen de la siguiente frase: “En caso de acreditarse la calidad de estudiante regular podrán quedar adheridas hasta los veinticinco años, salvo expresa manifestación en contrario del titular”.

Insisto: no sé cuál es el origen de la discriminación de otros hijos de la misma edad. Si alguien no estudia porque está buscando trabajo –y tiene menos de veinticinco años– no puede obtener el beneficio. Como no conozco el origen, quisiera saber el motivo de la discriminación.

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

Sra. Camaño. – Señor presidente: nos costó mucho alcanzar consensos. En algunos artículos hubo mucho trabajo y el abandono de convicciones profundas por parte de muchos diputados de la comisión, con el fin de arribar a un dictamen que nos convenciera a todos. Este tema fue planteado en la reunión de comisión, y quedamos en que la propuesta del señor diputado Gorbacz no iba a ser incorporada en este proyecto de ley. Incluso se mejoró la redacción de algunos artículos que podían llegar a herir la susceptibilidad de algunos legisladores.

Por eso, le recuerdo al señor miembro informante que el tema fue planteado en la comisión, y acordamos no incorporarlo en esta iniciativa.

Es cierto que el próximo dictamen que vamos a tratar se refiere a la posibilidad de que las parejas homosexuales reciban atención médica. Estoy de acuerdo con ello, pero entiendo que deberíamos hacerlo en ese plexo normativo, incorporando, además de las prepagas, a las obras sociales provinciales y a todo el sistema de salud.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Tierra del Fuego.

Sr. Gorbacz. – Señor presidente: corrijanme si estoy equivocado. En la comisión existió consenso en cuanto al concepto. Se dijo que era técnicamente conveniente incorporar el criterio en el próximo dictamen que vamos a tratar. Pero

consulté a la autora del proyecto y me dijo que no era posible.

Habiéndose arribado a ese consenso, entiendo que hay que tener el mismo criterio con las prepagas que con las obras sociales.

Si se asegura que a continuación vamos a tratar el otro proyecto, y vamos a incluir la modificación que propongo, no tengo ningún inconveniente. Lo que quiero aclarar es que sólo hubo una discusión de técnica legislativa.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por Córdoba.

Sra. Merchán. – Señor presidente: quiero ratificar que la conversación que tuvimos en la comisión fue la que refirió el señor diputado Gorbacz. Por lo tanto, apoyo totalmente lo que ha dicho.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por la Capital.

Sra. Bisutti. – Señor presidente: siendo autora la señora diputada Giudici del proyecto de ley que tendríamos que considerar luego de éste –vinculado con la modificación del artículo 9º de la ley 23.660–, debo manifestar que se refiere al tema de las obras sociales de los convivientes que no fueren del mismo sexo. Es un proyecto que he acompañado. Entiendo que no corresponde esperar el tratamiento de la siguiente iniciativa. Por eso, de haber consenso, la modificación habría que hacerla en el proyecto que ahora estamos tratando.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Cruz.

Sr. Acuña Kunz. – Señor presidente: con respecto al artículo que habla de la cobertura hasta los 25 años, en la comisión habíamos quedado que eso sería en el caso de que fueran estudiantes. Si se toma como modelo el subsector de obras sociales, la mayoría de las obras sociales nacionales y provinciales tienen una cobertura de los estudiantes hasta los 25 o 26 años.

De manera que creo que no es discriminatorio y me parece que está bien. Además, el señor diputado preopinante preguntaba por qué no uno que trabaja. Simplemente, porque el que trabaja teóricamente tiene obra social, de manera que no la necesita. Entonces, reitero, creo que está bien redactado el artículo.

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

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: acompañamos la propuesta del señor diputado Gorbacz. Además, desconozco lo que fue la discusión porque no formo parte de la comisión, pero creo que sería un pobre aporte de nuestra parte ir más atrás de lo que está yendo la jurisprudencia en este sentido, que lo comienza a reconocer. Es decir, no quiero que sancionemos una ley que después la jurisprudencia termine tildando de inconstitucional por violar tratados internacionales que reconocen principios de igualdad. Me parece que deberíamos estar a la altura de los cambios sociales y de los tratados internacionales de derechos humanos. Si la jurisprudencia lo reconoce, nosotros no podemos tener una ley más antigua que la jurisprudencia que ya lo reconoce; de lo contrario, con esta ley estaríamos yendo para atrás y no para adelante.

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

Sra. Fein. – Señor presidente: apoyamos el planteo del señor diputado Gorbacz; así lo discutimos en la comisión. En el artículo 14, que se refiere a la cobertura del grupo familiar, debe quedar expresamente claro el tema de la no discriminación y el no rechazo de los convivientes del mismo o diferente sexo.

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

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: la propuesta de la señora diputada Gutiérrez aclara perfectamente los componentes del grupo familiar y el alcance etario que tiene, hasta los 21 años, y en caso de acreditar que es un estudiante, hasta los 25 años, lo que lo iguala a las leyes 23.660 y 23.661.

Con respecto a la propuesta del señor diputado Gorbacz, voy a aceptar la inclusión de la frase que él leyó. *(Aplausos.)*

Sr. Pinedo. – Pido la palabra.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia aclara que va a hacer cumplir el reglamento porque, si no, vamos a entrar en un debate, y la discusión en particular de un artículo se hace en una sola oportunidad.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Pinedo. – Señor presidente: no quiero hacer un largo debate. Simplemente, me gustaría saber cómo quedaría redactado el artículo,

porque decir “conviviente” a secas se puede interpretar como cualquier persona que conviva. Supongo que se está refiriendo a los casos de unión civil. Por eso, creo que habría que definirlo un poco más prolijamente.

En la medida en que eso esté claro, las partes lo conocerán y no habrá problemas. Pero si no se aclara, puede interpretarse como que la cobertura le corresponde a cualquier persona que conviva con otra. Hablar simplemente de “conviviente” no me parece que sea suficientemente claro.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia solicita al presidente de la comisión que lea cómo quedaría redactado el artículo.

Sr. Sylvestre Begnis. – En la primera parte se corrige un error de redacción nuestro y queda redactado así: “Las personas del grupo familiar quedarán incorporadas al plan del titular. Los hijos hasta los 21 años inclusive.” Y con respecto a la frase cuya incorporación propone el señor diputado Gorbacz, como no la pude retener y anotar, solicito que se lea nuevamente.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia solicita al señor diputado Gorbacz que cumpla con el pedido del señor presidente de la comisión.

Sr. Gorbacz. – Dice así: “No se podrá rechazar la inclusión en los planes familiares del conviviente del mismo o distinto sexo”.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por Salta.

Sra. Diez. – Señor presidente: estoy de acuerdo con que se incluya este texto, pero me parece que debe agregarse que es necesario acreditar debidamente este extremo. Si no, dejaríamos una libertad increíble y abríamos un portonazo mediante este artículo. Está perfecto, pero pongamos un límite. En general, nuestra legislación no tiene receptados a los convivientes.

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

Sra. César. – Señor presidente: en verdad no veo ninguna objeción al término “conviviente”. Dirigiéndome a quien me antecedió en el uso de la palabra, el señor diputado Pinedo, quiero señalar que nuestra legislación interna en materia previsional, a los fines de aceptar los derechos que ella establece, siempre habla de “conviviente”.

Estoy de acuerdo con la señora diputada por Salta en que tal vez habría que tener en cuenta que en materia previsional los convivientes a veces deben aportar pruebas de ello.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Acuña. – Señor presidente: creo que es innecesaria la modificación de este artículo. Si se acepta el cambio, quiero que quede constancia expresa de mi voto por la negativa.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por la Capital.

Sra. Giudici. – Señor presidente: hemos adelantado el debate de la próxima iniciativa, que justamente trata esta incorporación en el artículo 9º de la ley 23.660.

Me parece que con la redacción que propone el señor diputado Gorbacz, receptada por la comisión y recién leída por el señor diputado Sylvestre Begnis, debería quedar el término “conviviente”, porque hasta ahora la jurisprudencia acepta –como decía la señora diputada Rodríguez– distintas formas de acreditar la convivencia.

No veo necesidad de avanzar en un aspecto reglamentario. Dejemos la palabra “convivencia”, y luego en la reglamentación se podrá exigir la acreditación de la unión civil, del certificado de convivencia o distintas pruebas.

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

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: la señora diputada César tiene razón. Como en materia previsional esto se acredita, lo único que hay que hacer es aplicarlo de igual manera. Me parece que esto es absolutamente sencillo y no plantea ningún problema normativo.

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

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: atendiendo la recomendación de la señora diputada Rodríguez, voy a hacer una propuesta superadora. *(Risas y aplausos.)*

El próximo proyecto presenta un texto que modifica el artículo 9º de la ley 23.660. Reiteramos que estamos tratando de igualar a los argentinos frente a la ley.

En consecuencia, el texto modificatorio del artículo 14 debería ser igual al del próximo pro-

yecto, que fue elaborado específicamente para los convivientes de igual o distinto sexo.

Lo voy a leer, porque creo que ello zanja la cuestión y presenta un estudio más profundo. Dice así: “a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años”, esto no había sido tenido en cuenta en el texto anterior, “no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

“b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, siempre que no figuraren ya como beneficiarios no titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud, según la acreditación que determine la reglamentación”.

Creo que esto satisface las distintas inquietudes, con lo cual propongo este texto en reemplazo del actual artículo 14.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 14 leído por el señor diputado por Santa Fe.

– Resulta afirmativa.

– Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 15 y 16.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 17.

Tiene la palabra el señor diputado por la Capital.

Sr. Pinedo. – Señor presidente: propongo que este artículo quede redactado de la siguiente manera: “La autoridad de aplicación revisará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales vigentes al momento de la sanción de la presente ley”. Esto es lo que se acordó en la comisión.

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

Sr. Sánchez. – Señor presidente: apoyo la moción formulada por el señor diputado Pinedo y, además, propongo que se reemplace la palabra “revisará” por “fiscalizará”, de acuerdo con la modificación incorporada en el artículo 5°.

Sr. Presidente (Fellner). – Me permito recordarle, señor diputado, que la modificación fue justamente al revés; quedó la palabra “revisará” en lugar de “fiscalizará”.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: deseo saber si la redacción que acaba de proponer el señor diputado Pinedo es la siguiente: “La autoridad de aplicación revisará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes presenciales vigentes al momento de la sanción de la presente ley”.

Sr. Presidente (Fellner). – Así es, señor diputado.

Sr. Sylvestre Begnis. – En ese caso, acepto la modificación.

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

Sr. Cigogna. – Señor presidente: teniendo en cuenta que el presidente de la comisión ha aceptado la modificación, me gustaría saber qué pasará con los planes posteriores. ¿Los nuevos planes no serán susceptibles de control?

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Chubut.

Sr. Pais. – Señor presidente: estoy de acuerdo con el señor diputado Cigogna, porque si el artículo quedara redactado en la forma propuesta por el señor diputado Pinedo se inferiría que la autoridad de aplicación sólo podrá revisar los planes vigentes en la actualidad. Pero como la norma tiene carácter permanente, las nuevas prepagas también deberán someter a la fiscalización de la autoridad de aplicación el primer valor que fijen. Por eso me parece correcta la redacción del primer párrafo del artículo 17, porque es para las cuotas vigentes hoy y para las futuras.

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

Sr. Pinedo. – Señor presidente: ese no era el acuerdo. Acordamos lo que yo expresé.

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

Sra. Camaño. – Señor presidente: aunque a esta altura dudo que se acepten los acuerdos que se hicieron en la comisión, en realidad el planteo había sido en orden a poder otorgar la posibilidad de que se dieran los planes desde el comienzo, y ante una inquietud de la señora diputada Vaca Narvaja sobre qué sucedía entre el momento en el que estamos tratando el proyecto y su puesta en vigencia se había acordado en la comisión dejar la expresión “efectivamente vigentes a la sanción de la presente ley”. Pero yo había sugerido que para que no existiera este tipo de confusión que se presenta aquí lo pudiéramos poner en la parte de disposiciones especiales. Esto era lo que habíamos convenido en la comisión.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por Córdoba.

Sra. Vaca Narvaja. – Señor presidente: lo que efectivamente habíamos acordado en su momento para los planes era cambiar la palabra “autorizar” por “revisar”. Tal como está redactado, coincido con lo que dice el señor diputado Cigogna en el sentido de que estamos simplemente revisando los planes, como planteaba el señor diputado Pinedo respecto de revisar la razonabilidad de los planes actuales y no de los futuros.

Entiendo que deberíamos dejar la redacción tal como está, porque había problemas con la palabra “revisar”, que es la que reemplazaba a “autorizar”. Ese era el meollo de la cuestión.

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

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: afecta mi ego tener que reconocer que no soy jurista. Entre todas las sabidurías que tengo, evidentemente carezco de ésa.

Con la debida disculpa al señor diputado Pinedo, no voy a hacer lugar a su pedido. Vamos a mantener el texto tal como está redactado. Le pido disculpas, señor diputado Pinedo.

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

Sr. Pinedo. – Señor presidente: ahora sí vamos a entrar en un debate sobre este tema,

porque no estamos respetando los acuerdos. Los acuerdos se hacen para respetarse, porque en materia parlamentaria esos acuerdos son los consensos, que son los que hacen que todo el mundo ceda parte de sus posiciones en beneficio de un acuerdo y apruebe determinada norma, cosa que hemos hecho en el día de hoy.

La discusión se planteó porque el texto original decía que todas las cuotas de la totalidad de los planes debían ser autorizadas por la autoridad de aplicación y también debían ser autorizados los incrementos que posteriormente se hicieran a las cuotas. Esto generó un debate.

Un sector importante de diputados preguntó por qué la autoridad de aplicación tenía que aprobar determinados tipos de planes que no son básicos, que contemplan situaciones de preferencias subjetivas, personales, que pueden tener vinculación con el lujo, que hacen al libre albedrío de las personas, al derecho de ejercer libremente una industria lícita o de contratar. Se cuestionó por qué el gobierno nacional tiene que limitar a las personas en este tipo de planes y de prestaciones.

Ante esa situación la señora diputada Vaca Narvaja dijo, cuando expuso en la comisión, que en realidad lo que importaba era evitar las arbitrariedades en los casos de aumentos de las cuotas, porque cuando uno viene siendo miembro de una empresa de medicina prepaga y sufre un aumento imprevisto e injustificado de la cuota, dada la desigualdad de las partes en la contratación, sí se requeriría una intervención del Estado para devolver el equilibrio al contrato, esto es, a lo que las partes quisieron al contratar.

Ahora bien, si vamos a someter esto a la aprobación del Estado y por lo tanto vamos a impedir que las partes puedan contratar libremente lo que tengan ganas, esto es otra cosa.

Esto cambia absolutamente el consenso al que hemos llegado al día de hoy, porque incluso modifica absolutamente la viabilidad del sistema de medicina prepaga. Digo esto porque no estamos en una situación reglada, en la cual le decimos al gobierno nacional que apruebe sobre la base de tales criterios. Se trata de una delegación para que el gobierno nacional en su reglamentación decida lo que la ley no dice. Y como todos sabemos, en el manejo de la economía nacional en estos días no estamos regidos

por los principios del derecho sino que se toman decisiones gubernamentales sobre precios de energía, de exportaciones, de transporte y de fertilizantes, que no se resuelven con la ley sino con un llamado telefónico y una amenaza del secretario de Comercio.

Entonces, en estas condiciones, no podemos acompañar esto y tampoco hubiéramos votado en general este proyecto porque esta cláusula destruye la economía de la iniciativa.

Considero francamente negativo llegar a un acuerdo y después, durante el tratamiento en particular, no respetarlo y destruir absolutamente el sentido de ese acuerdo con una sola cláusula.

Por lo tanto, insisto en que se mantenga lo que se dijo en su momento. Lo importante es que el Estado intervenga cuando se trata de aprobar el aumento de cuotas. En la primera cuota, que cada uno contrate lo que tenga ganas, y el Estado allí no tiene nada que decir.

La señora diputada Vaca Narvaja expresó que en la circunstancia particular que estamos viviendo en este momento ha habido incrementos exorbitantes de cuotas. Le respondimos que el Estado debe revisar las cuotas que en este momento han sufrido aumentos exorbitantes, pero que dejemos de lado la intervención del Estado en cuestiones en las que nada tiene que ver, como la fijación libre de la primera condición de su contrato por parte de las prestadoras y de sus clientes.

En consecuencia, insisto una vez más en que se vote, y solicito votación nominal porque para mí es muy importante respetar lo acordado, que se diga lo que el gobierno puede revisar y que debe garantizarse la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales vigentes al momento de la sanción de este proyecto. Por cierto que sería mejor que esto figure donde dijo la diputada Camaño, pero a esta altura del partido el tema es conceptual y no nos importa mucho la prolijidad legislativa.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por Córdoba.

Sra. Vaca Narvaja. – Señor presidente: que no se enoje el señor diputado. No es que no estén respetando los acuerdos. Quiero traer a colación el texto original sobre el que trabajamos a los efectos de recordar un poco la discusión.

El artículo 18 decía: “Las cuotas de los planes prestacionales al momento de la contratación inicial de los mismos son establecidas por los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, previa aprobación de la autoridad de aplicación”.

Aquí estábamos discutiendo, en primer lugar, el tema de la autorización y de la aprobación por parte del Estado del plan inicial con su valor. Como aquí buscamos el consenso y observamos que los inconvenientes que siempre se planteaban eran los abusos en los aumentos, que es lo que viene sucediendo históricamente, entonces llegamos a consensuar que el Estado intervenga en los aumentos de las cuotas y nosotros eliminamos la aprobación de la autoridad de aplicación de las cuotas de los planes prestacionales en el momento de la contratación inicial. Ese fue el primer gran acuerdo al que arribamos, donde contemplamos esta situación para no intervenir de esa manera.

Ahora bien, aquí es donde se planteó qué sucedería desde ahora hasta la sanción de la ley. Entonces, se acordó la posibilidad de que el aumento de las cuotas fuese aprobado por la autoridad de aplicación y que el Estado revise las cuotas, garantizando la razonabilidad en los planes prestacionales en el momento de su contratación inicial, de tal manera que se les daba continuidad.

Como faltaba la contratación inicial, se prevé la revisión de las cuotas por parte del Estado, pero no su aprobación. La idea es garantizar su razonabilidad.

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

Sr. Sánchez. – Señor presidente: en la comisión argumenté en la misma línea que el señor diputado Pinedo, es decir, que el Estado nacional debía intervenir en el sentido de la obligatoriedad que plantea la norma, y pido a la señora diputada Vaca Narvaja que me corrija si esto no es correcto.

Asimismo, tuvimos en cuenta lo que consideramos una práctica abusiva por parte de las empresas: los aumentos en medio de la ejecución de un contrato.

Se determinó también que las obras sociales podían establecer sus propios precios según la prestación y calidad, y que el Estado no puede

fixar ese monto, sino sólo fiscalizar a los fines de disponer una lógica relación entre los servicios ofrecidos en el contrato y los valores a cobrar. El Estado no precisará el monto que la prepaga debe cobrar por el servicio, pues ésta lo determinará según sus costos y la calidad de la prestación.

Considero que hubo un malentendido. Yo argumenté en el mismo sentido que el señor diputado Pinedo, pero creo que el compromiso está salvado con la redacción propuesta para el artículo.

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

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: en el mismo sentido que el señor diputado preopinante, quiero aclarar que ésta es una clase de contrato de adhesión encubierto. Esto es similar al alquiler de un auto; es decir, si un abogado lo lee no lo firma.

Esto involucra distintos tipos de servicios, pues se puede elegir entre diferentes planes –el “A”, el “B” o el “C”, que quizá sea el de lujo–, y las cláusulas en las que están contempladas las prestaciones son contratos de adhesión.

Por lo tanto, con el objeto de proteger a los usuarios es razonable introducir esta cláusula, que en mi opinión también debe interpretarse de la misma manera que lo hizo el señor diputado Sánchez. No es una intervención abusiva del Estado sino que tendría la misma lógica de todas las decisiones que hemos venido adoptando en defensa de los consumidores y los usuarios, mucho más cuando se trata del derecho a la salud.

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

Sr. Cigogna. – Señor presidente: el señor diputado Pinedo se enojó y dijo que vamos a discutir en serio. Lo acepto.

El señor diputado Pinedo es liberal y nosotros no. En consecuencia, nosotros reivindicamos la intervención del Estado en la economía. No ignoramos el funcionamiento de la economía capitalista sino que creemos que dentro de él hay grados de intervención del Estado que se aplican en todos los países del mundo.

El señor diputado Pinedo se ha apartado del marco de tratamiento de este proyecto de ley para criticar el accionar de nuestro gobierno, y

yo le respondo en su defensa porque tengo el honor de formar parte de él.

Nosotros somos partidarios de una intervención—cuyo grado podrá discutirse— en el plano de la economía, y muy específicamente en este caso que involucra la salud de la gente.

La señora diputada Rodríguez se ha referido con claridad a lo que es un contrato de adhesión. Imaginar que una persona, cualquiera sea su condición económica, contratará con una empresa de medicina prepaga y estará en condiciones de discutir libremente los términos del contrato a celebrar es de una ingenuidad fenomenal, para decirlo con suavidad.

Por lo tanto, reivindico la política del gobierno del cual formo parte en líneas generales, y en particular este proyecto de ley y la redacción del artículo en consideración. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra el señor diputado por el Chubut.

Sr. Pais. — Señor presidente: en el mismo sentido que lo manifestado por el señor diputado Cigogna, se ha confirmado nuestra prevención inicial cuando el señor diputado Pinedo propuso la modificación. Es decir, no se quiere que en los contratos nuevos o en las nuevas prepagas el Estado tenga la injerencia natural de garantizar a los usuarios la razonabilidad de los términos de la prestación.

Como bien se ha dicho aquí, los contratos de adhesión justamente promueven muchas veces el abuso. Es decir, la autonomía de la libertad—el libre albedrío, como le gusta decir al señor diputado Pinedo— tiene un límite, que es la razonabilidad y el perjuicio.

Nosotros no podemos claudicar porque así nos lo manda la Constitución. El artículo 42 de nuestra Carta Magna impide que este Congreso pueda asignar a esta norma la interpretación que le daba el señor diputado Pinedo. Ese artículo concretamente dice: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”. Esta es la razonabilidad que programáticamente estamos abordando en este momento y en este artículo.

Sr. Presidente (Fellner). — Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Camaño. — Señor presidente: lo que ocurre es que el artículo está mal redactado y nosotros no nos estamos escuchando.

Si empezamos a hacer discursos, lo que vamos a ganar es que un trabajo hecho con mucho esfuerzo se pierda a medida que vamos avanzando en los últimos artículos.

Digo que la redacción está mal porque hay dos párrafos. El primero les adjudica a las autoridades de aplicación la facultad de revisar y garantizar la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

En el segundo se le adjudica la autorización para el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Es decir que ni el diputado Pinedo es un gorila redomado ni nosotros tenemos que hacer alarde de algo que acá no se dice.

Es razonable lo que formula el señor diputado porque, de alguna manera, era el planteo que hizo la señora diputada Vaca Narvaja en el seno de la comisión en orden a darles a las autoridades de aplicación, durante el proceso de sanción de la ley, la garantía de revisar y garantizar la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales vigentes a la sanción de la ley.

Esto es algo que coordinamos en la comisión cuando analizamos el modo de garantizar este período para que las empresas no comiencen a hacer reajustes.

Lo referido a la defensa del consumidor lo dejamos claramente plasmado en el segundo párrafo cuando decimos: “La autoridad de aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos”.

No sé qué estamos discutiendo porque esto es razonable y atiende a lo que se había planteado en la comisión en cuanto al problema que se puede presentar con la gente que a partir de ahora comience a recibir reajustes. Decimos que la autoridad de aplicación va a revisar y garantizar la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales vigentes a la sanción de la presente y no estamos desatendiendo la

potestad del Estado de autorizar el aumento de las cuotas.

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

Sra. Benas. – Señor presidente: deseo expresarme en el mismo sentido que argumentaron los señores diputados Vaca Narvaja, Camaño, Sánchez y Rodríguez.

Quienes hemos participado del debate en la comisión hablamos largamente sobre cuáles eran los derechos que queríamos proteger en este artículo y tuvimos en consideración los valiosos aportes efectuados por el señor diputado Pinedo. Esta redacción garantiza que en el lapso que va a transcurrir de acá a la puesta en vigencia de la ley se impida que las prepagas, sabiendo que después van a sufrir alguna regulación, incrementen desmesuradamente el valor de las cuotas.

Además, la autoridad de aplicación debe, en protección de los derechos de los consumidores, vigilar que los incrementos no sean abusivos, no sean excesivos y estén fundados en alguna razonabilidad. Esto no es una idea arbitraria sino un principio jurídico.

Por lo tanto, creo que vamos a sostener la redacción planteada porque no encuentro motivos que limiten o dificulten la debida protección a los derechos de los usuarios, ni que afecten a las instituciones que van a ofrecer servicios de medicina prepaga, a menos que se entienda que estas entidades tienen la potestad de establecer cuotas fuera de razonabilidad alguna.

Pero me parece que esa situación implicaría prácticamente una estafa a los usuarios, porque si se establecen –como leyó el señor diputado Cigogna– cuotas inaccesibles, que no guardan relación razonable con la prestación que ofrecen, realmente estaríamos afectando seriamente los derechos de los usuarios de los sistemas de salud que están asociados a estas entidades.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Massei. – Señor presidente: quiero hacer una observación. Yo creo que estamos discutiendo sobre el sexo de los ángeles.

Respecto de la autoridad de aplicación, cuando se habla de objetivos y funciones, tiene su correlato con el artículo 17, porque precisamente en el inciso g) del artículo 5º se produjo una

modificación, que hizo notar el señor diputado Pinedo. Se establece que tiene como funciones autorizar y fiscalizar los modelos de contratos, con lo cual hay intervención del Estado, y además autorizar y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones. Este es el principio general de competencia de la autoridad de aplicación.

Por eso, el artículo 17 no puede ser analizado en forma separada del conjunto de la normativa sino que tiene su correlato con lo anterior. Así que yo creo que realmente esta discusión se torna sin sentido, por lo que habría que pasar a la votación.

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

Sr. Sánchez. – Señor presidente: con la interpretación del señor diputado Massei creo que si nos alejamos del acuerdo, porque es cierto que no requeríamos la autorización para el establecimiento de las cuotas iniciales. No lo establecíamos; fue la modificación que leyó la señora diputada Vaca Narvaja, que era la redacción original.

Si establecíamos la necesidad de la autorización expresa para el aumento de las cuotas en el medio de la ejecución del contrato. Tengo que decir a favor del señor diputado Pinedo que las prepagas son prestadoras de otro tipo, no son obras sociales sindicales, y por lo tanto pueden ofrecer otro tipo de servicios. Consecuentemente, pueden requerir otro tipo de valores.

Entonces, es cierto que el Estado no tiene que entrometerse o ejercer acciones más allá de las competencias que en realidad necesita para garantizar los derechos que tienen ya asignados por ley los que contratan con una prepaga determinada. Esta es la cuestión.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Santa Cruz.

Sr. Acuña Kunz. – Señor presidente: me gustaría saber cómo queda el artículo.

Sr. Presidente (Fellner). – Esto es lo que quiero preguntarle al señor presidente de la comisión, a ver si terminamos con la discusión.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: hemos conversado, siempre con el deseo de llegar a un consenso, y nos parece que el cambio

propuesto por el señor diputado Sánchez de la palabra “revisará” por “fiscalizará”, aunque esto signifique en principio una proyección a futuro, puede resolver el tema.

Entonces, el texto quedará así redactado: “La autoridad de aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales”.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 17 con las modificaciones propuestas por la comisión.

– Resulta afirmativa.

– Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 18 y 19.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 20.

Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Camaño. – Señor presidente: en la comisión habíamos quedado que en este artículo íbamos a incluir el sistema de seguridad social. Debo preguntar al señor presidente de la comisión si va a respetar lo acordado y en ese caso deberíamos obviar el título “Hospitales públicos” y el artículo debería decir: “Aunque no mediaren convenios previos los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben abonar al hospital público, a los efectores del sector público nacional, provincial o municipal y al sistema de la seguridad social las prestaciones efectuadas”. Y el artículo sigue tal cual está.

Sr. Presidente (Fellner). – ¿Qué dice la comisión?

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: estamos de acuerdo. Es cierto lo que dice la señora diputada Camaño, porque en la transcripción se nos pasó esto y faltaría agregar una palabra porque dice “las prestaciones efectuadas” y en realidad son las efectuadas y facturadas. De no ser facturadas no hay pago posible porque no hay documento de reclamo.

Entonces quedaría: “provincial, municipal y las de la seguridad social las prestaciones efectuadas y facturadas”.

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

Sr. Macaluse. – Señor presidente: no se trata de este artículo. Simplemente, vamos a pedir

que antes de pasar al artículo de forma, después de votar el último artículo, se vuelva a leer por Secretaría o por parte del presidente de la comisión pertinente el artículo 14 porque nos quedan algunas dudas, pues a lo mejor se nos produjo una laguna. Quizás haya que reconsiderar el artículo, con el fin de que el proyecto de ley sea sancionado adecuadamente, ya que va a haber muchas lupas mirando lo que hemos votado.

Insisto en mi pedido: antes de votar el último artículo, que se relea el artículo 14 por si es necesaria alguna modificación.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia informa a la Honorable Cámara que después de este proyecto hay dos más que deben ser considerados. Han sido consensuados, y formaron parte del acuerdo alcanzado en la Comisión de Labor Parlamentaria. Además, la Cámara aprobó su tratamiento en la sesión de hoy.

Se va a votar el artículo 20 con las modificaciones aceptadas por el señor presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública.

– Resulta afirmativa.

– Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 21 a 24.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 25.

Tiene la palabra el señor diputado por Chubut.

Sr. Pais. – Señor presidente: analizando con el señor presidente de la comisión y otros legisladores el actual texto del artículo 25, que se refiere al régimen de sanciones –y en virtud de que cada vez que se otorgan facultades sancionatorias a la administración, se le están delegando potestades jurisdiccionales perfectamente factibles en función de nuestro sistema jurídico–, advertimos tres elementos: no se estableció el procedimiento aplicable en esta norma; se delegó –creemos que de manera impropia– una suerte de tipificación, cuando en derecho administrativo se tiene en cuenta la infracción o el incumplimiento de las normas establecidas en la ley; y el último elemento tiene que ver con el hecho de que no se estableció el plazo que tiene el administrado para poder recurrir la sanción de la autoridad de aplicación. Se prevé la apelación ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal, pero sin plazo.

En función de lo expuesto, hemos acercado a Secretaría una modificación que respeta el espíritu de la norma actual, tanto en cuanto a la tipicidad de las sanciones como a la cuantía. Pero hemos establecido el procedimiento de la ley 19.549, fijando que las sanciones serán apelables en un plazo de diez días hábiles.

Solicito que por Secretaría se lea el texto propuesto.

Sr. Presidente (Fellner). – Así se hará, señor diputado.

Sra. Secretaria (Luchetta). – “Artículo 25. *Sanciones*. Toda infracción a la presente ley será sancionada por la autoridad de aplicación conforme a lo siguiente: *a)* *Apercibimiento*; *b)* *Multa* cuyo valor mínimo es de pesos cien (\$ 100) y el valor máximo no podrá superar la reserva técnica estipulada; *c)* *Cancelación* de la inscripción en el registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la ley 19.549 de procedimientos administrativos.

Toda sanción puede ser apelada ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal. El recurso deberá interpretarse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, quien remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite”.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra el señor diputado por Chubut.

Sr. Pais. – Señor presidente: en lugar de decir “interpretarse” debe figurar “interponerse”. Y en el inciso *c)*, quiero aclarar que cuando se habla de: “A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la ley 19.549 de procedimientos administrativos”, debe existir un punto y aparte.

Sr. Presidente (Fellner). – ¿Acepta la comisión la modificación propuesta?

Sr. Sylvestre Begnis. – Aceptamos este nuevo texto ya que perfecciona la norma desde el punto de vista jurídico.

Sr. Presidente (Fellner). – Con las modificaciones leídas y aceptadas por la comisión, se va a votar el artículo 25.

– Resulta afirmativa.

– Sin observaciones, se votan y aprueban los artículos 26 a 31.

Sr. Presidente (Fellner). – Conforme a lo solicitado por el señor diputado Macalusse, por Secretaría se dará lectura del texto del artículo 14.

Sra. Camaño. – Pido la palabra.

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

Sra. Camaño. – Señor presidente: me parece que son dos los artículos que vamos a tener que reconsiderar. Efectivamente, uno de ellos es el artículo 14, porque como agregamos todo lo que teníamos en el proyecto que sigue, hemos puesto una frase que responde al sistema nacional de seguros de salud.

El otro artículo a reconsiderar es el 20. Si entre las obligaciones incorporamos –tal como lo aceptó el presidente de la comisión– que el sistema de obras sociales también esté sin convenio previo, etcétera, y el último párrafo dice que “en caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector público...”, allí deberíamos quitar la palabra “público”.

Por eso, digo que me parece que vamos a tener que reconsiderar los dos artículos.

Sr. Presidente (Fellner). – En primer lugar, la Presidencia solicita al presidente de la comisión que lea cómo quedaría finalmente redactado el artículo 14.

Sr. Sylvestre Begnis. – En el artículo 14, cuyo título es “Cobertura del grupo familiar”, vamos a reemplazar el primer párrafo por el texto que voy a leer, que contiene dos incisos. Dice así: “Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior...” Esto es un error que cometí yo; en realidad esto está referido a la ley 23.660, de manera tal que esta frase no corresponde.

Es decir que partimos del inciso *a)*, que dice: “Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del

afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso.” El inciso *b*) dice: “La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, y sus hijos, siempre que no figuren ya como beneficiarios no titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud, según la acreditación que determine la reglamentación.”

Y mantenemos el último párrafo, que dice: “Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciales.”

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

Sra. Benas. – Señor presidente: acordando con la redacción propuesta por el señor diputado Sylvestre Begnis cabe hacer una aclaración que ya señaló la señora diputada Camaño. En el caso del artículo 14, no tendría ningún sentido esa salvedad que se hace al decir: “salvo que estuviesen ya en el sistema”, porque es una salvedad que en todo caso tendría algún sentido si se tratara de obras sociales, pero no de prepagas, donde no interesa si los que se afilian tienen una obra social.

Entonces, propongo que se suprima esa salvedad. Además, propongo que mantengamos a continuación del primer párrafo que se leyó la fórmula que suscitó tanto intercambio en la comisión y que se refiere a la situación del recién nacido. En general, suele suscitarse un problema de reconocimiento de la filiación, y durante los tres o cuatro días posteriores al nacimiento el bebé puede quedarse sin cobertura.

Entonces, propongo que se mantenga lo que se enunció sobre los integrantes del grupo familiar y el párrafo que dice: “El recién nacido tiene derecho a recibir las prestaciones como integrante del grupo familiar en forma automática, sin necesidad de trámite administrativo previo alguno”.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración la moción de reconsideración del artículo 14, interpuesta por el señor diputado Macaluse.

Se va a votar. Se requieren los dos tercios de los votos que se emitan.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración nuevamente el artículo 14.

Tiene la palabra el señor diputado por Neuquén.

Sr. Acuña. – Señor presidente: quiero reiterar que conste mi voto negativo a este artículo, dada la forma en que ha quedado redactado.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por la Capital.

Sra. Hotton. – Quiero también dejar constancia de que no acompaño la última redacción del artículo 14.

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

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: estoy de acuerdo con eliminar de la primera frase del inciso *a*) el siguiente texto: “Siempre que no figurasen ya como beneficiarios no titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud”. Es correcto porque nos referimos a leyes que no intervienen en este caso.

Si mantendríamos la expresión: “Según la acreditación que determine la reglamentación”.

El hecho de mencionar a los hijos solteros hasta 21 años es una indicación suficiente de que se trata desde el mismo momento en que son hijos, por lo que no hago lugar al pedido de la señora diputada Benas.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el nuevo texto del artículo 14, según lo propuesto por el presidente de la comisión.

–Resulta afirmativa.

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

Sra. Camaño. – Señor presidente: me quedé con una duda respecto del tema del recién nacido, y eso pasa por hacer estas cosas.

De todas maneras, solicito que se reconsidere el artículo 20.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración la moción de reconsideración del artículo 20, formulada por la señora diputada Camaño.

Se va a votar. Se requieren los dos tercios de los votos que se emitan.

–Resultado afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración nuevamente el artículo 20.

Tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Camaño. – Señor presidente: propongo que el último párrafo del artículo diga lo siguiente: “En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector” –omitiríamos colocar la palabra “público”– “puede requerirse la intervención de la autoridad de aplicación”.

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

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: se acepta la modificación propuesta por la señora diputada preopinante.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 20 con la modificación propuesta y aceptada.

–Resultado afirmativa.

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

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: solicito la reconsideración del artículo 25.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración la moción de reconsideración del artículo 25, formulada por el señor diputado por Santa Fe.

Se va a votar. Se requieren los dos tercios de los votos que se emitan.

–Resultado afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración nuevamente el artículo 25.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Sylvestre Begnis. – Señor presidente: se cometió un error en la lectura. El último párrafo del proyecto debe ser mantenido. Después del texto leído por Secretaría –que nosotros aceptamos– debería mantenerse la última frase, que dice lo siguiente: “Sin perjuicio de la sanción

que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente”.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar el artículo 25 con la modificación propuesta por el señor diputado por Santa Fe.

–Resultado afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración el artículo 31.

Se va a votar.

–Resultado afirmativa.

–El artículo 32 es de forma.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda sancionado el proyecto de ley.¹

Se comunicará al Honorable Senado.

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 106.)