



— REPÚBLICA ARGENTINA —

DIARIO DE SESIONES

CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN

5ª REUNIÓN – 3ª SESIÓN ORDINARIA (ESPECIAL)
MAYO 4 DE 2011

PERÍODO 129º

Presidencia de los señores diputados

Eduardo A. Fellner,
Oscar R. Aguad
y Patricia S. Fadel

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:

ABDALA DE MATARAZZO, Norma A.
 ACOSTA, María Julia
 AGOSTO, Walter Alfredo
 AGUAD, Oscar Raúl
 AGUIRRE DE SORIA, Hilda Clelia
 ALBRIEU, Oscar Edmundo Nicolás
 ALCUAZ, Horacio Alberto
 ALFARO, Germán Enrique
 ALIZEGUI, Antonio Aníbal
 ALONSO, Gumersindo Federico
 ALONSO, Laura
 ÁLVAREZ, Elsa María
 ÁLVAREZ, Jorge Mario
 ÁLVAREZ, Juan José
 ALVARO, Héctor Jorge
 AMADEO, Eduardo Pablo
 ARENA, Celia Isabel
 ARETA, María Josefa
 ARGÜELLO, Octavio
 ARGUMEDO, Alcira Susana
 ASEF, Daniel Edgardo
 ASPIAZU, Lucio Bernardo
 ATANASOF, Alfredo Néstor
 BALDATA, Griselda Ángela
 BARBIERI, Mario Leandro
 BARRANDEGUY, Raúl Enrique
 BARRIOS, Miguel Ángel
 BASTEIRO, Sergio Ariel
 BEDANO, Nora Esther
 BELOUS, Nélica
 BENAS, Verónica Claudia
 BENEDETTI, Atilio Francisco Salvador
 BERNAL, María Eugenia
 BERTOL, Paula María
 BERTONE, Rosana Andrea
 BIANCHI, Ivana María
 BIDEGAIN, Gloria
 BLANCO DE PERALTA, Blanca
 BRILLO, José Ricardo
 BRUE, Daniel Agustín
 BURYAILE, Ricardo
 CALCHAQUI, Mariel
 CAMAÑO, Graciela
 CARDELLI, Jorge Justo
 CARLOTTO, Remo Gerardo
 CARRANZA, Carlos Alberto
 CASAÑAS, Juan Francisco
 CASELLES, Graciela María
 CASTALDO, Norah Susana
 CASTAÑÓN, Hugo
 CEJAS, Jorge Alberto
 CHEMES, Jorge Omar
 CHIENO, María Elena Petrona
 CHIQUICHANO, Rosa Laudelina
 CICALIANI, Alicia Mabel
 CIGOGNA, Luis Francisco Jorge
 COMELLI, Alicia Marcela
 COMI, Carlos Marcelo
 CONTI, Diana Beatriz
 CÓRDOBA, Stella Maris
 CORTINA, Roy
 COSTA, Eduardo
 CREMER DE BUSTI, María Cristina
 CUCCOVILLO, Ricardo Oscar
 CURRILÉN, Oscar Rubén
 CUSINATO, Gustavo
 DAHER, Zulema Beatriz
 DAMILANO GRIVARELLO, Viviana M.
 DATO, Alfredo Carlos
 DE LA ROSA, María Graciela
 DE MARCHI, Omar Bruno
 DE NARVAEZ, Francisco

DE PRAT GAY, Alfonso
 DEL CAMPILLO, Héctor Eduardo
 DEPETRI, Edgardo F.
 DI TULLIO, Juliana
 DÍAZ BANCALARI, José María
 DÍAZ ROIG, Juan Carlos
 DÍAZ, Susana Eladia
 DONDA PÉREZ, Victoria Analía
 DONKIN, Carlos Guillermo
 DUTTO, Gustavo Alberto
 ERRO, Norberto Pedro
 ESPÍNDOLA, Gladys Susana
 FADEL, Patricia Susana
 FADUL, Liliana
 FAUSTINELLI, Hipólito
 FAVARIO, Carlos Alberto
 FEIN, Mónica Haydé
 FÉLIX, Omar Chaffi
 FELLNER, Eduardo Alfredo
 FERNÁNDEZ, Rodolfo Alfredo
 FERRÁ DE BARTOL, Margarita
 FERRARI, Gustavo Alfredo Horacio
 FIAD, Mario Raymundo
 FIOL, Paulina Esther
 FLORES, Héctor
 FORCONI, Juan Carlos
 FORTE, Ulises José
 FORTUNA, Francisco José
 GALLARDO, Miriam Graciela
 GAMBARO, Natalia
 GARCÍA, Irma Adriana
 GARCÍA, María Teresa
 GARCÍA, Susana Rosa
 GARDELLA, Patricia Susana
 GARNERO, Estela Ramona
 GERMANO, Daniel
 GIANNETTASIO, Graciela María
 GIL LAVEDRA, Ricardo Rodolfo
 GIL LOZANO, Claudia Fernanda
 GIUBERGIA, Miguel Ángel
 GIUDICI, Silvana Myriam
 GODOY, Ruperto Eduardo
 GONZÁLEZ, Gladys Esther
 GONZÁLEZ, Juan Dante
 GONZÁLEZ, Nancy Susana
 GRANADOS, Dulce
 GRIBAUDO, Christian Alejandro
 GULLO, Juan Carlos Dante
 GUZMÁN, Olga Elizabeth
 HELLER, Carlos Salomón
 HERRERA, José Alberto
 HOTTON, Cynthia Liliana
 IBARRA, Eduardo Mauricio
 IGLESIAS, Fernando Adolfo
 ITURRASPE, Nora Graciela
 JURÍ, Mariana
 KATZ, Daniel
 KENNY, Eduardo Enrique Federico
 KORENFELD, Beatriz Liliana
 KUNKEL, Carlos Miguel
 LANCETA, Rubén Orfel
 LANDAU, Jorge Alberto
 LEDESMA, Julio Rubén
 LEGUIZAMÓN, María Laura
 LEVERBERG, Stella Maris
 LINARES, María Virginia
 LLANOS, Ermando Edgardo Marcelo
 LLERA, Timoteo
 LÓPEZ, Rafael Ángel
 LÓPEZ ARIAS, Marcelo Eduardo
 LOZANO, Claudio Raúl
 LUNA DE MARCOS, Ana Zulema
 MACALUSE, Eduardo Gabriel

MAJDALANI, Silvia Cristina
 MANSUR, Ricardo Alfredo
 MARCONATO, Gustavo Ángel
 MARTIARENA, Mario Humberto
 MARTÍNEZ, Ernesto Félix
 MARTÍNEZ, Julio César
 MARTÍNEZ, Soledad
 MARTÍNEZ ODDONE, Heriberto A.
 MAZZARELLA, Susana del Valle
 MENDOZA, Sandra M.
 MERA, Dalmacio Enrique
 MERCHÁN, Paula Cecilia
 MERLO, Mario Raúl
 MICHETTI, Marta Gabriela
 MILMAN, Gerardo Fabián
 MOLAS, Pedro Omar
 MONTOYA, Jorge Luciano
 MORÁN, Juan Carlos
 MORANTE, Antonio Arnaldo María
 MORENO, Carlos Julio
 MOULLERÓN, Roberto Mario
 NEBREDÁ, Carmen Rosa
 OBEID, Jorge Alberto
 OBIGLIO, Julián Martín
 OLIVA, Cristian Rodolfo
 ORSOLINI, Pablo Eduardo
 PAIS, Juan Mario
 PANSÁ, Sergio Horacio
 PARADA, Liliana Beatriz
 PAREDES URQUIZA, Alberto Nicolás
 PAROLI, Raúl Omar
 PASINI, Ariel Osvaldo Eloy
 PASTORIZA, Mirta Ameliana
 PERALTA, Fabián Francisco
 PÉREZ, Adrián
 PÉREZ, Alberto José
 PÉREZ, Jorge Raúl
 PERIÉ, Hugo Rubén
 PERIÉ, Julia Argentina
 PIEMONTE, Héctor Horacio
 PILATTI VERGARA, María Inés
 PINEDO, Federico
 PINTO, Sergio Damián
 PLAINI, Francisco Omar
 PORTELA, Agustín Alberto
 PRIETO, Hugo Nelson
 PUIGGRÓS, Adriana Victoria
 QUINTERO, Marta Beatriz
 QUIROGA, Horacio Rodolfo
 QUIROZ, Elsa Siria
 RÉ, Hilma Leonor
 RECALDE, Héctor Pedro
 REGAZZOLI, María Cristina
 REYES, María Fernanda
 RIOBOÓ, Sandra Adriana
 RISKÓ, Silvia Lucrecia
 RIVARA, Raúl Alberto
 RIVAS, Jorge
 ROBLEDO, Roberto Ricardo
 RODRÍGUEZ, Evaristo Arturo
 RODRÍGUEZ, Marcela Virginia
 ROSSI, Agustín Oscar
 ROSSI, Alejandro Luis
 ROSSI, Cipriana Lorena
 RUIZ, Ramón
 SABBATELLA, Martín
 SALIM, Juan Arturo
 SCALESI, Juan Carlos
 SCIUTTO, Rubén Darío
 SEGARRA, Adela Rosa
 SEREBRINSKY, Gustavo Eduardo
 SLUGA, Juan Carlos
 SOLÁ, Felipe Carlos

SOLANAS, Fernando Ezequiel
STOLBIZER, Margarita Rosa
STORANI, María Luisa
STORNI, Silvia
TERADA, Alicia
THOMAS, Enrique Luis
TOMÁS, Héctor Daniel
TORFE, Mónica Liliana
TRIAÇA, Alberto Jorge
TUNESSI, Juan Pedro
URLICH, Carlos
VÁZQUEZ, Silvia Beatriz
VEGA, Juan Carlos
VIALE, Lisandro Alfredo
VIDELA, Nora Esther
VILARIÑO, José Antonio

WAYAR, Walter Raúl
WEST, Mariano Federico
YARADE, Rodolfo Fernando
YOMA, Jorge Raúl
ZAVALLLO, Gustavo Marcelo
ZIEGLER, Alex Roberto

AUSENTES, CON LICENCIA
PENDIENTE DE APROBACIÓN
DE LA HONORABLE CÁMARA:

ALFONSÍN, Ricardo
ARBO, José Ameghino
CARCA, Elisa Beatriz
CARRIÓ, Elisa María Avelina
IBARRA, Vilma Lidia

IRRAZÁBAL, Juan Manuel
LORGES, Juan Carlos
OLMEDO, Alfredo Horacio
RUCCI, Claudia Mónica
SATRAGNO, Lidia Elsa
VARGAS AIGNASSE, Gerónimo
VEAUTE, Mariana Alejandra

AUSENTES, CON AVISO:

BONASSO, Miguel Luis
BULLRICH, Patricia
GIOJA, Juan Carlos
MOREJÓN, Manuel Amor
PEREYRA, Guillermo Antonio
PUERTA, Federico Ramón

—La referencia acerca del distrito, bloque y período de mandato de cada señor diputado puede consultarse en el Diario de Sesiones correspondiente a la sesión preparatoria (20ª reunión, período 127º) de fecha 3 de diciembre de 2009.

SUMARIO

1. **Izamiento de la bandera nacional.** (Pág. 3.)
2. **Convocatoria a sesión especial.** (Pág. 4.)
3. **Moción de orden** del señor diputado Rossi (A. O.) de que se modifique el orden de tratamiento de las iniciativas contenidas en el orden del día. Se aprueba. (Pág. 4.)
4. **Consideración** de los dictámenes de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado en el proyecto de ley que le fuera pasado en revisión, por el que se regulan las entidades de medicina prepaga (2.595, 2.703 y 2.946-D.-2008). (Página 4.)
5. **Homenajes:**
 - I. A la memoria del escritor Ernesto Sabato. (Pág. 19.)
6. **Continuación** de la consideración del asunto al que se refiere el número 4 de este sumario. Se sanciona definitivamente (ley 26.682). (Pág. 19.)
7. **Consideración** de los dictámenes de las comisiones de Legislación Penal y de Finanzas en los proyectos de ley del Poder Ejecutivo (15-P.E.-2010) y del señor diputado Aguad y otros señores diputados (1.335-D.-2011) por los que se modifica el régimen penal en materia de lavado de activos. Se sanciona con modificaciones. (Pág. 67.)
8. **Apéndice:**
 - A. **Sanciones de la Honorable Cámara.** (Pág. 134.)
 - B. **Inserciones** solicitadas por los señores diputados:

1. **Aguad.** (Pág. 146.)
2. **Castaldo.** (Pág. 148.)
3. **Damilano Grivarello.** (Pág. 149.)
4. **Díaz.** (Pág. 150.)
5. **Díaz Bancalari.** (Pág. 150.)
6. **Fortuna.** (Pág. 151.)
7. **Gallardo.** (Pág. 153.)
8. **García (I. A.).** (Pág. 154.)
9. **González (J. D.).** (Pág. 156.)
10. **Heller.** (Pág. 156.)
11. **Lanceta.** (Pág. 158.)
12. **Leverberg.** (Pág. 160.)
13. **Paroli.** (Pág. 161.)
14. **Quiroga.** (Pág. 161.)
15. **Sciutto.** (Pág. 162.)
16. **Storani.** (Pág. 163.)
17. **Thomas.** (Pág. 164.)

—En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los cuatro días del mes de mayo de 2011, a la hora 14 y 27:

1

IZAMIENTO DE LA BANDERA NACIONAL

Sr. Presidente (Fellner). — Con la presencia de 129 señores diputados, queda abierta la sesión especial convocada para el día de la fecha.

Invito al señor diputado por el distrito electoral de Tucumán, don Juan Arturo Salim, 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 Juan Arturo Salim procede a izar la bandera nacional en el mástil del recinto. (*Aplausos.*)

2

CONVOCATORIA A SESIÓN ESPECIAL

Sr. Presidente (Fellner). – Por Secretaría se procederá a dar lectura de la resolución dictada por esta Presidencia convocando a esta sesión especial.

Sr. Secretario (Hidalgo). – Dice así:

Buenos Aires, 28 de abril de 2011.

Al señor presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, doctor Eduardo A. Fellner.

S/D.

De mi mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos al señor presidente a fin de solicitarle que, en los términos de los artículos 35 y 36 del Reglamento de la Honorable Cámara, convoque a sesión especial para el día miércoles 4 de mayo, a las 14 horas, con el objeto de considerar los siguientes temas:

Expediente 15-P.E.-10 (y otro) – Código Penal. Modificación del mismo en materia de lavado de activos. Orden del Día N° 2.011.

Expediente 2.703-D.-2008 – Medicina prepaga. Marco regulatorio. Modificaciones introducidas por el Honorable Senado.

Sin otro motivo, saludamos a usted muy atentamente.

Agustín O. Rossi. – María T. García. – Graciela M. Giannettasio. – Carlos M. Kunkel. – Antonio A. M. Morante. – Patricia S. Fadel. – Ruperto E. Godoy. – Adriana V. Puiggrós. – José M. Díaz Bancalari. – José A. Vilarino.

Buenos Aires, 29 de abril de 2011.

Visto la presentación efectuada por el señor diputado Agustín O. Rossi y otros señores diputados, por la que se solicita la realización de una sesión especial para el día miércoles 4 de mayo de 2011, a las 14 horas, a fin de considerar los proyectos de ley 15-P.E.-10 y otros –Código Penal. Modificación del mismo en materia de lavado de activos (Orden del Día N° 2.011)– y 2.703-D.-08 y otros –Medicina prepaga.

Marco regulatorio. Modificaciones introducidas por el Honorable Senado–, y

CONSIDERANDO:

Que por los motivos expuestos en la resolución de la Presidencia del día 20 de octubre de 2010 en el expediente 7.624-D.-10, convocar a sesión en el horario solicitado no implica incumplimiento al artículo 30 del reglamento.

Por ello, de conformidad con lo prescrito por los artículos 35 y 36 del reglamento

El presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación

RESUELVE:

Artículo 1° – Citar a los señores diputados para el día 4 de mayo de 2011, a las 14 horas, a la sesión especial solicitada por el señor diputado Agustín O. Rossi y otros señores diputados, a fin de considerar los proyectos de ley 15-P.E.-10 y otros –Código Penal. Modificación del mismo en materia de lavado de activos (Orden del Día N° 2.011)– y 2.703-D.-08 y otros –Medicina prepaga. Marco regulatorio. Modificaciones introducidas por el Honorable Senado–.

Art. 2° – Comuníquese y archívese.

Eduardo A. Fellner.

3

MOCIÓN

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

Sr. Rossi (A. O.). – Señor presidente: solicito una alteración del orden del día, a fin de que **en primer lugar se trate la iniciativa que regula el funcionamiento de las empresas de medicina prepaga.**

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar la moción que acaba de formularse.

–Resultado afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda alterado el orden de tratamiento de las iniciativas.

4

REGULACIÓN DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

Sr. Presidente (Fellner). – Corresponde considerar los dictámenes de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General recaídos en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto

de ley que fuera pasado en revisión, por el que se regulan las entidades de medicina prepaga (expediente 2.703-D.-2008 y otros).

I

Dictamen de mayoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General han considerado las modificaciones introducidas por el Honorable Senado en el proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga; y, por las razones que se acompañan y las que dará el miembro informante, aconsejan su aceptación.

Sala de las comisiones, 4 de mayo de 2011.

Antonio A. M. Morante. – Vilma L. Ibarra. – Agustín A. Portela. – Francisco J. Fortuna. – Mónica H. Fein. – María C. Regazzoli. – Dulce Granados. – Hugo N. Prieto. – Norma A. Abdala de Matarazzo. – Luis F. J. Cigogna. – Stella M. Córdoba. – María C. Cremer de Busti. – María E. P. Chieno. – Susana E. Díaz. – Mario R. Fiad. – Miriam G. Gallardo. – Patricia S. Gardella. – Graciela M. Giannettasio. – Nancy S. González. – Nora G. Iturraspe. – Eduardo G. Macaluse. – Juan M. Pais. – Sandra A. Rioboó. – María L. Storani.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General han considerado las modificaciones introducidas por el Honorable Senado en el proyecto de ley que le fue pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga. Luego de su estudio, resuelven despacharlo favorablemente, aceptando las modificaciones introducidas por el Honorable Senado.

Antonio A. M. Morante.

Buenos Aires, 24 de noviembre de 2010.

Al señor presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

Tengo el honor de dirigirme al señor presidente a fin de comunicarle que el Honorable Senado, en la fecha, ha considerado el proyecto de ley en revisión estableciendo un Marco Regulatorio para la Medicina Prepaga, y ha tenido a bien aprobarlo de la siguiente forma:

El Senado y Cámara de Diputados,...

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 planos 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. Quedan excluidas las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, y obras sociales sindicales.

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 consuno 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 1º de la presente ley y el padrón 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 suscrito;
- 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 modelos de 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, en los términos del artículo 8º de la presente ley;
- g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1º;
- 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 con 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 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;
- 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 la ley 19.550;
- m) 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 inscritos 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 27 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario.

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 Finanzas Públicas.

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 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 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. 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.

Art. 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.

Art. 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 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 con 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 etarios.

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 1° 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*.

a) 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;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

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

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 1° 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 1° 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 1° 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 fiscalizará 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 1° de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de una

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 24 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 y las de la seguridad social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo con 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 con 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, 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.

Art. 22. – *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.

Art. 23. – *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. 24. – *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 equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30 %) de la facturación del ejercicio anterior;*
- 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 interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, que en remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

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

CAPÍTULO VIII

Del financiamiento

Art. 25. – *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. 26. – *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. 27. – 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 1° 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. 28. – *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. 29. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

Art. 30. – Los sujetos comprendidos en el artículo 1° 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. 31. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Se deja constancia que el proyecto en cuestión fue aprobado en general y en particular por el voto unánime de los presentes (artículo 81 de la Constitución Nacional).

Saludo a usted muy atentamente.

JULIO C. COBOS.

Juan H. Estrada.

Secretario parlamentario
del Honorable Senado.

ANTECEDENTES

1

Buenos Aires, 27 de agosto de 2008.

Al señor presidente del Honorable Senado.

Tengo el honor de dirigirme al señor presidente comunicándole que esta Honorable Cámara ha sanciona-

do, en sesión de la fecha, el siguiente proyecto de ley que paso en revisión al Honorable Senado:

El Senado y Cámara de Diputados,...

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 1º de la presente ley y el Padrón 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 suscrito;
- 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 modelos de 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, en los términos del artículo 8º de la presente ley;
- g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1º;
- 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 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 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 inscritos 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.

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 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

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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 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 etarios.

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 1° 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*.

a) 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;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

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

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 1° 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 1° 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 1° 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 fiscalizará 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 varia-

ciones 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, y las de la seguridad social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo con 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 con 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, 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 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 interponerse 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.

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.

Dios guarde al señor presidente.

EDUARDO A. FELLNER.

Enrique Hidalgo.

Secretario parlamentario
de la C. de DD.

II

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General han considerado el proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan rechazar las modificaciones introducidas e insistir en su sanción original.

Sala de las comisiones, 4 de mayo de 2011.

Juan C. Morán. – Alicia Terada. – Juan C. Vega.

INFORME

Honorable Cámara:

La Comisión de Legislación General han considerado las modificaciones introducidas por el Honorable Senado en el proyecto de ley que fue pasado en

revisión sobre el Marco Regulatorio de Medicina Prepara. Siendo que el mismo en el momento de su sanción contó con el apoyo de 187 diputados que representaban a unos 30 bloques partidarios, y que los cambios introducidos por el Honorable Senado de la Nación han desvirtuado el espíritu original de la media sanción que contó con el consenso casi unánime, convirtiendo al régimen de regulación en inequitativo, al excluir del mismo a ciertos sujetos obligados, como las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, y las obras sociales sindicales, por un lado, y beneficiar a aquellos que se encuentran regulados, mediante la eliminación de la obligación de constituir una reserva técnica, tal cual rezaba el artículo 22 en su media sanción, es que insistimos en la sanción original.

Juan C. Morán. – Alicia Terada. – Juan C. Vega.

ANTECEDENTE

1

Buenos Aires, 27 de agosto de 2008.

Al señor presidente del Honorable Senado.

Tengo el honor de dirigirme al señor presidente comunicándole que esta Honorable Cámara ha sancionado, en sesión de la fecha, el siguiente proyecto de ley que paso en revisión al Honorable Senado:

El Senado y Cámara de Diputados,...

MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPARA

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º – *Objeto*. La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepara, 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. 2º – *Definición*. A los efectos de la presente ley se consideran empresas de medicina prepara 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. 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

Art. 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.

Art. 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 Padrón 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 suscrito;
- 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 miem-

bro del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);

- f) 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° de la presente ley;
- g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1°;
- 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 contratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados;
- l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1° 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 en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscritos 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.

Art. 6° – *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. 7° – *Obligación*. Los sujetos comprendidos en el artículo 1° 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 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

Art. 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.

Art. 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.

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 etarios.

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.*

a) 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;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

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

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 fiscalizará 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 o 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, y las de la seguridad social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo con 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 con 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, puede requerirse la intervención de la autoridad de aplicación.

Art. 21. – *Capital mínimo.* Las empresas de medicina prepa 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 prepa 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 prepa 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 reser-

va 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 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 interponerse 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.

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:

- c) 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;
- d) 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.

EDUARDO A. FELLNER.

Enrique Hidalgo.

Secretario parlamentario
de la C. de DD.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración.

Tiene la palabra el señor diputado por el Chaco.

Sr. Morante. – Señor presidente: hoy, venimos nuevamente a tratar en esta Cámara un proyecto que ya obtuvo sanción del cuerpo en agosto de 2008.

Esta iniciativa es la síntesis del trabajo de varios señores diputados, que se desarrolló durante muchos años. Se pueden destacar los proyectos presentados oportunamente por los diputados Graciela Rosso, Patricia Vaca Narvaja y Leonardo Gorbacz.

Esos proyectos fueron unificados en la Comisión de Acción Social y Salud Pública y en las distintas comisiones en que se estudiaron, a partir de la construcción de consensos y de escuchar a todos los sectores involucrados en el tema.

El 10 por ciento, o un poco más, de la población argentina es hoy usuario de la medicina prepaga.

Desde hace muchos años, el subsistema de la medicina prepaga funciona en el país dando cobertura prestacional a casi cuatro millones y medio de argentinos, quienes durante todo este tiempo estuvieron regidos por la libre oferta y demanda del mercado.

Las empresas de medicina prepaga son, justamente, empresas y, por supuesto, pretenden tener utilidades, pero prestan un servicio de salud, por lo que es fundamental el rol del Estado para garantizar y velar por el derecho esencial de la salud.

Entonces, venimos a ratificar la voluntad política de que en la Argentina haya por primera vez una ley que establezca el marco regulatorio de la medicina prepaga, en defensa de los millones de usuarios de este subsistema de salud. Hoy, a partir de la letra fina de los contratos, muchas veces ellos están sujetos a situaciones excluyentes. Queremos que este marco regulatorio defienda a los usuarios y al sistema, estableciendo claramente cómo se accederá a la prestación y que la prestación mínima esté representada por el Programa Médico Obligatorio.

Queremos que se forme un consejo asesor que determine los programas y modelos pres-

tacionales, haciendo un análisis final del costo de las prestaciones, a fin de que el incremento de las cuotas y cada uno de los programas de esta medicina sean perfectamente estudiados y analizados.

También venimos desde este proyecto a defender la medicina prepaga, porque, en realidad, el marco regulatorio no sólo defiende el derecho del usuario...

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia solicita a los señores diputados que hagan silencio.

Sr. Morante. – ...sino que además establece derechos y obligaciones para las empresas.

Mucho se ha dicho a lo largo de todos los debates que hemos mantenido desde 2006, cuando se empezaron a tratar estas iniciativas. Esta Cámara –tal como lo señalé– se expidió en 2008 y el tema pasó al Senado de la Nación. Así, luego de dos años de análisis en comisión la Cámara alta introdujo algunas modificaciones al proyecto, que son las que hoy estamos considerando.

Por lo tanto, quiero dejar en claro que nosotros venimos hoy a este recinto a defender el espíritu de la norma, tal como lo hicimos en las diferentes comisiones. En nuestra opinión, este proyecto va a definir estándares de cobertura mínimos y de calidad en las prestaciones. También va a fijar parámetros mínimos de cobertura para los grupos de asociados más vulnerables, como los adultos mayores, las personas con enfermedades preexistentes y quienes padecen enfermedades crónicas. De este modo se van a sentar las bases para el funcionamiento de un subsistema que sea sustentable.

Creo que éste es un buen inicio para un debate sobre el financiamiento de la salud. Estamos ante un sector que aglutina a 4,5 millones de argentinos que son usuarios del sistema de medicina prepaga. Sin duda, se trata de un sector pequeño si lo comparamos con la totalidad de la población del país, pero tiene una enorme capacidad económica. En este sentido, quisiera aportarles un único dato: por cada peso del presupuesto que se destina al sistema público de salud, a la medicina prepaga llegan 3,50 pesos. Quiere decir que el monto de dinero que hoy va al sistema de medicina prepaga nos permitirá

triplicar la atención de los usuarios del sistema público de salud.

Por ello, es necesario que este Parlamento salde una vieja deuda que mantenemos con la sociedad, estableciendo el marco regulatorio de la medicina prepaga. De este modo, 4,5 millones de argentinos van a contar con una cobertura garantizada y con un subsistema sustentable en el que sus derechos sean reconocidos. (*Aplausos.*)

(...)

6

REGULACIÓN DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

(Continuación)

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

Tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Morán. – Señor presidente: nosotros, desde la Coalición Cívica, hemos elaborado un dictamen de minoría, sobre todo porque nos mantenemos en la misma posición política y parlamentaria que tuvo nuestro bloque hace dos años.

No solamente era la postura política y partidaria de la Coalición Cívica, sino que también lo era de más de treinta bloques que, después de mucho trabajo y esfuerzo, consideraron un proyecto que había presentado la ex diputada Vaca Narvaja. Se lograron algunos acuerdos y consensos para poder arribar a un dictamen común.

Quiero efectuar este relato para que realmente se vea cuál es la coherencia de cada fuerza política en este tema, y el interés concreto que se tiene cuando algunos cambian de postura política.

Hace dos años, realizamos un gran esfuerzo para arribar al consenso de todos los bloques –como he dicho–, a tal punto que en la sesión en la que se consideró este tema se registró el voto favorable de 187 diputados sin que hubiera votos negativos, según consta en la correspondiente versión taquigráfica.

Es decir, llegamos a coincidir en parámetros que regularan a todos aquellos que vendieran medicina prepaga. Los regulaba a todos por igual. Fue un gran esfuerzo.

Todos los bloques coincidieron en que era necesaria la regulación para enmarcar algunas cuestiones que se relacionan con aspectos con los que coincidimos absolutamente desde la Coalición Cívica.

Es necesario que la autoridad de aplicación controle los contratos de adhesión, con el fin de que no terminen siendo leoninos, ni que los usuarios se vean obligados a firmar sin tener ninguna otra alternativa.

Es también necesario que los mayores de 65 años sean recibidos en la medicina prepaga sin ninguna objeción ni prohibición. Así, podríamos seguir enumerando otros puntos en los que la Coalición Cívica está absolutamente de acuerdo en el sentido de que hay que regularlos dentro del marco de la medicina prepaga.

Avanzamos con un proyecto en el debate producido en las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General. Recuerdo la voz de nuestro compañero Fernando Sánchez. Se habló del polémico artículo 10 que se refiere al período de carencia y también de la preexistencia. Dijimos que íbamos a votar a favor en general.

En cuanto al artículo 10, sostuvimos que la sola declaración jurada nos parecía un exceso, porque tenía que haber como mínimo una certificación médica que garantizara la situación de salud de quienes entran como usuarios de una entidad de medicina prepaga. Y esto lo volvemos a decir aquí, en este ámbito.

Una actitud responsable hubiese sido fijar algún requisito más para proteger a millones de argentinos que esperan no ser víctimas de cláusulas leoninas que les prohíban alcanzar esos beneficios.

Pero, al mismo tiempo, no podemos permitir que haya un montón de declaraciones juradas que lleven a un juicio y a un proceso que pueda provocar un problema concreto en el cálculo actuarial y en el sistema económico de un régimen de salud que todos queremos regular pero que, al menos desde la Coalición Cívica, no queremos quebrar.

Entonces, lo que queda claro en este relato es que la discusión pasaba al Senado. Nos sorprendió que en esa Cámara se hicieran dos modificaciones, porque esto parece casi como si fuera una de cal y una de arena. Dichas modificaciones se realizaron en los artículos 1º y 22. Es obvio que hubo un evidente acuerdo para esos cambios, porque de lo contrario ya tendríamos ley y regulación. En ese acuerdo, que tuvo lugar entre el Frente para la Victoria y la UCR en la voz del senador Cano, se planteó la reforma de dos artículos del proyecto de ley que había sido aprobado por unanimidad en esta Cámara de Diputados.

Por un lado, se eliminó la reserva técnica. Para nosotros es importante que se exija a las prepagas que haya una reserva técnica porque eso otorga más garantías a los usuarios. Pero, al mismo tiempo –y esto nos sorprende– se agrega en el artículo 1º que quedan excluidas las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones y obras sociales sindicales.

Recordemos que el proyecto de la ex diputada Vaca Narvaja no decía nada de esto. Además, en forma consensuada y para lograr la unanimidad de los bloques, se había incluido lo siguiente: "...y los planes de adhesión voluntaria que comercialicen las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones". Es decir que en ese trabajo de consenso se llegó a un punto de acuerdo que algunos bloques rompieron en el Senado. Es por eso que hoy existen diferencias y dos dictámenes.

En los debates que hemos tenido durante estos días muchos bloques, en privado, nos decían que es cierto que la iniciativa de Diputados es mejor y que las reformas introducidas por el Senado no son convenientes, pero que es necesario lograr una sanción. Entonces, finalmente acompañaron el planteo del oficialismo y no nos permiten insistir en este proyecto para así sancionar la norma hoy.

Si las dos terceras partes –no digo ya el ciento por ciento o la unanimidad– de los bloques que hace dos años votamos en una dirección siguiéramos pensando y planteando lo mismo, es decir que además de regular las empresas de medicina prepaga también hay que regular, transparentar, fiscalizar y controlar la venta de medicina prepaga de las obras sociales sindicales, hoy habría ley, porque podríamos insistir con los dos tercios y aprobar nuestro proyecto de ley.

No nos sorprende la actitud del oficialismo, que sabemos tiene un gran compromiso político y es socio del poder, en el sentido de que la regulación de las prepagas, con la que todos coincidimos, termina siendo una liberación de las obras sociales sindicales para que puedan vender este tipo de medicina sin ser reguladas. Esto no nos sorprende.

Sí nos sorprende, con toda sinceridad, que algunos bloques de la oposición caigan en esta falsa discusión respecto de que la única forma de regulación de la medicina prepaga sea acompañando este pacto que se hizo en el Senado y que, finalmente, grafica una situación de pacto y de sociedad que tiene el partido oficialista con algunos dirigentes sindicales.

Digo "con algunos dirigentes sindicales", no con el sindicalismo y menos aún con los trabajadores, porque en estos días me ha tocado asistir a muchos debates en los cuales algunos

dirigentes sindicales abrazaban la causa de los trabajadores para defender cajas oscuras que nunca rinden.

En la Auditoría General de la Nación –y esto hemos podido constatarlo con algunos señores diputados en la Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas– nos informaron que tanto el sindicato de camioneros como La Bancaria de Zanola no han rendido ni el 10 por ciento del dinero que les dio la APE. Es más, las vacunas antigripales que cualquier ciudadano compra en la farmacia a 14 pesos ellos las compraban en cantidad a 24 pesos. ¿Cómo puede ser esto?

La Coalición Cívica quiere que haya regulación de las prepagas, pero que no haya hijos y entenados.

–Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Morán. – Si el señor diputado Rossi desea una interrupción, se la concedo, señor presidente.

Queremos la regulación de las prepagas, pero no que esto termine siendo un buen negocio para Moyano, Zanola y otros sindicalistas corruptos. Éste es el debate que queremos dar cuando insistimos con el proyecto que consensuamos en Diputados; no nos corramos de la posición que habíamos tenido hace dos años, regulemos para todos por igual, y trabajemos en esa dirección.

Señor diputado Rossi, sé que al nombrarlo le doy derecho a réplica...

Sr. Presidente (Fellner). – Diríjase a la Presidencia, señor diputado.

Sr. Morán. – Señor presidente: lo nombro precisamente porque señala que no estamos a favor de la regulación y es quien, finalmente, defiende muchos operativos que desvían la atención al afirmar que realmente se está discutiendo este asunto o que la Coalición Cívica tiene tal o cual postura.

Nosotros estamos a favor de la regulación, como estuvimos hace dos años, ¿y saben por qué? No tenía pensado decirlo, pero aclaro que estamos a favor de la regulación porque, entre otras cosas, no nos financiamos con las droguerías –que han hecho negocios y están implicadas en la causa de la mafia de los medica-

mentos— ni nos movilizamos en actos políticos con plata de los trabajadores que proviene de las obras sociales sindicales...

—Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Morán. — Si el señor diputado Kunkel desea una interrupción, no tengo problemas en concedérsela. En democracia, podemos debatir sobre todos los temas que queramos. De lo contrario, se grita continuamente con una actitud fascista y antidemocrática. Reitero, no tengo inconvenientes en conceder la interrupción al señor diputado Kunkel y debatir con él.

Sr. Presidente (Fellner). — Continúe, señor diputado; está en el uso de la palabra.

Sr. Morán. — Entonces, le pido a usted, como presidente, que cada vez que grite el diputado Kunkel lo haga callar.

Estamos a tanta distancia de sindicalistas que protegen sus negocios a costa de la plata de todos los trabajadores como de las empresas prepagas. Esta distancia se da precisamente porque no nos financiamos con dinero de las empresas prepagas ni tampoco de las droguerías o de las obras sociales.

Quiero decir algo, para sacarle la careta a la hipocresía del Frente para la Victoria... (*Aplausos.*)...: las empresas prepagas no se regulaban, y en el mismo momento en que dormían en los cajones los proyectos de regulación de empresas prepagas con cuatro millones y medio de usuarios —que eran víctimas de las mismas situaciones que hoy denuncian—, del Frente para la Victoria les pedían plata para la campaña. Por eso, no las regulaban. ¡Hay que sacarse la careta!

En 2007, Swiss Medical era aportante de la campaña de Cristina Fernández de Kirchner como presidenta y Scioli como gobernador; Medicus fue aportante de la campaña de Cristina como presidenta, y lo mismo sucedió con Galeno. Los cafés, las comidas y la buena relación entre Capaccioli, desde la Superintendencia de Servicios de Salud, y las empresas de medicina prepa son públicos. Es pública la buena relación que tenían. Por lo tanto, no sean hipócritas: reconozcan que no regularon hasta ahora, a costa de millones de argentinos que se veían perjudicados, porque cajoneaban

los proyectos a cambio de pedirles que les financiaron la política. (*Aplausos.*)

Hago un llamamiento a todos los bloques, aun a los que firmaron en la Comisión de Acción Social y Salud Pública y en la Comisión de Legislación General las reformas del Senado, a todos los bloques de la oposición y también a los diputados del Frente para la Victoria, la mitad de los cuales votó hace dos años lo que hoy estamos proponiendo nosotros. Hago un llamamiento a insistir en que haya una regulación para todos por igual, en la medida que se venda medicina prepa.

Además de plantear esta propuesta de nuestro bloque, quiero decir que nosotros analizamos el sistema de salud argentino, y por ello sabemos que hay que trabajar por la regulación de las empresas de medicina prepa, ya que nuestra posición es fundamentalmente que el sistema esté regulado, controlado, pero no que quiebre, ni termine siendo en pocos años un buen negocio para algún sindicalista que compre una de las empresas quebradas, no para beneficio de los trabajadores sino para hacer más negocios con empresas vinculadas a sus propios familiares.

También entendemos que el sistema de salud es muy amplio y abarca a un 40 por ciento de argentinos comprendidos en obras sociales sindicales, que necesitamos que sean transparentes para que este proyecto llegue realmente a asegurar un buen servicio de salud para millones de afiliados, es decir que sea eficiente.

Además, el sistema de salud —de esto no se habla— debe ser para los millones de argentinos que, lamentablemente, no están incluidos en esta discusión porque no tienen obra social ni prepa. El 42 por ciento de los argentinos no está comprendido en esta discusión. El 42 por ciento de los argentinos no tiene obra social ni prepa; son aquellos argentinos que van a la guardia del hospital, que para sacar un turno tardan dos meses y que para someterse a una cirugía deben esperar cuatro meses; son aquellos argentinos que no han visto un gobierno progresista que en plena etapa de crecimiento invirtiera lo que hay que invertir en atención y en prevención.

Y hablando de lo que hay que invertir en salud en la Argentina, quiero decir que en este país no solamente se invierte menos de lo que

se debería sino que también se invierte mal. Los países que logran un buen nivel de desarrollo humano tienen mayor inversión en prevención que en atención.

La provincia de Buenos Aires, que tiene un nivel terrible de atención en salud –y ni hablar en prevención, peor aún–, pasó de ser la provincia número nueve en 2001– antes de que entrara Kirchner–, a ser la número trece dentro del contexto de las veinticuatro provincias, en lo relativo a índices de desarrollo humano. O sea que no sólo la Argentina se ha retrasado en el contexto de las naciones.

Todo indica que tras discutir el sistema de salud, concluimos en que tenemos que invertir, fundamentalmente, en prevención para la salud. Por eso, desde la Coalición Cívica impulsamos que los recursos de la Administración de Prestaciones Especiales, a la cual van parte de las contribuciones patronales y también parte del presupuesto de la Nación, sean incrementados con los aportes de ese 42 por ciento de argentinos que no están ni en obras sociales ni en prepagas.

Finalmente, decimos con toda convicción y con toda coherencia que desde la Coalición Cívica seguimos pensando lo mismo que hace dos años, cuando por unanimidad votamos una regulación para todos.

¿Hay que regular a las prepagas? Sí, lógicamente que hay que regularlas, pero esto no tiene que implicar que puedan hacer buenos negocios Moyano, Zanola y otros sindicalistas corruptos. (*Aplausos.*)

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

Sr. Portela. – Señor presidente: este tema que todos conocemos bastante, lo hemos tratado en 2008. Se analizó en la Comisión de Acción Social y Salud Pública presidida entonces por el doctor Sylvestre Begnis y, lamentablemente, en esa época la posición fue no aceptar ningún tipo de modificaciones, sobre todo modificaciones que hicieran al fondo de la norma.

Por eso, la sanción fue al Senado con algunas dificultades de aplicabilidad y con la esperanza de que la Cámara alta, en su revisión, introdujera las correcciones necesarias para alcanzar el objetivo que nosotros, los diputados, no pudimos lograr.

Pero, lamentablemente, eso no ocurrió y nos encontramos hoy en otra situación difícil desde el punto de vista de la técnica legislativa: aceptar la sanción del Senado o rechazarla. Esto tiene una implicancia social muy fuerte, y dentro de este esquema la mayoría de los bloques se ha inclinado por aprobar las modificaciones introducidas por el Senado, a pesar de las dificultades que sigue teniendo el proyecto.

Y esta norma presenta dificultades porque, evidentemente, no fue elaborada con el fin de establecer una regulación que garantice el equilibrio en el funcionamiento del sistema de prepagas.

Con esto no sólo hablamos de las empresas de medicina prepaga. El sistema de prepagas está compuesto por las empresas, que tienen un fin de lucro, y también por los asociados y los efectores de la salud. Cualquier desequilibrio en alguna de estas columnas, seguramente pondrá en riesgo todo el sistema y quien va a padecer eso será con seguridad el afiliado.

Observando el panorama desde 2008 a la fecha, cuando realmente esta ley parecía no tener importancia, ya que estaba durmiendo tranquilamente, vemos que ahora sale en coincidencia con una suspensión de la comisión que no tiene nada que ver con la motivación de esta norma.

Y resulta que aparecen sectores injuriando o acusando de retener o cajonear el proyecto, cuando en realidad estuvo dos años dormido, en un momento en que un determinado partido tenía mayoría en ambas Cámaras y pese a ello no lo trató.

También se dice que uno de los problemas que existe en esta materia es una relación compulsiva, donde las reglas de juego las imponen las prepagas y hay un abuso permanente en los costos de aplicación del sistema.

Lo cierto es que el tema ha sido regulado a través de la Secretaría de Comercio, y todos estos aumentos abusivos de los costos, de los cuales uno puede ver a la gente quejarse en los distintos medios, fueron justamente en connivencia con la Secretaría de Comercio. El oficialismo sale a criticar el excesivo costo cuando son ellos los culpables directos de esa situación.

Evidentemente, este proyecto se discute en un terreno que no es netamente el de la salud, sino que tiene otros aditamentos. Nosotros sostenemos que la ley tiene que ser lo más perfecta posible porque está en juego la calidad de la salud de más de 4 millones de habitantes de nuestro país.

Aquí se sostiene que la autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud, pero dicho ministerio sólo es parcialmente la autoridad de aplicación de esta ley, porque también hay otros dos organismos, entre ellos la Secretaría de Comercio.

¿Cómo se hace para saber cuándo debe intervenir cada uno? Esto ya supone la existencia de criterios dispares dentro de un sistema que es muy delicado. Por lo tanto, entendemos que es un error pretender establecer en esta ley tres organismos de aplicación.

El sistema está integrado por varios componentes, pero en ningún momento se establece una mesa de discusión para hablar sobre distintas cuestiones. Se crea una comisión permanente donde todos sus integrantes son representantes del Estado, tres pertenecen al Ministerio de Salud y tres al de Economía. Entonces, no sé qué es lo que se puede articular cuando están ausentes de esa comisión los afiliados, las empresas de medicina prepaga y los efectores.

En esa mesa de discusión de los temas tampoco se da un equilibrio, porque allí tienen que participar todos los componentes del sistema. Eso es una cuestión razonable dentro de una relación comercial, porque ésta es realmente una relación comercial cuya actividad tiene como contenido la salud.

En lo que respecta a los costos, la responsabilidad de aumentarlos o reducirlos e inclusive de la estructura de las prestaciones la tiene el Ministerio de Salud. Es decir que se transfiere una excesiva autoridad a ese ministerio, aunque está bien que la tenga el Estado.

Después de existir un pronunciamiento mayoritario a favor de la aprobación de esta norma, apareció otro sector que vino a denostar lo que se quiere aprobar, argumentando que se está perjudicando a las empresas de medicina prepaga. Yo siempre digo que queda claro cuál es el escenario. En Corrientes, decimos que hay que pegarle al chanco para que aparezca

el dueño. Evidentemente, aparecieron los que antes no votaban y hoy están defendiendo a las prepagas.

—Ocupa la Presidencia el señor vicepresidente 1° de la Honorable Cámara, doctor Oscar Raúl Agud.

Sr. Portela. — Éstos son los elementos importantes que están en juego. Queremos buscar un equilibrio porque esta ley es como un castillo de naipes, que ante cualquier movimiento se puede caer, y ello sólo perjudicará al afiliado, que busca proteger su salud en ese sector.

Lamentablemente, la atención de la salud pública en la Argentina es un sistema fragmentado, y alguna vez tenemos que discutir cómo generar un sistema único de salud.

El artículo 10 es el más cuestionado por las prepagas, pero desde nuestro punto de vista es viable. Mucho se ha dicho acerca de que el tema de las enfermedades preexistentes puede complicar a las prepagas, pero eso no es así, porque si bien la norma establece que la enfermedad preexistente no es motivo para no afiliar a una persona, también autoriza pagos excepcionales o aumento de costos. Pero esos aumentos tienen que ser articulados con el Ministerio de Salud o la autoridad de aplicación.

En realidad, hasta ahora a las empresas siempre les fue muy bien, porque todos los aumentos que tuvieron los articularon con la Secretaría de Comercio, que también es parte de la autoridad de aplicación. Por eso, entiendo que el artículo 10 es viable.

Sí es peligroso cuando todas las decisiones, tanto referidas a la calidad como a los niveles y los costos de las prestaciones, las adopta pura y exclusivamente la autoridad de aplicación. Si uno es bien pensado puede creer que el ministro Manzur tal vez lo puede hacer con un criterio de salud y mantenga un equilibrio en la convivencia. Sin embargo, puede haber actores políticos que traten de arañar cuestiones que nada tienen que ver con la salud y que simplemente defiendan una administración económica.

Acarrearía serios riesgos que la autoridad de aplicación priorizara los favores a estos señores por encima de la calidad de la salud. Esta es la cuestión fundamental del desequilibrio, por lo que será responsabilidad de la autoridad

de aplicación el funcionamiento o no de esta norma.

Quiero subrayar que si este proyecto de ley no funciona tal como está redactado será responsabilidad pura y exclusiva del organismo de aplicación, llámese Ministerio de Salud o Secretaría de Comercio, porque así lo establece el texto.

Espero que haya una aplicación constructiva y que en verdad los más de 4 millones de argentinos involucrados en esta norma sigan teniendo un sistema que les garantice salud, pero realmente estos desequilibrios se pueden producir.

Si bien podemos tener disidencias, nosotros queremos votarla —esto también se criticó—, y estamos priorizando el mal menor. Pero alguna vez deberemos dedicar todo el tiempo que se requiere para sancionar leyes casi perfectas, sobre todo cuando implican la salud humana.

La única política de salud que existe es brindar calidad en las prestaciones, y hasta el momento en la historia tanto del ámbito privado como en el de las obras sociales nunca se priorizaron los sistemas que economizan la salud pública, que son la prevención y, por supuesto, la educación para la salud. Estos elementos están totalmente ausentes y deberían ser exigencias en un marco regulatorio de la salud. No pueden estar ausentes en ningún esquema de prestación de salud la prevención y la educación pues se vinculan directamente con la calidad de la salud. Espero que estos contenidos se prioricen, porque insisto en que será responsabilidad del organismo de aplicación si esta norma no tiene el éxito que debe tener. (*Aplausos*).

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

Sr. Vega. — Señor presidente: complementando la posición expuesta por la Coalición Cívica, nosotros creemos que éste es un buen proyecto de ley, y a nuestro juicio el punto es por qué tiene un ámbito de aplicación tan reducido. El problema es su artículo 1º, referido al ámbito de aplicación. ¿Cuál es la razón por la que este buen texto excluye de su ámbito a quienes reciben el servicio de salud de entidades que dependen de cooperativas, organizaciones gremiales o mutuales?

Si la razón es la sustentabilidad económica, la falta de respaldo financiero de los sindicatos, cooperativas y mutuales, el Estado debería ir en su apoyo y no dejar desprotegido a un gran sector de la población de las ventajas de esta norma.

Insisto en que considero que éste es un buen proyecto de ley y que un sector grande de la sociedad no merece quedar desprotegido de ella. Más allá de que la Coalición Cívica haya suscrito un dictamen de minoría, pido al Frente para la Victoria y a la Unión Cívica Radical que se modifique el artículo 1º para que no exista una discriminación a causa de la pobreza, en relación con los beneficios que esta norma concede.

Sr. Presidente (Aguad). — Tiene la palabra la señora diputada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Michetti. — Señor presidente: en primer lugar, voy a citar algunos datos básicos sobre el sistema de salud argentino. Evidentemente, se trata de algo complejo.

Cuando uno lee los libros de políticas sanitarias referidos a los sistemas de salud a nivel internacional, observa que por lo general al pie de página se considera al sistema argentino como especialmente complejo, que no se puede tipificar ni ubicar dentro de las categorías que tienen otros en el mundo.

Nuestro sistema está compuesto por el subsistema público, que tiene las instancias nacional, provincial y municipal; el subsistema de la seguridad social, que obviamente se refiere a las obras sociales y está reglamentado por las leyes 23.660 y 23.661 —también comprende las obras sociales provinciales y otras— y, por último, el subsector privado.

Vale decir que dentro del sistema de salud argentino tenemos tres subsistemas que conviven y que hasta el día de la fecha no han podido ser integrados de manera positiva y constructiva.

Obviamente, esta caracterización de un modelo fragmentado y segmentado tiene como consecuencia un alto grado de inequidad. Es fragmentado porque existen varios subsistemas; pero además es segmentado porque la posibilidad de acceso a los distintos subsistemas es muy distinta de acuerdo con el nivel de

ingresos y recursos de cada familia argentina. Esto potencia la inequidad del sistema.

Nosotros creemos que el proyecto que estamos tratando no ayuda, desde el punto de vista del ciudadano, a mejorar la calidad de la prestación de la salud, que es un bien público del cual se tiene que ocupar el Estado. No creemos que esté mal que haya empresas privadas que presten servicios de salud, pero obviamente tienen que estar reguladas por el Estado porque la salud es un bien público.

En el caso de la educación, por ejemplo, es el Ministerio de Educación quien regula los contenidos básicos, la línea general y la línea de inversión desde el punto de vista del sistema federal, pero hace convivir a los distintos subsistemas –los municipales, los provinciales y también el privado– de una manera muchísimo más cooperativa y sin el conflicto que tenemos hoy en los subsistemas de salud.

Por eso, en aproximadamente un mes vamos a presentar un proyecto que regula el sistema integral de salud de la Argentina, que creemos que es el que en verdad debemos tratar.

Entendemos que la iniciativa que estamos considerando genera un peligro importante de disminución de la calidad en la prestación de servicios en uno de los subsistemas que tiene 4,5 millones de afiliados. Cabe aclarar que el subsistema público comprende 17 millones de personas, y el de la seguridad social, 18 millones de afiliados.

Creemos que la circunstancia de que esta norma haga caer la calidad de la prestación de los servicios en el subsistema privado no nos ayuda a mejorar el resto de los subsistemas. Si fuera que nosotros regulamos el subsistema privado porque con ello estamos mejorando y haciendo más equitativa la salud para el resto de la población, entonces podríamos plantearlo como una de las opciones que el Estado tiene para manejar una de las cosas más importantes que tiene que manejar, que es la calidad de la salud pública; pero entendemos que, de la manera en que está planteado este proyecto, corremos el riesgo de que lo único que pase sea que el subsistema privado de salud disminuya la calidad de la prestación de sus servicios y definitivamente no se mejore a los otros subsistemas.

Por ejemplo, creemos que hay una articulación e integración que el Estado podría realizar con las empresas de medicina prepaga. Ello sería así porque, evidentemente, las prepagas tienen fortalezas que no están en el sector público. A su vez, el sector público tiene fortalezas que no poseen las prepagas. Asimismo, las obras sociales también tienen fortalezas que no están en ninguno de los otros dos subsistemas, y los tres tienen debilidades.

A partir de que las fortalezas y debilidades son diferentes, se podría organizar en la Argentina un sistema de salud que fuera modelo y no un caso de pie de página de los libros que no lo pueden categorizar.

Hoy, las inversiones de una prepaga se destinan a equipamientos que son muy caros y difíciles de afrontar con los recursos de un municipio que quisiera destinarlos a sus hospitales. Si ello fuese afrontado por una prepaga, la integración del sistema nacional de salud podría contemplar que las prepagas tuvieran que prestar esos servicios, sin que para ello tuviesen que aceptar pacientes con enfermedades preexistentes.

Es verdad que no pueden aumentar las cuotas de la manera en que lo hacen para los mayores de 65 años. En ese sentido, creo que está muy bien planteado el tema de los mayores de 65 años, pero no estamos de acuerdo con que esta iniciativa vaya a mejorar la prestación del sistema de salud que todos los argentinos necesitamos.

Lo más probable es que el subsistema de la medicina prepaga termine disminuyendo su calidad, sin haber mejorado la de ninguno de los otros dos subsistemas. Por ello, vamos a presentar un proyecto de ley de salud integral en poco tiempo –quizás, antes de un mes–, a fin de que los tres subsistemas convivan, puedan prestar los servicios necesarios y también facilitar que el Estado regule de manera razonable y sensata al sistema de medicina prepaga que, por ser un bien público, debe ser sin dudas reglamentado.

No podemos mirar el sistema de salud pública de la Argentina desde la perspectiva de los sindicalistas, de los empresarios de la medicina prepaga o de los burócratas del Estado, que probablemente quieran manejar los números a su manera; no sabemos bien si lo harán con

la transparencia necesaria, porque en general ocurre lo contrario: hay demasiada corrupción en esos sistemas.

En consecuencia, ésta es la propuesta que hacemos y nos abstendremos en la votación de este proyecto. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Aguad). – Tiene la palabra el señor diputado por Entre Ríos.

Sr. Viale. – Señor presidente: en primer lugar, quiero expresar mi satisfacción por tratar este tema en el recinto. Sabemos que tendrá consecuencias directas sobre cuatro millones y medio de usuarios o afiliados, quienes por la falta de un marco legal adecuado se hallan en un estado absoluto de vulnerabilidad ante las decisiones unilaterales o discrecionales tomadas en el sector.

Consideramos que es un gran avance establecer un marco regulatorio que ordene la actividad y pueda dar una respuesta satisfactoria a las aspiraciones de la gente.

Dentro del sistema de salud el único sector que no está regulado es justamente el de la medicina prepaga, que en la actualidad sólo está sujeto a la ley 24.754.

Sería importante dejar en claro que el proyecto en consideración no es un castigo para las empresas de medicina prepaga, sino todo lo contrario. Las empresas que trabajan seriamente no tienen nada que temer por la aprobación de esta iniciativa.

Para los socialistas, la regulación de este sector es absolutamente necesaria y debe darse dentro del marco más amplio de una política de salud, que se debería concretar en un proyecto integral del sistema de salud. De todos modos, las regulaciones que se establecen contribuyen en este sentido: ubica la responsabilidad en el Ministerio de Salud, coloca a las prepagas dentro del sistema y del sector de la salud y corrige los aspectos que más reclamamos han generado por parte de los usuarios, como los períodos de carencia y la selección adversa por edad o por enfermedades preexistentes. Además, permite a la autoridad de aplicación regular las cuotas de estas empresas.

Por todas estas razones, el bloque del Partido Socialista va a votar afirmativamente el proyecto que viene del Honorable Senado. Cabe recordar que en 2008, cuando se trató sobre ta-

blas el dictamen de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General, votamos en el mismo sentido.

Estamos convencidos de que la salud es un derecho humano fundamental que está por sobre el derecho al comercio. Si la comprensión de esta idea es relativamente reciente, su concreción lo es más aún. Digo esto porque Diego Gracia, filósofo y médico español que es una autoridad en temas de bioética, señala que nuestra época es la primera en la historia de la humanidad en que se ha propuesto universalizar el acceso de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Esto y no otra cosa significa considerar a la salud como un derecho humano. Es más, la propia idea de justicia social supone asegurar que todos los seres humanos deben tener cubiertas las necesidades básicas, como lo es la sanitaria.

Esos conceptos interpelan la acción del Estado, porque como es sabido el garante de los derechos fundamentales –como lo es el tema del cual estamos hablando– es el Estado. No me refiero a la regulación de las actividades de las entidades privadas y de lucro que celebran contratos y garantizan la atención médica mediante el pago de una cuota, porque es el Estado el que garantiza el derecho a la salud con un sistema público y gratuito, independientemente de todo lo que pueda mejorar.

Si bien entendemos que la aprobación de este proyecto es un gran paso, no significa la resolución de los problemas. La aprobación de esta iniciativa no implica que vayamos a resolver todos los problemas de la salud y de la seguridad social. El ideal consiste en que el Estado cuente con un sistema público de excelencia. Hacia allí debe avanzar la democracia argentina. Ése es el desafío que tenemos entre las materias pendientes en nuestra República.

Para finalizar, considero que en un año electoral todos los partidos que nos consideramos progresistas tendríamos que impulsar políticas y propuestas de este tipo, de cara a la elección de octubre.

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

Sra. Camaño. – Señor presidente: creo que la buena noticia de hoy es que después de muchos años esta Cámara de Diputados va a

modificar el estatus de los pacientes que, por diferentes razones, acuden al servicio de las prestaciones privadas. Ellos dejarán de ser usuarios y consumidores para pasar a ser lo que nunca debieron dejar de ser: pacientes.

Como todos sabemos el tema de la salud es una de las cuestiones tuteladas por principios constitucionales. Por eso, digo que ésta es una buena noticia. Hasta ahora en esta materia sólo se ha escuchado públicamente la voz de la jurisprudencia. Han sido los pacientes, de modo individual, los que han tenido que ir a resolver sus problemas a la Justicia. Y fue precisamente ésta la que ha comenzado a marcar un camino en torno de este tema.

Es mucha la jurisprudencia a la que se puede recurrir en cuanto a las prestaciones obligatorias y las edades a las que en forma caprichosa se les acaba a los pacientes la posibilidad de ser atendidos.

Creo que deberíamos preguntarnos qué es lo que ha pasado durante este tiempo con este tema, en el que la Justicia nos fue tomando la delantera a los legisladores.

La medicina privada o prepaga tiene más de cuarenta años en la Argentina. Hace años que estoy en esta Cámara. Es lo que decía cuando el señor diputado Macaluse presentó su moción de preferencia, moción que apoyé.

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

Sra. Camaño. — Desde 1983 hasta el año antepasado —que fue cuando dimos sanción en esta Cámara al proyecto de ley— desfilieron por esta Cámara 49 proyectos. Muchas veces tuvimos la amenaza de su tratamiento. Y en el medio están las prepagas. Las respeto porque forman parte de un negocio. El capital va donde el negocio es rentable. Tuvieron hasta un ministro de Salud. ¡Miren si no teníamos oportunidades de discutir desde otro ángulo la posibilidad de regulación de este sistema que no está regulado!

Hicieron más lobby que los dirigentes sindicales —que acá se mencionaron tanto—, a tal punto que lograron la designación de un ministro de Salud. Mientras tanto, los pacientes de las prepagas lo único que tuvieron como respuesta parlamentaria fue la ley 24.754, por

la cual —hace poco— obligamos a las prepagas a que cumplieran con el Programa Médico Obligatorio.

Es cierto lo que aquí se ha dicho. Tuvimos un excelente presidente en la Comisión de Acción Social y Salud Pública. Debo efectuar un reconocimiento hacia toda la labor del doctor Sylvestre Begnis. Ha sido un excelente presidente, porque ha incorporado al tratamiento de esta Cámara temas que eran impensables.

Sin ir muy lejos, recuerdo mi proyecto de ética en la comercialización de los medicamentos, que también corta muchos negocios, pero que quedó estancado en el Senado.

Logramos la sanción de una ley, y es cierto lo que aquí se dijo: la sancionamos con consenso. Los consensos significan que cada uno abandona su lugar para tratar de que salga lo posible. No es que algunos hayamos cambiado de opinión, sino que tenemos un poco más claro lo que ocurre en ciertos subsistemas.

Acá se dijeron algunas cosas y yo no voy a venir a defender a Moyano, a tal punto que lo voy a decir en voz baja, pero da la casualidad de que Moyano no tiene este tipo de planes que el artículo 1º menciona, como tampoco lo tienen muchas obras sociales.

Los planes superadores estaban mal colocados. Se lo dije al doctor Sylvestre Begnis, porque se estaban mezclando planes con una entidad jurídica. No podemos mezclar dos cosas en el mismo artículo. No tiene nada que ver el plan superador, y ya que estamos en tren de sinceridades vamos a contar algunas cosas en cuanto a qué significan y qué son los planes superadores en el ámbito de la seguridad social administrada por las obras sociales.

En la época en que era ministro de Salud la persona que respondía a las prepagas, todos saben que comenzó un proceso de desregulación de las obras sociales, las mismas obras sociales que en el pasado habían resuelto los serios problemas que tuvo la salud pública, como lo hacen siempre. El sistema público tuvo muchas veces quebrantos y las obras sociales igualmente atendieron, del mismo modo que las obras sociales muchas veces tienen quebrantos y el sistema público atiende.

En el proceso de desregulación de ese ministro que representaba al sector de las prepa-

gas, éstas se metieron en el sistema de obras sociales: cooptaron las pequeñas obras sociales y desde esa cooptación comenzaron a captar a los asalariados de mayor sueldo, que eran lo que nosotros denominábamos “la crema de la torta”.

¿Cuál fue el mecanismo de defensa de algunas obras sociales? Generar competencia a través de los planes superadores. Intentaron defender el sistema con los planes superadores. Por eso, cuando debatíamos este proyecto e intentábamos consensuarlo abandonando cada uno nuestras posturas para tener ley, yo le decía al doctor Sylvestre Begnis que no podían estar los planes superadores en el artículo 1°. Es cierto que el diablo metió la cola en el Senado, tal como lo conversábamos hace un rato con el diputado Lozano, quien seguramente lo va a manifestar luego con un poco más de énfasis que yo. En el Senado el diablo metió la cola, pero no la cola que acá se menciona.

Más allá del análisis político de si los dirigentes están bien presos o no, sinceramente creo que es una barbaridad que un dirigente sindical apueste a matar a sus afiliados con productos médicos truchos, y debe ser seriamente castigado.

Pero no es ése el problema de este proyecto. Me asusta muchísimo más alguna otra excepción que no tiene que ver, precisamente, con las obras sociales, pero sí con algunas metodologías de prestación que tienen las empresas privadas de salud, porque para ellas esto siempre va a seguir siendo un negocio.

Por eso, yo vengo a votar esta iniciativa porque creo que es un paso importante. Después tendremos que pensar seriamente en ver cómo le sacamos la cola al diablo, que está metida en el artículo 1°, y no precisamente porque estén excluidas las obras sociales. ¿Sabe una cosa, señor presidente? Los planes superadores son autorizados y fiscalizados por la Superintendencia, por el Ministerio de Salud. Entonces, aquí no hay ningún secreto en torno al sistema de obras sociales. Simplemente, están excluidas en forma correcta porque están reguladas por dos leyes: la 23.660 y la 23.661. Aspiro a que esto mismo ocurra a partir de hoy con el sistema privado de salud, y convirtamos definitivamente a los pacientes en pacientes y no en usuarios. *(Aplausos.)*

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

Sr. Lozano. – Señor presidente: simplemente, quiero hacer dos consideraciones, como aporte al debate de esta iniciativa que consideramos necesaria.

La primera de ellas es por qué razón nosotros entendemos que debe regularse el mercado de la medicina prepaga. En este sentido, es bueno dejar en claro que desde la teoría clásica, desde los propios neoclásicos que presentan el debate económico aludiendo a la vigencia de las reglas del mercado en términos de competencia económica, aun desde esas visiones –en las que por supuesto existe una formulación que rechaza la intervención del Estado–, se distingue claramente al mercado de la salud como uno en el cual el Estado necesariamente debe intervenir.

La razón por la cual argumentan esto es porque buena parte de la idea de la libertad de competencia se funda en la sabiduría y en la racionalidad del consumidor a la hora de elegir. Esta racionalidad a la hora de elegir está relacionada con el hecho de que se disponga de plena información. Si existe un mercado en el cual la información es absolutamente asimétrica y donde el consumidor no sabe exactamente qué tipo de prestación está recibiendo es, casualmente, el mercado de la salud. Uno puede pensar que es mejor o peor la hotelería que le están brindando, pero acerca de la calidad de la prestación médica que recibe, carece de elementos como para poder juzgarla.

Por esa razón, aun desde las concepciones más ligadas a defender la vigencia irrestricta del mercado en el funcionamiento de la economía, la necesidad de regular el sector de la salud por vía de la intervención pública adquiere un valor absolutamente indispensable.

Ésta es la primera razón por la cual nosotros creemos que es absolutamente razonable la tarea que acometió la Cámara de Diputados. Luego, lamentablemente, este proyecto estuvo más de dos años en el Senado sin ser tratado, y las modificaciones que se le introdujeron a nosotros no nos resultan adecuadas ni convincentes. De todos modos, la iniciativa que vamos a sancionar hoy constituye un paso adelante res-

pecto de la situación actual, ya que este sector carece de marco regulatorio.

La segunda razón por la que creemos indispensable regular el sistema es que el mercado de las prepagas no es un mercado de competencia. Éste es otro elemento fundamental a tener en cuenta. Si fuera de competencia igual habría que regularlo, pero no lo es.

De los más de cien mil millones de pesos que se gastan en salud en la Argentina, el mercado de la medicina prepaga maneja alrededor de 15.000, que se relacionan aproximadamente con doscientas cincuenta empresas; apenas cinco de estas empresas concentran entre el 75 y el 80 por ciento de dicho mercado. Estoy hablando, por ejemplo, de OSDE. Una de las preocupaciones por las que estamos discutiendo aquí es que el Senado, por medio de una modificación, abre la puerta para que esta empresa pueda quedar afuera del marco regulatorio.

Por las razones expuestas, vamos a acompañar esta iniciativa, pero al mismo tiempo trabajaremos en la elaboración de alguna ley correctiva que mejore esta situación. Estamos hablando de empresas como OSDE, OMINT, Galeno, Medicus y Swiss Medical. Cuatro de estas empresas forman parte de la cúpula de las más de doscientas que existen en la Argentina. No estamos hablando de un mercado de competencia sino de uno que tiene un elevado nivel de concentración, y por esa razón merece un marco regulatorio como el que aquí estamos discutiendo.

Además, lo que suele ocurrir con estas empresas es que invierten parte de sus excedentes, a pesar de que durante buena parte de este debate estuvieron llorando miserias y recitando el escaso margen que tenían frente a la hipótesis de regulación que se estaba manejando.

En realidad, no sólo mantienen el negocio de la medicina prepaga sino que también derivan excedentes a otro tipo de inversiones. Es decir, no sólo se apropian de excedentes de manera diferencial respecto incluso de otras prepagas más chicas sino que, a la vez, invierten en otro tipo de actividades. Por ejemplo, en el caso de OSDE es claro que tiene inversiones directas en el sector de seguros y en el de turismo, y lo mismo podríamos decir respecto de Swiss Medical, que invierte en espectáculos deportivos. Por lo tanto, es indispensable que noso-

tros efectivamente regulemos una fiscalización adecuada para poder controlar cómo funcionan estas empresas y de qué manera cumplen con el sistema de salud, que es público aunque esté gestionado por privados.

Por eso, me resultaba medio extraño que un diputado preopinante a quien, casualmente, le preocupaba que estuviéramos sancionando este proyecto, incluso alegara que podría generarse un problema: que fuera a quebrar alguna de estas empresas y luego fuese apropiada por el poder sindical.

Es cierto que esta ley merecería un tratamiento diferencial según el tipo de prepaga del cual estemos hablando, porque no es lo mismo una prepaga de la naturaleza de la que acabo de mencionar que otra que tiene una escala sumamente diferente; pero este proyecto supone un avance en la dirección correcta y por eso lo vamos a acompañar.

Otro tema al que quiero hacer referencia —con esto concluyo— se vincula al problema sanitario de la Argentina. Nosotros, al estar discutiendo sobre estas 4.600.000 personas que son usuarias de este sistema, estamos hablando apenas del 12 por ciento de quienes utilizan el sistema de salud, porque hay casi un 50 por ciento que está atendido por las obras sociales y casi un 10 por ciento vinculado al PAMI, estando además sin cobertura —y por lo tanto dependiendo del Estado, de sus hospitales y de sus centros de salud— alrededor del 35 por ciento de la población.

Pero cuando uno hace la distribución teniendo en cuenta quiénes son los más ricos y quiénes son los más pobres, en el 20 por ciento de la población más pobre, el servicio de salud estatal atiende al 63 por ciento de la población.

Ahora bien, cuando uno toma el 20 por ciento de la población más rica, casi el 40 por ciento tiene relación con las prepagas. Es decir que buena parte de estos cuatro millones y medio de usuarios de los que estamos hablando —y de un mercado que debe ser regulado— efectivamente está condensado en el 40 por ciento más rico de la población de la Argentina.

¿Qué quiero decir con esto? ¿Qué no hay que regularlo? No; hay que regularlo, pero debemos asumir que tenemos un sistema de salud profundamente segmentado donde no existen márgenes

nes de redistribución adecuados para atender el sistema sanitario como corresponde.

Para decirlo de manera precisa, la población de mayores ingresos, es decir, los más ricos, contribuye a un sistema que recauda más recursos para tratar a la gente que en general está menos enferma; y al revés, el sistema público brinda cobertura a individuos que tienen perfiles epidemiológicos mucho más complejos e ingresos mucho más bajos, con el agravante de que el sistema público no sólo atiende a aquellos que no tienen cobertura sino que un 42 por ciento de los que se atienden en el sector público de salud en realidad tiene otro tipo de cobertura a la cual en general no se le puede facturar.

Para decirlo de manera concreta, esto es un paso adelante que merece una ley correctiva, porque lo que sancionó el Senado es algo que hay que corregir. Pero, en segundo lugar, lo que esta Cámara sí debe asumir es que siguen pendientes una ley general del sistema de salud y una de financiamiento del sistema de salud en la Argentina. Y lo que sí salió de aquí, y está en el Senado y debe ser sancionado, es la norma que efectivamente establezca y promueva la producción pública de medicamentos. (*Aplausos.*)

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

Sra. Ibarra. – Señor presidente: en primer lugar, quiero plantear que este proyecto ya ha sido aprobado por ambas Cámaras. En definitiva, hoy vamos a tener ley, y vamos a discutir si va a ser la versión de la Cámara de Diputados o la versión corregida del Senado, pero hoy habrá ley de regulación de la medicina prepaga. Ésta es una muy buena noticia porque estamos regulando un bien público, como es la salud. Lo estamos regulando desde el punto de vista del servicio público para quien la brinde y del derecho de las personas –que es inalienable– a la salud.

Lo estamos tomando también como un seguro de salud y no como un seguro a secas, que es lo que han pretendido algunos de los prestadores. Así que esto es una muy buena noticia y en esta revisión por esta Cámara tenemos que atenernos a un debate, que es si aceptamos las

modificaciones del Senado o si insistimos en nuestra sanción.

Es que en este marco hay dos modificaciones de fondo que ha introducido el Senado, y quiero discutir las porque considero que hay cosas que tienen que quedar planteadas acá. Una es la eliminación del artículo 22, vinculado con la reserva técnica. La segunda es la modificación del artículo 1º, que se refiere a los sujetos obligados por esta norma.

Respecto de la eliminación de la reserva técnica, que creo es el tema más sencillo, me parece correcta la decisión porque considero que está salvada en el artículo 21 de la ley, que específicamente establece el capital mínimo que deben tener las empresas. Dice: “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”.

La verdad es que es razonable lo que dijo el ministro Manzur cuando estuvo en la Comisión de Salud del Senado, al explicar que este fondo de reserva técnica estaba exigiendo que un 50 por ciento fuera en valores financieros de rápida ejecución pero, al fin y al cabo, valores financieros. Y decía el ministro que, teniendo un capital mínimo que regula la autoridad de aplicación, no parece razonable que se les haga mantener valores financieros cuando pueden aplicarlos a la prestación de salud, infraestructura y equipamiento.

Creo que esa parte está salvada por el artículo 21, o sea que habría que analizar el artículo 1º que fue tan mencionado acá. Respecto de dicho artículo el ministro Manzur planteó en la comisión del Senado que debían excluirse los agentes del seguro de salud, esto es, las obras sociales reguladas por las leyes 23.660 y 23.661. Y lo planteó en el sentido de que eso ya está regulado por dos leyes nacionales y tenía determinada la autoridad de aplicación; de otro modo se estarían superponiendo marcos regulatorios.

Esto parece razonable. En principio, es un muy buen motivo para aceptar las modificaciones introducidas por el Senado, pero hay que hacer algunas aclaraciones que es importante señalar a los fines de la interpretación de la ley, porque seguramente será una norma que

algunos van a querer cuestionar, y es muy importante darle valor para las interpretaciones posteriores.

En primer lugar, cuando se discutió efectivamente la exclusión de los agentes del seguro de salud regulados por las leyes 23.660 y 23.661, inmediatamente, un senador planteó que si se excluía a todas las obras sociales podía quedar también excluida OSDE, porque es una obra social, aunque no sindical. Ése fue el motivo —que consta en la versión taquigráfica de la sesión del Senado— por el cual se estableció la exclusión para las obras sociales sindicales.

Voy a plantear mi opinión sobre el tema, porque estoy segura de que es una interpretación auténtica que tenemos que dar en esta Cámara. Efectivamente, debe haber una inclusión de las obras sociales porque hay algunas que tienen personalidades jurídicas permitidas por la Ley de Obras Sociales, como es el caso de las asociaciones civiles. Como en la ley se excluyen las cooperativas, mutuales, fundaciones y asociaciones civiles, es muy importante dejar en claro que las asociaciones civiles que son obras sociales deben ser regidas, en primer lugar, por su condición de obra social.

En este sentido, no se pueden escudar en su forma asociativa ni en su personalidad jurídica para quedar excluidas de esta ley. No lo digo solamente por el caso de OSDE sino que existen otras asociaciones civiles que son obras sociales y brindan planes voluntarios de adhesión. Por eso, es muy importante que el Congreso establezca esta distinción en su función de interpretación auténtica de la norma.

¿Qué criterio adoptó el Senado para la exclusión? Tomó el criterio de excluir a aquellas entidades que no tienen fines de lucro. Por eso, excluyó a cooperativas, mutuales, fundaciones y claramente a las obras sociales sindicales.

Pero hay un tema al que en la Argentina tenemos que prestarle atención, y es que a veces se abusa de algunas formas asociativas o personalidades jurídicas, las que deben ser reguladas por la IGJ, porque no parece razonable que una entidad que no tiene fines de lucro —por lo tanto tiene una forma asociativa de asociación civil, fundación, cooperativa o mutual— pague enormes honorarios a sus directivos. En realidad, las sociedades comerciales son las que

reparten dividendos, pero las entidades que no tienen fines de lucro no lo hacen.

Por ello, parece razonable excluir a dichas entidades de la ley, pero tenemos que cuidar que no haya un abuso de esa personalidad jurídica. Éste es un llamado de atención a la IGJ para que, cuando la autoridad de aplicación regule el tema, exija determinadas formas asociativas cuando se trate de la prestación de planes de adhesión voluntaria.

Efectivamente, en virtud de la reforma introducida por el Senado quedan excluidas las obras sociales sindicales, que por cierto tampoco tienen fines de lucro. Está bien porque se manejan en función de un sistema solidario y están reguladas por leyes específicas como la 23.660 y la 23.661.

Sin embargo, creo que hay que atender a la mirada de los afiliados y adherentes a planes voluntarios. Si hay una obra social sindical que tiene un plan de adhesión voluntaria —que en esa parte figuraría como prepaga—, si bien no tiene fin de lucro y está bien excluida de la ley, la autoridad de aplicación debe buscar una forma de regulación para otorgar a esos afiliados los mismos derechos que tienen por esta ley los usuarios de prepagas. De otro modo, quedarían desbalanceados los derechos que como adherentes a un plan de adhesión voluntaria podrían tener frente a los afiliados a una prepaga.

Entonces, desde el punto de vista del adherente voluntario, es muy importante que la normativa que establezca la autoridad de aplicación le brinde la misma protección que al usuario.

Finalmente, quiero plantear —creo que ya se expresó— que ésta es una norma marco que dice a la autoridad de aplicación dentro de qué límites deberá regular. En modo alguno podríamos incorporar regulaciones específicas de la intervención en el sistema día a día. El propio ministro Manzur dijo en el Senado que ni siquiera tienen los números, que no hay relevamientos epidemiológicos ni presión para realizarlos, precisamente porque no existe regulación respecto de las prepagas, no están reguladas.

Hemos dado un marco a la autoridad de aplicación que establece los estándares mínimos de los cuales no se podrá salir la prestación y que dispone los controles y las regulaciones.

Sin dudas, esta norma será completada por la reglamentación de la autoridad de aplicación. Al respecto, es muy importante tener en cuenta las figuras asociativas que se están planteando para que aquellos que abusan de determinadas personas jurídicas no escapen a la regulación.

Con las explicaciones planteadas, el bloque Nuevo Encuentro, Popular y Solidario acompaña el texto remitido por el Honorable Senado. (*Aplausos*).

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

Sra. Linares. – Señor presidente: para nuestro bloque cualquier norma que tienda a regular el mercado de la salud en la República Argentina es bienvenida y aceptada. Existe un atraso de más de dos años, por parte del Congreso de la Nación, en la sanción de una norma que contemple un vacío legal importante, que hoy estamos dispuestos a intentar resolver.

Nos parece necesario señalar que no venimos a resolver la fragmentación ni la desigualdad en el acceso a la salud ni la falta de coordinación de los efectores. Hoy, intentaremos que los usuarios de las prepagas puedan conocer sus contratos de manera transparente, previsible, y que se pueda cumplimentar la protección del derecho esencial a la salud.

Mucho se ha hablado del proyecto sancionado en 2008 y del que hoy estamos debatiendo. Como decía la diputada preopinante, efectivamente, sólo hay dos artículos que diferencian ambos textos: el 22, que a nuestro juicio está mejor resuelto por el Senado, y el 1º. Tal como lo plantearon varios diputados preopinantes este último artículo es el que nos genera dudas. Sin embargo, no es posible que esas dudas nos impidan sancionar hoy un proyecto de ley que regule la medicina prepaga.

Pudimos resolver algunos de los interrogantes que tenemos. En relación con las cooperativas y las mutuales, que fueron suprimidas de nuestra sanción, la actividad de la salud está regulada por tres leyes vigentes: 20.321, 20.337 y 19.331, más allá de la reglamentación del INAES.

—Ocupa la Presidencia la señora vicepresidenta 2ª de la Honorable Cámara, doña Patricia Susana Fadel.

Sra. Linares. – En cambio las fundaciones y las asociaciones civiles ya nos generan algunas dudas. No todas las fundaciones son sin fines de lucro —se podrían mencionar innumerables nombres propios— ni tampoco, todas las asociaciones civiles. Por eso, nosotros entendemos que hay que ponerse ya a trabajar en un proyecto de ley que complemente esta norma y regule este tipo de situación.

Pero también es bueno aclarar lo siguiente: la Argentina es el país de América Latina que más gasto en salud per cápita tiene. Uno podría decir que esto nos prestigiaría dentro de nuestra región más cercana, que es el Cono Sur. Sin embargo, nuestro sistema es uno de los más inequitativos de esta región. El 50 por ciento del gasto de salud está dedicado al medicamento sin intermediación. Por lo tanto, éste es uno de los temas centrales que este Congreso debería estar abordando.

La norma regula una parte del sistema sanitario argentino, que atiende ni más ni menos que a más de 4 millones de personas. Creemos que la salud en la Argentina es un problema y que no hay accesibilidad ni a los servicios ni a la calidad. Por eso, pensamos que debe existir una ley nacional que permita que todos los habitantes de la República Argentina tengan igualdad en el trato y accesibilidad a los sistemas sanitarios.

Ahora bien, ¿qué es lo que estamos tratando con esta iniciativa? Lo voy a aclarar porque por ahí uno se complica cuando escucha a algunos diputados.

Por ejemplo, mediante esta iniciativa se crea un registro de las empresas de medicina prepaga y un padrón nacional de usuarios. Actualmente se desconoce la cantidad exacta de empresas dedicadas al ejercicio de la medicina prepaga.

Esta norma dice también que se controlarán los modelos de contrato en todas sus modalidades de prestaciones y planes, los que serán autorizados por la autoridad de aplicación. Además, que se va a fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas por los hospitales públicos.

El tema de los subsidios cruzados es muy importante. Muchos usuarios de las empresas de medicina prepaga van a los hospitales

públicos en las emergencias, son atendidos y luego nuestros hospitales nunca pueden cobrar esa prestación. Con esta iniciativa, eso hoy se termina.

También establece que las empresas de medicina prepaga están obligadas a presentar periódicamente, con carácter de declaración jurada, los informes demográficos, epidemiológicos y económico-financieros a la autoridad de aplicación.

La iniciativa que estamos por aprobar también dice que en caso de quiebra, el padrón de afiliados será redistribuido entre otros prestadores, mientras que hoy en día estos usuarios se quedarían sin cobertura.

Asimismo, se establece que es obligatorio el cumplimiento de las prestaciones del PMO y de la ley 24.901, de discapacidad. Cabe aclarar que hoy en algunos casos deben presentarse amparos judiciales para que esto pueda ser cumplido.

Además, dice que en todos los planes de cobertura y en los casos de cobertura parcial se debe informar fehacientemente a los usuarios las prestaciones que se cubren y las que no están incluidas, cosa que por lo general se hace leer muy rápidamente.

También estamos diciendo que se eliminan los períodos de carencia y de espera en las prestaciones del PMO, algo que está contemplado en la ley 24.754 pero que aparentemente no todos cumplen.

Se dispone que la edad del beneficiario no debe ser motivo de rechazo y que a aquellos que tengan más de diez años de antigüedad no se les podrá aplicar aumentos por edad. Asimismo, establece que las prestaciones al grupo familiar no pueden ser limitadas en ningún caso, ni por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia, ni dar lugar a cuotas diferenciadas. También establece que en caso de despido, el empleado tiene 60 días más de cobertura de su sistema sanitario.

Por otro lado, estamos diciendo que el valor de las cuotas mensuales, como hoy está ocurriendo, tiene que estar autorizado y regulado por la autoridad de aplicación.

Para terminar, señora presidenta, quiero decir que con esto no venimos a resolver el problema que tiene la Argentina en el sistema de

salud. Como bien decía hoy el señor diputado Lozano, necesitamos una ley nacional de seguridad de salud para todos los habitantes. Necesitamos una ley que garantice el financiamiento de la salud, que hoy alcanza solamente al 1,9 por ciento del producto bruto interno del país. Entendemos que debe sancionarse con urgencia la iniciativa sobre producción pública de medicamentos. Asimismo, deberíamos discutir una carrera sanitaria, con el fin de atender las desigualdades que hoy existen en la República Argentina en materia de salud.

En consecuencia, hoy vamos a votar una regulación que logrará, sólo con respecto a la medicina prepaga, dar transparencia, previsibilidad y, en todo caso, protección a los usuarios que están consumiendo este servicio.

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

Sr. Macaluse. – Señora presidenta: el sistema de salud argentino está en crisis en todos sus segmentos y subsistemas.

Hoy, vamos a analizar sólo un aspecto, en el que es imprescindible establecer una regulación, a fin de brindar tutela a los afiliados que reciben prestaciones por mandato del artículo 42 de la Constitución, que claramente dice que debemos proveer suficientemente a la protección del derecho a la salud y a la vida.

También creemos que deberíamos discutir integralmente el sistema de salud. Indefectiblemente, este año debería aprobarse una ley marco del sistema de salud, una ley de financiamiento de la salud –como la de financiamiento de la educación, que establezca pisos mínimos de financiamiento– y una ley de gratuidad de los servicios públicos de salud.

Deberíamos contar con políticas activas en el tema de medicamentos y en el conjunto de sistemas que permitan volver a las ideas de Carrillo y Oñativia, que en las décadas del 40 y del 60 permitieron que la Argentina tuviera un sistema sanitario modelo para Latinoamérica y el mundo.

Hoy, el sistema está concentrado fundamentalmente en atender las enfermedades una vez que aparecieron, cuando deberíamos tener un sistema que, a través de efectores públicos en cada barrio, con médicos de cabecera, y un trabajo interdisciplinario con desarrollo social,

generase condiciones de vida más salubres y de mejor calidad para los argentinos. También deberíamos discutir el sistema de obras sociales, para hacerlo más transparente y controlado, por razones que se han conocido públicamente.

Ahora, venimos a considerar el sistema de medicina prepaga, que es una parte del subsistema privado. Desde hace muchísimos años se está intentando regular, sin que pudiéramos llegar a tener una legislación consensuada.

Esto no es nuevo ya que en los años 80 y 90 también hubo intentos. Algunos están queriendo generar confusión en la población y plantean que este debate resulta de un pedido de Moyano. Cuando esto se empezó a considerar, Moyano no estaba en la conducción de la CGT, que ni siquiera integraba, porque estaba en el MTA.

Por lo tanto, creemos que es necesario mejorar el subsistema de obras sociales, pero no debemos confundir a la ciudadanía acerca de lo que estamos discutiendo: un marco regulatorio mínimo y razonable para la prestación de servicios de salud. Se trata de un tema sensible, en el que la Cámara de Diputados y el Senado han trabajado durante por lo menos cuatro años, tratando de llegar a un consenso. De esta Cámara surgió por unanimidad una propuesta que el Senado modificó también por unanimidad.

Creo que es inteligente que procedamos de esa manera, sobre todo en un año electoral, porque estamos hablando de una necesidad de la población relativa a un servicio que es básico. En este sentido, creo que no podemos generar agenda electoral y dividirnos en un tema en el que debemos estar todos juntos. Por eso, reitero que fue inteligente trabajar sobre el consenso.

Pero el consenso implica que todos resignemos una parte de lo que pensamos. De lo contrario, estaríamos sosteniendo que el consenso significa que todos aprueben lo que nosotros decimos. En esos términos es imposible generar un acuerdo.

Por lo tanto, nosotros tuvimos que resignar algunas ideas, como las que figuraban en el proyecto de ley del ex diputado Gorbacz –aquí presente–, que no fueron incluidas en la iniciativa sancionada por el Honorable Senado,

como por ejemplo la concerniente a una mayor participación de las asociaciones de usuarios y consumidores o que haya menos discrecionalidad para la reglamentación y la autoridad de aplicación.

A pesar de ello, hemos prestado aquiescencia porque nos parece central contar con un marco regulatorio; luego veremos la forma de perfeccionarlo.

Lo cierto es que al proyecto se le introdujeron en el Senado modificaciones que fueron votadas por unanimidad. Nuestro interbloque no tiene representantes en esa Cámara, pero otras fuerzas, que sí los tienen, llegaron a ese acuerdo. Personalmente, me llama la atención que diputados que pertenecen a alguna de las fuerzas que arribaron a ese acuerdo –recordemos que durante el debate en el Senado no se escuchó ni una sola voz disonante– lo descalifiquen hablando de protección de la corrupción. Creo que esto degrada el debate.

Nosotros no coincidimos con las reformas que introdujo el Senado, en el que –repito– no tenemos ningún representante, porque creemos que excluyen de la regulación a algunas prestadoras de seguros de salud y de prepagas que tendrían que estar alcanzadas por dicha normativa. De todos modos, no descalificamos el acuerdo.

Esa situación nos coloca frente a una disyuntiva. Este bloque está más de acuerdo con el texto sancionado por esta Cámara que con el que sancionó el Senado. Pero también entendemos que votar por la insistencia implicaría dividirnos, en una votación que en su momento fue unánime. Entonces, como parte del consenso implica aceptar lo que no nos gusta, decidimos fortalecer una norma que tiene que nacer con fuerza.

Después de haber votado por unanimidad, tanto en Diputados como en el Senado, en las últimas tres semanas hemos escuchado comentarios en el sentido de que ésta es una ley controvertida. Lo cierto es que no hubo ningún tipo de controversia en Diputados ni en Senadores. También escuchamos a todos los que tenían algún tipo de interés en el tema, ya sea económico o de resguardo de los intereses de los afiliados. A pesar de ello la norma es calificada de controvertida, seguramente porque algunas empresas no aceptan la regulación.

Para nosotros es un tema ético prestar consenso para fortalecer el proyecto, para que quede en claro que la ley nace con fuerza.

Es probable —ya lo han anticipado— que algunos intenten recurrir a la Justicia. Al respecto, deseo hacer algunos comentarios. El texto del artículo 10, que es el más atacado desde las empresas, fue tomado de un fallo de la Corte Suprema de Justicia del año 2008, en una causa que inició una asociación de usuarios contra la empresa Euromédica. En una votación unánime la Corte plantea lo siguiente: “Dichas empresas deben cubrir como mínimo determinadas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales y que veda la posibilidad de incluir en los reglamentos períodos de carencia o exclusiones de enfermedades preexistentes”.

Es clarísimo lo que la Corte planteó en 2008. En base a ese fallo, se ha redactado el artículo 10. Hay empresas que plantean que si se aplica tal cual está dicho artículo, van a la quiebra. En primer lugar, cabe esta reflexión: si un sistema sanitario que tiene que atender enfermos quiebra, es imprescindible discutir las bases y fundamentos de ese sistema. Es inadmisible que se genere un sistema sanitario basado en la atención de sanos y jóvenes, que justamente son los que menos necesitan protección de la salud.

También hay que recordar antecedentes de estas discusiones y de estos fantasmas que pretenden generarse alrededor de este tema.

En los años 90 se les reclamaba a las AFJP que bajaran a la mitad el monto del 30 por ciento que cobraban por recibir créditos a largo plazo. Este reclamo tenía que ver con el hecho de que se consideraba un porcentaje excesivo que iba en contra de los afiliados. La respuesta de las empresas era que si bajaban el monto de las comisiones el sistema no se podía sostener e iba a la quiebra.

Cuando se anunció que se iba a trabajar en torno de un proyecto de estatización de esos fondos, las empresas se reunieron y propusieron bajar las comisiones a la mitad. Es decir que a pesar de haber sostenido que el sistema se iba a la quiebra si se bajaba el porcentaje del 30 por ciento, ellas mismas sugirieron que las comisiones fuesen del 15. Es decir que el sistema era rentable aun con la mitad de la co-

misión que cobraban. Siempre sostendrán que van a ir a la quiebra si se las regula.

Tenemos la obligación de velar por un derecho elemental que tienen los ciudadanos, pero además se genera confusión conceptual alrededor de algunos temas de carácter sanitario. No hay enfermedades preexistentes; ellas no constituyen ninguna categoría sanitaria. No existen. Nadie se enferma porque hayan enfermedades preexistentes. La enfermedad preexistente es una categoría administrativa que crearon las empresas, en muchos casos con la finalidad de eludir el cumplimiento de una prestación. No podemos dejar de tenerlo en cuenta.

Acá lo que se está haciendo es regular muy elementalmente un sistema donde la relación es intrínsecamente desigual y asimétrica entre un afiliado y una corporación con poderío económico, financiero y jurídico.

Establecemos que debe existir un registro para saber cuáles son esas empresas y qué solvencia tienen; deben tener contratos transparentes para saber qué prestaciones brindan a cambio de la cuota que cobran. En el momento de la afiliación el socio debe saber perfectamente qué prestaciones va a recibir por el pago de esa cuota. Pretendemos que existan cuotas razonables, fundadas en la estructura de costos y no determinadas por la ley de la oferta y la demanda; que haya prohibición de discriminar a los que están enfermos y a los que son viejos. Son cuestiones elementalísimas que deben estar en la ley de regulación. Forman parte de un marco regulatorio y son irreprochables. Por eso, creemos que será una buena ley, que es perfectible, porque hay cosas que no nos gustan.

Podríamos discutir regímenes especiales para tutelar a otros afiliados. Lo que no pueden hacer las empresas es pretender que el Estado absorba los riesgos dentro de un sistema actuarial que es de riesgos y beneficios: el beneficio es el cobro de la cuota, y con la compensación entre los que pagan y no lo usan se solventa a los que lo necesitan y lo usan. Es un sistema que tiene el beneficio del cobro de la cuota y el riesgo de que la gente se enferme. Si pretenden que el Estado se haga cargo de los riesgos, lo que las empresas están haciendo es trasladar la parte menos beneficiosa del sistema, de manera de garantizar que es solamente un sistema de

obtención de fondos y no uno de ida y vuelta en el que deben brindar prestaciones.

Es como si en un casino el dueño pidiera que el Estado se haga cargo de quienes aciertan los plenos o de los que tienen mucha suerte. O como si en una empresa aseguradora pidieran que el Estado se haga cargo de los choques con destrucción total o de los incendios que devastan una vivienda. Es parte de los riesgos que esas empresas tienen que asumir y afrontar, que son altamente compensados por los beneficios de la cuota.

Pero eso también tiene apoyo jurídico. Veamos lo que dice el presidente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, doctor Lorenzetti: “La empresa percibe una masa de dinero aportada por un grupo, y sólo una parte de ella gasta, de modo que si se mantiene este equilibrio, puede pagarle a los enfermos, soportar sus gastos, y obtener una ganancia”. Y continúa diciendo más adelante: “El riesgo de la empresa reside en hacer bien o mal este cálculo, en administrar mejor o peor, en el modo de selección de su cartera, en la diversificación de los riesgos. La empresa puede disminuir esos riesgos o aumentarlos, según sea más o menos seria, más o menos eficiente; lo que no puede hacer es trasladarlos”.

Esto es lo que estamos planteando y lo que venimos a apoyar, porque entendemos que el proyecto está a favor de los afiliados, a quienes se pretende asustar diciéndoles que la cuota va a aumentar considerablemente si las empresas tienen que atender enfermos. Nosotros entendemos que tendrán que hacer trabajar más a sus ejecutivos para encontrar la manera de reducir gastos que en muchos casos son superfluos y destinados más a la publicidad, a la propaganda y a la obtención de un carné de pertenencia que a la atención de la salud.

Por estas razones, venimos a apoyar este proyecto. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Fadel). – Tiene la palabra la señora diputada por Neuquén.

Sra. Guzmán. – Señora presidenta: estamos en este recinto para tratar una vez más un proyecto a favor de las personas, un proyecto que reconoce que el derecho a la salud está por encima de intereses corporativos y de negocios privados.

Esta iniciativa, que cuenta con sanción del Senado, contempla un mecanismo para proteger indudablemente a los usuarios.

Era imprescindible sancionar un marco regulatorio para la medicina prepaga. El deber del Estado es intervenir, en este caso regulando, para proteger los derechos de las partes más vulnerables o con menor poder. En definitiva, defiende abiertamente los intereses de los sectores que hasta ahora no tenían quien los protegiera.

El proyecto que estamos analizando viene a cubrir un vacío legal e introduce avances muy importantes en esta materia. Se obliga a las empresas de medicina prepaga a disponer de planes de cobertura médico-asistencial, el Programa Médico Obligatorio y el sistema con prestaciones básicas para personas con discapacidad, a la vez que permite a los usuarios rescindir los contratos en cualquier momento sin penalidad alguna.

Por otra parte, el texto indica que las empresas no podrán fijar períodos de carencia o espera para las prestaciones. No podrán tomar la edad como criterio de rechazo de admisión ni tener en cuenta enfermedades preexistentes, y a los mayores de sesenta y cinco años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura no podrán aumentarles la cuota.

En los últimos ocho años los aumentos de las prepagas no han sido menores. Según un trabajo realizado por la asociación Unión de Usuarios y Consumidores que integra Claudio Boada, las empresas aumentaron considerablemente sus cuotas por encima de la inflación medida por el INDEC y las consultoras privadas.

Frente a esto las empresas de medicina prepaga tienen una postura muy clara. Por ejemplo, han declarado: “No creemos que en una democracia con libre mercado el Estado pueda decidir qué es lo que tenemos que hacer y cuánto debemos cobrar por ello”. También han amenazado con la desinversión, bajar la calidad, y han hecho anuncios casi apocalípticos sobre la caída del sistema.

Desde luego que las empresas de medicina prepaga quieren ganar cada vez más, pero es aquí donde nosotros, como representantes del pueblo, debemos ponernos del lado que nos corresponde y establecer límites a las ganan-

cias inescrupulosas de un sector a costa de la salud de las personas.

Indudablemente, esta norma es un avance, pero es sólo un paso más en el camino para mejorar la salud de todos los argentinos. El sistema debe ser repensado integralmente para que los que menos tienen, los que están excluidos, puedan acceder en igualdad de condiciones, o mejores, al ejercicio del derecho a la salud.

Esta ley es una forma de avanzar hacia un país de igualdad de oportunidades para todos los argentinos en materia de un derecho incuestionable, como es la salud, que no puede ni debe esperar. Es apenas un paso, pero muy importante.

Por lo expuesto, el bloque del Movimiento Popular Neuquino adelanta el voto afirmativo al proyecto que estamos debatiendo, tal cual lo hizo en el año 2008, y que ahora fue enriquecido por el Senado de la Nación. (*Aplausos.*)

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

Sr. Prieto. – Señora presidenta: celebro que hoy estemos sancionando esta norma que viene a efectivizar el derecho de acceso a la salud, entre otros, que el Estado debe garantizar de distintos modos.

El Estado argentino se ha ocupado de la salud pública de distintas maneras y en diferentes etapas. En un momento se incorporaron las obras sociales sindicales que significaron una mejora importante en la calidad de la prestación de salud que se extendió a sectores muy amplios.

Sin embargo, teníamos una deuda con la regulación de la salud por parte de las empresas privadas. Me parece que esta demora no ha sido casualidad; tampoco es casualidad que haya existido un crecimiento tan importante de las empresas que prestan los servicios de salud en el ámbito privado. Esto se debe, por supuesto, en buena parte a la recuperación del nivel de actividad, a la situación de pleno empleo y a todas aquellas medidas que se han adoptado en estos últimos años.

Básicamente, es un negocio altamente rentable por la falta de regulación específica sobre el tema. Se trata de una actividad de interés público; como en tantas otras actividades privadas, cuando el interés público lo requiere, es

posible, necesario, ineludible e imprescindible que el Estado regule. Así sucede, por ejemplo, con la actividad financiera o la de seguros, ámbitos privados que están sometidos a regulaciones muy rígidas y minuciosas.

El proyecto de ley que hoy vamos a sancionar establece justamente todo un marco regulatorio que es suficientemente amplio pero también preciso en cuanto al dictado de las pautas a las que debe someterse la regulación, quedando en manos de las autoridades de aplicación la especificación cotidiana, la regulación sobre la marcha, con las facultades mínimas necesarias para obtener información sobre la actividad que se va a regular, información que el Estado no obtiene en forma precisa y continua justamente porque se trata de una actividad empresarial.

Como han señalado aquí otros oradores, en esta actividad empresarial existen posiciones dominantes en un mercado que no es transparente y que, como sucede en general, no sólo no es perfecto sino que cuando existen posiciones dominantes la tendencia es hacia el abuso respecto de la parte más débil de la relación.

Esta iniciativa viene a poner equilibrio en la prestación de los servicios de salud; viene a garantizar el mínimo de prestaciones que las empresas que quieran continuar o ingresar en este negocio necesariamente deben respetar.

Estoy absolutamente seguro de que esto no va a significar la quiebra ni la decadencia de ninguna empresa prepaga. En todo caso lo que va a suceder es que ganancias extraordinarias o muy importantes deban ser reinvertidas en la prestación de los servicios de salud, precisamente para que toda empresa sea competitiva con las demás, lo cual será un efecto indirecto pero necesario y favorable de esta ley.

No quiero ser redundante respecto de cosas que ya se han dicho aquí. Hay disposiciones de este proyecto que han sido cuestionadas, no por los señores diputados ni por los senadores ni por los políticos en general. En su mayoría, salvo algunas excepciones de esas que siempre hay, fueron cuestionadas desde el sector afectado, cuestionamiento seguramente amplificado por algunos medios de comunicación que casualmente son prestadores de servicios de publicidad de esas empresas.

Por otra parte, las empresas periodísticas rara vez difunden lo que perjudican a sus principales anunciantes, de modo que –alguien lo dijo aquí también– ésta no es una ley que haya dado lugar a muchas controversias; en todo caso, ésta es una ley que afecta intereses económicos, y no hay nada malo en ello.

Justamente el Estado –según nuestra concepción política– está para mediar, para intervenir y para tratar de defender al más débil frente al poderoso. Cuando el Estado no actúa no hay un efecto neutral, y cuando no lo hace –como no lo ha hecho en esta materia durante tanto tiempo– siempre se beneficia a algunos y se perjudica a otros.

No tengo dudas de que de esa manera se pone equilibrio en la relación. Tanto en los objetivos como en las funciones que se otorga a la autoridad de aplicación, se resguarda el rol del Estado.

Las prestaciones obligatorias a cargo de las prepagas constituyen lo mínimo que un usuario del servicio que paga una cuota significativa puede razonablemente reclamar. Que se revisen los contratos de adhesión, a los que sólo se puede adherir o no, como sucede en tantos ámbitos del derecho privado en actividades de interés público. Parece ilógico que esto no se haya hecho hasta ahora.

Lo mismo puede decirse en relación con las cláusulas vinculadas con la rescisión y con los períodos de carencia para poder acceder a los servicios de contratación.

Quiero resaltar una disposición que me parece muy importante, muy significativa, y que viene a remediar una injusticia que se pudo advertir muchas veces en el funcionamiento del sistema. Se refiere a los afiliados o contratantes de las prepagas que aportaron durante mucho tiempo y que, cuando llegan a la edad jubilatoria, prácticamente son obligados a retirarse del sistema por el aumento estrafulario e increíblemente alto de las cuotas, porque las prepagas ven el sistema como un negocio. Esta ley viene a remediar con sus disposiciones tamaña injusticia.

Para terminar, quiero celebrar nuevamente el consenso, más allá de que seguramente todos tenemos alguna idea que pueda perfeccionar esta norma y que muchos han resignado

ideas propias en aras del consenso. Una vez más viene a triunfar la política respecto del interés sectorial. Si esto lo trasladáramos a muchos otros temas que nos interesan a los argentinos seguramente tendríamos un país mejor. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Fadel). – Tiene la palabra la señora diputada por La Pampa.

Sra. Regazzoli. – Señora presidenta: en primer lugar, no siento que me tenga que sacar la careta porque no tengo nada que ver con las apreciaciones formuladas por un diputado preopinante. Yo he firmado el dictamen de mayoría profundamente convencida, en mi condición de legisladora, en defensa de los 4,5 millones de personas incluidas en el sistema de medicina prepaga, desprotegidas hasta ahora por no contar con un marco regulatorio que termine con las asimetrías.

Hasta hace unos años, tener un servicio de medicina prepaga era un privilegio al que solamente podían acceder unos pocos. Hoy, esa realidad ha cambiado, y por distintas razones hay cerca –reitero– de 4,5 millones de argentinos cuyo acceso al sistema de salud es a través de las empresas de medicina prepaga.

Este proyecto, que viene de Senado con modificaciones, tuvo su origen en el proyecto de ley presentado por la señora diputada mandato cumplido Patricia Vaca Narvaja, sin duda una clara exponente de la defensa de los derechos del usuario y del consumidor.

Esa cantidad de personas son las que hoy están sometidas a los arbitrios de leyes de libre mercado cada vez que tienen que hacer uso del servicio, cada vez que quieren hacer uso de su derecho a la salud.

Es una obligación del Estado interceder y proteger los derechos de millones de pacientes para que, como mínimo en sus planes de cobertura médico-asistencial, tengan acceso al Programa Médico Obligatorio, vigente según resolución del Ministerio de Salud de la Nación, y al sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad, de acuerdo con lo establecido por la ley 24.901 y sus modificatorias.

Como suele suceder en estos casos, las empresas sacan a relucir enseguida el peligro de que quiebren. No es un secreto que por años se

han registrado conductas abusivas por parte de algunas de las empresas prepagas de salud. A quien diga lo contrario le bastará con acercarse a cualquier oficina de asociaciones de defensa del consumidor para darse cuenta de ello.

Yo me pregunto, si no es el Estado, ¿quién debe velar por el cumplimiento de los derechos de esta importante cantidad de argentinos? Acordamos plenamente con que el órgano de aplicación debe ser el Ministerio de Salud, que es quien regula las relaciones entre las partes.

La finalización del término o período de carencia traería consigo la cuota de inclusión en los beneficios de los que recién se inician en este sistema.

En este sentido, es menester destacar nuestro acuerdo con la decisión de que no se podrá tomar la edad como criterio de rechazo a la admisión, y que a los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura no se les podrá aumentar la cuota.

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

Sra. Regazzoli. — En síntesis, en nuestro bloque PJ La Pampa estamos convencidos de que con la aprobación de esta ley, damos un claro mensaje a la sociedad de que en este recinto se legisla para todos los argentinos y no hay lugar para presiones o lobbies empresariales. Cualquier ley que sirva para resguardar derechos y para incluir ciudadanos en cualquier sistema de beneficios hace también a la justicia social que proclamamos.

Por ello, señor presidente, a la hora de legislar, y luego de casi tres años de tratamiento del tema, no nos debe temblar el pulso para acompañar este tipo de iniciativas. Por todo ello, adelantamos nuestro voto afirmativo. (*Aplausos.*)

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

Sr. Fortuna. — Señor presidente, señores diputados: estamos tratando en el día de hoy un proyecto que se vincula directamente con una de las responsabilidades indelegables del Estado, que es la salud de todos los argentinos.

Estamos hablando de un derecho que si bien todos sabemos que tiene raigambre constitucional, para su plena vigencia y goce requiere

contar con las prescripciones legales afines que permitan su real ejercicio.

Aquí precisamente reside uno de los aspectos relevantes de este proyecto. No se trata de un proyecto abarcativo de todo el sistema de salud sino de uno de los subsectores que conforman el mapa de las prestaciones de salud en nuestro país: el de las prepagas. Como sabemos, los otros dos sistemas son el de las obras sociales y el público.

La característica fundamental del sistema de prepagas es que aquel que adhiere o se afilia a ellas lo hace en forma voluntaria. En esta perspectiva, no hay que perder de vista que la situación actual se caracteriza precisamente por la falta de una regulación específica del Estado en materia de prepagas.

Esto implica que los adherentes o afiliados a las empresas de medicina prepaga están en riesgo de quedar en un estado de vulnerabilidad ante las decisiones unilaterales o discrecionales que se puedan tomar en ese sector. Obviamente, éste no es un dato menor porque más de 4 millones y medio de personas utilizan los servicios de la medicina prepaga. Dentro de esa cantidad aproximadamente un millón y medio lo hace en forma voluntaria sin tener otro sistema, y casi 3 millones pertenecen además a otro subsistema, por lo general el de algunas obras sociales. Estamos convencidos de que este proyecto se dirige en este sentido.

Un aspecto central de esta propuesta de regulación es la estandarización de los contratos. Las empresas sólo podrán usar modelos de contrato que previamente hayan sido avalados por la autoridad de aplicación. Esto es fundamental a fin de garantizar la protección del adherente al sistema para evitar que, mediante ciertas conductas inescrupulosas, se puedan negar tratamientos que habían sido prometidos al momento de la contratación del plan de salud, variar las condiciones de las prestaciones de los servicios, cancelar la atención en ciertos centros de salud o profesionales médicos sin comunicación y con la debida antelación, o peor aún, sin una sustitución que mínimamente contemple los beneficios que se habían acordado previamente para los adherentes o afiliados.

La regulación tampoco es novedosa porque, por ejemplo, se aplica para autorizar las pólizas

en los seguros generales. En ese mismo sentido, son muy necesarias las regulaciones que se refieran a otros aspectos vinculados con la transparencia del sistema como, por ejemplo, las pautas para la rescisión del contrato, donde se fija que los afiliados o adherentes puedan rescindirlo en cualquier momento, mientras que las empresas sólo puedan hacerlo cuando el usuario incurra en la falta de pago de tres o más cuotas consecutivas o haya falseado su declaración jurada.

El sentido de la regulación, que no da igualdad a las partes, es precisamente evitar que una empresa de medicina prepaga cancele un contrato, justo en el momento en el que la persona, habiéndose afiliado cuando estaba sana, contraiga una enfermedad seria y costosa.

También es igualmente positivo garantizar la solvencia de la empresa en la que el adherente está asegurando su salud, pagando mensualmente para acceder a buenas prestaciones médicas cuando se enferme. Por eso, es justificable y muy necesario fijar requisitos de capitales mínimos, requisitos para la registración de la información patrimonial y contable, y sanciones y requisitos muy específicos como el derecho de las personas a prestaciones de emergencia en caso de duda y a la equivalencia en la cantidad de los servicios durante toda la relación contractual.

Lo mismo es aplicable a lo establecido respecto de que a los afiliados mayores de 65 años, que tengan una antigüedad mayor a los diez años, no se les aplique un aumento en razón de su edad.

Todos esos aspectos son realmente muy positivos y están contemplados en el proyecto de ley. Sin embargo, hay algunas cuestiones que si bien en su intencionalidad buscan mejorar la posición del afiliado o el adherente –la parte más débil ante la empresa de medicina prepaga– pueden tener algunas fallas técnicas que terminen perjudicándolos. En ese sentido, merecerían ser revisadas, atendidas o evaluadas luego, en el proceso de la regulación, porque en realidad no son aspectos menores y pueden afectar la calidad de la atención médica y, fundamentalmente, a los potenciales pacientes, que son los sujetos de derecho que esta regulación quiere defender.

Aquí hemos estado mencionando aspectos que son importantes: por ejemplo, que el requisito de la edad no puede ser criterio de rechazo y que la diferencia de los valores de los aportes entre el tramo etario menor y el mayor no puede ser superior en costos a tres, cosa que va a perjudicar a las personas en edad de vejez.

Ese aspecto, como el de que las prestaciones obligatorias sean como mínimo las del Programa Médico Obligatorio o el de que los planes privados voluntarios no puedan tener tiempos de espera ni exclusiones por preexistencias, son temas muy importantes que no sólo están presentes en el sistema de salud prepago que estamos evaluando sino también en los sistemas de las obras sociales sindicales y de la atención pública.

Por eso, creo que es importante entender el problema de la salud como un problema integral para todos los sectores, para todas las edades, para todas las situaciones económicas, y que para dar garantías de sustentabilidad a todo esto, dado que el Estado tiene un rol protagónico en esta cuestión –y obviamente teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos o que generen dudas e incertidumbres–, es necesario pensar para más adelante, pero en forma indispensable, en la creación de un fondo nacional que esté por encima de todas estas circunstancias y que atienda, precisamente, las situaciones que se dan con las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, las patologías oncológicas, los trasplantes, etcétera, que son consideradas como enfermedades catastróficas y que se presentan en todos los subsectores del sistema de salud.

Por eso, es importante pensar en la posibilidad de avanzar en la creación de un fondo nacional, que por supuesto debería nutrirse de fondos y aportes que provengan de todos los subsectores que conforman el sistema de salud a nivel nacional y cuya administración debería estar en cabeza del Ministerio de Salud de la Nación, con el debido contralor ejercido tanto por el sector de obras sociales sindicales como por las empresas de medicina prepaga.

Éstas son las razones por las que seguimos convencidos de aquellas ideas que iluminaron el pensamiento de Ramón Carrillo: tener un sistema de salud nacional que sea fuerte, con sustento fundamentalmente en el sector

público, pero con el reconocimiento de otros subsectores que también actúan como complementos del sistema público de salud.

En definitiva, más allá de algunos aspectos controvertidos que se están discutiendo sobre este proyecto, creemos que estamos dando un paso adelante en la protección de uno de los derechos fundamentales de los argentinos, como es el derecho a la salud. Por eso, el bloque Córdoba Federal va a aprobar el proyecto en consideración.

Sr. Presidente (Fellner). – Tiene la palabra la señora diputada por Tierra del Fuego.

Sra. Fadul. – Señor presidente: en primer lugar, quiero destacar que ha estado presente en este recinto el firmante de uno de los proyectos que dio origen a esta norma y que, nobleza obliga, es un adversario político —obviamente, dicho en el buen sentido—, como es el diputado nacional, mandato cumplido, Leonardo Gorbacz. Él ha trabajado intensamente en la redacción de su proyecto y en el seguimiento del mismo.

Aclarado esto, quiero decir que brindar salud a la población es una función indelegable del Estado nacional. El proyecto que estamos tratando busca establecer condiciones generales de aplicación en todo el territorio nacional, en un espacio donde aún no existen las regulaciones necesarias.

Con esta norma estamos dando un paso muy importante para generar condiciones de previsibilidad en un tema tan medular como la salud de nuestros ciudadanos, y previsibilidad es dar seguridad.

El Estado nacional debe poner a disposición de todos las herramientas que permitan asegurar la libertad de elección para acceder a lo que cada uno considere el mejor cuidado, con la intención de que no existan discrecionalidades que den lugar a privilegios.

El proyecto de ley que estamos tratando sigue esta línea de pensamiento. Apunta a implementar un mecanismo regulatorio para el sector de la medicina prepaga, estableciendo así reglas de juego claras para todos los actores del sistema.

Así podría nombrar la defensa de los usuarios, autorizando y revisando los valores de las cuotas y sus modificaciones, la calidad de

los servicios de salud y el cumplimiento de lo indicado en el Programa Médico Obligatorio, como cobertura médica asistencial mínima.

Como han dicho varios diputados preopinantes, sería muy importante que no se tome a la edad como criterio de selección para la inclusión en el sistema, y que se incluya la imposibilidad de incremento de las cuotas para las personas mayores de 65 años que superen la antigüedad de 10 años como usuarios de una empresa de medicina prepaga. También se podría mencionar el resguardo para el grupo familiar y el establecimiento de sanciones, lo que sería muy importante para el caso de incumplimientos.

Sin duda, todas éstas son condiciones básicas y fundamentales para comenzar a reglar este amplio espacio de cobertura de salud, que es utilizado por un considerable porcentaje de la población argentina.

Como aquí lo han manifestado varios de mis pares, ésta es una gran oportunidad para comenzar a regular un sistema que garantice y asegure las mejores prestaciones a todos los argentinos, porque la salud, indudablemente, es el punto de partida para que un pueblo progrese y se desarrolle.

Por eso, desde el bloque del Partido Federal Fuegoño adelanto mi voto afirmativo al despacho de mayoría. (*Aplausos*.)

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia solicita a los señores diputados que guarden silencio.

Tiene la palabra la señora diputada por Corrientes.

Sra. Areta. – Señor presidente: realmente, creo que la mayoría de los diputados preopinantes han expresado lo que en este momento quería decir, pero fundamentalmente haré hincapié en la necesidad imperiosa de aprobar esta iniciativa, porque tenemos un sistema de salud en el que se observa muchísima inequidad, sobre todo en el interior del país.

Entonces, el Estado sí o sí debe regir y controlar el sistema de medicina prepaga, ya que al ser un servicio sin regulación —de alguna manera, ello también lo vemos en el sistema de obras sociales—, es más evidente la inequidad en la República Argentina.

No quisiera hablar simplemente para que me registren los grabadores y se diga que la diputada María Josefa Areta, del Frente para Todos de la provincia de Corrientes, hizo uso de la palabra durante “tantos” minutos. Simplemente, quisiera hacer más las palabras de todos los diputados que expresaron con anterioridad aquello con lo que me siento tan identificada. Por lo tanto, mi voto será por la afirmativa para esta iniciativa.

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

Sr. Favario. – Señor presidente: para evitar malos entendidos voy a comenzar reivindicando y reconociendo el rol del Estado por imperio de la Constitución, a fin de asegurar los derechos que ella consagra. Justamente, entre ellos está el derecho a la salud, que es el que hoy nos ocupa.

De ahí la necesidad de establecer una regulación en la materia. Más aún, creo que hay que instituir rigurosos criterios para el control y el mejoramiento del sistema y no para obstruir o dificultar su funcionamiento, como si estuviéramos enfrentando a un enemigo.

Hoy, debemos considerar dos dictámenes que se han suscrito en torno de un mismo proyecto de ley: el que se aprobó originariamente en esta Cámara y que luego fue modificado por el Honorable Senado. El Partido Demócrata Progresista no contaba con representantes en esta Cámara cuando se trató el primer proyecto. De haberlos tenido, al contrario de tantas loas que se cantaron en aquella oportunidad hubiéramos marcado algunas diferencias, sin perjuicio de dejar en claro que compartíamos la finalidad de la regulación.

Lo cierto es que la Constitución establece el procedimiento legislativo a seguir...

–Varios señores diputados hablan a la vez.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia solicita a los señores diputados que guarden silencio y respeten al orador.

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

Sr. Favario. – Señor presidente: decía que en virtud del procedimiento legislativo que establece nuestra Constitución me encuentro en-

trampado al tener que elegir entre “Guatemala” y “Guatepeor”. Pero como tengo que votar, lo haré por el dictamen de minoría, adelantando que he de presentar un proyecto correctivo.

Creo que esto no parece ser nada original, porque otros legisladores han anunciado comportamientos similares, no obstante haberse votado en su momento en esta Cámara y por unanimidad un texto sobre el que hoy hemos escuchado algunas críticas que no se plantearon en el primer tratamiento.

Por otro lado, creo que debemos aclarar algunas cosas. Entre las reformas que introdujo el Honorable Senado está la modificación del artículo 1º, toda vez que se excluyó del régimen a determinadas entidades. En este sentido, hemos escuchado que esa exclusión obedece a la existencia de otros regímenes legales que regularían el funcionamiento de esas entidades.

Por supuesto que no voy a hacer ahora una catarsis política contra los dirigentes sindicales, pero me parece que habría que dejar debidamente aclarada cuál es la razón de la exclusión de las obras sociales sindicales y por qué no se incluyen en conjunto las obras sociales sin fines de lucro, que es algo a lo que hizo referencia anteriormente la señora diputada Ibarra.

Del abuso actual de las prepagas me parece que pasamos al otro extremo, con una decisión que a mi juicio es injusta y más que injusta resulta irrazonable. Además, marca un desequilibrio evidente que va a determinar situaciones de extrema dificultad para algunas empresas. Como se reconoció también acá, son sociedades con fines de lucro y no sociedades de beneficencia, sobre todo en el caso de las empresas medianas y pequeñas del interior del país. Estoy hablando de aquellas entidades que tienen 10 o 12 mil afiliados. Seguramente, pueden llegar a una situación de claro desfinanciamiento.

A mi entender las carencias actuales, que constituyen un exceso desmedido de las empresas, se transforman en un criterio que termina siendo al revés: la eliminación absoluta del período de carencia.

Creo que las carencias, en algunos casos, deberían mantenerse de acuerdo a las edades de los beneficiarios y las características de la prestación a cubrir.

También entiendo que hay que diferenciar entre lo que son las distintas enfermedades que se denominan “preexistentes”, aunque también considero que existen opiniones en contrario, como la que acaba de dar el señor diputado Macaluse.

Para aclarar, estamos hablando de preexistentes a la afiliación. No es que no haya enfermedades preexistentes.

Una cuestión a diferenciar sería el caso de un afiliado que haya tenido una operación quirúrgica de ligamentos hace diez años, y otra cuestión es la situación actual en que goza de buena salud.

Además, creo que hay que diferenciar entre enfermedades preexistentes y las que son crónicas: tratamientos oncológicos, tratamientos de diálisis, tratamientos prolongados, etcétera.

Evidentemente, se genera un desequilibrio si en un momento determinado un grupo de personas traspasa su afiliación de una obra social a la otra, en función de la mejor calidad médica o tecnológica que una empresa pueda tener.

Otra situación tiene que ver con circunstancias que ya están curso, como el caso de una embarazada.

También habría que distinguir el caso de los trasplantes a futuro. Cuando un paciente inexorablemente debe ser sometido a un trasplante, ello significa un costo, un mayor gravamen para la empresa, que me parece que no puede ser desconocido.

Esto puede significar una peligrosa transferencia de un conjunto numeroso de pacientes de una a otra, lo que indudablemente es algo desequilibrante de las situaciones económicas y financieras de las entidades.

También constituye un error medir a las empresas grandes igual que a las chicas o medianas. No son lo mismo las grandes empresas asentadas en la Capital Federal –que a lo sumo son cinco o seis–, que cubren las prestaciones de miles de pacientes, que las pequeñas empresas del interior del país, que son muchísimas. En el interior, las pequeñas prepagas o los abonos sanatoriales son los únicos que pueden prestar la atención de la salud que no puede afrontar el Estado. Me parece que éstas son situaciones que deberían haberse considerado.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia informa al señor diputado que se le acabó el tiempo del que disponía.

Sr. Favario. – Ya termino, señor presidente. Hubiera querido –y por supuesto lo vamos a introducir en el proyecto correctivo– que aquí se aclarase expresamente el artículo 7º de la iniciativa, porque tal como lo señaló la señora diputada Ibarra para otro caso, la opinión que se dé en el debate sirve a los fines de la interpretación.

El artículo 7º tiene una confusión mayúscula porque me parece, salvo que haya una aclaración en contra, que se incluye como inciso c) lo que sería la exigencia para los que pueden ofrecer planes de coberturas parciales, en tanto que en el comienzo del artículo se establece una prohibición general y después las excepciones, que entiendo corresponden a quienes desarrollen la actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a los cinco mil. Eso no está aclarado, está puesto como una situación distinta y me parece que es un error.

En definitiva, adelantando nuestra opinión de que vamos a presentar un proyecto correctivo, vamos a apoyar el dictamen de minoría.

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

Sra. Hotton. – Señor presidente: es muy importante el tema que estamos tratando hoy, porque se trata de la salud, que sabemos que es un bien público. Es fundamental que el Estado garantice a todos los argentinos el acceso a la mejor salud posible. Esto es una responsabilidad del Estado.

Para no extenderme, quiero decir que acompaño en su totalidad los términos y fundamentos presentados por la diputada Michetti. Solamente voy a agregar dos puntos. Yo hice la lectura con una total honestidad intelectual como economista. Leí todos los artículos, algunos de los cuales me parecieron fantásticos y necesarios, pero hay uno que me preocupa mucho, que es el artículo 10, que ha sido mencionado.

Como economista –reitero que me gustan los números, entiendo de la ley de los grandes números, de probabilidades y de cálculos

actuariales— quiero decir que si consideramos la posibilidad de que se acepten personas con ciertas enfermedades preexistentes, la probabilidad es uno. Entonces, es imposible que este sistema se mantenga a largo plazo porque ese costo alguien tendrá que absorberlo. Los usuarios de este sistema justamente están prepagando o adelantando un costo ante la probabilidad de que algo suceda. La empresa sabe cuál es ese cálculo, podrá ser del 10 o el 15 por ciento según las enfermedades; pero para el caso del usuario, sucede o no, es decir, estamos hablando de cero o uno, y por si acaso, pre pagan.

Si tomamos a estas personas con enfermedades preexistentes, deberán hacerse cargo los usuarios que han prepagado durante tanto tiempo, en lugar de que la empresa asuma la totalidad de los costos. Para colmo, una persona puede entrar en el sistema, hacerse un tratamiento y a los tres meses salir, mientras que aquellos que siguen confiando y prepagando a este sistema de salud no podrán contar con la calidad del servicio que originalmente contrataron. Actualmente, existen alrededor de 4 millones y medio o 5 millones de ciudadanos que integran este sistema. Por lo tanto, en este sentido, ese artículo es preocupante e insostenible.

Otro aspecto que deseo mencionar, más allá de adherir totalmente a los fundamentos planteados por la señora diputada Michetti, está relacionado con las manifestaciones de la señora diputada Camaño en el sentido de analizar qué pasó entre el tratamiento de este tema en Diputados y luego en el Senado.

Por ejemplo, es entendible la exclusión de las cooperativas y de las mutuales, pero resulta atentatorio del principio constitucional de igualdad ante la ley que se quiera excluir a las obras sociales sindicales, dejando dentro del nuevo régimen regulatorio de las empresas de medicina prepa a las obras sociales del personal de dirección de empresas, a las obras sociales por empresas, a las mixtas, a las de las empresas y sociedades del Estado, y a las del personal civil y militar. Por la ley 23.660 existen ocho tipos de obras sociales; sin embargo, solamente se está incluyendo a siete.

También es confusa la corrección en el artículo 1°. ¿Por qué? Porque se pretende incluir dentro del nuevo régimen regulatorio a

obras sociales del personal de dirección de empresas, pero por otra parte se excluye a asociaciones civiles sin fines de lucro que quedarían fuera del sistema por dicha condición legal. Entonces, con esta nueva redacción se da la paradoja de que por la primera parte del artículo 1° se incluiría a las mencionadas obras sociales, pero por la segunda parte del mismo artículo serían excluidas por tratarse de asociaciones civiles.

Lo mismo ocurre con las fundaciones, ya que hay empresas de medicina prepa que están legalmente constituidas como tales, con lo cual quedarán excluidas de este régimen regulatorio por dicha condición.

Al eliminar a las obras sociales sindicales, el presente proyecto de ley obligará a que todas las demás empresas se constituyan en función de esta nueva norma, y a las incluidas en esta regulación a efectuar contrataciones de imposible cumplimiento, sin requerir la reserva técnica, como establecía el artículo 22 que fue eliminado en el Senado.

Reitero que acompaño los términos presentados por la señora diputada Michetti y voy a presentar un marco regulatorio integral para todo el sistema de salud.

Sr. Presidente (Fellner). — Hay una numerosa lista de oradores para hacer uso de la palabra, algunos de los cuales han manifestado su intención de insertar su respectivo discurso en el Diario de Sesiones a efectos de acelerar el debate. En cuanto se reúna el quórum, procederemos a solicitar la autorización de la Honorable Cámara, que sin duda va a ser otorgada.

Tiene la palabra el señor diputado por Misiones.

Sr. Llera. — Señor presidente: en primer lugar, adhiero a las expresiones vertidas por el presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública. Indudablemente, este proyecto de ley que se viene discutiendo desde el año 2006, tanto en la Cámara de Diputados de la Nación como en el Senado de la Nación, trata el bien máspreciado de todo ser humano, que es la salud.

Hoy, se encuentra en este recinto a consideración de los señores diputados este proyecto de ley de regulación de las empresas de medicina prepa con cuya sanción, inevitable-

mente, vamos a tocar intereses económicos difíciles de cuantificar. Con el régimen actual, en el cual no existe un marco regulatorio para el funcionamiento de dichas empresas, los más perjudicados son los afiliados, que pagan a las empresas y en muchas oportunidades, cuando tienen que utilizar algunos de sus servicios, se encuentran con serios inconvenientes.

El proyecto de ley que estamos tratando hoy no discrimina a los afiliados ni aumenta los costos de los servicios. Le estamos dando al gobierno una herramienta constitucional para que, a través del Ministerio de Salud como órgano fiscalizador, garantice los servicios y razonabilidad de las cuotas de los planes previsionales, cumpliendo de esta forma con un derecho constitucional, que es el derecho a tener salud.

Del modo en que hoy funcionan las empresas de medicina prepaga no existe ningún tipo de previsibilidad para los adherentes al sistema, tanto en materia de servicios de salud que puedan utilizar como de valor de las cuotas que deben pagar para acceder a estos servicios.

Entendemos que estamos dando un paso muy importante con este marco regulatorio para el funcionamiento de estas empresas. Estamos seguros de que ello va a redundar en beneficio de casi cinco millones de argentinos que utilizan este servicio, cumpliendo de esta forma con un apotegma del justicialismo, que es la justicia social.

Entiendo que hay que terminar con tantos beneficios económicos que hasta ahora se han otorgado a los grandes negocios monopólicos para que puedan manejar a su antojo la salud de un sector muy grande de la comunidad argentina.

Por ello es que, como integrante del bloque del Frente para la Victoria, mi voto a este proyecto de ley será afirmativo. (*Aplausos.*)

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

Sra. Segarra. – Señor presidente: para nosotros la norma que venimos a presentar no es sólo una norma que regula la actividad de la medicina prepaga, es mucho más que eso: es una ley que viene a garantizar el derecho a la salud de una parte importantísima de la Nación, más de 4,5 millones de habitantes.

Entendemos que la salud no es sólo un deber del Estado, y menos una actividad lucrativa, sino un derecho humano básico y fundamental íntimamente relacionado con el derecho a la vida, consagrado en la Constitución Nacional, pactos y tratados internacionales.

Desde el proyecto político del que yo formo parte nos hemos propuesto transformar este país en muchos aspectos, como lo venimos haciendo, para recuperar la dignidad y los derechos que nos habían arrebatado. La salud como derecho humano no está ajena a este proceso.

Las décadas del ochenta y del noventa marcaron claramente la definición y lógica de las políticas públicas: la transferencia de hospitales a las provincias sin presupuesto; el desfinanciamiento de la inversión en salud; la cifra récord en desempleo; el fomento al empleo en negro mediante contrataciones flexibilizadas; la caída del salario real y la desregulación. Todo esto fue un cóctel difícil de soportar para un sistema de salud basado, fundamentalmente, en el sistema público y en el de obras sociales, y se generó el espacio necesario para que aparecieran empresas financieras que iban por lo que entendían como el negocio de la salud.

Conscientes de esta situación, mientras actualmente fortalecemos la salud pública elevando la inversión en salud a los niveles más altos de la región, y también el sistema de obras sociales, columna vertebral histórica del sistema de salud de los trabajadores argentinos, venimos a proteger el derecho a la salud de quienes han quedado dentro del sistema privado.

Esta ley define por primera vez que quien controla y regula la medicina prepaga es el Ministerio de Salud como autoridad de aplicación, y en lo concerniente a los derechos del consumidor y la competencia, la Subsecretaría de Defensa del Consumidor.

Entre las funciones importantes que el ministerio debe llevar adelante están la fiscalización del funcionamiento del Programa Médico Obligatorio; la fiscalización del funcionamiento de las prepagas, llevando un registro de éstas que hasta hoy no existe; fijar el capital mínimo que deben constituir para su funcionamiento; autorizar los modelos de contrato con que se va a vincular a los usuarios; autorizar las cuotas, los aumentos y las diferencias de cuotas, si las hubiere, por enfermedades preexistentes;

autorizar los períodos de carencia para enfermedades no cubiertas por el Programa Médico Obligatorio; redistribuir afiliados en caso de quiebra o desaparición de alguna de las empresas; fijar los aranceles mínimos obligatorios para las prestaciones y aplicar sanciones si no se cumplieran.

Si bien jurisprudencialmente existen numerosos fallos judiciales que han aportado normativas para el accionar de parte de las prepagas, el proyecto recoge muchos de ellos y ordena la relación en este aspecto, fundamentalmente para el caso de las carencias, las admisiones y las permanencias.

También la ley destaca el rol del hospital público, ya que intenta ordenar la relación con el sistema público estableciendo algo que es de práctica común, y es que las prestaciones efectuadas por este sistema a los usuarios de medicina privada deben ser abonadas previa autorización, salvo casos de emergencia en los que existe un plazo posterior a la prestación de tres días para la validación.

Como se puede ver, los derechos consagrados por esta normativa que hoy pedimos aprobar son, esencialmente, la garantía para los usuarios de que el servicio de salud por el cual pagan va a responder cuando lo necesiten en las condiciones esenciales y necesarias para que su cuidado y atención estén garantizados.

Está en juego un derecho esencial y el Estado no puede estar ausente. Es importante, entonces, que no se demore más la sanción de este proyecto, aun sabiendo que no es con él que se van a solucionar todos los problemas de la salud en la Argentina.

Como decía Ramón Carrillo, los problemas en la medicina como rama del Estado no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por la política social, del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría.

Por ello, seguiremos avanzando con este modelo de inclusión social y soberanía política, profundizándolo e institucionalizándolo, y pidiendo que nos acompañen en esta tarea y con este proyecto que, a partir de su sanción, dará a todos los argentinos más y mejores derechos y servicios de salud. (*Aplausos.*)

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

Sr. Fiad. – Señor presidente: hoy, urgidos por la coyuntura, estamos sesionando para tratar el marco regulatorio para las entidades de medicina prepaga.

Antes de dejar sentada mi posición respecto de algunos puntos que me preocupan del articulado del proyecto de ley, quiero señalar aspectos que tienen que ver con una visión más integral del tema de la salud, porque entiendo que éste es el lugar desde donde debemos dar la discusión para que la acción legislativa sea una herramienta eficaz al servicio de la salud de la gente.

No debemos engañarnos pensando que por regular a las entidades de medicina prepaga habremos mejorado sustancialmente los acuciantes problemas que sí, “con muy buena salud”, crecen diariamente en nuestro país.

Muchos de los que hoy pueden sentirse afectados por el proyecto que abordamos están en condiciones de discutir sobre calidad de servicios, alcances de la cobertura, oferta, período de carencia; pero hay muchos argentinos para quienes hoy no hay opciones para la discusión cuando de su salud se trata.

En los últimos años, las entidades de medicina prepaga han crecido con un efecto multiplicador, presentando en la actualidad un amplio abanico de opciones para quienes tienen la posibilidad de acceder a su oferta de servicios.

Además, todos sabemos que el término “prepagas” está asociado hoy, en el imaginario colectivo, a una calidad superior de atención y servicios en comparación con las obras sociales.

Ahora bien, el proceso de migración de afiliados de obras sociales a prepagas no ha sido sin causa sino que está directamente asociado a la carencia o ineficiencia de servicios, que se constituyen en determinantes de la decisión. El Estado ha dejado de cumplir con ese rol indelegable en materia de salud desde una visión integral que permita abordar el problema en sus múltiples dimensiones. Prueba concreta de ello es la ausencia del tema salud en el discurso presidencial al inaugurarse las sesiones ordinarias de este Congreso, excepción hecha del

anuncio de la asignación universal para mujeres embarazadas.

No nos equivoquemos; la deuda de este Congreso con la salud de la gente no se limita a aprobar este proyecto; nuestra deuda es mucho más grande y se refiere a la necesidad de promover reformas estructurales con una visión integradora, una asignación eficaz y racional de recursos y prioridades definidas por un fuerte compromiso con la equidad.

La formulación de políticas públicas en salud debe guiarse por una visión estratégica y, fundamentalmente, nutrirse de una concepción colectiva del bien común.

Con esto quiero decir que la Argentina necesita hoy repensar su sistema de salud, ubicándolo en un lugar prioritario de la agenda parlamentaria, con proyectos que tengan la grandeza de superar el rédito político y los afanes partidarios para convertirse en un esquema de sólido basamento sobre el cual pueda construirse el futuro de la salud en la Argentina.

En relación con el texto que tenemos hoy en análisis, quiero señalar respecto del artículo 1º que, al quedar abierta la posibilidad de que las obras sociales contraten con las prepagas planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los agentes del seguro de salud contemplados en las leyes 23.660 y 23.661, se atenta contra el principio de solidaridad que constituye el fundamento de la seguridad social.

No olvidemos que la ecuación de la solidaridad implica que cada trabajador aporta en proporción a su salario y recibe los beneficios de acuerdo a sus necesidades, igualitariamente. La asociación con las prepagas y los planes superadores rompe la doctrina e induce a una lógica de mercado. Además, produce una estratificación de la calidad de ofertas de servicios, aumentando la inequidad en el acceso y una duplicación de los gastos administrativos. También debería exigirse a las obras sociales que no contratan con prepagas que ofrezcan la misma cobertura a todos sus beneficiarios.

Coincidimos en que hay que derribar las barreras de acceso a los servicios, y la prohibición de los períodos de carencia contribuye con este objetivo. Pero como medida tendiente a evitar que el sistema se torne imprevisible en

el aspecto económico financiero, tendría que establecerse un plazo mínimo de vigencia de los contratos, concluido el cual el usuario podrá migrar a otra empresa o abandonar el sistema de medicina prepaga.

En un futuro cercano deberíamos empezar a incorporar instrumentos teóricos y metodológicos para la gestión de listas de espera para el acceso a las diferentes prestaciones. Si estos adelantos técnicos también son utilizados por los otros subsectores del sistema de salud —estatal y obras sociales— daríamos otro paso importante hacia la integralidad del sistema de salud argentino.

El riesgo financiero asociado a las enfermedades preexistentes y a los costos que implica la atención de los pacientes mayores de 65 años de edad podrá ser absorbido parcialmente a través del valor de la cuota y su ajuste por riesgo, y en la negociación sobre el valor mínimo de los aranceles —pago a proveedores—, que serán fijados en la etapa de reglamentación de la ley.

Otra medida innovadora podría ser la creación de un seguro para enfermedades de alto costo y baja frecuencia, que se constituiría a partir del aporte de las empresas y que podría ser administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud, introduciendo en el sistema criterios de solidaridad y corresponsabilidad.

Acompañaré el proyecto en consideración porque entiendo que es necesario para proveer de un marco regulatorio a estas entidades, pero anhelo que al aprobarlo no nos quedemos satisfechos pensando que hemos cumplido. Éste es sólo uno de los pasos que conforman el largo camino que todavía tenemos que recorrer para que el acceso a la salud sea una realidad para todos los habitantes de este país.

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

Sra. Giannettasio. — Señor presidente: solicito autorización para insertar mi discurso en el Diario de Sesiones, por lo que sólo haré unas breves consideraciones. Además, autorizo a la Presidencia a que me interrumpa cuando se tenga quórum a fin de que se pueda requerir el acuerdo para efectuar las inserciones solicitadas.

Celebro que estemos preparados para aprobar definitivamente un proyecto de ley que ya fue sancionado de manera unánime, que recibió modificaciones aprobadas por unanimidad en el Senado y que recoge la jurisprudencia de la Cámara Federal en lo Contencioso Administrativo, la Cámara Federal Civil de la Nación y la Corte Suprema en el sentido de que el que prevalece frente a cualquier otro derecho y otro interés es el derecho a la salud, sosteniendo esto con motivo de las leyes de emergencia.

Pero me gustaría mencionar algo que, evidentemente, no fue considerado de la misma manera cuando se votó por unanimidad el proyecto en esta Cámara. Quizás los artículos 10 y 11 fueron confundidos como el motivo de la disidencia de la minoría, pero quiero aclarar que esta última fundamentó su disidencia en las modificaciones introducidas por el Senado y no en la edad para el ingreso, en la modificación de la cuota o en la imposibilidad por enfermedad prevalente.

Con respecto a las modificaciones introducidas por el Senado quiero decir que coincido, porque las obras sociales no tienen fines de lucro y están regladas por las leyes 23.660 y 23.661, con lo cual había un vacío normativo que teníamos que cubrir. Como todos sabemos, las empresas de medicina prepaga tienen fines de lucro.

En cuanto al tema de las enfermedades prevalentes, comparto el criterio del señor diputado Macaluse en el sentido de que no existen sino que son una formulación administrativa de las empresas de medicina prepaga. No soy economista como una señora diputada que me precedió en el uso de la palabra, que explicó algo así como que uno es uno y puede repetirse luego en mil. Como yo soy de formación humanista, y por lo que he vivido, quiero aclararle lo siguiente. Yo conocí a un señor, paciente del doctor Favaloro, que fue operado y que después de haber cumplido los 65 años de edad intentó ingresar en el sistema de salud. Pero esto último se le prohibió porque dijeron que tenía una enfermedad prevalente. Ese señor, que era mi papá, murió mucho después, cuando iba a cumplir 92 años. Cuando mi papá dejó de respirar por su mal de Alzheimer, su corazón siguió latiendo durante casi cinco minutos. Entonces, no había enfermedad prevalente. Solamente te-

nía más de 65 años; y como dije, murió cuando iba a cumplir 92 años a causa de su mal de Alzheimer. De manera que al sistema de salud le hubiese costado muy barato. (*Aplausos.*)

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

Sr. Iglesias. – Señor presidente: me parece que la necesidad de regular las empresas de servicios médicos prepagos no está en discusión. En esto hay un amplio consenso en todo el recinto.

Me permito citar un caso particular: el de mi madre, que cobra una miserable jubilación de 1.154 pesos y una miserable pensión de 1.190 pesos y paga por su obra social, que es de segundo nivel –me refiero a FEMEBA–, 1.543 pesos por atenderse ella sola. Es decir que lo que paga de obra social equivale a dos tercios de sus ingresos, que ciertamente son miserables porque la jubilación que paga este Estado es miserable. A mi juicio, se trata de una suma abusiva que no tiene ningún tipo de justificación.

Con respecto al punto de la regulación de la medicina prepaga hay un acuerdo absoluto: el bloque de la Coalición Cívica se ha manifestado a favor y ha votado afirmativamente el proyecto que esta Cámara aprobó por unanimidad.

Lo que está en discusión no es si regulamos a las empresas de medicina prepaga, porque seguramente hoy se va a sancionar la ley. Lo que está en discusión es si regulamos o no a las obras sociales. Éste es el punto central del debate: si dejamos afuera a las obras sociales o las ponemos dentro del sistema y regulamos todo el sistema de salud.

Voy a hacer unas preguntas que parece que nadie se hace. La primera pregunta que nadie se hace es por qué, después de ocho años de gobierno nacional y popular, 4,5 millones de argentinos prefieren pagar para atenderse en vez de ir al hospital público. Es decir que 4,5 millones de argentinos pagan sus impuestos y, además, a las empresas de medicina prepaga por el simple motivo de que los hospitales públicos siguen estando en condiciones vergonzosas.

La segunda pregunta que nadie se hace es la siguiente: ¿no es una vergüenza que en esta Cámara, donde la absoluta mayoría de los diputados se rasgan las vestiduras por la educación pública, por la salud pública y demás, todos, casi sin excepción, tengan planes prepagos para cubrir su salud y manden sus hijos a escuelas privadas? ¿No es una vergüenza el estado de la educación pública en nuestro país? ¿No es una vergüenza el estado de la sanidad pública en nuestro país?

¿Qué hace el gobierno? Se ocupa de un sector que debe ser regulado, pero al que muchos argentinos se han visto forzados a acudir ante los déficits de quienes tienen discursos progresistas y realizan prácticas vergonzosas.

La otra pregunta que nadie se hace es la siguiente: ¿por qué pasaron seis años de mayoría absoluta del Frente para la Victoria en esta Cámara sin que saliera el proyecto de ley de prepagos? El Congreso se había convertido en una escribanía que aprobaba todo lo que le pedía el Poder Ejecutivo, pero el tema de las prepagos estuvo seis años sin salir. Así que no nos corran con la defensa de las prepagos, porque todos hemos votado unánimemente a favor de su regulación.

Que una iniciativa se apruebe hoy es una buena noticia, pero hay que focalizar la cuestión. En la Argentina tenemos un sistema de salud basado en tres patas: la salud pública, las obras sociales y las prepagos privadas.

La salud pública, como acabo de decir, funciona vergonzosamente. Someter a dos competidores a condiciones absolutamente desiguales implica claramente en el largo plazo entregar la salud de los argentinos a las obras sociales, lo que no estaría mal si estas últimas no estuviesen manejadas por quienes conocemos –los sindicalistas, como el señor Moyano–, especialistas en venderles medicamentos truchos a sus propios afiliados. En primer lugar, esto es lo que debería preocupar al gobierno.

De manera que lo que propone el Frente para la Victoria y quienes apoyan el dictamen sobre el proyecto venido en revisión es un sistema social democrático para las prepagos –lo que compartimos, porque creemos que es importante la regulación e intervención del Estado–, pero también un sistema de neoliberalismo para el señor Moyano y sus amigos: libertad

absoluta y que hagan lo que quieran con la financiación del Estado. Cuando hay un enfermo de alta complejidad y gasto, el Estado pone la plata.

El mismo Estado que no tiene dinero para el hospital público, paga por quien se atiende en la obra social, y en el medio de ese sistema están los medicamentos truchos y los troqueles mal cortados. Así que no nos vengan a correr con el tema de las prepagos, porque ya hemos votado y vamos a votar por su regulación.

Es hora de que hagan algo con la cuestión de las obras sociales. Por eso, desde la Coalición Cívica insistiremos con el proyecto que la Cámara de Diputados votó por unanimidad, ya que regula las prepagos y también las obras sociales.

No queremos que haya ningún monopolio. Estamos en contra de todos ellos, incluido el monopolio futuro de las obras sociales, que hará con el conjunto de los ciudadanos argentinos lo mismo que han hecho el señor Zanolá y todos sus amigos: medicamentos truchos para todos.

Termino afirmando que el gobierno se está especializando en la destrucción de todos los sectores que, por supuesto, presentan errores, dificultades, avaricias y ambiciones desmedidas, pero forman parte de la sociedad argentina que se ha integrado exitosamente al siglo XXI.

El sector económico argentino más avanzado es el agropecuario: enemigo del gobierno. La empresa industrial más avanzada de la Argentina es Techint: enemiga del gobierno. El sector central en la sociedad global de la información y el conocimiento está constituido por los medios de comunicación: enemigos del gobierno. Las prepagos, que deberían ser reguladas en igualdad de condiciones con los demás actores del sistema de salud: enemigas del gobierno y demonizadas.

El Frente para la Victoria se está transformando en el frente para la destrucción del siglo XXI. Todos los sectores avanzados de la sociedad argentina son enemigos públicos declarados por este gobierno.

De manera que el mismo partido que en los años 90 destruyó el Estado, con el cuento de que las privatizaciones lo solucionaban todo,

hoy hace exactamente lo contrario: destruye en vez de construir, de regular y de intervenir racionalmente. En síntesis, apunta a la destrucción de sectores dinámicos de la sociedad argentina para que todo quede en manos de los sindicalistas amigos y del conjunto de corruptos que forman parte de su estela de poder.

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

Sr. Plaini. – Señor presidente: pensaba dedicar mis siete minutos al tema de las prepagas, pero lamentablemente no podré hacerlo, porque me veo obligado a tocar otros temas que son de mucha menor importancia y de baja estofa.

Considero que es muy importante que el Congreso regule el sistema de las prepagas, que es uno de los tres sistemas de salud con que cuenta la Nación. Es cierto que las prepagas no llegan a los cuatro millones de afiliados. Además, muchas de esas personas tienen la posibilidad de optar voluntariamente, como dijo el señor Belocopitt, pero la mayoría es personal jerárquico o empresarios que están en condiciones de pagar esos valores. Esto no tiene nada que ver con el sistema solidario de las obras sociales ni con el hospital público. Pero dentro de ese universo también hay ciudadanos argentinos que son cuentapropistas o pequeños comerciantes, que al no contar con un trabajo en relación de dependencia optan por el sistema prepago.

En consecuencia, esos ciudadanos fueron víctimas, todos estos años, de la arbitrariedad y de los privilegios que tenía el sector. Algunas de esas arbitrariedades ya se mencionaron a lo largo del debate, como el tema de la preexistencia, la carencia, la posibilidad de fraccionar por población etaria, e incluso la posibilidad de aumentar las cuotas a los afiliados mayores de 60 años para intentar dejarlos fuera del sistema de prestaciones.

Por otro lado, las grandes empresas –algunas fueron mencionadas por el señor diputado Lozano–, como OSDE, OMINT, Galeno, Medicus o Swiss Medical, tienen efectores propios. Ellas son las dueñas de los sanatorios más importantes de la Argentina. Lo mismo ocurre con las empresas más chicas, que cuentan con sus propios efectores en el interior del país.

Por lo tanto, aquí no estamos hablando de pobres señores. Esos mismos efectores, que pertenecen a las prepagas, son los que reciben a los afiliados de las obras sociales que pagan por esas prestaciones, tanto en el primero como en el segundo y tercer nivel; ellos son los que fijan los valores.

Además, quiero recordar a esta Honorable Cámara que cuando sobrevino el desastre del año 2001, cuando se produjo el *default*, cuando se produjo la pesificación y la devaluación, las obras sociales –que se solventan con el aporte de los trabajadores– pagaban en dólares los medicamentos de alto costo y baja incidencia y las prestaciones de salud, mientras que sus ingresos eran en pesos. A pesar de ello ninguno de nosotros anduvo llorando por ahí y nos bancamos la situación.

Por lo tanto, creo que estamos haciendo justicia al regular el funcionamiento de este sistema que ha gozado de innumerables arbitrariedades y privilegios.

A veces resulta difícil entender la conceptualización que hacen algunos diputados. Digo esto porque a los ciudadanos que son pacientes o beneficiarios de esos planes, algunos legisladores los calificaron como usuarios o consumidores. Prácticamente, los calificaron como a cualquier persona que va a la panadería a comprar un kilo de pan, o al quiosco a comprar un diario o una revista. La verdad es que esa situación me causa mucha pena.

Entonces, me parece excelente que se regule a un sector de la Argentina que hasta ahora ha gozado de muchos privilegios. Aquí nadie tiene que tener privilegios; el único privilegio es el de los ciudadanos que necesitan contar con un buen sistema de salud. Por eso, está muy bien que se regule.

Por otra parte, lamentablemente, me debo referir a expresiones vertidas en este recinto por dos diputados. Estoy hablando de quien me precedió en el uso de la palabra y del diputado que habló en primer lugar por el despacho de minoría. Uno es doctor y el otro, periodista.

Yo soy un dirigente sindical que, seguramente, me como las eses. Formo parte de esa lista de 50.000 dirigentes sindicales. Existe un pequeño sector que tiene responsabilidades po-

líticas e institucionales y todo el tiempo nos descalifica.

Entre otras cosas dijeron que éramos mafiosos, que nos robábamos la plata de los trabajadores, que teníamos cajas oscuras que nunca se rinden –quiero recordar que existen las leyes 23.660 y 23.661–, que éramos casi asesinos seriales. Debo decir que no existe una sola persona damnificada por el tema medicamentos. Independientemente de ello, quien ha hecho algo, que vaya a la Justicia y que lo pague. Lamentablemente, no estamos todos los malos de un lado y todos los buenos del otro. Seguramente, hay empresarios corruptos, dirigentes políticos corruptos, médicos corruptos, etcétera. No quiero entrar a calificarlos.

Me gustaría que estuvieran en este momento en el recinto quienes hablan mal de nosotros, como la diputada Bullrich y su jefa, que nos califican bastante mal. Tengo entendido que andan de gira por los Estados Unidos. Sería más importante que estuvieran acá discutiendo estas cosas, pero tendrán sus compromisos en los Estados Unidos. (*Aplausos.*)

Les quisiera responder no con una frase de Perón, porque seguramente van a hablar de nuevo de los feos, malos, negros peronistas, etcétera. Por eso, les voy a contestar con una frase de José Ingenieros a los señores que todo el tiempo nos han descalificado. Estamos en el Congreso de la Nación y sería muy bueno que les demostremos a los argentinos que los debates se dan con altura y no con descalificaciones. La frase no es de Perón, ni de John William Cooke ni de Leopoldo Marechal ni de Scalabrini Ortiz ni de Jauretche, sino de José Ingenieros: “Enseñemos a perdonar; pero enseñemos también a no ofender. Sería más eficiente”. (*Aplausos.*)

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

Sr. Pais. – Señor presidente: debo comenzar diciendo que esta es la ley posible y no la ley deseable.

Evidentemente, los que participamos de la votación de 2008 queríamos aquella ley. En algunos casos, podemos entender las reformas introducidas por el Honorable Senado. En otros, podemos disentir, pero no podemos ca-

lificar la norma deshonrosamente como se ha hecho en esta sesión.

Tratar de hipócritas a quienes entienden que la desregulación es el peor de los castigos a los más de cuatro millones de afiliados al sistema de prepagas, realmente constituye una ignominia.

A la inversa de ello, lo que hoy estamos haciendo es no ser funcionales a quienes, con un discurso principista, buscan que no exista regulación de este mercado en un año electoral. Precisamente, vamos a lograr esa regulación aceptando las modificaciones introducidas por el Senado. Tendremos una ley que será perfectible y que seguramente modificaremos más adelante. Sin duda, tanto este bloque como otros van a presentar proyectos para modificar el régimen de prepagas. Lo que no vamos a hacer es dejar que pase más tiempo sin una regulación.

Desde 2008 el Senado tuvo dos años y dos meses para emitir dictamen. Como introdujeron modificaciones al proyecto volvió a esta Cámara, y en seis meses estamos tratando de sancionar la norma para que no exista más este vacío legal, que es cubierto mediante la legislación emanada del artículo 42 de la Constitución Nacional y de las comisiones de Defensa del Consumidor y de Defensa de la Competencia.

Lo que estamos diciendo en relación con las prepagas tiene que ver con la desregulación de esos cuatro millones de contratos de adhesión, que muchas veces se ven sometidos a cláusulas abusivas, a mayores costos por mayor edad, mayores contingencias de salud, etcétera.

Pero seguramente esta ley, que es perfectible, les dará una respuesta adecuada porque regula el contenido de los contratos de adhesión para que no existan más cláusulas abusivas. Además, regula el valor de la cuota y regula una suerte de auditoría de las entidades para ver la utilización y el manejo de la cuota. Regula los costos a la mayor edad, especialmente para aquellos que llegan a los 65 años con más de diez años de permanencia en la prepaga y han contribuido a las mayores ganancias durante ese período. Regula el período de carencia y, fundamentalmente, las enfermedades preexistentes.

Éste es el marco posible actualmente. Quiero agregar otra cosa: en materia de obras sociales existe una legislación adecuada que las regula convenientemente. Sería bueno que en vez de rasgarnos las vestiduras porque no las incluimos en esta ley, presentemos proyectos para modificar la ley 23.660, si es que las obras sociales están mal reguladas. Pero el marco regulatorio específico es ése, que incluso contempla gastos originados en materia de administración, costos administrativos y, especialmente, la utilización de los recursos en las prepagas, aspecto en el cual hoy existe un vacío legal.

Entonces, menos discursos principistas y más a las cosas, señor presidente. Esta es la ley posible hoy para que no vuelva al Senado y para que mañana la presidenta de la Nación pueda promulgarla. Por eso estamos acá debatiendo este proyecto, por eso hemos presentado este pedido de sesión especial y por eso, no sólo desde el oficialismo sino también desde muchos bloques, estamos diciendo que ésta es la ley posible, e invitamos a todos a acompañarla, para después superarla y mejorarla.

Por otra parte, no debemos dejarnos llevar por la lógica del mercado. En esta suerte de negocio no regulado o desregulado, que es un seguro de salud por contratos de adhesión, aquí se ha dicho que el Estado debe regular en materia de eficiencia. No es así. Nosotros debemos regular en lo que respecta a la finalidad; éste es el subsector de la salud y el derecho a la salud tiene preeminencia.

La propia Corte, desde vieja data, viene sosteniendo que el Estado tiene el deber de hacer regulaciones razonables en este aspecto. Ya desde cuando se impuso a las prepagas dar cobertura en materia de HIV, esto fue discutido por la Corte. Ante la resistencia de estas entidades que persiguen fines de lucro a efectuar esas prestaciones, la Corte dijo que el Estado tiene la potestad y el deber de hacerlas brindar. Y nosotros hoy estamos honrando ese deber que nos impone la Constitución Nacional: el artículo 42, por un lado, y el artículo 75. El artículo 75, inciso 23, dice que este Congreso, fundamentalmente, tiene la obligación de legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato.

Por lo tanto, en materia de salud nosotros no podemos mirar para el costado ni consentir que pase más tiempo. Esta ley es una necesidad. Queremos contratos de adhesión más justos, queremos que quienes tienen 65 años o más no queden en una situación de desamparo, y en función de ello hoy debemos tomar cartas en el asunto y regular en esta materia.

Quisiera hacer un comentario mínimo de un viejo constitucionalista, a quien no se puede tildar de peronista, como Bidart Campos, y hacer mención de algo de lo que dijo en la Corte, no con la actual composición sino con una anterior. En el caso “Hospital Británico c/Ministerio de Salud”, decía Bidart Campos que “...la Corte hizo un delicado y justo equilibrio entre el derecho a la salud y los derechos inherentes a la libertad de contratar y que de ese fallo se desprende con toda nitidez que una legislación razonable, que toma bajo su protección la salud como bien colectivo, además de su derecho personal primario cuenta con un espacio constitucional suficiente para imponer deberes que no han sido asumidos expresamente por la medicina prepa y los contratos concertados con los beneficiarios de los servicios”. Ello quiere decir que la salud pública e individual reviste un valor superior al de la autonomía de la voluntad contractual.

Para concluir, quiero decir que cuando las prepagas no cumplen con su obligación privilegian su negocio por sobre la salud pública; cuando desatienden ese deber del derecho a la salud de cada uno de sus afiliados, siempre a la larga ese error lo paga la sociedad; siempre a la larga ese incumplimiento lo paga la salud pública porque termina siendo el hospital público el que brinda la solución definitiva a ese problema de salud.

Por eso, hoy no nos estamos haciendo los distraídos sino que estamos llenando un vacío, tomando la decisión más sabia y más justa posible. Seguramente, será perfectible y más adelante podremos sancionar una mejor ley, pero ésta hoy es necesaria. (*Aplausos.*)

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

Sra. Chieno. – Señor presidente: frente a todo lo que hemos escuchado en la tarde de hoy, creo que el principal tema que ha quedado en evidencia es la gran desigualdad social

que existe en la Argentina respecto de la salud. Sin duda, los legisladores debemos tenerlo en cuenta para promover prontamente una ley nacional de salud que estamos adeudando a la población.

Es evidente que la desigualdad se da en todos los aspectos. La fragmentación del sistema sanitario hace que tengamos, por un lado, un sistema de hospital público –a diferencia de lo que han dicho otros legisladores no creo que sea el peor del mundo sino todo lo contrario, ya que en el interior del país es el mejor sistema de salud vigente–, por otro, obras sociales sindicales y provinciales que cubren un alto porcentaje de la población y, finalmente, las empresas de medicina prepaga.

En toda esta desigualdad intervienen muchos aspectos económicos; por ejemplo, una obra social sindical o provincial recibe por cada uno de sus afiliados un porcentaje de su salario. En el caso de tratarse de salarios mínimos sólo se quita al afiliado no más de 80 pesos. En una entidad de medicina prepaga –estos números fueron obtenidos en el día de la fecha– por el plan más económico para una persona única menor de 50 años, OSDE cobra 556 pesos; Medicus, 397 pesos; y Galeno 479, pesos; es decir que estas empresas reciben ocho veces más que las obras sociales sindicales.

De todas maneras, este aspecto no hace al fondo del asunto. El tema es que estas organizaciones o empresas que tienen un fin lucrativo no están reguladas, y los cuatro millones de personas que dependen de ellas están libradas a la voluntad de sus directivos.

Tenemos la obligación de sancionar esta norma, de lograr una regulación en el funcionamiento de estas empresas. Si alguna duda me quedaba, quienes se opusieron con toda la ira, descalificando a diestra y siniestra al gobierno, a los sindicatos, a los legisladores de antes y a los de ahora, y a las empresas de medicina prepaga, consiguieron convencerme de que lo correcto es que aprobemos esta norma. (*Aplausos.*)

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

Sr. Tunessi. – Señor presidente: voy a ser muy breve porque las cuestiones centrales del proyecto en consideración ya han sido abor-

dados por distintos integrantes de mi bloque y seguramente serán expuestas por el presidente de nuestra bancada.

En principio, votaremos favorablemente esta iniciativa, por una cuestión de coherencia que siempre tuvo la Unión Cívica Radical en esta materia a lo largo de su trayectoria. Recordemos que hace más de diez años, por impulso de un diputado de la Unión Cívica Radical, se aprobó la incorporación del tratamiento del HIV al Programa Médico Obligatorio. Siempre hemos creído que es conveniente regular la medicina prepaga, y en este sentido hemos acompañado muchas sanciones. Si bien ésta es una ley objetable, queremos dejar en claro algunos aspectos vinculados con los alcances de una normativa de estas características.

En primer lugar, y principalmente, pensamos que es un avance importante, y creemos en la necesidad de regular la medicina prepaga. Ya se ha argumentado al respecto, de modo que no tengo que abundar con más detalles, pero también es cierto que éste no es el principal problema del que adolece la salud en la Argentina, ni estamos en todo caso solucionando el problema de mucha gente que no tiene cobertura ni acceso a los beneficios, ni garantizado el derecho constitucional a la salud.

En consecuencia, tampoco digamos que esto es una panacea, disimulando una situación en la que no nos quedan absolutamente claros los sujetos alcanzados.

Observo los esfuerzos que han hecho varios diputados que han dejado asentadas en el Diario de Sesiones sus opiniones, pensando en las posibles circunstancias o derivaciones judiciales que pudiera tener este proceso o, fundamentalmente, la reglamentación. Ninguno de nosotros es distraído, y sabe de qué estamos hablando.

La primera sorpresa es por qué razón aquí se excluyeron insólitamente a las obras sociales sindicales. Yo puedo entender que las obras sociales que no persiguen fines de lucro puedan estar exceptuadas de la normativa, desde ese punto de vista, pero no así otras cuestiones que parecieran estar alcanzadas en algunos aspectos y no en otros, porque no queda claro si los planes de adhesión voluntaria, los superadores y los complementarios que tengan las obras sociales sindicales están alcanzados por

la ley. Un diputado dijo que sí; otros sostienen que no. Nosotros no sabemos si efectivamente están alcanzados, y la verdad es que no se puede mirar la salud solamente desde la lógica del negocio de las prepagas. Hay muchas obras sociales sindicales que han visto en esto una oportunidad y que también tienen sanatorios, prestaciones, niveles, más planes superadores y complementarios y muchos más afiliados voluntarios que obligatorios.

En consecuencia, debería quedar en claro cuál es el objeto de esta situación, porque hay de todo en la viña del Señor. No está absolutamente claro que la situación alcance a todos por igual. Por un lado, podríamos decir que las obras sociales sindicales están excluidas en tanto su objeto no es el lucro, y por el otro, que están alcanzadas o no por los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores. Habría que preguntarse cómo es esta situación, qué pasa con las asociaciones civiles que no tienen fines de lucro y están incluidas como obras sociales, porque la ley 23.660 establece que existen seis o siete tipos de obras sociales y, justamente, no están incluidas las sindicales y sí todas las demás, no teniendo todas necesariamente fines de lucro.

Me parece que el artículo 1° es abierto y no claro porque no define el objeto de la ley. Me parece que éste es el problema esencial.

La segunda cuestión que quiero dejar asentada se relaciona con las enfermedades preexistentes o las preexistencias. Obviamente, todos nosotros estamos pensando en la necesidad de que se reglamente y regule la obligación de atender a las personas aun cuando estén enfermas, porque no queremos que haya prepagas destinadas solamente a atender a quienes gozan de buena salud o no tienen ningún tipo de problema. ¿Cuál es la lógica? Porque la ley establece que se podrá cobrar un suplemento en aquellas cuestiones de preexistencia. Entonces, la propia ley está comprendiendo que hay una situación gravosa desde el punto de vista económico que hay que atender.

—Ocupa la Presidencia la señora vicepresidenta 2ª de la Honorable Cámara, doña Patricia Susana Fadel.

Sr. Tunessi. — La pregunta que hago es cómo va a operar en el futuro la incorporación de las

preexistencias en el mercado. Si no tendría que ser una obligación de la ley determinar que esas preexistencias se distribuyan de manera equitativa entre todas las prepagas que existan en el sistema, de acuerdo con su volumen, dimensión y capacidad prestacional. No tendría que ser el Estado el que decida cómo se soporta esa situación ni dejarla librada a las reglas del mercado, de modo tal que los que puedan soportar los mayores volúmenes económicos por tener mayor espalda financiera terminen concentrando el mercado en detrimento de las más pequeñas empresas de medicina privada.

Esto ya lo vivimos en la época de la dictadura, cuando efectivamente se estableció la tendencia de concentrar el mercado en grandes empresas de medicina prepa y dejar por debajo solamente a las obras sociales de origen sindical. Además se incorporó esta idea de la desregulación.

¿No nos vamos a preguntar qué va a pasar con la situación del mercado de las prepagas, si nosotros no tenemos en claro en los cálculos actuariales de cada una de las empresas cómo incide la cantidad de preexistencias que le asignamos a cada una de ellas?

¿No debemos preguntarnos qué va a ocurrir en caso de alguna pequeña prepa que tenga una cápita más pequeña, cómo va a inducir la incorporación de más o menos casos de preexistencia o de mayores de edad, aun cuando la ley reconoce que eso significa un mayor esfuerzo económico para cada una de las empresas?

¿Cómo se calcularía ese suplemento que hay que cobrar para soportar la cantidad de preexistentes sin un cálculo actuarial serio que determine cuántos son los que se van a incorporar a cada una de ellas? ¿No estaremos favoreciendo la concentración del mercado en empresas multinacionales o grandes que puedan quedarse con este negocio en detrimento de otras situaciones? ¿Por qué no lo analizamos?

Estamos planteando una alternativa que puede tenerse en cuenta y en consideración para mejorar esta cuestión.

Quiero dejar planteada también la situación del artículo que establece que no se obliga a un tiempo de permanencia determinado. Me parece que esto ya se discutió suficientemente y no está bien que no se establezca un plazo mínimo

de permanencia en una determinada empresa o prepa a aquella persona que va a tratarse un determinado padecimiento, enfermedad o problema; es necesario que tenga un mínimo de permanencia en el sistema, acorde con el volumen, dimensión y erogación que significará atender esa situación.

Como ven, no estamos argumentando en contra de la necesidad de regular las prepagas. Estamos en el mismo sentido proactivamente determinando cómo podemos mejorar la ley para efectivamente hacerla más viable y menos voluntarista, y ver si podemos prevenir que existan mecanismos de concentración del mercado de las empresas chicas en detrimento de las grandes, u operaciones propias del mercado para inducir la quiebra de una, la fusión de otra o lo que fuera.

Por último, quiero decir que nosotros no renunciamos al verdadero objetivo, que es el seguro universal y obligatorio de salud, para garantizar un nivel de atención equitativo y elevado a toda la población. Esto no lo solucionan las cuestiones de los que no están incluidos, de los que no tienen acceso ni al mínimo prestacional ni a calidades básicas prestacionales que sí tienen los que pueden acceder al mercado de las prepagas. Esto es lo que está pendiente en la Argentina y es por lo que seguiremos luchando. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta (Fadel). – Hay varios diputados que han pedido la inserción de sus discursos en el Diario de Sesiones a efectos de abreviar el tratamiento de este tema y poder abordar los restantes. Por eso, pido a la Cámara autorización para que se efectuen en el Diario de Sesiones las inserciones pedidas por los señores diputados Nebreda, Quiroga, Leverberg, Susana Díaz y Gallardo, así como también por cualquier otro señor diputado que lo requiera.

–Asentimiento.

Sra. Presidenta (Fadel). – Se procederá en consecuencia.¹

Tiene la palabra el señor diputado por Tucumán.

Sr. Alfaro. – Señora presidenta: desde hace algunos años el gobierno nacional viene impulsando este proyecto, pues en esta materia hay un gran vacío legal, lo que se traduce en una falta de protección al usuario.

“No deberíamos perder esta oportunidad para sancionar este proyecto. Existe la decisión política, pues está el acompañamiento del Poder Ejecutivo en cabeza de la presidenta Cristina Fernández de Kirchner.” Esto lo decía la diputada Patricia Vaca Narvaja en el año 2008 cuando pedía la aprobación de este proyecto.

Los argumentos en contra de esta iniciativa sostienen que el sistema se va a desfinanciar o que va a colapsar, cuando lo concreto es que hasta aquí sólo han abusado y atropellado los derechos de casi 5 millones de ciudadanos mediante la aplicación de aumentos inconsultos y restringiendo el acceso de ciertas personas a los servicios que prestan.

Nuestro objetivo es cumplir con uno de los deberes fundamentales del Estado, que es garantizar el derecho a la salud, regulando una actividad que desde la década del 90 ha pasado a ser un gran negocio en el que sólo cinco empresas controlan el 75 por ciento de la facturación total del sector.

En todo el país prácticamente existen los mismos problemas con respecto a las prepagas, como por ejemplo, el no reconocimiento de ciertos tratamientos básicos de salud, la falta de cumplimiento del Programa Médico Obligatorio, el aumento de cuotas o precios de la cobertura –ya sea por una imposición discrecional de las empresas prestadoras del servicio o por el aumento de la edad del afiliado–, sin olvidar que esas empresas no están obligadas a la cobertura dispuesta en la ley por discapacidad, etcétera. Todos estos temas estamos tratando de solucionarlos con esta ley.

Son mínimas las modificaciones introducidas por el Senado para tratar de no alterar el espíritu de la norma.

El artículo 1º se refiere a las empresas de medicina prepa que tienen fines de lucro; el artículo 2º define qué son empresas de medicina prepa; el artículo 3º se refiere a las limitaciones, inhabilidades, etcétera. Se designa

¹ Véase el texto de las inserciones en el Apéndice. (Pág. 134.)

como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Nación. La norma también se refiere a las carencias y a la declaración jurada, y a que no habrá período de carencia o espera para aquellas prestaciones incluidas en el PMO. También establece perfectamente que la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo o admisión, y que a la persona mayor de 65 años y con diez años en la prepa no se le puede aumentar la cuota. Luego, hace referencia a la cobertura del grupo familiar.

El sistema de medicina prepa es una de las tantas consecuencias no queridas de la aplicación de políticas neoliberales en los 90 que dejaron gran cantidad de trabajadores a la deriva. Éstos, al carecer de la cobertura brindada por las obras sociales, se vieron obligados a optar por el sistema privado, agrandando exponencialmente el número de beneficiarios, y la salud pasó a ser netamente comercial sin ninguna regulación respecto del valor de las cuotas y trato equitativo entre usuarios de una u otra empresa de medicina prepa.

Frente a esta grave situación, la ley busca garantizar la igualdad entre ciudadanos y el cumplimiento de las prestaciones del PMO, así como las prestaciones básicas a personas con discapacidad, dejando de lado criterios de selección adversos que son discriminatorios e inconstitucionales.

Entre otros beneficios, el proyecto propone la eliminación del período de carencia o espera establecido por estas empresas, el cual también limita el acceso de los beneficiarios a las prestaciones que han contratado y por las que están pagando un costo muchas veces muy elevado por el tipo de enfermedad que padecen.

Señora presidenta: éste es un proyecto de ley que fue aprobado por unanimidad en la Cámara de Diputados en el año 2008. Igual tratamiento tuvo en la Cámara de Senadores al ser votado por unanimidad, con algunas modificaciones que no alteran el espíritu de la norma.

Dos años atrás en este mismo cuerpo nos reclamaban diálogo y consenso. Creo que éste es el ejemplo más claro de que cuando se hace el esfuerzo se puede lograr el diálogo y el consenso.

También nos decían que en el oficialismo debíamos despojarnos del autoritarismo, pero

a lo largo de esta sesión ha habido constantes agresiones, siempre de la misma fracción política y los mismos legisladores. Es importante aprender a debatir sin agredirnos, porque eso le hace mal al cuerpo y a la clase política. Con mucha humildad sostengo que debemos elevar la altura del debate porque en este juego no gana nadie. (*Aplausos.*)

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

Sra. Bedano. – Señora presidenta: solicito la inserción de mi discurso en el Diario de Sesiones.

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

Sr. Presidente (Fellner). – La lista de oradores finaliza con la señora diputada Mendoza y luego siguen los cierres, para los cuales la Presidencia pensaba solicitar a los presidentes de los bloques o a quienes los representen que sean lo más breves posible, a fin de que podamos pasar a la votación y luego al tratamiento del siguiente tema, también de mucha importancia.

Tiene la palabra la señora diputada por Chaco.

Sra. Mendoza. – Señor presidente: como miembro de la Comisión de Acción Social y Salud Pública quiero recalcar tres puntos.

Se ha hablado de cierta ideología política, de que seguimos con los 80 y los 90 y de que el Senado modificó ciertos artículos, lo cual me parece perfecto porque puede hacerlo, siempre y cuando impliquen mejoras del sistema de salud pública, que es lo que deseamos muchos de los bloques y quienes representamos al oficialismo.

Con esto el sistema de salud se va a beneficiar porque se le pone un control –no hay que decir “regulación”– a las empresas de medicina prepa. Soy adherente a una empresa de medicina prepa y no tengo nada en contra de ellas, pero tienen mucha libertad para no dejar entrar.

Esto es para todos los ciudadanos de cualquier clase política, y no solamente mejorará la situación de 4 millones de afiliados sino de todo el sistema de la seguridad previsional. Con este criterio aquí se ha acusado a ciertas

empresas que no me consta que hayan aportado a la campaña de la señora presidenta. Para no ensuciar a este cuerpo, si tienen documentación deberían hacer una denuncia en la Justicia y no en este Congreso. Sin documentación de denuncia ni siquiera sirve para la seguridad social. Con esto quiero decir que estoy totalmente contenta con lo que se ha trabajado en estos años y que se ha perfeccionado aún más el trámite de mejorar el sistema público y el sistema de seguridad social.

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

Sr. Cejas. – Señor presidente: solicito autorización para insertar mi discurso.

Sr. Presidente (Fellner). – De acuerdo, señor diputado.

Si los presidentes de bloque están de acuerdo, fijaríamos en diez minutos el tiempo para los cierres.

–Asentimiento.

Sr. Presidente (Fellner). – Se procederá en consecuencia.

Tiene la palabra el señor diputado por Santiago del Estero.

Sr. Oliva. – Señor presidente: creo que todos vamos a coincidir en la importancia que tiene el tema en tratamiento. Me refiero a la importancia que tiene para la Argentina contar con un marco regulatorio para las empresas de medicina prepaga; en este caso, a través del abordaje de la sanción que viene del Senado.

En estos días se ha reeditado la discusión que se generara allá por el año 2008, una discusión a nivel legislativo y también a nivel de los medios de comunicación. Es decir que en estos días nuevamente hemos tenido la posibilidad de escuchar las diferentes posturas, a favor y en contra, con respecto a este proyecto de ley.

Dentro de esas posturas hemos escuchado, sobre todo de parte de quienes están en contra del dictamen, que así como está planteada la norma destruye el sistema, que al incorporar personas con enfermedades preexistentes se generará un desfinanciamiento y se destruirá a las empresas de medicina prepaga, que generará mayores costos para las empresas y alguien tendrá que financiarlos, etcétera.

Pero lo cierto, señor presidente, es que hay una coincidencia total en la necesidad de establecer un régimen para las empresas que se dedican a la prestación de servicios de medicina prepaga.

Es inadmisibles que subsista un sistema en el cual con frecuencia se advierten situaciones en las que las personas se ven afectadas, ante la suscripción de contratos con empresas de medicina prepaga, debido a la inclusión de cláusulas abusivas y muchas veces, leoninas.

El servicio de salud es un servicio esencial que el Estado debe garantizar por imperio de la Constitución Nacional. En consecuencia, el Estado debe intervenir adoptando las medidas necesarias para una adecuada prestación.

Se trata de un tema complejo que obviamente no se acaba con la sanción de una ley de medicina prepaga, pero es indudable que esta norma va en el sentido de avanzar en la mejora de la prestación del servicio.

Tampoco hay que caer en el extremo de estigmatizar a las empresas privadas que se dedican a la prestación de la medicina prepaga. Es cierto que éstas, por su carácter comercial, persiguen la obtención de dividendos, pero es importante que desde la actividad privada se aporte capital al servicio de la salud en la medida en que se responda a los estándares o parámetros mínimos que fije y determine el Estado. Por eso, este último debe intervenir necesariamente en su regulación.

A nadie se le ocurriría sostener con racionalidad que se persigue el desfinanciamiento o la quiebra de empresas privadas. Tampoco es cierto que ello vaya a ocurrir porque el Estado, a partir de esta norma, intervendrá en protección de los intereses de la parte más débil de la relación.

No caben dudas de que resulta razonable y representa un avance sustancial terminar con los privilegios que actualmente tienen las empresas de medicina prepaga, como son los períodos de carencia y la preexistencia de enfermedades, muchas veces aplicados en forma desconsiderada y abusiva. Así lo plasma el artículo 10 –por eso merece resaltarse–, que se mencionó en reiteradas oportunidades. Este último establece que los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º y los usua-

rios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentren comprendidas en el Programa Médico Obligatorio. También dice que las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y ser aprobados por la autoridad de aplicación.

Asimismo, pone fin a un aspecto irritante del sistema actual, como es el de las enfermedades preexistentes, al establecer que las mismas no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios y que la autoridad de aplicación puede autorizar valores de cuotas diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes.

Lo mismo ocurre con aspectos relativos a la edad de las personas, estableciéndose que en el caso de las mayores de 65 años, la autoridad de aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos, según los riesgos para los distintos rangos etarios.

Por último, es justo establecer la prohibición del aumento de las cuotas en razón de la edad a los usuarios mayores de 65 años que tuvieren una antigüedad mayor a 10 años en las prepagas.

En general, estamos frente a una problemática tan amplia como compleja, que nos impone como deber generar hacia el futuro las acciones necesarias tendientes a mejorar el servicio.

No cabe duda de que en este abanico de medidas pendientes, el aspecto preventivo de la salud tiene una incidencia notable, y sobre ello habrá que seguir trabajando para lograr una mejora paulatina, acompañada por el aumento de las partidas presupuestarias. Siempre será más económico para el Estado invertir en prevención que acudir a prestar servicios de salud cuando ya se ha presentado la enfermedad. En definitiva, se tiende a optimizar el servicio, mejorando a la vez la calidad de vida de la población.

Compartimos también la opinión de los legisladores de la Comisión de Acción Social y Salud Pública, tanto del oficialismo como de la oposición, con respecto a la necesidad de trabajar en una ley de financiamiento de la salud, que ojalá pueda ser sancionada en un futuro no muy lejano.

Como ha dicho el miembro informante, diputado Morante, mediante esta iniciativa se establecen parámetros mínimos para los grupos de asociados más vulnerables, como adultos mayores o con enfermedades preexistentes. Se trata de sectores en los que el Estado obviamente debe estar presente para regular y evitar que sean víctimas de relaciones muchas veces abusivas.

Repetimos que la discusión no es nueva ni se está abordando en forma apresurada. Por el contrario, data de varios años y se ha desarrollado en forma prolongada y positiva, por lo que entendemos que no se justifica dilatar la sanción y la posibilidad de que nuestro país cuente con un marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga.

Con estas consideraciones, desde el bloque del Frente Cívico por Santiago acompañaremos este proyecto, como lo hemos hecho en el año 2008, con la convicción, tranquilidad y satisfacción de que mediante la sanción de esta iniciativa, que establece un marco regulatorio para las empresas de medicina prepaga, estamos contribuyendo notoriamente a mejorar el servicio de salud de la Argentina. (*Aplausos.*)

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

Sra. Reyes. – Señor presidente: hoy se ha dicho que hace mucho tiempo venimos tratando de aprobar esta iniciativa, que regula la medicina prepaga en la Argentina.

No podía dejar de recordar que hace dos años la Cámara sancionó un proyecto de ley y lo remitió al Senado. Tampoco puedo dejar de recordar que si hace cinco meses el Senado hubiese aceptado la sanción de Diputados, en la Argentina ya tendríamos una ley de regulación de las empresas de medicina prepaga.

Lamentablemente, hace cinco meses que el tema se viene dilatando por querer incorporar modificaciones particulares, sobre todo en el artículo 1° del proyecto que aprobó esta Cámara.

Hace cinco meses, esta iniciativa que regula la medicina prepaga quiso establecer una limitación al abuso absoluto –esto no se puede dejar de decir– de estas empresas, que muchas

veces no consideran, a quienes se acercan, como pacientes sino como clientes.

El país y el Parlamento debían poner un límite, lo que no significa la regulación por la regulación en sí misma, sino la protección de las personas. Si efectivamente se hubiese sancionado el proyecto en el Senado hace cinco meses, hoy tendríamos una ley que protegería a todos los ciudadanos que están en el marco de la medicina prepaga, ya sea a través de empresas o porque comercialicen a través de mutuales, cooperativas o fundaciones ese sistema de medicina prepaga.

Muchos ciudadanos están hoy dentro de ese sector porque, lamentablemente, no encuentran respuesta dentro del sistema de salud pública. Esa es una deuda pendiente de este Parlamento y de la Nación en su conjunto. La Argentina debería asegurar a sus ciudadanos un buen sistema de salud pública; lo podríamos hacer, porque contamos con excelentes profesionales, pero lamentablemente los recursos son limitados.

Hace cinco meses que podríamos contar con una ley que nos protegiera a todos. Por eso, me pregunto qué pasó en el medio y qué ocurrió durante la discusión que se dio en el Senado, toda vez que buscaron excluir de esa protección a aquellas personas que no están directamente relacionadas con las empresas de medicina prepaga, pero que cuentan con planes adherentes que son comercializados por mutuales, cooperativas y fundaciones. Hay que explicar a la ciudadanía que esta ley no va a alcanzar a aquellas personas que, por ejemplo, estén afiliadas al Hospital Italiano.

Sinceramente, siento cierto grado de desilusión o de defraudación, porque representantes de casi todos los bloques que integran esta Honorable Cámara han señalado que el proyecto sancionado por el Senado no es bueno y que luego deberemos trabajar en la elaboración de una iniciativa que regule aquellos aspectos que hoy no están contemplados en la sanción de la Cámara alta.

Evidentemente, esta Cámara ha tomado la decisión de no insistir en su sanción. Por lo tanto, este Parlamento ha tomado la decisión de no proteger a todos los ciudadanos, en especial a aquellos que están en el sistema prepago

a través de la comercialización que realizan las mutuales, cooperativas y fundaciones.

El bloque de la Coalición Cívica ha sido coherente en su posición. Al igual que todos los legisladores que conforman esta Honorable Cámara nosotros también votamos el proyecto de regulación del sistema de medicina prepaga. Recuerdo que durante el debate el miembro informante de nuestro bloque dijo que era una deuda pendiente y que, desde ningún punto de vista, íbamos a permitir que las empresas de medicina prepaga siguieran haciendo lo que quisieran en la Argentina.

Entonces, que quede en claro que la Argentina tiene un grave problema con su sistema de salud. Además del sistema solidario y del sistema público, en nuestro país funciona un sistema prepago, que es el que debemos regular. Hoy estamos dando un paso, que no es completo; me hubiese gustado que ese paso respetara el acuerdo y el consenso al que arribamos hace dos años y que hace cinco meses podríamos haber implementado.

Escuché muy pocas explicaciones sobre las modificaciones que introdujo el Honorable Senado. De todos modos, reitero que el bloque de la Coalición Cívica va a insistir en la sanción de Diputados. Lamentablemente, creo que esto no va a ser posible y ojalá entendamos que estamos dejando a muchos ciudadanos argentinos sin protección. (*Aplausos.*)

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

Sr. Solá. – Señor presidente: en líneas generales, el bloque del Peronismo Federal va a votar a favor de este proyecto, tal como lo hicimos muchos de los presentes –no todos– en agosto de 2008 al aprobar la iniciativa que luego modificó el Honorable Senado. Lo hicimos porque veníamos de décadas de descontrol en el sistema.

Los dos ejes centrales que están presentes en esta normativa son dos ejes con los que estamos de acuerdo. Uno tiene que ver con los criterios de inadmisibilidad. Es el eje más importante para las personas que caminan por la calle en este momento. El segundo tiene que ver con la regulación de las cuotas que se pagan. Son las dos grandes intervenciones del Estado, que cambian la situación actual.

Vamos a aprobar este proyecto de ley por razones de todo tipo, pero en el fondo por razones éticas y morales. ¿Por qué por razones éticas y morales? Porque entendemos que la salud, como sostiene la Organización Mundial de la Salud, es un derecho universal. Al mismo tiempo, es un negocio de millones de pesos. No solamente acá, sino en muchos lugares del mundo. También lo vamos a hacer porque tenemos la oportunidad de regular al sector más rico de la salud.

Es cierto lo que hemos oído toda la tarde en el sentido de que existen tres subsectores. También es verdad que con esto no vamos a solucionar el problema de la salud en general en nuestro país. Es verdad que constituye una deuda, como ocurre con la calidad de la prestación de la salud y la calidad de la prestación de la educación. Pero todo a la vez no lo podemos solucionar, aunque nos suena a excusa decir que como no vamos a solucionar integralmente la problemática esto no tiene mucho sentido. En esta oportunidad esto tiene sentido.

No coincido con la señora diputada Reyes cuando dice que debemos sancionar un proyecto de ley mucho más integral. Debemos tener la plena conciencia de lo que cuesta sancionar una ley acá. “La única verdad es la realidad.” Por eso, vamos a sancionar este proyecto de ley, y luego veremos si algunos otros prestadores que forman parte de un sector similar y que han sido excluidos deben ser incluidos en otra norma y no en una ley central como ésta.

Debemos pensar que el centro de la cuestión tiene relación con lo que dijo el señor diputado Macaluse cuando sostuvo que es necesario saber quién administra, cómo administra, y además hay que tratar de administrar el riesgo. Estoy hablando de administrar el riesgo como lo haría una compañía de seguros. Es decir, cuántos afiliados jóvenes que gastan poco tenemos y cuántos afiliados viejitos que usan mucho los servicios. La idea es saber cómo los compensamos.

Lo menos que se puede hacer desde el Parlamento pensando en términos morales tiene que ver con que la mercancía es la salud y la plata es mucha. Según tengo entendido se trata de 7.500 millones de pesos anuales, y sólo cinco empresas tienen –como dijera el señor diputa-

do Lozano– el 75 por ciento de la facturación y el 62 por ciento de los afiliados.

Lo menos que podemos decir es que ganan mucho dinero y a veces tienen un excelente nivel de prestación, que debe ser motivo de orgullo. Ellos ganan con la salud. Por eso, nosotros vamos a remarcar lo que no pueden hacer. No pueden romper el contrato con alguien subiéndole mucho la cuota porque sea viejo. No pueden romper el contrato de fondo, que es de larga duración, donde tengo al principio las buenas y luego las malas porque aparezcan enfermedades. Es muy fácil romper el contrato con el aumento de la cuota a un nivel en el que no pueda pagar un hombre maduro o un anciano. ¿Por qué no pueden? No pueden porque tienen el mercado cautivo de viejitos, que si no pueden afrontar esa cuota deben ir a otra prepaga. Ahí les dirán “no” porque tienen más de 65 años, tienen enfermedades preexistentes, y luego deben cumplir con el período de carencia.

Es un mercado cautivo, a no ser que la persona vaya a un hospital público –del que luego hablaremos, aunque no hay mucho tiempo–, o que consiga entrar a una obra social como familiar del titular o como adherente.

Ponemos las reglas de juego, lo que no quiere decir que no pueden ganar plata, sino que no pueden hacer algunas cosas. El contrato básico dura mucho. De lo contrario, no tiene sentido. Además, en la duda sobre el manejo del contrato básico entre el empleador y el usuario de salud, nos quedamos con el paciente. *In dubio* a favor del paciente. Es el caso que tanto se menciona que siendo uno viejito y teniendo enfermedades preexistentes va a una prepaga, se cura –cosa rara– y se va. Es bastante raro que alguien se cure y se vaya, pero puede ocurrir. Se pone siempre ese ejemplo. Admitamos que con ese ejemplo tienen razón. Ante la duda pongámonos del lado del paciente.

La edad promedio de vida es cada vez mayor; en cambio, la edad de jubilación sigue siendo de 65 años para los hombres de pie. Por lo tanto, hay cada vez más años en los que los jubilados están en las prepagas, donde no todo el mundo es rico; también hay planes más económicos. Resulta curioso que la cuota aumenta cuantos menos ingresos potencialmente tiene el que debe pagar, porque en líneas generales

está fuera del mercado laboral. Ese es otro argumento a favor.

La cuestión fundamental es que la salud es una variable que sólo está asociada a la vejez en alta proporción, pero no siempre en la misma. En cambio, el aumento de la cuota está siempre asociado a la vejez en una proporción del ciento por ciento. Sólo por ser cada vez más viejo se paga más.

Sin embargo, existe una variable dentro de los sistemas. La cuota es lo único que evoluciona: lo hace siempre, a medida que uno va envejeciendo.

Existen compromisos internacionales asumidos por el Estado argentino en favor de la salud y de la salud en edad madura. Mediante la sanción de este proyecto estamos dando sentido a dichos compromisos.

Finalmente –ni siquiera voy a utilizar los diez minutos de que dispongo para hacer uso de la palabra– quiero decir que he escuchado varias veces la idea de que con estos cambios peligra el futuro de varias prepagas. En realidad, lo que peligra es la máxima rentabilidad de varias prepagas. ¿Qué son esas reservas técnicas si no buena parte de la rentabilidad que tienen y que las mandan allí?

Otra cosa que peligra es la libertad, el liberticidio de poder hacer lo que quieran y romper el contrato que deberían cumplir.

También se dice por allí –ésta es una frase muy usada– que si hacemos estas cosas se va a destruir al sector privado y nadie va a querer invertir en él, como si el sector privado fuera uno solo.

Señor presidente: mi nieta nació hace unos días en un sanatorio donde yo también nací, y recibí la queja de sus propietarios por lo que iba a suceder en el día de hoy. Pero resulta que al lado del sanatorio, en un lugar muy caro, están construyendo un edificio de seis pisos, ampliándolo. Entonces, les dije que no les iba tan mal. Me respondieron que no se sabía lo que podía suceder en el futuro.

Entonces, ¿cuál es la cuestión? La cuestión es que algunos se defienden con la excusa de salvar al sector privado, mientras que nosotros aquí vamos a cumplir con nuestro cometido de representantes, tratando de salvar al paciente, al ciudadano y al pueblo. *(Aplausos.)*

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

Sr. Gil Lavedra. – Señor presidente: a esta altura ya el debate se va agotando y por lo tanto trataré de no reiterar muchas cosas que se han dicho.

Por supuesto, desde el bloque de la Unión Cívica Radical vamos a acompañar este proyecto, del mismo modo que lo hicimos en oportunidad de su tratamiento anterior en esta Cámara y también cuando se introdujeron las modificaciones en el Senado.

Lo vamos a acompañar aceptando las modificaciones del Honorable Senado, que si bien tienen algunos aspectos que no resultan del todo claros, entendemos que allí no radican las mayores dificultades del proyecto.

Pero sí me gustaría señalar que debemos tener muy claro qué estamos haciendo. Estamos regulando la medicina prepaga, y hacemos bien, porque es un segmento que hasta el presente carece de regulación. Sin embargo, quienes acceden a la medicina prepaga son los sectores más altos y pudientes de la población. En consecuencia, estamos regulando para los más pudientes, a fin de que no sean depredados por las empresas de medicina prepaga y objeto de abusos.

Tengo la sensación, por muchos de los discursos pronunciados y algunos de los aspectos que contiene el proyecto de ley en debate, de que estamos perdiendo de vista que el derecho a la salud es un derecho humano básico, hace a la personalidad, a la dignidad del hombre y su obligatoriedad de resguardo recae en el Estado. Los segmentos más pobres de la población dependen de lo que el Estado les brinde; no recurren a la medicina prepaga. Entonces, no estamos tutelando a este fragmento de la sociedad.

Quiero destacar que la Argentina tiene una tasa de inversión en salud per cápita mayor que Chile, Uruguay y Brasil. Sin embargo, tiene menos camas y médicos que estos países. ¿Cómo es posible que invirtamos más en salud y tengamos menos prestaciones? Debemos tener en cuenta este aspecto. Como se dijo en muchos discursos, el problema de fondo es que en la Argentina falta regular un seguro univer-

sal de salud que garantice a todos sus habitantes un mínimo de prestaciones médicas.

Hoy, estamos atendiendo solamente a una fracción de la población; por supuesto que se trata de cuatro millones y medio de personas, pero seguramente no son los que más necesitan tener acceso a la salud. Estas personas salen del sistema de salud pública y de las obras sociales porque no les satisfacen las prestaciones que brindan.

Creo que estamos perdiendo de vista que el servicio que presta la medicina prepaga es un seguro voluntario de quien quiere acceder a una prestación de mejor calidad y no la encuentra en el ámbito de la salud pública. Como en todo seguro voluntario sobre un bien público fundamental como es la salud se establece un riesgo, y según el monto indemnizable se fija el valor de la prima. Por supuesto, a mayor riesgo, mayor monto y mayor prima. Ésta es la ecuación básica de todo seguro.

Si bien la regulación es un paso adelante, muchos pasajes de esta norma plantean ciertas falencias que si la reglamentación no contempla adecuadamente podrían romper definitivamente la ecuación que tienen estos seguros.

Por ejemplo, se ha discutido mucho y todos hemos visto cuáles han sido las objeciones generales de las prestadoras en relación con el artículo 10 de la iniciativa respecto de las enfermedades preexistentes. Admitir dichas enfermedades lisa y llanamente con una declaración jurada eleva enormemente el riesgo, y ello debe verse reflejado en la prima.

La reglamentación puede salvar esta circunstancia, porque si el Estado no compensa adecuadamente con una prestación diferencial a quienes acceden al sistema con enfermedades preexistentes, no me cabe ninguna duda de que esta norma va a ser tachada, y bien tachada, de inconstitucional, porque los derechos que derivan de un contrato integran el derecho de propiedad. Así lo ha establecido la Corte Suprema en sus primeros precedentes y hasta en el último, el caso “Massa”, donde dijo que los derechos que derivan de un contrato y el poder ejercer toda actividad, industria y comercio lícitos integran el derecho de propiedad.

La reglamentación tendrá que salvar esto; de lo contrario esta cláusula padecerá un vi-

cio grave. La reglamentación también tendrá que dar alguna explicación mejor sobre la exclusión, en el artículo 1º, de las obras sociales sindicales.

Algunos diputados preopinantes sostenían en una presentación que verdaderamente esto tiene más que ver con una chicana política, que esto fue incluido en el Senado en un acuerdo entre la Unión Cívica Radical y el Frente para la Victoria. Falso. Basta leer el debate parlamentario para ver cómo surgió esta exclusión, que fue una propuesta del Frente para la Victoria votada por un sinnúmero de bloques: el ARI, el Movimiento Popular Neuquino, el Peronismo Federal en sus múltiples manifestaciones, el Frente Cívico y el Socialismo de Santa Fe; si no votó la Coalición Cívica fue porque la representante de ese bloque estaba ausente sin permiso y tampoco aparece en el debate parlamentario en el momento de votar, con lo cual presentar esto como un acuerdo es hablar con la liviandad y la poca seriedad que muchas veces se observa en los discursos políticos.

De todas maneras creo que hacen falta buenas razones acerca de la exclusión de las obras sociales sindicales, y no están en el debate del Senado. Si esas razones no existen, la norma va a ser pasible de serias objeciones respecto de ese principio liminar de la democracia que es la igualdad ante la ley.

Entendemos que en estos contratos existe una enorme asimetría informativa. Quien recurre a las empresas de medicina prepaga lo hace en condiciones de desigualdad, y muchas veces tiene que recurrir a meros contratos de adhesión en los cuales el afiliado no sabe bien cuál es el alcance de las prestaciones que contrata y por qué. Todos sabemos, porque ha habido muchos casos judiciales de por medio, que esto ha dado lugar a numerosos abusos por parte de los prestadores.

En consecuencia, entendemos que el Congreso de la Nación tiene que regular esta actividad, y como también se dijo, debe hacerlo a través de una norma posible.

Queremos que la regulación salve muchas objeciones que se hacen a este articulado. El bloque de la Unión Cívica Radical espera que con el conjunto de los restantes bloques que integran el Congreso encaremos el debate en serio, porque la cuestión no radica en la pro-

tección de quienes más tienen, pese a que debe haber una regulación.

Debemos encarar verdaderamente un debate en serio de la salud pública, ver de qué manera las prestaciones de la salud pública pueden llegar a todos los argentinos en condiciones de igualdad.

También debemos encarar el tema relativo a las obras sociales, hoy en día excluidas y muchas veces comercializadas. Todos sabemos que las obras sociales, aun las sindicales, tercerizan con las empresas de medicina pre-paga sus servicios y que muchas veces tienen algunas ventajas, como son las prestaciones de la APE. Basta leer el orden del día donde se encuentra publicado el dictamen de la Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas para observar lo que ocurre en la Argentina con la APE, que es un colador, una vergüenza, un ejemplo de corrupción. Invito a leer el Orden del Día N° 483 para ver qué es lo que pasa.

En consecuencia, cuando podamos encarar estos debates todavía ausentes habremos dado pasos decisivos para que el derecho a la salud sea una realidad en la Argentina. (*Aplausos.*)

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

Sr. Rossi (A. O.). – Señor presidente: quiero hacer algunas reflexiones que sirvan como inicio de este discurso de cierre. Considero que ésta es una sesión para celebrar. Es un tema que siempre estuvo presente desde que yo estoy en esta Cámara de Diputados, desde el año 2005. Hago público mi reconocimiento por el impulso dado a este tema a compañeros diputados que ya no están, como Patricia Vaca Narvaja, Graciela Rosso, Leonardo Gorbacz, quienes permanentemente insistieron sobre este asunto.

En agosto de 2008, logramos sancionar un proyecto de ley que el Senado trató en una de sus últimas sesiones del año 2010: si no se aprobaba perdía estado parlamentario porque ya tenía tres años, por la reglamentación propia del Senado. Si esto ocurría iba a quedar invalidada la sanción de Diputados. Se aprobó con algunas modificaciones que, a mi criterio, no modifican la estructura esencial del proyecto.

Que después de varios intentos hoy podamos estar sesionando y aprobando este proyecto de ley, me parece que es una muy buena noticia.

Es una ley que genera un marco regulatorio para una actividad que además de tener fines de lucro, porque es efectuada por entidades privadas, tutela un bien social básico como es la salud. Parece que es un motivo más que importante para celebrar esta sesión.

Queremos agradecer a todos los bloques que nos acompañaron para conformar el quórum de esta sesión y que van a permitir la sanción de esta ley.

En segundo lugar, quiero decir que todos sabemos que estamos en un sistema bicameral en la Argentina, donde hay una Cámara de origen y una Cámara revisora. Las leyes se construyen así: un dictamen se aprueba en la Cámara de origen y va a la Cámara revisora, que puede hacerle modificaciones o no. Pensar que todas las modificaciones que se hacen en la Cámara revisora atentan contra el espíritu original o desvirtúan el espíritu original de la ley me parece que es un error. Lo decía el diputado Gil Lavedra: las modificaciones en la Cámara de Senadores se aprobaron por unanimidad.

Una gran cantidad de bloques representados en este cuerpo tiene bloques espejo, porque son del mismo espacio político, del mismo partido, en la Cámara de Senadores, y esta discusión que he escuchado hoy no la escuché en la Cámara de Senadores cuando se dio el debate. No la escuché en ningún sentido, al contrario: todo el mundo celebró la posibilidad del tratamiento y de avanzar hacia la sanción con las modificaciones que se hicieron.

En la Cámara de Diputados los señores titulares de las empresas de medicina pre-paga asistieron a las comisiones, y tengo entendido que en el Senado ocurrió exactamente lo mismo. También en el Senado compareció el señor ministro de Salud de la Nación, y se construyó lo que hoy estamos a punto de sancionar. No olvidamos que en realidad esta ley se construye sobre la base de las denuncias históricas y permanentes que han efectuado los usuarios y consumidores del sistema de medicina pre-paga. En cualquier organismo de defensa del consumidor, ya sea municipal, provincial o nacional, que exista en la Argentina, figuran al tope esos reclamos de los usuarios.

Entonces, me parece que ésta es una buena ley. Como dijo el señor diputado Solá, tutela lo que nosotros tenemos que tutelar, que es defen-

der al eslabón más débil de la cadena, que es el señor que llega a los 65 años, y después de haber abonado durante veinte años su cuota, se la triplican y no puede ir a otra prepaga porque no lo aceptan por la edad.

El eslabón más débil de la cadena son los que tienen que someterse a un período de carencia, o el grupo familiar que se agranda porque nace un nuevo chico, pero con una enfermedad congénita, y la prepaga que tienen no lo atiende. Contra eso es que venimos a sancionar la ley.

En medio de todo esto se intentan meter posicionamientos políticos, surgen las cuestiones de posiciones políticas. La sanción original de esta Cámara de Diputados no hacía referencia taxativamente a las obras sociales sino que mencionaba a las asociaciones civiles. No estuvo en la discusión el tema de las obras sociales, Moyano y todo lo que se introduce ahora en la discusión.

Me parece que ésta es la discusión de la coyuntura, y como toda discusión de la coyuntura va a pasar y van a aparecer otras discusiones coyunturales donde cada uno expondrá su posición política. Pero lo sustancial y lo bueno es que esta norma va a beneficiar a 4.200.000 argentinos, ya que va a ser el marco regulatorio para las empresas de medicina prepaga.

Está bien que se haya excluido a las instituciones de la economía social. ¿Por qué las mutuales no están reguladas por la Ley de Entidades Financieras? Porque no son bancos; prestan plata, pero no son bancos, y entonces quedan fuera de esa ley porque alguien entendió qué es una institución de economía social.

¿Por qué las mutuales no tienen que estar en la ley que regula a la medicina prepaga? Porque no son una empresa de medicina prepaga sino una mutual que tiene estatuto y que es regulada por el INAES, que establece una serie de reglamentaciones.

Se trata de un reconocimiento a la importancia que pueden tener las instituciones de la economía social. Cuando uno da ejemplos focalizados puede llegar a desvirtuar la situación. Todos sabemos del Hospital Italiano, pero también está la mutual de Berabevú, donde hay 5.000 habitantes y presta el servicio de salud. También tendrá que estar regulada por la ley de medicina prepaga.

Me parece que hay que tener una visión integral. Está bien que focalicemos esta ley en lo que significa la regulación de las empresas de medicina prepaga.

Quiero decir otra cosa que han mencionado algunos compañeros diputados y que es cierto. La desregulación del sistema de obras sociales de alguna manera significó un escenario que hemos visto en otras áreas. El afiliado, el trabajador con mayores posibilidades por contar con mayores ingresos recurría a servicios de medicina prepaga; en cambio el afiliado que no los podía pagar porque eran muy caros se quedaba dentro de la obra social. Ello, más la disminución del trabajo registrado durante una cantidad de años, significó la quiebra o la complicación financiera para muchísimas obras sociales en la Argentina. Creo que merecen tener una ley distinta para ser reguladas, que es la ley a la que se ha hecho referencia.

No me parece bien que estemos estigmatizando a las obras sociales sindicales. La verdad es que muchísimas veces han sostenido y siguen sosteniendo el sistema de salud en la Argentina, y son una parte importante de él.

Seguramente, alguien debe haber pensado en un momento que las obras sociales tenían que desaparecer en nuestro país; por suerte no lo pudo concretar o sólo parcialmente, porque en realidad desaparecieron muchas obras sociales, sobre todo aquellas de los sindicatos más chicos.

Afortunadamente, hoy estamos en un escenario distinto y se ve a las obras sociales sindicales con una mayor potenciación y más prestaciones de servicios, lo que se traduce en un mejor funcionamiento.

Para finalizar, quiero rescatar dos o tres cosas. Éste es un esfuerzo colectivo de muchísimos diputados y senadores —muchos hoy ya no son miembros del Congreso de la Nación— que trabajaron denodadamente por esta sanción.

Este proyecto de ley regula el funcionamiento de las empresas de medicina prepaga y deja afuera a aquellas que no lo son: cooperativas, mutuales y obras sociales sindicales.

Finalmente, éste es para nosotros un muy buen proyecto de ley por lo que, tal como lo señaló la mayoría de los bloques, acompañamos.

remos las modificaciones introducidas por el Senado de la Nación. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente (Fellner). – Para solicitar autorización para abstenerse tiene la palabra la señora diputada por Buenos Aires.

Sra. Rodríguez. – Señor presidente: pese al voto unánime de esta Cámara en 2008, quiero aclarar que me abstuve en esa votación.

Considero que éste es un debate importante, y apoyé la necesidad de que hubiera un marco regulatorio, pero remarqué que todo el capítulo de sanciones era inconstitucional. Adopté esa actitud para advertir la necesidad de que el Senado modificara esto porque es violatorio del artículo 18 de la Constitución Nacional.

Sr. Presidente (Fellner). – El debate ya está cerrado, señora diputada.

Sra. Rodríguez. – ¡Señor presidente: debo fundamentar por qué estoy solicitando autorización para abstenerme!

–Varios señores diputados hablan a la vez.

Sra. Rodríguez. – Solamente voy a decir lo siguiente porque creo que es importante. Por este mismo dato, Cristina Fernández de Kirchner vetó parcialmente la ley de trastornos alimenticios, y sobre eso tenemos un dictamen unánime a favor del veto parcial de la presidenta de la Nación en la comisión que analiza los DNU. Si esto no lo arreglamos de una forma complementaria estamos dejando un vacío a las empresas de medicina prepaga para que vayan a los tribunales y directamente se liberen de las sanciones. Por esta razón me abstendré en la votación.

Sr. Presidente (Fellner). – No, pide autorización para abstenerse.

Para solicitar autorización para abstenerse tiene la palabra el señor diputado por Buenos Aires.

Sr. Piemonte. – Señor presidente: deseo explicar el sentido de nuestro voto.

Por medio de las intervenciones de los tres miembros de nuestro bloque que hicieron uso de la palabra ha quedado claro que insistimos en la sanción de la Cámara de Diputados porque entendemos que es mucho más integral en la regulación, y que si hubiera sido acompañada por el resto de los bloques también permiti-

ría sancionar hoy definitivamente esta norma. Pero considerando que los demás bloques no acompañan nuestra posición y que hay otra mayoría constituida, el bloque de la Coalición Cívica se abstendrá en la votación.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia entiende que es claro el sentido de la votación. De acuerdo con el artículo 81 de la Constitución Nacional hay un proyecto de ley que la Cámara revisora ha modificado parcialmente y un dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General por el cual se aceptan las modificaciones introducidas por el Senado. Esta votación requiere una mayoría absoluta, como dice el artículo 81.

De tal forma que primero voy a someter a votación el dictamen de mayoría. La aprobación de este dictamen significa que se aceptan las modificaciones introducidas por el Senado, por lo que la iniciativa se convertiría en ley.

La Presidencia aclara que hay un pedido de abstención. Se necesita autorización de la Cámara.

–Asentimiento.

Sr. Presidente (Fellner). – La abstención ha sido autorizada.

Sra. Gambaro. – Señor presidente: si es necesario pedir autorización para la abstención, yo también la solicito.

Sr. Presidente (Fellner). – Entiendo que no. Hay un bloque que la ha solicitado, pero si algún otro diputado se quiere abstener, no hay ningún problema, de acuerdo con la autorización dada por la Cámara.

Sr. Favario. – Señor presidente...

Sr. Presidente (Fellner). – ¡Vamos a votar, señor diputado Favario! ¡Usted ya anticipó el sentido de su voto!

Sr. Favario. – Pero, señor presidente...

Sr. Presidente (Fellner). – Señor diputado: le voy a dar la palabra para que aclare su voto; de lo contrario, le voy a cortar el uso de la palabra por respeto al resto de los señores diputados.

Tiene la palabra el señor diputado por Santa Fe.

Sr. Favario. – No voy a hacer ningún discurso, señor presidente. Simplemente, quiero

hacer una aclaración. Yo manifesté que iba a votar a favor del dictamen de minoría. Si los autores del dictamen de minoría no votan su propio dictamen –como ocurrió en otra sesión–, yo también voy a pedir autorización para abstenerme en la votación.

Sr. Presidente (Fellner). – Se va a votar nominalmente el dictamen de mayoría.

–Se practica la votación nominal.

–Conforme al tablero electrónico, sobre 221 señores diputados presentes, 190 han votado por la afirmativa, registrándose además 30 abstenciones.

Sr. Secretario (Hidalgo). – Se han registrado 190 votos afirmativos y ninguno negativo.

–Votan por la afirmativa los señores diputados: Abdala de Matarazzo, Acosta, Agosto, Aguad, Aguirre de Soria, Albrieu, Alcuaz, Alfaro, Alizegui, Alonso (G. F.), Álvarez (E. M.), Álvarez (J. M.), Álvarez (J. J.), Alvaro, Arena, Areta, Argüello, Argumedo, Asef, Barbieri, Barrandeguy, Barrios, Basisteiro, Bedano, Belous, Benas, Benedetti, Bernal, Bertone, Bianchi, Bidegain, Blanco de Peralta, Brillo, Brue, Calchaquí, Camaño, Cardelli, Carlotto, Carranza, Caselles, Castañón, Cejas, Chieno, Chiquichano, Ciciliani, Cigogna, Comelli, Conti, Córdoba, Cortina, Cremer de Busti, Cuccovillo, Currilén, Cusinato, Damilano Grivarello, Dato, De la Rosa, Depetri, Di Tullio, Díaz Bancalari, Díaz Roig, Díaz, Donda Pérez, Donkin, Dutto, Erro, Espíndola, Fadel, Fadul, Faustinelli, Félix, Fernández, Ferrá de Bartol, Fiad, Fiol, Forconi, Forte, Fortuna, Gallardo, García (I. A.), García (M. T.), Gardella, Garnero, Germano, Giannettasio, Gil Lavedra, Giubergia, Giudici, Godoy, González (J. D.), González (N. S.), Granados, Gullo, Guzmán, Heller, Herrera, Ibarra (V. L.), Iturraspe, Katz, Kenny, Korenfeld, Kunkel, Lanceta, Ledesma, Leguizamón, Leverberg, Linares, Llanos, Llera, López Arias, López, Lozano, Luna de Marcos, Macaluse, Mansur, Marcónato, Martiarena, Martínez Oddone, Martínez (E. F.), Mazzarella, Mendoza, Mera, Merchán, Merlo, Milman, Molas, Montoya, Morante, Moreno, Mouillerón, Nebreda, Obeid, Oliva, Orsolini, Pais, Pansa, Parada, Paredes Urquiza, Paroli, Pasini, Pastoriza, Peralta, Pérez (A. J.), Pérez (J. R.), Perié (J. A.), Pilatti Vergara, Pinto, Plaini, Portela, Prieto, Puiggrós, Quintero, Recalde, Regazzoli, Rioboó, Risko, Rivara, Rivas, Robledo, Rodríguez (E. A.), Rossi (A. O.), Rossi (A. L.), Rossi (C. L.), Sabbatella, Salim,

Scalesi, Sciutto, Segarra, Serebrinsky, Sluga, Solá, Solanas, Stolbizer, Storani, Storni, Thomas, Tomas, Torfe, Tunessi, Ulrich, Vázquez, Viale, Videla, Vilarino, Wayar, West, Yarade, Yoma, Zavallo y Ziegler.

–Se abstienen de votar los señores diputados: Alonso (L.), Baldata, Buryaile, Castaldo, Chemes, De Marchi, De Prat Gay, Del Campillo, Favario, Ferrari, Flores, Gambaro, Gil Lozano, Gribaudo, Hotton, Iglesias, Majdalani, Martínez (S.), Michetti, Morán, Pérez (A.), Piemonte, Pinedo, Quiroz, Ré, Reyes, Rodríguez (M. V.), Terada, Triaca y Vega.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda definitivamente sancionado el proyecto de ley.¹ (*Aplausos.*)

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

Sr. Favario. – Señor presidente: solicito que figure mi abstención en la votación que acaba de realizarse.

Sr. Presidente (Fellner). – Quedará constancia, señor diputado.

7 LAVADO DE ACTIVOS (Orden del Día N° 2.011)

I Dictamen de mayoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Legislación Penal y de Finanzas han considerado el mensaje 898 y proyecto de ley del Poder Ejecutivo nacional y el proyecto de ley del señor diputado Aguad y otros, por el que se modifica el régimen penal en materia de lavado de activos y teniendo a la vista los proyectos de ley del señor diputado Piemonte y la señora diputada Carrió, y el del señor diputado Ferrari y otros, y por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – Sustitúyese la denominación del capítulo XIII, título XI del Código Penal, el que pasará a denominarse de la siguiente manera: “Capítulo XIII. Encubrimiento”.

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 134.)

Se va a votar.

–Resulta afirmativa.

Sr. Presidente (Fellner). – La Presidencia aclara que han quedado eliminados los artículos 15, 20 y 21 del dictamen de mayoría y que se ha agregado un nuevo artículo, que lleva el número 25, del que se dará lectura por Secretaría.

Sr. Secretario (Hidalgo). – Dice así: “La Unidad de Información Financiera (UIF) no podrá constituirse como parte querellante en procesos penales”.

Sr. Presidente (Fellner). – En consideración.

Se va a votar.

–Resulta afirmativa.

–El artículo 26 es de forma.

Sr. Presidente (Fellner). – Queda sancionado el proyecto de ley. *(Aplausos.)*

Se comunicará al Honorable Senado.

Habiéndose cumplido con el objeto de la convocatoria, queda levantada la sesión.

–Es la hora 22 y 47.

HORACIO M. GONZÁLEZ MONASTERIO.

Director del Cuerpo de Taquígrafos.

8

APÉNDICE

A. SANCIONES DE LA HONORABLE CÁMARA

1. PROYECTO DE LEY SANCIONADO DEFINITIVAMENTE

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 planos 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. Quedan excluidas las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, y obras sociales sindicales.

Art. 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 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. 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

Art. 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.

Art. 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 padrón 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;

¹ Véase el texto de la sanción en el Apéndice. (Pág. 134.)

- 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 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° de la presente ley;
- g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1°;
- 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 con 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 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;
- 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 contratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados;
- l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la ley 19.550;
- m) Transferir, en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscritos 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 27 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario.

Art. 6° – *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 Finanzas Públicas.

CAPÍTULO III

De las prestaciones

Art. 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

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 con 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 etarios.

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*.

- a) 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;

- b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

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

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 fiscalizará 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 una 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 públi-

cos 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 24 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 y las de la seguridad social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo con 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 con 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, 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.

Art. 22. – *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.

Art. 23. – *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. 24. – *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 equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30 %) de la facturación del ejercicio anterior;
- 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 interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, que en remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

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

CAPÍTULO VIII

Del financiamiento

Art. 25. – *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. 26. – *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, corres-

pondiendo 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. 27. – 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. 28. – *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. 29. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

Art. 30. – 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. 31. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Ley 26.682

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, el día cuatro de mayo del año dos mil once.

EDUARDO A. FELLNER.

Enrique R. Hidalgo.

JULIO C. C. COBOS.

Juan H. Estrada.

Secretario parlamentario
del Honorable Senado.

será aplicable al caso la escala penal del delito precedente.

2. Si el delito precedente no estuviera amenazado con pena privativa de libertad, se aplicará a su encubrimiento multa de mil (1.000) pesos a veinte mil (20.000) pesos o la escala penal del delito precedente, si ésta fuera menor.
3. Cuando el autor de los hechos descritos en los incisos 1 o 3 del artículo 277 fuera un funcionario público que hubiera cometido el hecho en ejercicio u ocasión de sus funciones, sufrirá además pena de inhabilitación especial de tres (3) a diez (10) años. La misma pena sufrirá el que hubiere actuado en ejercicio de una profesión u oficio que requieran habilitación especial.
4. Las disposiciones de este capítulo regirán aún cuando el delito precedente hubiera sido cometido fuera del ámbito de aplicación espacial de este Código, en tanto el hecho que lo tipificara también hubiera estado sancionado con pena en el lugar de su comisión.

Art. 4º – Incorpórase el título XIII al Código Penal, el que pasará a denominarse “Delitos contra el orden económico y financiero”.

Art. 5º – Renumérense los artículos 303, 304 y 305 del Código Penal, como artículos 306, 307 y 308 respectivamente, e incorpórense al título XIII del Código Penal, los siguientes artículos:

Artículo 303:...

1. Será reprimido con prisión de tres (3) a diez (10) años y multa de dos (2) a diez (10) veces del monto de la operación, el que convirtiere, transfiriere, administrare, vendiere, gravare, disimulare o de cualquier otro modo pusiere en circulación en el mercado, bienes provenientes de un

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO AGUAD

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de minoría III de las comisiones de Legislación Penal y de Finanzas en los proyectos de ley por los que se modifica el régimen penal en materia de lavado de activos

I. Como surge del encabezamiento del dictamen de minoría, he sido autor de un proyecto de ley sobre el tema en tratamiento, del que se ha tomado la segunda parte del artículo 8º, cuyo texto íntegro es el siguiente:

Artículo 8º: Créase la Unidad de Información Financiera (UIF), en jurisdicción de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. La UIF es un órgano autónomo y autárquico y se rige por las disposiciones de esta ley.

Si las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires organizaran, a través de leyes locales o tratados regionales, sus propias unidades de información financiera u organismos equivalentes para el logro de los objetivos y el ejercicio de las atribuciones de la presente ley en el ámbito de sus jurisdicciones respectivas, deberían coordinar su actividad con la desarrollada por la Unidad de Información Financiera Nacional y convenir el modo de compartir o intercambiar la información necesaria.

cio concreto de las potestades que el mismo acuerda a ambos organismos y de convenir las vías y modos de intercambio de la información necesaria.

VIII. Es fácilmente rebatible la hipotética objeción sobre que de esto pueda resultar la doble obligación de los sujetos obligados a informar operaciones sospechosas de lavado a las unidades de información financiera nacional y a la provincial.

Así lo creo porque esto no ocasionará mayor esfuerzo para aquellos (que copiaran la misma información) y permitirá la ventaja de un doble control que favorecerá la transparencia del mercado financiero, obstaculizando así con mayor fuerza el lavado de dinero, que es el objetivo del dictamen que informo.

2

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA CASTALDO

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de minoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

No hacen falta muchas palabras para señalar cómo se encuentra la salud pública en la Argentina y me expreso en términos generales, sin entrar a particularizar la realidad tucumana que ya dio mucho que hablar sobre temas tales como la desnutrición infantil, los índices de mortalidad camuflados y el constante hostigamiento por parte del gobernador de la provincia a los profesionales de la salud.

Porque como claramente lo expresamos desde el ámbito del radicalismo, más allá de las programadas o parcialmente ejecutadas obras edilicias, los azulejos no curan, mientras los conflictos salariales, huelgas reiteradas y persecuciones a los dirigentes sanitarios siguen siendo moneda corriente para los tucumanos.

Pero, debo enfocarme en el orden nacional, donde parece ser que este gobierno –que se dice progresista– olvida que una de las funciones básicas del Estado, es el cuidado de la salud de los ciudadanos. Paradójicamente, en contraste con el discurso de abril, el sistema público de salud está prácticamente destruido. Claramente, se advierte que en general se cuenta sólo con la infraestructura existente desde hace ya 50 años, con algunas yapas de ocasión que, en muchos casos, se concretaron por aportes privados.

Y los abultados montos presupuestarios que se imputan a este ineludible servicio público se han derivado al financiamiento de corporaciones sindicales que hoy –de manera harto desprolija– tienen el monopolio de la mayoría de las prestaciones médicas en manos de las obras sociales sindicales, con las consecuencias

que de ello derivan, según las informaciones que atóntos digerimos día a día.

Los números no mienten y más de 4.500.000 de personas están dentro de un sistema prepago de salud, según los datos que se aportaron en el debate de esta ley en la Cámara de Senadores. ¿Será sólo una “sensación”?

O tal vez el ministro de Salud de la Nación considera que se trata de una exponencial imitación de lo que con inigualable talento el señor Jean Baptiste Poquelin describió en su obra *Le maladie imaginaire*. Bueno [...] estoy recordando a Molière y su siempre vigente obra teatral *El enfermo imaginario*.

Aclaro esta cita para aquellos que estén un poco flojos en literatura clásica o moderna.

O peor aún, ¿será sólo una frivolidad reveladora de capacidad económica?

Ninguna de estas respuestas nos satisface. Por el contrario, creemos que estamos frente a la innegable realidad de otra falencia del Estado, que se traduce en la necesidad de la población de poner a reguardo su salud –que significa vida– frente a emergencias propias de la edad o de enfermedades sobrevenientes.

Frente a esta triste realidad resulta evidente la necesidad de una precisa regulación del sistema de medicina prepaga, con el dictado de esta norma injustificadamente demorada, para lograr un marco legal que lo torne más transparente y sujeto a los debidos controles por parte de Estado.

No debe olvidarse que no es poco lo que sale del bolsillo de millones de asalariados –ya sea que se asocien voluntariamente a un sistema de medicina prepaga o por los débitos en sus salarios por parte de las asociaciones gremiales– no obstante que, con el cumplimiento de sus obligaciones tributarias, ya han contribuido con creces para que el gobierno financie debidamente la atención de la salud pública.

Los ejes centrales que se legislan, tales como el control de los contratos que los particulares suscriben, el diseño del organismo de aplicación que sale de la órbita del inefable secretario de Comercio, la protección del usuario en distintos aspectos para evitar litigiosidad, la abolición del período de carencias, la inclusión del Programa Médico Obligatorio entre las prestaciones ineludibles, el capital mínimo exigido a las empresas, la expresa protección de los mayores de 65 años, son avances considerables que se articulan en beneficio de muchos. No obviamos referenciar que hay aspectos que deben ser meticulosamente reglamentados como también las tareas a cumplir por el Consejo Permanente de Concertación conforme se legisla en el artículo 28.

Por último, en aras de evitar reiteraciones sobre temas ya considerados, a nuestro juicio es acertado que no pueden coexistir en la misma normativa legal las mutuales con las empresas, porque difieren de aquellas en tanto y en cuanto las primeras no tienen fines

de lucro. Por todo lo dicho adelanto mi voto conforme al dictamen de minoría.

3

**INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA
DIPUTADA DAMILANO GRIVARELLO**

**Fundamentos del apoyo de la señora diputada
al dictamen de mayoría de las comisiones
de Acción Social y Salud Pública y de Legislación
General en las modificaciones introducidas
por el Honorable Senado al proyecto de ley
que le fuera pasado en revisión por el que
se regulan las entidades de medicina prepaga**

Entre las modificaciones a tener en cuenta podemos señalar las siguientes: la autoridad de aplicación de la ley será el Ministerio de Salud, en lugar de la Secretaría de Comercio, como en la sanción original.

También se modificó el artículo 1º, dejando fuera del alcance la norma a las obras sociales sindicales, ya que están reguladas por las leyes 23.660 y 23.661.

Además, se cambió el artículo 22 que, de acuerdo con lo votado en el Senado, impone a las prepagas la obligación de mantener el 50 por ciento de su capital en una reserva técnica que garantice las prestaciones, y el otro 50 por ciento en instrumentos financieros.

Asimismo, la iniciativa obliga a las empresas de medicina prepaga a cubrir planes de cobertura médico-asistencial, el Programa Médico Obligatorio y el sistema con prestaciones básicas para personas con discapacidad.

Los contratos deben ser autorizados por el Ministerio de Salud, además de que los usuarios puedan rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna.

Entre otros aspectos, los contratos entre las prepagas y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se incluyan en el programa médico obligatorio.

Finalmente, se establece que la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión, en tanto que a los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura no se les puede aumentar la cuota.

La sanción de una nueva ley que se relacione con el control de la medicina prepaga y sistemas análogos, es necesaria por las diferentes transformaciones sociales y económicas que se están llevando adelante en el país, con decisiones de políticas públicas acertadas.

Es por ello que cuando nos referimos al derecho a la salud, sostenemos que es un derecho reconocido constitucionalmente y también en diferentes tratados de derechos humanos. Es un derecho en sí mismo y, a la vez, es un derecho que se presenta como condición habilitante para el ejercicio de otros.

En nuestro país, el sistema de salud está formado por tres (3) subsectores: el estatal, compuesto por los organismos de salud pública; el de la seguridad social, conformado por obras sociales y mutuales, y el privado, compuesto por consultorio privados, clínicas y medicinas prepagas.

En la actualidad, hay personas que están en condiciones de abonar —a su cargo y costo— un sistema de medicina distinto al sistema de salud público y que, por razones de edad, se ven impedidos de acceder a él ya que por esta circunstancia no son aceptados en su ingreso.

La regulación que se pretende tiene como fin evitar el abuso por parte de las empresas de medicina prepaga, especialmente en el caso de las personas mayores y de quienes tienen enfermedades preexistentes. Asimismo, también establece que no habrá períodos de carencia ni de espera.

Mediante el presente proyecto se pretende viabilizar esa posibilidad para que los interesados puedan acceder a las prestaciones medicinales de carácter privado, como parte de la responsabilidad indelegable del Estado de garantizar el derecho a la salud.

Por otro lado, esto no es una novedad, ya que existen empresas que toman a personas mayores. El problema está en que lo hacen con precios o aranceles desmedidos o, en otros casos, brindando una cobertura limitada y poco eficaz para quienes, justamente, en razón de la edad necesitan de mayores y mejores beneficios.

Por hallarnos ante una situación arbitraria y desmedida, es razonable que encontremos una solución al respecto.

Queremos discutir sobre la salud y permitir la presencia del Estado para asegurar condiciones de igualdad y no de exclusión entre los afiliados para garantizar la calidad del servicio.

No cabe ninguna duda de que lo que se pretende es legislar para alcanzar la seguridad que los afiliados necesitan y se merecen.

En definitiva, lo que importa y lo trascendental de este control y fiscalización es que todo beneficiario tenga derecho a la prevención y atención de su salud y al tratamiento solidario e igualitario respecto a las prestaciones cubiertas por el Programa Médico Obligatorio, dado que se trata de un sistema solidario y no de seguros, como lo es la medicina prepaga.

Para terminar, debemos destacar que la ley impone que la autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud —es decir que habrá por primera vez un lugar físico donde denunciar los abusos de las prepagas— el que controlará el cumplimiento de los planes y los incrementos tarifarios.

Estoy convencida de que la regulación legal que pretendemos tenderá a permitir que en la vida social puedan solucionarse los conflictos emergentes del enfrentamiento de intereses.

Tenemos la obligación de regular la forma en que los habitantes de una sociedad organizada van a ejercer las facultades reconocidas, y esta regulación tiene como finalidad permitir la armonización del ejercicio de los derechos por todos los integrantes de la comunidad. De la mano de nuestra presidenta y apoyando esta iniciativa que nos toca debatir es que lograremos un país más igualitario, solidario y equitativo.

4

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA DÍAZ

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

Los legisladores del interior vivimos a diario, tal vez más que otros, los problemas que causa este vacío legal por la falta de regulación de la medicina prepaga. Los usuarios de estas empresas, ante el incumplimiento de algunas prestaciones, deben recurrir a la justicia, cuando el tiempo de vida se lo permite, y ante las urgencias, es el Estado el que tiene que hacerse cargo de estos enfermos.

Quedando en zozobra tanto el afiliado como la empresa, por lo que estoy convencida que no sólo se solucionará el problema del usuario sino de las empresas, que serán más previsibles y previsoras con los fondos, ya que los tendrán que destinar exclusivamente al fin para las que fueron creadas y no distraerlos en otros negocios como hoy lo hacen.

La problemática de los afiliados con las empresas de medicina prepaga se repite frecuentemente en las distintas provincias; así nos encontramos frente a situaciones como el no reconocimiento de determinadas prestaciones básicas de salud por parte de las prepagas, es decir, el no cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO), el incremento en el valor de las cuotas en razón de la edad, o sea que cuando el afiliado alcanza una determinada edad, le aumentan el costo de la cuota; la modificación de las condiciones en la prestación de los servicios, sin previo aviso, como por ejemplo la cancelación de determinados centros de salud o de profesionales médicos.

La iniciativa que estamos tratando pone el énfasis justamente en la protección al afiliado o usuario de la empresa de medicina prepaga. Ello se desprende, a través de su articulado, al establecer que:

—Obliga a las empresas de medicina prepaga a cubrir en sus planes de cobertura médico-asistencial, el Programa Médico Obligatorio (PMO) y el Sistema de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad.

—Los contratos entre las prepagas y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se incluyan en el Programa Médico Obligatorio.

—Los modelos de contratos deben ser previamente autorizados por la autoridad de aplicación.

—Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna.

—La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

—Las empresas no puedan rechazar la afiliación de personas con enfermedades preexistentes.

—A los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura no se les puede aumentar la cuota en razón de su edad.

—La autoridad de aplicación garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales y autorizará el aumento de las mismas, de acuerdo a las variaciones en la estructura de costos y razonable cálculo de riesgos.

Es por ello, para finalizar, que la sanción de esta iniciativa implica no sólo saldar una deuda con los más de cuatro millones de usuarios de las empresas de medicina prepaga, sino también garantizar el goce del derecho a la salud de las personas, consagrado en la Constitución Nacional y diversos tratados internacionales de derechos humanos incorporados a nuestro derecho interno.

5

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO DÍAZ BANCALARI

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

Quiero empezar por recordar, ya que el enfoque de los medios dominantes y algunos directivos de empresas de medicina prepaga parecen haberlo olvidado, que a esta Cámara sólo le cabe la aprobación del proyecto en cuestión. En el supuesto que nosotros propugnamos, la aprobación se hará sancionando el texto con las modificaciones introducidas en el Honorable Senado. La otra opción sería que dos tercios de los diputados decidieran insistir en la aprobación el proyecto primigenio. Pero no hay otras opciones, ninguna otra modificación puede hacerse a la iniciativa que estamos tratando, ni mucho menos se puede especular en la desestimación de la propuesta, así claramente lo indica el artículo 81 de la C.N.

Lamentablemente, los lobbies empresarios de la medicina prepaga, que son grandes auspiciantes de los multimedios, cuentan con la protección que les dan la pantalla y los titulares que, a pedir de boca, esos les conceden, lo que ha servido para denostar a la futura ley e intentar tapar los inocultables beneficios que la regulación traerá a los usuarios.

Allá ellos, están en su derecho de expresar cuanto quieran, así lo hacen y bienvenido un país donde cada cual dice lo que desea, obviamente dentro de los marcos constitucionales y legales, ya que como todos sabemos no existen derechos absolutos.

Pero acá nosotros, y acá, en este recinto, no pueden quedar dudas de que la nueva ley servirá para otorgar mayor seguridad, mayor control, mayor protección y mayores beneficios para los usuarios. Y será así, porque la regulación, o mejor dicho la desregulación que existe actualmente en una materia tan sensible para una gran franja de nuestra población, como lo es la medicina privada y prepaga, es absolutamente insuficiente y perjudicial para los ciudadanos.

Hemos tomado nota de cómo algunos enriquecidos CEO (Chief Executive Officers) –como les gusta llamarse ahora– de estas grandes empresas se han victimizado, pronosticando sus potenciales falencias, pero no podemos evitar pensar, y expresar también, que es hábito de estos empresarios exagerar sus pérdidas, minimizar sus ganancias y protestar contra toda regulación estatal, por costumbre y tradición.

Para finalizar, rememoraremos que el presente proyecto fue aprobado originalmente en la Cámara de Diputados de la Nación, en agosto de 2008, y girado a la Cámara alta la que, luego de un largo peregrinaje, lo aprobó con modificaciones en noviembre de 2010.

El Senado introdujo cambios en los artículos 1º, 21, y 22. Las reformas a los artículos 1º y 21, se encuentran relacionadas con la exclusión de dicho régimen de las cooperativas y mutuales, las asociaciones civiles y fundaciones, y las obras sociales sindicales, quienes ya poseen un marco regulatorio.

La reforma al artículo 22 resultó significativa, ya que eliminó la obligación a cargo de las empresas de medicina prepaga de constituir una reserva técnica para garantizar la continuidad de la cobertura, en caso de que surjan circunstancias que interfieran la misma.

Los principales puntos del proyecto en análisis son:

–La autoridad de aplicación de la ley es el Ministerio de Salud de la Nación.

–Los contratos de medicina prepaga debe cubrir, como mínimo, el Programa Médico Obligatorio vigente según resolución del Ministerio de Salud de la Nación, y el sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

–Los contratos de medicina prepaga no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas

prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio.

–Las enfermedades preexistentes solamente pueden reconocerse a partir de la declaración jurada del usuario, y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios.

–Tampoco la edad puede ser motivo de rechazo en la admisión de nuevos usuarios.

–A los usuarios mayores de sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en alguna empresa de medicina prepaga no se les pueden aplicar aumentos en razón de su edad.

–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.

Por todo lo expresado, apoyo el proyecto traído con modificaciones del Honorable Senado de la Nación Argentina, votando por la afirmativa.

6

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO FORTUNA

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Legislación Penal y de Finanzas en los proyectos de ley por los que se modifica el régimen penal en materia de lavado de activos

Hablar del fenómeno de la corrupción en general o de delitos contra el orden económico y financiero, del lavado de activos de origen delictivo o del financiamiento del terrorismo, implica introducirnos en el análisis de un conjunto de prácticas de intercambio cuyo ejercicio no hace diferencia entre los países del Norte y del Sur, desarrollados o subdesarrollados, democráticos o autocráticos, sino que se trata de fenómenos globalizados que comprenden ámbitos tan diferentes como la economía, el comercio y la administración de justicia, pero también la política, la administración pública, la iniciativa privada y la seguridad.

La realidad nos muestra que, junto con globalización de los mercados, también se globalizan las actividades ilícitas que se valen de las mismas estructuras para conseguir sus fines.

Esto es así pues estamos hablando de un delito que está íntimamente vinculado con el narcotráfico, el contrabando de armas, el tráfico de personas y la evasión impositiva, entre otras actividades altamente perniciosas.

Ahora bien, estas acciones ilegales no sólo afectan al Estado nacional, sino a todos los niveles estaduales. Provincias y municipios son invadidos por fondos provenientes de estas actividades. Estamos en presencia de delitos transnacionales y transprovinciales.

de la actuación coordinada de los poderes del Estado, entre otras cosas no menos importantes.

En definitiva, un marco normativo como el propuesto es un paso adelante, pero la realidad nos muestra que no alcanza. Es necesaria también una fuerte voluntad política para dar una pelea seria al crimen organizado.

Reitero entonces el apoyo del bloque Córdoba Federal a esta iniciativa y bregamos por la profundización de medidas que completen el camino abierto por este proyecto.

7

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA GALLARDO

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

La importancia de la ley que esta Cámara seguramente aprobará radica en que la norma constituye un paso más en la implementación de una eficaz política de salud, donde el Estado pasa a regular en un área que desde hace años había tomado a sus adherentes como verdaderos rehenes de un sistema que hacía del eventual paciente un cliente, despojándose así de esa elemental humanidad que conlleva la noble profesión médica.

Antes de enumerar algunas cuestiones técnicas del proyecto que subrayaré en mi discurso como muy positivas, quiero destacar la decisión política de este gobierno de volver a socializar la salud en nuestro país, emulando a ese gran sanitarista argentino, el doctor Ramón Carrillo.

Fueron precisamente Ramón Carrillo y sus políticas sanitarias las que han dado razón de ser a proyectos de este tipo, y fue Néstor, en el año 2006, quien declarando a ese año como el Año Homenaje a Ramón Carrillo, volvió a hacer sonar sus ideas, sus proyectos, sus logros, y es ahora Cristina Kirchner quien reconstruye esa especie de redes integradas de salud que fueron dejadas de lado con la caída del peronismo en el 55 y mínimamente reesbozadas con el regreso de Perón en el 73.

Es, justamente, la señora presidenta de la Nación quien nuevamente le da al Estado ese rol protagónico en cuestiones de raigambre social: la salud de los argentinos, así sea privada, no puede estar ajena al ojo del Estado.

Volviendo a la cuestión técnica, este proyecto tiene varios puntos interesantísimos, de los cuales voy a hacer hincapié en algunos que me parecieron ele-

mentales en el fortalecimiento de la tarea a que este gobierno apunta y que a continuación enumero:

La eliminación del período llamado de carencia en aquellas dolencias incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO); no considerar a la edad como un factor de rechazo y reconocer que es la autoridad de aplicación, no las empresas, quien establece el porcentaje que, razonablemente, se debe incorporar a la cuota. Ante el fallecimiento del titular, su grupo familiar no pierde los derechos que oportunamente se hayan fijado en el contrato y el afiliado goza, a partir de la puesta en plena vigencia de esta ley, de la libertad para su desafiliación.

Estos puntos son el paso superador para una más eficaz integración del sistema de salud que existe en nuestro país, con las prestaciones de los hospitales públicos, las de las obras sociales y las de las hoy llamadas prepagas. Con la regulación del Estado y la creación del Consejo Permanente de Concertación, todos los actores intervinientes en el campo de la salud podrán hacer sus aportes para continuar con lo que es y ha sido una preocupación de nuestro gobierno: dar cada día un mejor servicio de salud a todos los argentinos.

La unanimidad del voto de este proyecto en la Cámara de Senadores nos está marcando claramente un camino que es el de los acuerdos y de los consensos en aquellas cuestiones que constituyen políticas de Estado.

Las voces son muchas y se multiplican cuando de hacer oposición se trata. Conociendo que este proyecto viene dando vueltas en ambas Cámaras desde el año 2008, si bien hoy seguramente tendremos unanimidad, muchos insisten en que las cosas se podrían haber hecho mejor, o que se podrían haber hecho mucho más rápido. Seguramente tienen razón, pero creo que hemos trabajado con conciencia, con autonomía y con voluntad de resolver cuestiones que, insisto, son de índole social. Todos los proyectos son perfectibles; todas las leyes seguramente lo son, pero éste es un gran primer paso para que, desde el Estado, comencemos a apuntalar sectores que estaban cooptados por la órbita privada empresarial.

Como tucumana, entiendo que quizá la gran masa de beneficiados por este proyecto está en la ciudad y provincia de Buenos Aires por cuestiones obvias, pero es en las provincias donde muchas veces los afiliados a prepagas no obtienen los servicios que les han sido prometidos y/o ofrecidos. Por tal motivo, nos cabe a todos la responsabilidad de coadyuvar juntamente con las políticas puntuales de sectores determinados.

Para concluir quiero citar una frase del doctor Ramón Carrillo que me parece engloba todo lo que vinimos diciendo, no sólo en mi discurso sino en el de todos mis colegas:

“Los problemas de la medicina como rama del Estado no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo

modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría. Sólo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo.”

8

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA GARCÍA (I. A.)

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

Hace dos años y tres meses, la Cámara de Diputados le dio media sanción a la ley, que finalmente permitiría proteger a los afiliados a través de la regulación de la actividad de las empresas de medicina prepaga, después de décadas sin control.

El proyecto de ley busca eliminar prácticas abusivas y racionalizar otras. El eje de la ley en relación con el afiliado tiene dos partes: por un lado, la regulación de los precios y ajustes de las cuotas a pagar por el afiliado. La otra parte en relación con los criterios de inadmisibilidad.

La salud es un derecho universal según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es también un negocio que en la Argentina genera millones de pesos en la facturación de las compañías de medicina prepaga.

En la Argentina coexisten tres subsistemas de salud: el público (hospitales), la seguridad social (obras sociales) y el privado (prepagas). El negocio de las prepagas está dominado por cinco grandes jugadores que, en total, aglutinan 4,5 millones de afiliados y facturan en conjunto 7.600 millones de pesos, según datos de la consultora Towers Watson. Son OSDE, Swiss Medical, Galeno, Omint y Medicus las compañías que se reparten el 62 % de los afiliados y el 75 % de la facturación de este negocio.

El funcionamiento natural de las prepagas supone una población grande y heterogénea para que el riesgo de enfermedades se minimice y se disperse. Así, como en una compañía de seguros, los afiliados sanos que pagan su cuota subsidian a quienes eventualmente se enferman y requieren mayores gastos. A esto se le suma la dinámica propia de los centros médicos y de internación, que requieren rotación y ocupación.

El artículo 10 del proyecto establece que 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, y el artículo 11 establece que la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de la admisión.

Un tema que inquieta a muchos argentinos es el temor de quedar excluidos del sistema de salud simple-

mente por tener la desgracia de sufrir una enfermedad que le cierra las puertas de la cobertura médica. El derecho de admisión es una prerrogativa que en la actualidad se reservan las empresas de medicina prepaga para con sus potenciales afiliados, pero que muchas veces suele prestarse a abusos por parte de aquellas, sobre todo cuando se creen con derecho a desafiliar a un paciente tras descubrir que sufre una enfermedad de riesgo o demasiado costosa para su atención por la empresa médica. En estos supuestos, los rechazados por las empresas de medicina prepaga podían intentar la afiliación en las obras sociales como familiares de titulares o en aquellas que permitan la incorporación de voluntarios; caso contrario, la persona debería indefectiblemente concurrir a los hospitales públicos; de aprobarse el proyecto en discusión esta situación sería resuelta en beneficio de los usuarios.

Otra de las situaciones que inquieta a los argentinos es que las entidades de medicina prepaga no aceptan incorporar a quienes tienen más de 65 años, salvo situaciones excepcionales.

Las empresas de medicina prepaga, al llegar los afiliados a los 65 años, aumentan la cuota mensual a un valor que es impagable; eso hace que esos afiliados no puedan concurrir a otra prepaga porque además de tener cuotas elevadas, consideran como enfermedades preexistentes a las adquiridas en años que estaban en la prepaga anterior. Concretamente, las empresas de medicina prepaga discriminan a las personas mayores de 65 años de edad. Las empresas afrontan un hecho concreto y es que las personas cumplen años, pero se niegan a aceptar que ello se llama riesgo empresario, y cuando el afiliado comienza a tener enfermedades con más frecuencia lo expulsan del sistema.

Coincido con la Justicia respecto de que las cláusulas de las prepagas que establecen aranceles automáticos adicionales para cuando las personas cumplen 65 o 70 años son abusivas y violatorias de la Constitución. El aumento establecido con sustento en la edad del afiliado está destinado a tornar más onerosas las cuotas de quienes, por su realidad personal, pasan a integrar el sector poblacional más vulnerable, compuesto generalmente por jubilados con una importante disminución en sus ingresos, justamente en el momento en que más requieren del servicio médico contratado.

Cuando con el transcurso de los años el paciente comienza a gastar más, la empresa no puede modificarle las condiciones; puede solucionar el problema contratando nuevos adherentes jóvenes que establezcan las compensaciones necesarias dentro del sistema. Si frente a estas situaciones previsibles la empresa no puede resistir, es porque hizo mal sus cálculos y debe afrontar ese riesgo empresario.

Hay que tener en cuenta que el vínculo que se establece entre la empresa médica y el asociado es de larga duración y por consiguiente la curva de utilidad marginal de las partes es inversa.

Aquí voy a citar las palabras de los miembros de la Corte Suprema al expresar: “La empresa gana más dinero al principio de la relación porque el paciente paga con un bajo nivel de consumo de prestaciones” y “con el transcurso de los años el paciente comienza a gastar cada vez más por su envejecimiento natural y las enfermedades”, a fin de ser compensado cuando llegue la vejez o cuando no tenga dinero o carezca de salud”.

Con este proyecto se trata de dar respuesta a la situación de muchas personas que actualmente se encuentran cautivas de determinada empresa pues, si requiere los servicios de otra prepaga, tendrá escasas posibilidades de ser aceptado por su edad ya que existen restricciones de ingreso y si fuera admitido, estaría sujeto al período de carencia y debería declarar enfermedades contraídas en los últimos años, las que a los efectos de la nueva relación contractual se considerarían preexistentes.

Actualmente, existen cláusulas indirectas de extinción, pues importan tanto como forzar al asociado –en situación de vulnerabilidad– a pagar el aumento impuesto por la empresa o aceptar la extinción del vínculo, frustrando, de este modo, la cobertura esperada por el consumidor justamente para la vejez. Evidentemente, una cláusula semejante contraría la finalidad del contrato, que tiene elementos de previsión, de asegurarse contra las contingencias propias de la decadencia humana (Lorenzetti, Ricardo L.).

En la actualidad, la expectativa de vida en la mayoría de los países de Occidente supera en al menos 20 años la edad jubilatoria, significando esto que los adultos mayores viven todo ese tiempo excluidos del sistema productivo, pareciendo un contrasentido que el sistema de salud les exija justo en ese momento mayores costos de coberturas de salud, justo cuando más las necesitan; porcentuales de aumento que por otra parte van del 20 % al 60 % en los casos más extremos. Estos aumentos exorbitantes más que equiparación de costos deben verse como formas de expulsión del sistema privado de salud de aquellos que, por su edad, más lo necesitan, independientemente de cuántos años llevan aportando al sistema.

Es preciso mencionar que no todos los adultos mayores envejecen de la misma manera, lo que explica la variabilidad individual. Algunas características particulares de esta población hacen que sea necesario un abordaje asistencial diferente al del modelo tradicional. Incluso en los costos de los seguros de automóviles se premia con la reducción de la prima a los conductores más eficientes. Sin embargo, en este punto, el sistema de salud privado aumenta la cuota independientemente de la historia médica personal, la cantidad de tiempo afiliado u otras variables relevantes.

Es necesario que como legisladores asumamos la responsabilidad de legislar seriamente sobre la medicina prepaga, respetando las leyes vigentes y los compromisos internacionales asumidos por el Estado

argentino. La salud de los beneficiarios mayores de la medicina prepaga no puede sufrir otra derrota producto de la irreflexión y la presión de los lobbies de las empresas de medicina prepaga. Posiblemente haya que discutir costos y tarifas, pero una discusión sobre derechos sociales exige diversidad de opiniones, tener muy en cuenta las necesidades de la gente y un Estado presente para asegurar esos derechos, a cuya garantía y defensa se comprometió internacionalmente.

La Constitución Nacional garantiza a los consumidores el derecho a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, así como a trato equitativo y digno.

Las empresas cuyo objeto es prestar servicios de cuidados de la salud prestan una función social, por lo cual es preciso una activa vigilancia y contralor por parte del poder público. La actividad que asume este tipo de empresas tiende a proteger las garantías constitucionales a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas.

El Comité del Pacto de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (1995) indica: “Los Estados Parte en el Pacto deben prestar atención especial a la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”.

El Protocolo de San Salvador, de aplicación obligatoria, en su artículo 17 referido a “Protección de los ancianos” establece como obligación de los Estados firmantes:

“a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas...”.

Los proyectos de ley de medicina prepaga, en los últimos 10 años, y el que hoy estamos debatiendo, se concentran en discutir cómo “salvar al sistema de salud privado”, sin dedicar reflexión alguna respecto a que el sistema de salud debe cuidar de la población y no a sí mismo solamente. Los puntos que se controvierten del proyecto apuntan a maximizar los beneficios económicos minimizando las coberturas de la población más vulnerable para salvar al sistema. La calidad de vida de los adultos mayores es responsabilidad de aquellas personas relacionadas con las áreas de salud, de seguridad social y todas las vinculadas a las decisiones socio-económicas. Aunque muchos adultos mayores gozan de buena salud, es cierto que con la edad aumenta la incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas y de ciertas situaciones de dependencia que generan mayor utilización de recursos socio-sanitarios.

Sería importante elaborar un acuerdo político entre el Estado y los prestadores de salud para proyectar un mismo enfoque respecto del valor social que le cabe a la salud, y en particular a la población adulta mayor que es invisible al sistema, que no es otro que el de contribuir al establecimiento de la equidad perdida.

Por las razones expuestas es que acompaño con mi voto este proyecto.

9

**INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO GONZÁLEZ**

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepa-

Hoy, estamos proponiendo regular una cuestión de gran importancia dado que la salud es ante todo un bien público. Por ello, es importante tener en cuenta que el Estado es el encargado de velar por los derechos de todos los ciudadanos y de asegurar que se provean las cantidades de bienes públicos necesarios para la realización plena de la sociedad.

La salud no es ajena a esta realidad y por ende debemos entenderla como bien público. ¿Y por qué afirmo esto?: justamente porque quienes tienen salud, es decir, quienes están cubiertos contra las enfermedades, hacen que el riesgo de contraer enfermedades de aquellos que no lo están sea menor, logrando que una sociedad sea más saludable y desarrollada. Debemos generar las condiciones apropiadas para que la salud llegue a todos de una manera justa y razonable.

Asimismo, la salud es también un derecho humano. Ello implica que todas las personas nacen con el derecho a recibir servicios de salud haciendo, de esta manera, a la dignidad esencial de la misma.

Justamente, entonces, siendo la salud un bien público y un derecho humano, es necesario que haya una intervención activa del Estado que genere un marco normativo adecuado, que brinde seguridad a quienes consumen estos bienes y que permita que todas las personas puedan ejercer su derecho fundamental e irrenunciable a la salud.

Por otro lado, la salud es un bien preferente. Me estoy refiriendo con este concepto a que el Estado tiene una intención firme en que dichos bienes sean ofrecidos y consumidos de tal manera que nadie quede excluido. Esto, sin duda, es una política pública que se enmarca en las estrategias de largo plazo que los Estados como el nuestro, que caminan hacia el objetivo de desarrollarse, deben tener, con lo cual es indispensable que el Estado intervenga en el mercado de la salud haciendo lo necesario para que se pueda ejecutar dicha política con sentido estratégico.

En este sentido, entonces, los bienes y servicios públicos son fundamentales para el bienestar de las personas, y es preciso que los gobiernos y los mercados colaboren para proporcionar dichos bienes y servicios.

De esta manera, no estamos en condiciones de admitir que un sector de la economía, en este caso aquel encargado de brindar los servicios de salud, no esté cuidadosamente regulado, dejando un sector de la sociedad expuesto a no recibir aquellos servicios que son públicos y estratégicos para la realización de una sociedad más justa y equitativa y que son un derecho humano inapelable.

Por todo ello es que hoy nos vemos en la obligación, desde este poder del Estado, de llevar adelante la sanción de esta ley, que brinde un marco legal más adecuado y que tenga en cuenta la magnitud del bien que se está regulando: nada menos que la salud de muchos argentinos y argentinas.

El sistema prepago en la Argentina necesita las modificaciones que estamos proponiendo. Son los ciudadanos los que se van a beneficiar de este nuevo marco regulatorio. Entendemos que estamos tutelando el bien de cada ser humano.

Es por ello imprescindible que apoyemos la sanción de una ley que consideramos fundamental a la hora de querer lograr una sociedad más justa y desarrollada. Y en eso, estoy convencido, de que estamos trabajando.

10

**INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO HELLER**

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepa-

Hoy, estamos debatiendo para sancionar una ley que avanza en el combate al lavado de activos, porque consideramos que es necesaria y porque además es un paso requerido por el GAFI.

Sin duda la ley tiene que caer con toda severidad sobre el lavado de activos, que proviene de acciones ilegales y que son claramente definidas en el artículo 7º del dictamen de mayoría. Y también sobre el delito de financiación al terrorismo.

Pero me permito hacer una reflexión, y es que estos delitos se benefician de la falta de controles, de la falta de información, de la imposibilidad del cruce de información entre entes nacionales, y entre éstos y los de otros países.

Y en ese aspecto, no pueden dejar de mencionarse las tibias acciones que se han diseñado, en las últimas reuniones del G 20, sobre los paraísos fiscales.

Sobre este tema quiero comentar que hay una gran hipocresía en los organismos internacionales, que exigen normas estrictas a los países en desarrollo sobre

lavado de dinero y combate al narcotráfico, cuestiones que muchas veces los grandes países no respetan.

En abril, se realizó en Buenos Aires el Seminario “De la integración política a la integración económica y financiera”, organizado por el CEMOP (Madres Plaza Mayo), la CNV y el Cefid-Argentina. Allí, Jorge Gaggero, investigador del Cefid Ar, mencionó que entre los 20 países mejor rankeados por nivel de decencia, diez tienen paraísos fiscales. Y creo que hay que empezar a plantearse qué es ser buen alumno, porque parece que hay muchos que tienen fojas impecables, pero con una página negra que siempre se oculta. Esa página negra son los paraísos fiscales, los principales gestores de los problemas de lavado y corrupción a nivel mundial.

Otro de los temas que quiero destacar, que también se trató en el seminario, es la fuerte vinculación entre la fuga de capitales y los paraísos fiscales. Jorge Gaggero citó un dato muy importante, que es que entre 2001 y 2010 se fugaron unos 5,2 billones de dólares de los países del hemisferio sur, “un monto –comentó– equivalente a los fondos de ayuda que aplicaron la Reserva Federal y el Banco Central Europeo para contrarrestar la crisis; es decir, financiamos completa la crisis global”.

Estas investigaciones demuestran cómo los países en desarrollo del sur financiaron a los países desarrollados para que puedan resolver su crisis, en especial el salvataje de los grandes bancos internacionales.

Según la UIF argentina (Unidad de Información Financiera), hay 87 paraísos fiscales en todo el mundo; siete pertenecen al Reino Unido (islas de Man, Caimán, Vírgenes, entre los más conocidos); EE.UU. tiene dos (Samoa americana y Puerto Rico, nada menos); Italia, uno (Trieste); Francia, uno (Polinesia francesa) y Holanda, dos (Antillas holandesas y Aruba).

Entonces, si bien los paraísos fiscales están en la mira, no hay mucho interés por cerrarlos y ¡después hacen ranking de corrupción en los países periféricos!

Sin embargo, y si bien resulta difícil, de a poco se puede ir limitando el poder de estos paraísos fiscales, a partir de la firma de tratados bilaterales de intercambio de información en temas tributarios y financieros, aunque la existencia misma de los paraísos ya es una afrenta a todos quienes deseamos combatir el lavado de dinero y el financiamiento del terrorismo.

Sobre estos acuerdos bilaterales ha venido trabajando la AFIP; son acuerdos de intercambio de información tributaria con zonas que considera indispensables para evitar la evasión, entre ellas y recientemente, con las islas Caimán, Bermudas y Jersey, todos paraísos fiscales. Entre los primeros acuerdos de intercambio de información tributaria que firmó la Argentina se encuentran los países del BRIC (Brasil, Rusia, India y China) y los demás miembros del Mercosur. Entre los últimos países con los que se firmaron acuerdos se encuentran Andorra, Bahamas, Costa Rica, Mónaco y San Marino.

Este tipo de acuerdos firmados con otros paraísos fiscales ya le permitieron al organismo de administración fiscal detectar empresas y particulares en infracción que deben al fisco sumas millonarias. A través de los acuerdos de intercambio de información tributaria, de doble imposición y aduaneros, se logró detectar en el último año bienes de argentinos en el exterior, rentas no declaradas, triangulación de exportaciones y otras maniobras nocivas para la recaudación de impuestos. En los primeros 4 meses del año, la Argentina ya envió 61 solicitudes de información a otros países sobre contribuyentes locales que se sospecha podrían estar obteniendo ganancias no declaradas.

En este aspecto, se han destacado las grandes compañías cerealeras que realizan triangulación de exportaciones, le venden su producción a firmas vinculadas radicadas en paraísos fiscales o jurisdicciones con escaso control a precios de transferencia (por debajo de la cotización de mercado). Luego, vuelven a exportar desde allí la misma mercadería a su destino final a un precio sustancialmente mayor. Esta subfacturación les permite evadir las cargas tributarias correspondientes. ¿Y cómo incorporan ese dinero a su patrimonio, sino a través del lavado?

Estos datos se desprenden del informe que dio la AFIP en noviembre pasado en la Comisión de Agricultura de esta Cámara. Según ese informe, las principales plazas con las que se detectaron maniobras de triangulación son Uruguay, Suiza y Singapur. A Uruguay se facturaron 8.842 millones de dólares en 2009, de los que apenas quedaron en ese país como destino físico final 2.015 millones, menos de la cuarta parte de lo exportado. A Suiza, sobre 4.328 millones, sólo tenían a ese país como destino final productos por 1.518 millones. A Singapur se facturaron 1.101 millones, pero sólo 43 eran para productos a ser consumidos en ese país; prácticamente todo lo exportado a Singapur ha sido desvío de comercio. La AFIP sancionó por estas maniobras a la argentina Molinos y a las multinacionales Cargill, ADM Argentina, Toepfer Argentina, Louis Dreyfus Argentina, Bunge Argentina y Oleaginosa Moreno, al detectar que las cerealeras realizaban triangulaciones nocivas de operaciones, utilizaban paraísos fiscales y registraban maniobras financieras con el exterior.

Según el informe de la AFIP, los contribuyentes globales son grandes sociedades comerciales que operan en cualquier parte del mundo y que, por sus características, planifican fiscalmente dónde hacer recaer las ganancias, las utilidades, los costos. “Eso genera un ahuecamiento de la base imponible argentina, sobre todo en el impuesto a las ganancias, teniendo en cuenta que el 80% del comercio mundial se realiza entre empresas vinculadas”. Existen 1.000 empresas en todo el mundo que cuentan con el 20% de los activos a nivel mundial.

Y no podemos dejar de pensar en aquellos que, cuando decimos que hay que regular especialmente a

las multinacionales, dicen que vamos contra las inversiones, el derecho internacional y otros tantos intereses de esas multinacionales. Pero la cuestión es que ese carácter de multinacional los habilita para hacer estos negocios espurios. Y para evadir impuestos para lavar esos ingresos malhabidos. ¿Cómo nos puede asombrar que exploten trabajadores sometiéndolos a condiciones inhumanas?

Sin embargo, nos encontramos con muchos que se rasgan las vestiduras porque la AFIP investiga a las grandes firmas que, para ellos, son el paradigma de la decencia y la eficiencia. Y se preocupan porque los inversores internacionales huirán en manada ante tal tropelía de un Estado que utiliza una herramienta apropiada, y que cumple por ello con su función.

A toda aquella empresa que cumple con las normas no le preocupan la regulación y los controles. Los que combaten fervientemente los controles son, precisamente, aquellos que quieren aprovechar la liberalidad o liberalización existente para diluir sus ilícitos en un mar de operaciones, sociedades apócrifas y paraísos fiscales.

Porque si bien hay sujetos que realizan lavado de dinero, también hay formas de producción, distribución y comercialización que facilitan esas operaciones. Y esto lo debemos tener en cuenta al tratar los temas que nos ocupan.

Respecto a la labor parlamentaria que nos ocupa en esta ocasión, resulta imperioso que nuestra Cámara dé media sanción a la Ley de Prevención y Sanción del Lavado de Activos y del Financiamiento del Terrorismo, que contemple los requerimientos del GAFI y que sirva para frenar eficientemente este tipo de delito.

Estamos corriendo contrarreloj, para que el Estado, no este gobierno, complete el seguimiento de cumplimiento a través del Grupo de Cooperación Internacional (ICRG) al que se ha comprometido, que se reunirá en junio de este año, y así evite ser definido como miembro no cooperante, lo cual traería consecuencias negativas para toda la Nación.

No dar media sanción a este proyecto de ley sería generar un grave perjuicio a la Nación, y los legisladores somos los principales responsables de este resultado.

Los dictámenes tienen en común los puntos más importantes, en cuanto a la tipificación del delito y la enumeración de los sujetos obligados a informar.

La UIF debe ser un organismo con gran ejecutividad, lo cual lo aleja de una estructura basada en decisiones colegiadas que retrasan la aplicación de las normas y la eficiencia que deben tener. Ésta es una cuestión que hemos estado discutiendo recientemente algunos legisladores con los representantes del GAFI Sur, y la autonomía y eficiencia en la gestión aparecieron como esenciales.

En los últimos meses, el accionar del gobierno a través de la UIF ha permitido pasar la evaluación del GAFI de febrero de este año, lo que muestra al Poder

Ejecutivo altamente comprometido para ir avanzando en la corrección de las debilidades informadas por el GAFI en su informe de octubre de 2010.

Pero, permítanme completar esta opinión de nuestro bloque, con lo expresado por Zenón A. Biagosch, director de la Escuela de Negocios de la UCA, ex director del BCRA, en una nota publicada en *El Cronista Comercial* del 3 de mayo de este año. Dice Biagosch: “En esa perspectiva vale reconocer como un hecho político-institucional, digno de destacar y movilizador de los distintos sectores involucrados, lo actuado por quienes hoy conducen la Unidad de Información Financiera (UIF). En tal sentido cabe mencionar al proyecto de ley en tratamiento parlamentario, el dictado del decreto 1.936/10 ampliatorio de las facultades de la UIF, algunas de las resoluciones recientemente dictadas por ese organismo que regulan sectores involucrados en la ley nunca antes reglamentados y la puesta en marcha del régimen penal-administrativo establecido en la legislación vigente”.

Creo que la cita es suficientemente clara.

Se ha arribado a un acuerdo muy importante en los dictámenes que hoy estamos considerando, y es que la UIF debe depender del Poder Ejecutivo. Y la actual estructura cumple esa dependencia.

Siempre es importante que esta Cámara de Diputados analice las distintas formas de mejorar el funcionamiento de los distintos entes de contralor, de hacerlos más transparentes, de dotarlos de un consejo asesor más amplio, con diversos saberes. También de la necesidad de poner a consideración de la opinión pública la designación de los titulares, una cuestión que hoy ya está contemplada en el artículo 9º del texto actualizado de la ley 25.246.

Pero esas discusiones, que nos llevan a plantear si el presidente y vicepresidente de la UIF deben durar cuatro o seis años en el cargo, y otras cuestiones de ese tenor, no deben evitar la sanción de la ley, donde lo esencial es avanzar en los requerimientos del GAFI respecto de la tipificación de los ilícitos, las funciones de la UIF y la definición de los sujetos obligados a informar.

Por ello, nuestro bloque apoya el dictamen de consenso, pues se avanza en las cuestiones esenciales que se requieren en este momento.

11

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO LANCETA

**Fundamentos del apoyo del señor diputado
al dictamen de mayoría de las comisiones
de Legislación General y de Finanzas en
los proyectos de ley por los que se modifica
el régimen penal en materia de lavado de activos**

En primer lugar, destacaremos los antecedentes que nos llevan al tratamiento del presente proyecto de ley.

- Se incluyen nuevos oficiales de enlace en áreas específicas del gobierno.
- Se prohíbe iniciar investigaciones de oficio.
- Se establece la inoponibilidad del secreto fiscal a los requerimientos de la Unidad de Información Financiera, prohibiéndose asimismo las denuncias anónimas.
- Se extiende el plazo para informar las operaciones sospechosas por parte de los bancos.
- Se incluyen pautas para dotar de recursos genuinos al organismo.

Por lo expuesto anteriormente, es que acompañaremos el dictamen arribado por consenso.

12

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA LEVERGER

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

Sólo quisiera aportar unas palabras sobre el proyecto de ley que hoy debatimos, que regula la actividad de las empresas de medicina prepaga. Es de suma importancia que hoy nos demos la posibilidad de aprobar una ley que sujete a control a un sector importante del sistema de salud que se encuentra en la más insensata arbitrariedad.

Parece importante, además, tomar algunos recaudos en la discusión, porque al estar regulando las actividades del sector privado de salud es muy fácil que se refloten algunas posiciones del liberalismo de mercado que, si se exageran, no nos damos cuenta de que les estamos dando a estas empresas el cuidado de la salud de las personas que, con mayor o menor poder adquisitivo para adquirir los servicios de una empresa de medicina prepaga, buscan que se les asegure lo que sobre todo es un derecho humano básico y consagrado constitucionalmente, por lo cual el Estado debe velar porque se cumpla.

Por eso me pregunto, ¿qué dificultad puede constituir que una ley incorpore para las empresas de medicina prepaga obligaciones que parecen sensatas y claras: que las empresas no puedan rechazar a una persona por ser adulto mayor o tener una enfermedad preexistente; que se les impida cobrar un recargo por edad; que no exista el período de carencia y que, por lo tanto, la persona no esté cubierta, incluso por lo que se exige en el Programa Médico Obligatorio o PMO; y que también, muy importante, que no fijen arbitrariamente las subas de los aranceles sin un debido control por parte de la autoridad competente?

Es por lo menos cuestionable que las empresas de medicina prepaga quieran resolver los problemas del sistema de salud objetando algunas de estas cuestiones que, a primera vista, me parecen meros privilegios que se conjugan con una capacidad de clasificar a las personas que no se encuentra en el resto del sistema de salud. El argumento principal para rechazar esta ley, que por estos días se escucha, es que la persona debe estar primero sana para poder gozar de los servicios del sistema de medicina prepaga y que, de aprobarse esta ley, no habrá empresa que pueda absorber los costos. Para estas entidades, de las personas enfermas –y que incluso tienen el poder adquisitivo como para pagarse una prepaga– se debe ocupar el Estado, porque significan un elevadísimo costo y terminarían destruyendo el espíritu y el desarrollo de lo que es un negocio. Es un discurso hasta contradictorio: sólo se puede acceder al sistema privado de salud cuando se está sano.

El sistema así aparece como un paralelismo del seguro para los automóviles, en donde sólo un coche cuyo dueño declara su estado óptimo puede estar asegurado. Resulta, entonces, que en el derecho a la salud que prima en el espíritu de estas empresas no existe la concepción del cuidado de la vida humana, sino que sus clientes parecen objetos.

Y es aquí que quiero subrayar que estas expresiones que rozan cierto “darwinismo social” resultan contrarias a la preservación de la salud de las personas. Esta concepción de la ganancia como resultado de una actividad privada y en la cual el Estado no puede ni inmiscuirse ni controlar nos refleja que quedan resabios de otra época, resabios de los años noventa, en que el mercado aparece como ese espacio tan magnífico en donde todo es posible, donde estas empresas iban a competir por cuál iba a ofrecer el mejor servicio de salud y esta competencia redundaría en una mejor estructura de precios y costos. Ahora, lo que observamos es que claramente estas empresas compiten, pero por ver cuál se apropia de una porción mayor de los ingresos de sus clientes a través de las subas de los aranceles.

Por todo ello es que me doy cuenta de que estamos en otro “clima de época”, y estoy segura de que, más allá de que haya habido presiones para la no aprobación de esta ley, estamos realizando un ejercicio de justicia y de revitalización de las funciones estatales de control, porque es la única forma en que podremos confiar que el derecho a la salud es cumplido total y cabalmente por estas empresas y que, además, sus usuarios no están desprotegidos ni tampoco son discriminados por padecer alguna afección.

Espero que podamos, entonces, entender que el derecho social al cuidado de la salud es un derecho que no puede someterse a los arbitrios más caprichosos del mercado; es una cuestión por la que debemos velar día tras día.

13

**INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO PAROLI**

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

En el día de hoy nos aprestamos a subsanar una falencia en la legislación de una parte importante del sistema de salud argentino. Las llamadas “empresas de medicina prepaga” atienden al 17 % de nuestra población y registran un importante ritmo de crecimiento en su total de afiliados.

Se trata de un servicio al que aspiran las familias como forma de protección de su bienestar personal. No dejamos de notar también que es una forma de escapar a un sistema de salud público que no cumple con sus expectativas.

Este marco normativo protegerá a los usuarios en múltiples aspectos, uno de los cuales es la claridad del vínculo contractual, que en muchos casos en la situación actual presentaba trabas para la rescisión, generando deudas a las familias.

Un segundo aspecto a destacar es la imposibilidad de rechazar a los nuevos afiliados con el pretexto de sus enfermedades preexistentes. A mi entender, esto pone en situación de igualdad a las personas, al no ser discriminadas por un motivo ajeno a ellas, como lo es padecer de ciertas afecciones.

La prohibición de incremento de cuota a los afiliados de más de 65 años terminará con una injusta práctica que castigaba a los mayores y alentaba la captación de personas jóvenes porque representan un menor gasto promedio para las empresas de medicina prepaga. Lejos de ser un mercado igualitario, las empresas elegían sus clientes según su conveniencia financiera.

Asimismo, la obligación de las empresas privadas de abonar los servicios de quienes utilizan el sistema público es una medida de equidad que permitirá recuperar en parte el gasto realizado por el Estado, obteniendo los fondos de quienes reciben.

Creo, en suma, que con esta ley damos un gran paso al aportar solidaridad a un sistema que complementa al estatal, pero no lo reemplaza. Asimismo, me gustaría que en un futuro no muy lejano abordáramos de una manera integral y realista el sistema público de salud en la Argentina, para adaptarlo a los requerimientos de este tiempo.

Una propuesta que deseo mencionar es lo que en otros sistemas de salud se conoce como “coordinación de beneficios”, que permite que las distintas coberturas de salud de una persona se acumulen y cubran un mayor porcentaje. Es decir, quien posee más de una cobertura –por su trabajo, su propia elección o como

extensión del beneficio de un familiar– puede hacer uso de todas al mismo tiempo, a través de un sistema de prelación en el pago.

Por todo esto, adelanto mi voto positivo a la presente ley.

14

**INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR
DIPUTADO QUIROGA**

Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

Creo pertinente aclarar que esta ley “perfectible” debe llegar a este recinto con todas las variables contempladas por las respectivas comisiones, y no ser éste el lugar donde debamos señalar los errores u omisiones que presenta. Pero, en relación al proyecto de regulación de las prepagas, creo debe ser así: es necesario un marco regulatorio que morigere este sistema de cobertura que tantos argentinos utilizan.

La inclusión de toda persona, sin discriminación alguna, ni etaria ni de enfermedad prevalente y que englobe todas las prestaciones que exige el PMO (Plan Médico Obligatorio de Emergencia, resolución 201/2002 M.S. y su posterior modificación mediante la resolución 310/2004) como se exige a todas las obras sociales sindicales, debe ser así. Existen algunas lagunas que creo deben ser saneadas antes de la sanción, como, por ejemplo, lo expresado en el artículo 9°, por cuanto si los usuarios deciden rescindir el contrato, lo pueden hacer sin más que un aviso de 30 días de antelación. En este sentido, creo que no debe haber período de carencia en la utilización del servicio de salud, pero también creo que debería haber una cláusula de período de permanencia prudencial, para el normal funcionamiento de la empresa de la salud actuante. Como es el caso de los teléfonos celulares, que exigen un tiempo mínimo de 12 meses, para luego disponer del mismo y de sus servicios como lo considere el usuario. Por la misma razón y con mayor fundamento, por tratarse de la salud de los argentinos, creo que esto debe ser incluido en el articulado del presente proyecto.

Mucho hemos escuchado en estos días, como por ejemplo que este sistema va a colapsar, que la quiebra es ineludible para muchas prepagas, pero en realidad desde la sanción de la ley 24.754 (medicina prepaga) el 28 de noviembre de 1996 y su promulgación el 23 de diciembre de 1996, se establece en el artículo 1° que “las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mis-

mas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660 (obras sociales), 23.661 (seguro de salud) y 24.455 (cobertura médico-asistencial para enfermos de sida y drogodependientes) y sus respectivas reglamentaciones”; de esto hace ya 15 años, y durante todo ese tiempo deliberadamente muchas prepagas han omitido su acatamiento.

Pareciera que este Congreso Nacional debiera ser presa del lobby de los privados. Así se plantea como polémico para el sector involucrado el artículo 10 en referencia a las carencias y declaración jurada. El señor Claudio Belocoppitt señaló que la incorporación de afiliados con enfermedades preexistentes (artículo 10 del proyecto de ley) “es de imposible cumplimiento”, y de darse esta situación (la aprobación del presente proyecto sin modificaciones), alertó que “obligará al Estado a hacerse cargo de atender a toda esa población, agravando –sin duda– la crisis que hoy padece el sistema de salud pública”. A mi entender, ¡debemos terminar con declaraciones apocalípticas! Hay que nivelar para arriba y salir de la mediocridad, no se puede elegir enfermos sanos para hacer plata, la medicina prepaga justamente es para eso: pago por anticipado por si surge alguna eventualidad en la salud de algún miembro del grupo familiar. Todo negocio contempla riesgos, y el de la medicina prepaga no es la excepción. Ciencia se hace en el hospital público. Estoy convencido de que no se persigue otro fin en el sistema privado de salud más que el financiero, destacando algunas excepciones donde se dedican a la investigación.

En el mismo marco el mismo actor dijo: “sólo 12 socios de Swiss Medical consumirán este año alrededor de 24 millones de pesos, por lo que si esa cifra se elevara a 200 casos con características similares, el consumo anual ascendería a 400 millones de pesos”.

Ahora yo pregunto... ¿Cuántos afiliados posee la empresa? ¿Todos son enfermos graves que utilizan diariamente, semanalmente o mensualmente el servicio? ¿No es verdad que sólo un 30% de los afiliados a una prepaga, en general, usan mensualmente el servicio?

Creo que estamos construyendo un Estado más igualitario. Lo importante es avanzar, mirar todos hacia adelante, acompañar lo relevante e importante para la ciudadanía toda y criticar y mejorar lo que no estamos de acuerdo y consensuar para el bienestar general. Basta de poner palos en la rueda y hagamos la historia y no que la historia nos haga a nosotros.

15

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR DIPUTADO SCIUTTO

**Fundamentos del apoyo del señor diputado
al dictamen de mayoría de las comisiones
de Acción Social y Salud Pública y de Legislación
General en las modificaciones introducidas
por el Honorable Senado al proyecto de ley**

que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

En el día de la fecha, nos encontramos tratando en esta Honorable Cámara un proyecto que ya obtuvo sanción del cuerpo en el mes de agosto de 2008, logrando hasta hoy una síntesis del trabajo de diferentes diputados que se desarrolló durante varios años. En nuestro país, el 10 por ciento de la población es usuaria de la medicina prepaga. Este sistema funciona dando cobertura prestacional a casi cuatro millones y medio de argentinos que, durante todo este tiempo, estuvieron regidos por la oferta y demanda libre del mercado, sufriendo las consecuencias que ello conlleva. Estoy convencido de que la salud es un derecho humano fundamental que está por sobre el derecho al comercio.

Las empresas de medicina prepaga son entidades cuyo fin es obtener rentabilidad y utilidades, pero no hay que olvidar que prestan un servicio de salud, por lo que es fundamental el rol del Estado para garantizar y velar por el derecho esencial de la salud.

Hoy, ratificamos la voluntad política para que en la Argentina haya por primera vez una ley que establezca el marco regulatorio de la medicina prepaga, en defensa de los millones de usuarios que utilizan este subsistema de salud. El objetivo central es que este marco regulatorio defienda a los usuarios y al sistema, estableciendo conceptos claros y precisos en relación con el acceso a la prestación y que la prestación mínima esté representada por el Programa Médico Obligatorio. Debemos tener en cuenta que el sistema de salud argentino es claramente complejo, confuso y con una gran variedad de lagunas legales.

Se debe tener en cuenta que la Constitución Nacional y los tratados internacionales que la integran a través del artículo 75, inciso 22, establecen el deber del Estado nacional de garantizar el derecho a la salud de todos y cada uno de los habitantes del país. La CSJN tipifica al Estado como el garante de las prestaciones de salud. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) garantiza en su artículo 12 el derecho a la salud, entendido como “aquel que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Esta garantía alcanza también a las prestaciones de las empresas prepagas de medicina, por ser parte del sistema de salud de nuestro país. En tal sentido, el Estado no puede eludir su responsabilidad, dejando al libre juego del mercado a una actividad de la que él mismo es garante. A su vez, la Carta Magna, en su artículo 42, establece “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”. Asimismo, se establece que “las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados,

al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios". Por último, el artículo 42 expresa que "la legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas en los organismos de control". Esta ley, que hoy estamos debatiendo, pretende proveer legislación acorde con lo establecido por el artículo 42 de nuestra Constitución Nacional, en relación con el sistema de salud argentino y en particular con el subsistema privado de cobertura de salud.

El Estado nacional debe ofrecer a todos los argentinos las herramientas que permitan asegurar la libertad de elección para acceder a lo que cada uno considere el mejor cuidado, con la intención de que no existan discrecionalidades que den lugar a privilegios. Este proyecto presenta al inicio un mecanismo regulatorio para el sector de la medicina prepaga, estableciendo así reglas de juego claras para todos los actores del sistema. De esta forma se destacan la defensa de los usuarios, autorizando y revisando los valores de las cuotas y sus modificaciones, la calidad de los servicios de salud y la imposición de lo indicado en el Programa Médico Obligatorio, como cobertura médica asistencial mínima.

Un punto importante es que no se tome a la edad como criterio de selección para la inclusión en el sistema y que se incluya la imposibilidad de incremento de las cuotas para las personas mayores de 65 años que superen la antigüedad de 10 años como usuarios de una empresa de medicina prepaga. Asimismo, se destaca la aceptación de los tratamientos de las enfermedades preexistentes al momento del inicio en la medicina prepaga elegida.

Estamos frente a un sistema de salud fragmentado compuesto de instancias de índole nacional, provincial y municipal, sumado al subsistema de la seguridad social que refiere a las obras sociales y, por último, el sector privado. El resultado de esta división es la incapacidad de dar respuestas a las constantes exigencias de la población nacional que demanda un sistema de salud respetable. Es por eso que valoro el tratamiento de este proyecto, ya que viene a dar solución a una parte de esa problemática general, mejorando su calidad de prestación de salud. Es necesario que el Estado actúe en la regulación de las prepagas.

Esta ley tendrá consecuencias directas sobre cuatro millones y medio de usuarios o afiliados, quienes por la falta de un marco legal adecuado quedaban en un estado absoluto de vulnerabilidad ante las decisiones unilaterales o discrecionales tomadas en el sector.

Debo destacar que el proyecto que estamos tratando intenta incorporar condiciones generales de aplicación en todo el territorio nacional, en un espacio donde aún

no existen las regulaciones necesarias. Se intenta dar un paso muy importante para generar condiciones de previsibilidad y seguridad en la salud.

Éste es un momento histórico en el que se presentan las condiciones básicas y fundamentales para comenzar a reglar este amplio espacio de cobertura de salud, que es utilizado por un considerable porcentaje de la población argentina; es una gran oportunidad para comenzar a regular un sistema que garantice y asegure las mejores prestaciones a todos, ya que la salud es el eje del desarrollo de una nación.

Esencialmente, esta ley prevé que los aumentos de las cuotas deberán ser anteriormente aprobados por la autoridad de aplicación. Las empresas deberán prestar como mínimo todos los servicios a que están obligadas las obras sociales sin necesidad de antigüedad. No podrán rechazar afiliaciones por enfermedades previas. Los modelos de contratos deberán ser previamente revisados por el Ministerio de Salud y no podrán aumentarse las cuotas de las personas mayores de 65 años que tengan 10 años de antigüedad en el sistema. Finalmente, se garantiza el traspaso a otra empresa similar, en caso de quiebra, entre otras regulaciones.

16

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA STORANI

Fundamentos del apoyo de la señora diputada al dictamen de mayoría de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General en las modificaciones introducidas por el Honorable Senado al proyecto de ley que le fuera pasado en revisión por el que se regulan las entidades de medicina prepaga

Me parece muy importante que nos aboquemos a debatir el proyecto que tuvo su origen en esta Cámara y viene con modificaciones del Senado, y que tiene que ver con una responsabilidad indelegable del Estado, como es la regulación de uno de los sectores que conforman la salud pública, tal es la medicina prepaga.

El derecho a la salud es uno de los derechos más relevantes y constitutivos de la persona. Hace a la calidad y a la dignificación de la persona. Tanto la salud como la educación pública son roles indelegables del Estado, y cuando tienen un buen nivel de prestación, garantizan la igualdad y la accesibilidad al sistema.

Actualmente, 16.500.000 personas son beneficiarias de la salud pública, y aproximadamente 4,5 millones utilizan la medicina prepaga. El hecho de que este sector de medicina prepaga haya crecido tanto nos tiene que llamar la atención, ya que entonces hay falencias en el subsector público. Cuando la gente busca una cobertura de salud aceptable y no la encuentra en el sector público, entonces va al sector de las prepagas o medicina privada. Mucha gente con mucho esfuerzo logra completar una cuota y acceder a la medicina

prepara. Pero, al no existir una regulación del Estado, los afiliados a las empresas quedan en un estado de vulnerabilidad ante las decisiones unilaterales o discrecionales que toma la empresa, y según la seriedad de ella se encuentran las soluciones recién cuando se recurre a la justicia. Muchas veces termina siendo la Justicia la que garantiza a los ciudadanos el recibir la prestación por parte del Estado. Investigando el motivo de los juicios vemos que varias de estas empresas no reconocían ciertos tratamientos básicos de salud, o sea no cumplían con PMO, Programa Médico Obligatorio, y había aumento de las cuotas sin motivo. Además, no reconocían las prestaciones básicas para las personas con discapacidad, ley 24.901, que a partir de esta regulación deberán cumplir.

Es tan importante este debate que, a partir de ahora es fundamental garantizar derechos, nivelar hacia arriba, poder debatir qué sistema de salud queremos los argentinos, y avanzar con el Seguro Nacional de Salud, que se garantice igual calidad de prestación ante enfermedades crónicas y de baja incidencia.

Consideramos también que el órgano de aplicación debe ser el Ministerio de Salud de la Nación, el que deberá a partir de esta ley autorizar los contratos de prestaciones y también autorizar los aumentos de las cuotas.

De todos modos, quiero hacer algunas consideraciones sobre el artículo 10. La prohibición de los períodos de carencia puede poner en riesgo la subsistencia del sistema, ya que no todas las empresas de medicina privada son poderosas económicamente para sostener esta prohibición. También se podría establecer un plazo mínimo de contrato para evitar que los usuarios no fluctúen a niveles que pongan en riesgo la solvencia financiera de las aseguradoras.

Es verdad que esta ley no es perfecta, pero puede mejorarse cuando se la reglamente, o también es probable que tengamos que presentar alguna modificación de algún artículo, pero lo que no podemos dejar de hacer es votarla, ya que no podemos demorar más en que este sector tenga una regulación.

Me parece fundamental comenzar en esta Cámara a debatir qué salud queremos los argentinos, el financiamiento de la salud y el seguro nacional de salud.

los miembros de nuestro bloque han sido impulsores decisivos en el tratamiento de esta materia. Quiero destacar en particular la dedicación y contracción al trabajo que en este punto ha demostrado el diputado por la provincia de Buenos Aires, el compañero Gustavo Ferrari.

No ha sido principal motor de nuestra preocupación el hecho de que organismos internacionales ciernan sobre nuestro país la amenaza de una sanción, sino la firme convicción de que el tema del lavado de activos requiere un tratamiento urgente, definitivo y coordinado de los cuerpos legislativos.

Celebramos la incorporación de modificaciones al proyecto original. Ellas han resultado enriquecedoras y han puesto en evidencia buena voluntad política por parte de los distintos actores que participamos en este proceso.

Como bien expresaba el diputado Ferrari, “el GAFI en algún momento iba a plantear la cantidad de deficiencias que tenía el sistema. Evidentemente, el máximo responsable de llevar adelante las políticas en esta materia y de impulsar los cambios necesarios era el gobierno. Por lo tanto, no era necesario que el GAFI nos plantee la necesidad imperiosa de tener un cambio en esta materia; necesidad que –como dijimos varios– vimos y por eso presentamos proyectos de ley desde el año pasado”.

Al combatir el lavado de dinero, de activos, como se prefiere definir, estamos atacando el plexo del terrorismo, del narcotráfico, porque constreñimos su capacidad de financiamiento.

De allí nuestra insistencia, de allí nuestro permanente reclamo de atención acerca del asunto que hoy tratamos. La Argentina postergó irresponsablemente la resolución de este asunto; fuimos remendando la normativa vigente y en particular lo referido a la ya mencionada UIF, unidad ésta que merecerá un análisis posterior en cuanto a su uso, muchas veces constituida en una suerte de policía política para los opositores.

No es éste el espíritu que debe regir esta unidad. Debemos celar sobre esta repartición para que sea lo que debe ser, se aboque a lo que se tiene que abocar y esté preservada de las pasiones del funcionario que transitoriamente pase por ella.

Probablemente, como toda obra humana, esta ley