

PROYECTO DE LEY

El Senado y la Cámara de Diputados sanciona con fuerza de ley

LEY DE FORTALECIMIENTO, TRANSPARENCIA Y SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

CAPÍTULO I

Objeto, Finalidad y Principios Rectores

Artículo 1°.- Objeto. La presente ley tiene por objeto fortalecer el Sistema Nacional del Seguro de Salud, preservar el carácter solidario y la afectación específica de los recursos de la seguridad social destinados a la cobertura médico-asistencial, garantizar su administración transparente y eficiente, asegurar la continuidad, accesibilidad y calidad de las prestaciones de salud, y consolidar mecanismos permanentes de control institucional, participación ciudadana y evaluación de la sustentabilidad del sistema.

Artículo 2°.- Principios rectores. La interpretación, aplicación y reglamentación de la presente ley deberán ajustarse a los siguientes principios:

- a) universalidad del derecho a la salud;
- b) solidaridad como principio rector del financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud;
- c) equidad en el acceso a las prestaciones;
- d) continuidad y progresividad de la cobertura médico-asistencial;
- e) eficiencia, eficacia y sustentabilidad en la administración de los recursos de la seguridad social;
- f) transparencia, publicidad activa y rendición de cuentas;
- g) integridad institucional y prevención de los conflictos de intereses;
- h) participación ciudadana y control democrático;
- i) acceso a la información pública;
- j) libre elección del Agente del Seguro de Salud, en los términos establecidos por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y sus modificatorias;
- k) protección de la naturaleza jurídica y de la afectación específica de los aportes y contribuciones destinados al financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

CAPÍTULO II

Del Sistema Nacional del Seguro de Salud y de la separación de regímenes

Artículo 3°.- Separación de regímenes. Restablécese la separación jurídica e institucional entre el régimen de las obras sociales regulado por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y el régimen de las entidades de medicina prepaga regulado por la Ley N° 26.682.

A tal efecto, derógase el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660, incorporado por el artículo 270 del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023. En consecuencia, únicamente revestirán la condición de Agentes del Seguro de Salud las entidades comprendidas en los incisos a) a h) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 y aquellas que, conforme a dicha ley, integren el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Artículo 4°.- Régimen jurídico de las entidades de medicina prepaga. Las entidades comprendidas en la Ley N° 26.682 conservarán su régimen jurídico específico como prestadoras de servicios de medicina prepaga.

Su incorporación al Sistema Nacional del Seguro de Salud, la percepción directa de aportes y contribuciones obligatorios de la seguridad social o la adquisición de la condición de Agentes del Seguro de Salud sólo podrán disponerse mediante ley formal del Congreso de la Nación. Ninguna autoridad administrativa podrá alterar dicha condición mediante actos reglamentarios, registrales o interpretativos.

Artículo 5°.- Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud. Sustitúyese el artículo 6° de la Ley N° 23.660 por el siguiente:

“Artículo 6°.- Créase el Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, en el que deberán inscribirse las entidades comprendidas en el artículo 1° de la presente ley.

La inscripción en el Registro constituirá requisito indispensable para percibir y administrar los aportes y contribuciones destinados al financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Las entidades comprendidas en la Ley N° 26.682 no podrán inscribirse en dicho Registro por su sola condición de entidades de medicina prepaga.”

Artículo 6°.- Distribución de aportes y contribuciones. Sustitúyese el artículo 19 de la Ley N° 23.660 por el siguiente:

Artículo 19°.- Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes, en su carácter de agentes de retención, deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes retenidos al personal dentro de los QUINCE (15) días corridos contados desde la fecha en que corresponda el pago de las remuneraciones.

- a) El CIEN POR CIENTO (100 %) de los aportes personales previstos en el inciso a) del artículo 16 será depositado en favor del Agente que le brinde cobertura al trabajador, conforme al procedimiento establecido por la normativa aplicable.
- b) Las contribuciones patronales previstas en el inciso b) del artículo 16 se distribuirán conforme a las siguientes reglas:
 - a. Cuando la persona beneficiaria sea afiliada a la obra social correspondiente a su actividad laboral, el OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85 %) de las contribuciones será depositado en favor de dicho Agente del Seguro de Salud y el QUINCE POR CIENTO (15 %) restante integrará el Fondo Solidario de Redistribución.
 - b. Cuando la persona beneficiaria hubiere ejercido el derecho de opción en favor de un Agente del Seguro de Salud distinto de la obra social correspondiente a su actividad laboral, el CINCUENTA POR CIENTO (50 %) de las contribuciones será depositado en favor del Agente del Seguro de Salud elegido y el CINCUENTA POR CIENTO (50 %) restante integrará el Fondo Solidario de Redistribución.

- c) Los aportes y contribuciones obligatorios de la seguridad social constituyen recursos públicos de afectación específica destinados exclusivamente al financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud. En consecuencia, no podrán ser apropiados, cedidos, transferidos o afectados a sujetos ajenos al sistema, cualquiera fuere el instrumento jurídico utilizado.

CAPÍTULO III

Del Fondo Solidario de Redistribución

Artículo 7°.- Naturaleza y finalidad. El Fondo Solidario de Redistribución constituye un patrimonio de afectación específica integrante del Sistema Nacional del Seguro de Salud, destinado a promover la equidad, la solidaridad y la sustentabilidad del sistema mediante mecanismos objetivos de compensación financiera entre los Agentes del Seguro de Salud.

Los recursos que integran el Fondo sólo podrán aplicarse a los fines previstos en las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y en la presente ley, quedando prohibida su utilización para finalidades ajenas al Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Su administración deberá ajustarse a los principios de legalidad, objetividad, transparencia, publicidad, eficiencia y rendición de cuentas.

Artículo 8°.- Transparencia y publicidad del Fondo. La Superintendencia de Servicios de Salud deberá publicar trimestralmente, en formato abierto, accesible y reutilizable, como mínimo:

- a) los recursos ingresados al Fondo;
- b) la distribución efectuada entre los Agentes del Seguro de Salud;
- c) los criterios técnicos y normativos aplicados para dicha distribución;
- d) los programas, prestaciones o mecanismos financiados;
- e) la identificación de los beneficiarios institucionales de las asignaciones;
- f) el estado patrimonial y la ejecución presupuestaria del Fondo.

Toda la información deberá mantenerse permanentemente actualizada y disponible para consulta pública.

Artículo 9°.- Registro Público de Distribución. Créase el Registro Público de Distribución del Fondo Solidario de Redistribución, de acceso libre, gratuito y permanente, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En dicho Registro deberán publicarse, dentro de los diez (10) días hábiles de efectuadas, todas las transferencias realizadas con cargo al Fondo, indicando como mínimo:

- a) el Agente del Seguro de Salud destinatario;
- b) el monto transferido;
- c) el fundamento normativo y técnico de la asignación;
- d) el programa, prestación o finalidad financiada;
- e) la fecha de la transferencia.

La reglamentación determinará los estándares de interoperabilidad, trazabilidad y reutilización de la información publicada.

CAPÍTULO IV

Transparencia, Integridad y Gobierno Abierto

Artículo 10.- Principio de transparencia activa. Los Agentes del Seguro de Salud deberán garantizar la transparencia en la administración de los recursos de la seguridad social mediante la publicación permanente, completa, veraz, actualizada y accesible de la información prevista en la presente ley, conforme a los principios de publicidad activa, datos abiertos, rendición de cuentas y acceso a la información pública.

Artículo 11.- Publicación obligatoria de información institucional. Los Agentes del Seguro de Salud deberán publicar anualmente, en sus sitios web institucionales y en los demás medios que establezca la reglamentación, como mínimo:

- a) estados contables auditados;
- b) memoria institucional;
- c) presupuesto aprobado y su ejecución;
- d) estructura organizativa;
- e) gastos administrativos;
- f) remuneraciones de las autoridades superiores;
- g) contrataciones cuyo monto supere el límite que establezca la reglamentación;
- h) auditorías internas y externas;
- i) indicadores de gestión y calidad prestacional;
- j) toda otra información cuya publicación resulte necesaria para garantizar la transparencia en la administración de los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Artículo 12.- Auditoría externa e integridad de la información. Los estados contables deberán ser auditados anualmente por profesionales independientes inscriptos en los organismos competentes. Las auditorías deberán pronunciarse sobre la razonabilidad de la información financiera, la correcta aplicación de los recursos de la seguridad social y el cumplimiento de las obligaciones previstas en la presente ley. Los informes de auditoría tendrán carácter público y deberán publicarse juntamente con los estados contables.

Artículo 13.- Programas de integridad institucional. Los Agentes del Seguro de Salud deberán implementar programas permanentes de integridad institucional destinados a prevenir y detectar conflictos de intereses, fraude, corrupción, contrataciones incompatibles y cualquier otra práctica que comprometa la correcta administración de los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud. La reglamentación establecerá los contenidos mínimos de dichos programas.

Artículo 14.- Declaraciones juradas y contrataciones vinculadas. Las máximas autoridades de los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar anualmente declaraciones juradas patrimoniales y de intereses, conforme determine la reglamentación.

Toda contratación celebrada con personas humanas o jurídicas vinculadas directa o indirectamente con miembros de los órganos de administración o fiscalización deberá ser

informada a la Superintendencia de Servicios de Salud y publicada en el sitio institucional del Agente del Seguro de Salud con expresión de su objeto, monto y procedimiento de contratación.

Artículo 15.- Formato de publicación. Toda la información cuya publicidad establece la presente ley deberá publicarse en formato abierto, digital, reutilizable, interoperable y de acceso libre y gratuito, garantizando su disponibilidad permanente, actualización periódica y accesibilidad para todas las personas, de conformidad con los principios de gobierno abierto y transparencia activa.

Artículo 16.- Incumplimiento. El incumplimiento injustificado de las obligaciones de transparencia, publicidad activa, auditoría o integridad institucional previstas en el presente capítulo constituirá falta grave y dará lugar a la aplicación del régimen sancionatorio establecido en la presente ley, sin perjuicio de las demás responsabilidades administrativas, civiles o penales que pudieren corresponder.

CAPÍTULO V

Calidad Prestacional, Evaluación y Sustentabilidad del Sistema

Artículo 17.- Sistema Nacional de Evaluación del Desempeño. Créase el Sistema Nacional de Evaluación del Desempeño del Sistema Nacional del Seguro de Salud, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, con la finalidad de monitorear, evaluar y difundir el desempeño de los Agentes del Seguro de Salud, la calidad de las prestaciones, la eficiencia en la utilización de los recursos y la sustentabilidad del sistema.

Artículo 18.- Indicadores de calidad prestacional. La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá y actualizará un Sistema Nacional de Indicadores de Calidad Prestacional, aplicable a todos los Agentes del Seguro de Salud, que contemplará, como mínimo:

- a) oportunidad y accesibilidad de las prestaciones;
- b) tiempos promedio de autorización y respuesta;
- c) cumplimiento del Programa Médico Obligatorio y de las prestaciones legalmente garantizadas;
- d) acceso oportuno a medicamentos y tecnologías sanitarias;
- e) continuidad de tratamientos;
- f) prevención y promoción de la salud;
- g) gestión de enfermedades crónicas;
- h) reclamos administrativos y judiciales;
- i) satisfacción de las personas beneficiarias;
- j) cualquier otro indicador que la autoridad de aplicación considere pertinente para evaluar la calidad y eficiencia del sistema.

Artículo 19.- Publicación de indicadores. Los indicadores previstos en el artículo anterior deberán publicarse semestralmente mediante un sistema de acceso público, gratuito y de fácil comprensión, que permita efectuar comparaciones objetivas entre los distintos Agentes del Seguro de Salud, preservando la confidencialidad de los datos personales y sensibles conforme a la legislación vigente.

Artículo 20.- Estándares mínimos de desempeño. La autoridad de aplicación establecerá estándares mínimos de calidad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad prestacional, cuyo

incumplimiento reiterado constituirá causal para la aplicación del régimen sancionatorio previsto en la presente ley.

Artículo 21.- Informe Nacional de Sustentabilidad. La Superintendencia de Servicios de Salud elaborará anualmente el Informe Nacional de Sustentabilidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud, con la asistencia de organismos especializados en economía de la salud, seguridad social y evaluación de políticas públicas. El informe deberá ser remitido al Honorable Congreso de la Nación y publicado íntegramente en formato digital de acceso libre.

Artículo 22.- Contenido del informe. El Informe Nacional de Sustentabilidad contendrá, como mínimo:

- a) evaluación actuarial del sistema;
- b) evolución demográfica y epidemiológica de la población beneficiaria;
- c) evolución del gasto sanitario;
- d) análisis de la utilización del Fondo Solidario de Redistribución;
- e) evaluación del financiamiento y de la suficiencia de los recursos;
- f) análisis de prestaciones de alto costo y baja incidencia;
- g) identificación de riesgos para la sustentabilidad financiera del sistema;
- h) evaluación del desempeño prestacional de los Agentes del Seguro de Salud;
- i) recomendaciones técnicas y propuestas de mejora.

Artículo 23.- Utilización del informe. El Informe Nacional de Sustentabilidad constituirá un instrumento permanente para la planificación, evaluación y formulación de políticas públicas en materia de seguridad social en salud y deberá ser considerado por la Comisión Bicameral Permanente prevista en la presente ley para el seguimiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

CAPÍTULO VI

Control Institucional, Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas

Artículo 24.- Comisión Bicameral Permanente. Créase la Comisión Bicameral Permanente de Seguimiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud, integrada por SEIS (6) diputados y SEIS (6) senadores, designados respetando la representación proporcional de los bloques parlamentarios de cada Cámara.

La Comisión ejercerá el control parlamentario permanente sobre la implementación y funcionamiento de la presente ley, sin perjuicio de las competencias propias del Honorable Congreso de la Nación y de los organismos de control.

Artículo 25.- Funciones de la Comisión Bicameral. Serán funciones de la Comisión Bicameral Permanente:

- a) analizar la evolución financiera, prestacional e institucional del Sistema Nacional del Seguro de Salud;
- b) evaluar la administración y distribución del Fondo Solidario de Redistribución;
- c) considerar el Informe Nacional de Sustentabilidad previsto en la presente ley;
- d) requerir informes, antecedentes y documentación a la autoridad de aplicación y a los Agentes del Seguro de Salud;

- e) convocar a funcionarios públicos, especialistas, organizaciones representativas y demás actores vinculados al sistema;
- f) celebrar audiencias públicas;
- g) emitir recomendaciones e informes destinados a fortalecer la transparencia, eficiencia y sustentabilidad del sistema.

Artículo 26.- Consejo Consultivo del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Créase, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, el Consejo Consultivo del Sistema Nacional del Seguro de Salud, como órgano permanente, honorario y de carácter consultivo.

Su finalidad será promover la participación institucional de los distintos sectores vinculados al sistema, fortalecer el diálogo social y formular recomendaciones destinadas al mejoramiento continuo de la calidad, equidad, transparencia y sustentabilidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Artículo 27.- Integración y funcionamiento. El Consejo Consultivo estará integrado por representantes de:

- a) las organizaciones sindicales con personería gremial;
- b) los Agentes del Seguro de Salud;
- c) las entidades de medicina prepaga;
- d) las asociaciones de pacientes;
- e) las organizaciones de personas con discapacidad;
- f) las asociaciones de jubilados y pensionados;
- g) las universidades nacionales;
- h) las entidades científicas y académicas;
- i) los prestadores públicos y privados de servicios de salud;
- j) las organizaciones de defensa de usuarios y consumidores.

La reglamentación garantizará una integración plural, federal, interdisciplinaria y con representación equilibrada de los distintos sectores.

El Consejo aprobará su reglamento interno y celebrará, como mínimo, CUATRO (4) reuniones ordinarias por año.

Artículo 28.- Funciones del Consejo Consultivo. El Consejo Consultivo tendrá las siguientes funciones:

- a) emitir recomendaciones sobre el funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud;
- b) elaborar informes técnicos;
- c) proponer medidas para fortalecer la transparencia, la calidad prestacional y la sustentabilidad financiera;
- d) analizar los indicadores previstos en la presente ley;
- e) emitir opinión sobre el Informe Nacional de Sustentabilidad;
- f) promover mecanismos de participación ciudadana y consulta pública.

Las recomendaciones del Consejo no tendrán carácter vinculante. Cuando la autoridad de aplicación adopte decisiones que se aparten de recomendaciones aprobadas por mayoría absoluta del Consejo, deberá expresar los fundamentos técnicos y jurídicos que justifiquen dicha decisión.

Artículo 29.- Audiencia Pública Nacional. La Superintendencia de Servicios de Salud convocará anualmente a una Audiencia Pública Nacional sobre el funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud. En dicha audiencia deberán presentarse, como mínimo:

- a) el Informe Nacional de Sustentabilidad;
- b) los indicadores de desempeño del sistema;
- c) la ejecución del Fondo Solidario de Redistribución;
- d) los principales indicadores financieros;
- e) las recomendaciones emitidas por la Comisión Bicameral Permanente y por el Consejo Consultivo.

La convocatoria será pública y abierta, garantizando la participación de organizaciones sociales, académicas, profesionales, sindicales, empresariales, de usuarios y de la ciudadanía en general.

Las exposiciones, actas, documentos e intervenciones deberán publicarse íntegramente en el sitio web oficial de la Superintendencia de Servicios de Salud dentro de los DIEZ (10) días hábiles de celebrada la audiencia.

CAPÍTULO VII

Régimen Sancionatorio

Artículo 30.- Responsabilidad administrativa. El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley, su reglamentación y las normas dictadas en su consecuencia dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el presente capítulo, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otra naturaleza que pudieren corresponder.

La aplicación de sanciones deberá respetar los principios de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad, debido proceso, derecho de defensa y motivación suficiente del acto administrativo.

Artículo 31.- Sanciones. Según la naturaleza, gravedad y reiteración del incumplimiento, la autoridad de aplicación podrá disponer, previo procedimiento administrativo, las siguientes sanciones:

- a) apercibimiento;
- b) multa;
- c) imposición de planes obligatorios de regularización o adecuación;
- d) suspensión de beneficios administrativos previstos por la normativa vigente;
- e) intervención administrativa temporaria, en los casos previstos por la legislación aplicable;
- f) remoción de autoridades, cuando corresponda conforme a la legislación vigente.

Las sanciones previstas en este artículo podrán aplicarse en forma independiente o conjunta, de manera fundada y proporcional a la gravedad de la infracción.

Artículo 32.- Criterios de graduación. Para la determinación de la sanción deberán considerarse, entre otros, los siguientes criterios:

- a) la gravedad y naturaleza del incumplimiento;

- b) el perjuicio ocasionado a las personas beneficiarias o al Sistema Nacional del Seguro de Salud;
- c) el monto de los recursos comprometidos;
- d) la reiteración o reincidencia;
- e) el grado de intencionalidad o negligencia;
- f) la conducta asumida durante el procedimiento y las medidas adoptadas para subsanar la irregularidad;
- g) la cooperación prestada a la autoridad de aplicación para el esclarecimiento de los hechos.

Artículo 33.- Medidas preventivas y correctivas. Cuando la naturaleza de la infracción lo aconseje y resulte necesario para garantizar la continuidad de las prestaciones o proteger los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud, la autoridad de aplicación podrá disponer medidas preventivas o correctivas de carácter transitorio, debidamente fundadas y proporcionales, sin perjuicio del procedimiento sancionatorio correspondiente.

Tales medidas no tendrán carácter punitivo y deberán limitarse estrictamente al tiempo y alcance necesarios para prevenir o corregir los riesgos detectados.

CAPÍTULO VIII

Disposiciones Transitorias y Finales

Artículo 34.- Adecuación administrativa. La Superintendencia de Servicios de Salud y la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA), en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán adecuar los registros, sistemas informáticos, padrones, procedimientos de opción y mecanismos de recaudación, distribución e imputación de recursos a las disposiciones de la presente ley, dentro del plazo de CIENTO OCHENTA (180) días corridos contados desde su entrada en vigencia.

La reglamentación garantizará procedimientos claros, accesibles y oportunos que permitan a las personas beneficiarias ejercer sus derechos sin interrupción de la cobertura médico-asistencial.

Artículo 35.- Continuidad de la cobertura y protección de los beneficiarios. La implementación de la presente ley no podrá afectar la continuidad de las prestaciones médico-asistenciales ni alterar los derechos adquiridos de las personas beneficiarias. Los contratos vigentes celebrados con entidades comprendidas en la Ley N° 26.682 conservarán plena validez, garantizándose especialmente:

- a) la continuidad asistencial;
- b) el mantenimiento de la antigüedad;
- c) la continuidad de los tratamientos en curso;
- d) la prohibición de imponer nuevos períodos de carencia o exclusiones fundadas exclusivamente en la adecuación normativa prevista por esta ley.

Artículo 36.- Régimen de transición. Durante el proceso de adecuación previsto en el artículo 34, los importes percibidos o derivados en virtud del régimen anterior serán imputados como pago a cuenta de las cuotas, aportes o diferencias que correspondan conforme al régimen jurídico aplicable.

La reglamentación establecerá los mecanismos necesarios para garantizar una transición ordenada, transparente y sin perjuicio para las personas beneficiarias ni para los Agentes del Seguro de Salud.

Artículo 37.- Evaluación de la ley. Dentro de los TRES (3) años contados desde la entrada en vigencia de la presente ley, el Poder Ejecutivo Nacional remitirá al Honorable Congreso de la Nación un informe integral de evaluación sobre su implementación, resultados e impacto institucional, financiero y prestacional, acompañado, en su caso, de propuestas de adecuación normativa.

El informe deberá elaborarse considerando, entre otros elementos, el Informe Nacional de Sustentabilidad, los indicadores previstos en la presente ley y las recomendaciones formuladas por la Comisión Bicameral Permanente y el Consejo Consultivo.

Artículo 38.- Derogaciones. Deróganse:

- a) el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660, incorporado por el artículo 270 del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023;
- b) el artículo 295 del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, en cuanto incorporó a las entidades comprendidas en la Ley N° 26.682 como Agentes del Seguro de Salud en los términos de la Ley N° 23.661;
- c) el segundo párrafo del artículo 23 de la Ley N° 26.682, incorporado por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 600/2024;
- d) toda otra disposición de igual o inferior jerarquía que se oponga a la presente ley.

Las derogaciones dispuestas por este artículo tienen por finalidad restablecer la separación entre el régimen de las obras sociales y el régimen de las entidades de medicina prepaga respecto de la administración de los aportes y contribuciones obligatorios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Artículo 39.- Cláusula interpretativa. Las disposiciones de la presente ley deberán interpretarse de conformidad con los principios establecidos en su artículo 2°, preservando el carácter solidario del Sistema Nacional del Seguro de Salud, la afectación específica de los recursos de la seguridad social y la continuidad del derecho a la protección de la salud.

Ninguna disposición reglamentaria o administrativa podrá alterar los principios y finalidades establecidos en la presente ley.

Artículo 40.- Vigencia. La presente ley es de orden público y entrará en vigencia el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 41.- Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

Dr. Jorge Neri Araujo Hernández

Diputado de la Nación

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El presente proyecto de ley tiene por finalidad fortalecer institucionalmente el Sistema Nacional del Seguro de Salud mediante la consolidación de un marco jurídico que reafirme su carácter solidario, preserve la afectación específica de los recursos de la seguridad social destinados a la cobertura médico-asistencial y establezca estándares permanentes de transparencia, integridad institucional, evaluación, control democrático y sustentabilidad financiera.

La iniciativa parte de una premisa fundamental: el derecho a la protección de la salud constituye uno de los pilares esenciales del Estado Social y Democrático de Derecho reconocido por nuestra Constitución Nacional y por los instrumentos internacionales de derechos humanos incorporados con jerarquía constitucional. La garantía efectiva de ese derecho requiere no sólo la existencia de prestaciones médico-asistenciales suficientes, sino también instituciones sólidas, mecanismos adecuados de financiamiento y reglas de organización que aseguren la utilización eficiente, transparente y equitativa de los recursos provenientes de la seguridad social.

En los últimos años, el régimen jurídico aplicable al Sistema Nacional del Seguro de Salud experimentó modificaciones de significativa trascendencia institucional, particularmente a partir de las reformas introducidas por los Decretos de Necesidad y Urgencia Nros. 70/2023 y 600/2024. Dichas modificaciones alteraron aspectos centrales del modelo diseñado por las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y 26.682, especialmente en lo relativo a la relación entre los Agentes del Seguro de Salud y las entidades de medicina prepaga, así como respecto de la administración de los aportes y contribuciones obligatorios que integran el sistema de seguridad social.

Sin perjuicio del debate jurídico suscitado en torno a la constitucionalidad y alcances de esas decisiones, este proyecto parte de una convicción institucional más amplia: corresponde al Congreso de la Nación, como órgano representativo del pueblo y de las provincias, definir mediante ley formal la organización del Sistema Nacional del Seguro de Salud, determinar el régimen jurídico de sus instituciones y establecer el destino de los recursos provenientes de la seguridad social, cuya administración involucra un interés público de máxima relevancia constitucional.

La presente iniciativa, sin embargo, no se limita a revertir las modificaciones introducidas por aquellas normas. Su propósito excede ampliamente una simple derogación legislativa. El proyecto procura establecer un nuevo marco institucional que permita fortalecer el sistema sobre la base de principios contemporáneos de buena administración, transparencia, publicidad activa, participación ciudadana, evaluación permanente y control democrático, incorporando herramientas que hasta el presente no integraban de manera sistemática la legislación nacional en materia de seguridad social en salud.

En ese sentido, el fortalecimiento del principio de solidaridad aparece acompañado por un conjunto de mecanismos destinados a garantizar que los recursos administrados por el sistema sean gestionados conforme a criterios objetivos de eficiencia, integridad institucional, responsabilidad y rendición de cuentas. La preservación del financiamiento solidario sólo puede legitimarse plenamente cuando quienes administran esos recursos se encuentran sometidos a estándares rigurosos de transparencia y control.

El proyecto incorpora asimismo instrumentos destinados a evaluar en forma permanente la calidad prestacional, la sustentabilidad financiera y el desempeño institucional del Sistema Nacional del Seguro de Salud, promoviendo un modelo de gestión basado en evidencia, indicadores verificables y procesos continuos de mejora. Ello responde a la necesidad de dotar al sistema de herramientas modernas de gobernanza que permitan anticipar riesgos, corregir desvíos y formular políticas públicas sobre bases técnicas objetivas.

De igual modo, la creación de mecanismos permanentes de participación institucional, control parlamentario y consulta pública procura ampliar la legitimidad democrática de las decisiones vinculadas con la administración de los recursos de la seguridad social, incorporando la experiencia y el conocimiento de los distintos actores que integran el sistema: trabajadores, organizaciones sindicales, prestadores, universidades, asociaciones de pacientes, personas con discapacidad, organizaciones de usuarios y demás instituciones representativas de la sociedad civil.

En consecuencia, la presente ley no pretende restaurar modelos institucionales del pasado ni preservar estructuras corporativas. Su finalidad consiste en proyectar hacia el futuro un Sistema Nacional del Seguro de Salud más transparente, más eficiente, más controlado institucionalmente y más apto para garantizar el derecho a la salud en un contexto caracterizado por crecientes desafíos demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y financieros.

Desde esa perspectiva, el proyecto propone un equilibrio razonable entre la protección del principio solidario que inspira el financiamiento de la seguridad social, el respeto por la libertad de contratación de quienes opten por servicios complementarios de medicina prepaga y la necesidad de fortalecer la capacidad regulatoria del Estado respecto de recursos que poseen una finalidad pública claramente determinada por el ordenamiento jurídico.

Sobre estas bases se estructura la presente iniciativa.

El derecho a la salud como derecho humano fundamental:

El derecho a la protección de la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales reconocidos por nuestro ordenamiento constitucional. Aunque la Constitución Nacional no lo consagra mediante una cláusula única y expresa, su reconocimiento surge de la interpretación armónica de diversas disposiciones constitucionales y de los tratados internacionales de derechos humanos incorporados con jerarquía constitucional por el artículo 75, inciso 22.

En primer lugar, el artículo 14 bis de la Constitución Nacional reconoce expresamente el derecho de los trabajadores a la seguridad social integral e irrenunciable, imponiendo al Estado el deber de otorgar los beneficios correspondientes con carácter de integralidad y solidaridad. Esta previsión constitucional constituye uno de los pilares sobre los cuales se organiza el Sistema Nacional del Seguro de Salud, en tanto integra el conjunto de instituciones destinadas a brindar cobertura frente a contingencias que afectan la vida, la integridad física y el bienestar de las personas.

A ello se suma el artículo 42 de la Constitución Nacional, que reconoce el derecho de consumidores y usuarios a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, imponiendo a las autoridades públicas el deber de proveer a la protección de tales derechos mediante procedimientos eficaces y marcos regulatorios adecuados.

La reforma constitucional de 1994 reforzó significativamente esta tutela al otorgar jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales que reconocen expresamente el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y se comprometen a adoptar medidas destinadas a asegurar la plena efectividad de ese derecho. La Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolló posteriormente el contenido de dicha obligación, señalando que el derecho a la salud comprende no sólo el acceso oportuno a servicios sanitarios de calidad, sino también la existencia de sistemas de salud disponibles, accesibles, aceptables y dotados de recursos suficientes para garantizar su funcionamiento efectivo.

En igual sentido, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —Protocolo de San Salvador— reconoce el derecho a la salud como un bien público cuya satisfacción exige la adopción de políticas estatales orientadas a asegurar el acceso universal a prestaciones adecuadas.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad impone a los Estados la obligación de garantizar a las personas con discapacidad el acceso, en igualdad de condiciones con las demás, a servicios de salud de calidad, sin discriminación y respetando plenamente su dignidad y autonomía personal.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido reiteradamente que la protección de la salud constituye una obligación impostergable del Estado. La doctrina constitucional ha señalado igualmente que la protección de los derechos sociales no puede agotarse en su proclamación normativa, sino que requiere instituciones capaces de hacerlos efectivos. El derecho a la salud no depende exclusivamente de la existencia de prestadores médicos o de prestaciones individuales, sino también de la organización del sistema que financia, regula y garantiza el acceso equitativo a dichas prestaciones.

Desde esta perspectiva, el Sistema Nacional del Seguro de Salud constituye uno de los principales instrumentos mediante los cuales el Estado argentino cumple las obligaciones positivas asumidas tanto por la Constitución Nacional como por los tratados internacionales de derechos humanos. La preservación de su equilibrio financiero, de su organización institucional y de la afectación específica de sus recursos no responde únicamente a razones administrativas o presupuestarias: constituye una exigencia derivada del deber constitucional de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

La naturaleza jurídica de los aportes y contribuciones de la seguridad social:

Uno de los presupuestos jurídicos fundamentales sobre los cuales se estructura el presente proyecto consiste en reafirmar la naturaleza específica de los aportes y contribuciones destinados al financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

La cuestión excede ampliamente un debate de técnica administrativa o de organización institucional. Se trata, en realidad, de definir cuál es el régimen jurídico aplicable a recursos cuya finalidad ha sido expresamente determinada por el legislador para garantizar el funcionamiento de uno de los principales instrumentos de protección del derecho constitucional a la salud.

Los aportes efectuados por los trabajadores y las contribuciones a cargo de los empleadores no constituyen simples erogaciones contractuales ni integran el patrimonio libremente disponible de quienes los generan. Tampoco representan el precio de un servicio individualizado ni la contraprestación de una relación jurídica de naturaleza estrictamente privada. Por el contrario, dichos recursos integran un subsistema de financiamiento de la seguridad social, poseen una finalidad pública legalmente determinada y se encuentran sometidos a un régimen especial de afectación específica cuyo destino sólo puede ser modificado por el Congreso de la Nación mediante ley formal.

La doctrina nacional ha caracterizado históricamente a los recursos de la seguridad social como prestaciones patrimoniales de naturaleza pública destinadas al sostenimiento de un régimen solidario de cobertura frente a contingencias sociales. Ello explica que, una vez ingresados al circuito institucional previsto por la ley, su administración deje de responder a la lógica de la autonomía de la voluntad propia del derecho privado para quedar sometida a los principios de legalidad, solidaridad, universalidad, equidad y control público que caracterizan al derecho de la seguridad social.

En consecuencia, el trabajador conserva plenamente el derecho a elegir, dentro del marco legal vigente, el Agente del Seguro de Salud que administrará la cobertura correspondiente; pero esa facultad de elección no puede confundirse con un supuesto derecho de disposición patrimonial irrestricto sobre recursos que la Constitución y las leyes destinan al financiamiento de un sistema colectivo de protección sanitaria.

Precisamente porque el sistema se financia mediante aportes obligatorios establecidos por ley, el legislador posee la responsabilidad constitucional de determinar su régimen jurídico, establecer mecanismos de redistribución, preservar su sustentabilidad financiera y asegurar que dichos recursos continúen afectados al cumplimiento de la finalidad pública para la cual fueron instituidos.

Esta conclusión encuentra sustento directo en el artículo 14 bis de la Constitución Nacional, que organiza la seguridad social sobre la base de principios de integralidad y solidaridad. Tales principios perderían eficacia si pudiera disponerse libremente del destino de recursos que integran un fondo colectivo creado precisamente para compensar desigualdades, distribuir riesgos y garantizar prestaciones aun respecto de quienes requieren mayores niveles de cobertura.

La preservación de la naturaleza jurídica de estos recursos constituye, por ello, una garantía institucional del propio derecho a la salud. No se tutela un interés corporativo ni un determinado modelo de organización administrativa; se protege la integridad financiera de un sistema cuya finalidad consiste en asegurar cobertura sanitaria para millones de trabajadores y sus familias, independientemente de su edad, condición económica o estado de salud.

Desde esta perspectiva, el proyecto reafirma expresamente que los aportes y contribuciones destinados al Sistema Nacional del Seguro de Salud conservan su naturaleza jurídica de recursos públicos de afectación específica y, en consecuencia, no pueden ser apropiados, cedidos, desviados o utilizados para finalidades distintas de aquellas establecidas por el legislador. Esta previsión no implica desconocer la coexistencia legítima de servicios privados de medicina prepaga ni restringir la libertad contractual de quienes opten por ampliar voluntariamente su cobertura sanitaria. Lo que preserva es un principio distinto y previo: que el financiamiento obligatorio de la seguridad social continúe destinado al cumplimiento de la función pública para la cual fue constitucionalmente concebido.

La necesaria separación entre el Sistema Nacional del Seguro de Salud y las entidades de medicina prepaga:

El presente proyecto reafirma una distinción jurídica que históricamente ha caracterizado al ordenamiento argentino en materia de cobertura sanitaria: la existencia de dos regímenes normativos diferentes, con finalidades, fuentes de financiamiento, mecanismos de organización y responsabilidades institucionales claramente diferenciadas.

Por un lado, las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 estructuran el Sistema Nacional del Seguro de Salud como un régimen de seguridad social financiado mediante aportes y contribuciones obligatorios, organizado conforme a principios de solidaridad, redistribución y universalidad. Por otro, la Ley N.º 26.682 regula la actividad de las entidades de medicina prepaga como prestadoras privadas de servicios de salud, cuya relación con los usuarios se basa esencialmente en contratos voluntarios celebrados en el ámbito del derecho privado, sujetos a un régimen específico de regulación estatal destinado a proteger a los consumidores y usuarios de dichos servicios.

Ambos sistemas cumplen funciones relevantes dentro del sistema sanitario argentino y pueden coexistir armónicamente. Sin embargo, responden a lógicas jurídicas diferentes. Mientras el Sistema Nacional del Seguro de Salud procura garantizar el acceso universal mediante mecanismos solidarios de redistribución de recursos, las entidades de medicina prepaga desarrollan una actividad empresarial orientada a la prestación de servicios de salud bajo modalidades contractuales libremente convenidas.

La existencia de uno de estos regímenes no excluye al otro. Por el contrario, la experiencia nacional e internacional demuestra que la coexistencia entre sistemas públicos o de seguridad social y coberturas privadas complementarias constituye una característica frecuente de los sistemas sanitarios contemporáneos. Precisamente por ello resulta indispensable preservar la identidad jurídica de cada uno de ellos.

La incorporación de entidades cuya finalidad principal consiste en desarrollar actividades de medicina prepaga al régimen propio de los Agentes del Seguro de Salud genera una alteración significativa de esa arquitectura institucional y produce efectos que trascienden la mera organización administrativa del sistema. En primer lugar, modifica la naturaleza del sujeto autorizado para administrar recursos provenientes de la seguridad social. En segundo término, altera el funcionamiento del mecanismo redistributivo que caracteriza al Sistema Nacional del Seguro de Salud, particularmente respecto del Fondo Solidario de Redistribución, concebido como instrumento destinado a compensar asimetrías financieras derivadas de las distintas características demográficas, epidemiológicas y prestacionales de la población cubierta por cada agente. Finalmente, introduce una superposición de regímenes jurídicos que puede generar incertidumbre respecto de las responsabilidades institucionales, los mecanismos de control, la aplicación de las normas de la seguridad social y el alcance de las potestades regulatorias del Estado.

La finalidad del presente proyecto consiste, precisamente, en restablecer la claridad institucional del sistema. Ello no supone excluir a las entidades de medicina prepaga del sistema sanitario argentino ni impedir que continúen desarrollando plenamente su actividad conforme al régimen previsto por la Ley N.º 26.682. Tampoco implica limitar la posibilidad de que los beneficiarios contraten coberturas adicionales, planes superadores o prestaciones complementarias mediante relaciones contractuales libremente celebradas. Lo que se propone es preservar la separación

funcional entre un régimen de seguridad social financiado mediante recursos de afectación específica y un régimen empresarial sustentado en contratos privados.

La experiencia comparada demuestra que la claridad institucional constituye una condición indispensable para asegurar la transparencia regulatoria, evitar conflictos de intereses y fortalecer la estabilidad financiera de los sistemas de cobertura sanitaria. Cuando las fronteras entre ambos modelos se diluyen, también se debilitan los mecanismos de control, se dificulta la adecuada asignación de responsabilidades y aumenta la incertidumbre respecto del destino de recursos que poseen una finalidad pública expresamente determinada por la ley.

En consecuencia, la presente iniciativa reafirma que la condición de Agente del Seguro de Salud sólo puede ser atribuida por el Congreso de la Nación mediante ley formal, preservando así el principio de reserva de ley en materia de seguridad social y evitando que decisiones administrativas o reglamentarias alteren la estructura institucional definida por el legislador.

Solidaridad, equidad y sustentabilidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud:

La solidaridad constituye el principio estructural sobre el cual se organiza el Sistema Nacional del Seguro de Salud y representa una de las manifestaciones más relevantes del constitucionalismo social incorporado por nuestra Ley Fundamental. En materia de seguridad social, la solidaridad no constituye una mera declaración programática ni un principio de inspiración ética. Es un verdadero criterio jurídico de organización institucional que orienta el financiamiento, la distribución de recursos y la asignación de prestaciones dentro del sistema.

Gracias a este principio, el acceso a la cobertura médico-asistencial no depende exclusivamente de la capacidad contributiva individual ni del nivel de utilización que cada persona realice de los servicios de salud. Por el contrario, los riesgos sanitarios son compartidos colectivamente, permitiendo que quienes presentan menores necesidades asistenciales contribuyan al sostenimiento de quienes requieren mayores niveles de protección.

Este mecanismo de redistribución adquiere especial importancia en un contexto caracterizado por el progresivo envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, la incorporación permanente de tecnologías sanitarias de elevado costo y el crecimiento sostenido de los tratamientos de alta complejidad.

En estas condiciones, la preservación del Fondo Solidario de Redistribución deja de constituir una cuestión meramente financiera para convertirse en una condición indispensable de sostenibilidad del sistema. Su finalidad consiste precisamente en compensar las desigualdades derivadas de la diferente composición demográfica, epidemiológica y económica de la población afiliada a cada Agente del Seguro de Salud, evitando procesos de segmentación o selección adversa que podrían comprometer la cobertura de los sectores con mayores necesidades asistenciales.

La experiencia internacional demuestra que la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social depende de la existencia de mecanismos eficaces de compensación de riesgos. La fragmentación del financiamiento, la concentración de beneficiarios de bajo riesgo en determinados subsistemas y la pérdida de capacidad redistributiva constituyen factores que debilitan progresivamente la equidad del conjunto del sistema y generan crecientes dificultades para garantizar el acceso universal a prestaciones oportunas y de calidad. Por ello, el presente proyecto reafirma el principio de solidaridad no sólo como fundamento histórico del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sino también como una condición indispensable para asegurar su

viabilidad futura, preservando un modelo de protección que permita conciliar libertad individual, eficiencia institucional y justicia distributiva.

La distribución de los aportes personales y de las contribuciones patronales:

La presente iniciativa introduce un criterio de distribución de los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud que procura armonizar el derecho de opción de las personas beneficiarias con la preservación del principio de solidaridad que constituye uno de los pilares estructurales de la seguridad social argentina. Con ese propósito, el proyecto distingue expresamente entre los aportes personales del trabajador y las contribuciones patronales, atendiendo a la diferente naturaleza jurídica y finalidad que cada uno de estos recursos posee dentro del sistema.

Los aportes personales representan el esfuerzo contributivo directo del trabajador y guardan una vinculación inmediata con el ejercicio de su derecho de elección. Por ello, el proyecto dispone que el CIENTO POR CIENTO (100 %) de dichos aportes sea destinado al Agente del Seguro de Salud libremente elegido por el beneficiario, reafirmando de ese modo la plena vigencia del derecho de opción reconocido por la legislación nacional.

Distinta es la función que cumplen las contribuciones patronales. Éstas no sólo financian la cobertura individual de cada beneficiario, sino que constituyen uno de los principales instrumentos para sostener la solidaridad intrínseca del Sistema Nacional del Seguro de Salud y garantizar su sustentabilidad financiera. Las obras sociales de actividad asumen responsabilidades institucionales permanentes que exceden la mera administración de prestaciones médicas, en tanto organizan la cobertura sanitaria de colectivos laborales determinados, mantienen estructuras prestacionales estables y participan activamente de los mecanismos redistributivos previstos por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661. Tales funciones justifican que el legislador establezca un régimen diferenciado para la distribución de las contribuciones patronales, preservando el criterio tradicional de asignación del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85 %) a la obra social de actividad y del QUINCE POR CIENTO (15 %) al Fondo Solidario de Redistribución cuando el trabajador permanece en ella, e incrementando la participación del Fondo cuando el beneficiario ejerce el derecho de opción hacia otro Agente del Seguro de Salud.

Esta solución no restringe, condiciona ni desnaturaliza el derecho de opción. El trabajador conserva íntegramente la libertad de elegir el Agente del Seguro de Salud que administrará su cobertura y mantiene la totalidad de sus aportes personales afectados a esa elección. Lo que el proyecto regula es exclusivamente el destino de las contribuciones patronales, materia que integra el diseño financiero del Sistema Nacional del Seguro de Salud y cuya organización corresponde al Congreso de la Nación en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 14 bis de la Constitución Nacional. En consecuencia, el criterio de distribución adoptado constituye un mecanismo razonable y proporcionado destinado a evitar procesos de desfinanciamiento de las obras sociales de actividad, fortalecer el Fondo Solidario de Redistribución y asegurar la continuidad de un sistema basado en la solidaridad, la equidad y la sustentabilidad.

Transparencia, integridad institucional y gobierno abierto:

La preservación del carácter solidario del Sistema Nacional del Seguro de Salud exige necesariamente fortalecer la confianza pública en las instituciones encargadas de administrar los recursos provenientes de la seguridad social.

La solidaridad constituye el fundamento del financiamiento; la transparencia constituye el fundamento de su legitimidad democrática.

Durante décadas, gran parte del debate público en torno al funcionamiento de las obras sociales se concentró en aspectos vinculados con la administración de recursos, la eficiencia de la gestión, los mecanismos de control y la publicidad de la información. Más allá de las particularidades de cada institución, resulta innegable que la magnitud de los recursos administrados por el Sistema Nacional del Seguro de Salud exige estándares de transparencia equivalentes a los que rigen para cualquier otra organización que gestione fondos de afectación pública.

El presente proyecto parte de una premisa sencilla pero fundamental: la defensa del sistema solidario sólo puede sostenerse políticamente si se acompaña de mecanismos eficaces de publicidad activa, auditoría independiente, acceso a la información y rendición de cuentas.

No basta con afirmar que los recursos de la seguridad social poseen una finalidad pública. Resulta igualmente necesario garantizar que su utilización pueda ser conocida, evaluada y controlada por los organismos competentes, por el Congreso de la Nación y por la ciudadanía.

En ese sentido, la iniciativa incorpora un régimen integral de transparencia que supera ampliamente las exigencias actualmente previstas por la legislación vigente. La publicación periódica de estados contables auditados, presupuestos, gastos administrativos, contrataciones relevantes, indicadores de gestión y demás información institucional deja de constituir una práctica voluntaria para transformarse en una obligación legal permanente.

Este régimen encuentra fundamento en los principios republicanos de publicidad de los actos de gobierno, responsabilidad en el ejercicio de funciones de interés público y acceso a la información, todos ellos reconocidos por la Constitución Nacional, la Ley N.º 27.275 de Derecho de Acceso a la Información Pública y los compromisos internacionales asumidos por la República Argentina en materia de gobierno abierto y lucha contra la corrupción.

La transparencia activa constituye hoy un estándar consolidado del derecho público contemporáneo. No supone únicamente responder solicitudes de información formuladas por los ciudadanos, sino poner a disposición de la sociedad, de manera permanente, accesible y comprensible, aquellos datos cuya difusión resulta indispensable para permitir un control efectivo sobre la utilización de recursos públicos.

La incorporación de formatos abiertos, reutilizables e interoperables responde precisamente a esa lógica. El acceso a la información no puede quedar condicionado por obstáculos tecnológicos, barreras administrativas o limitaciones derivadas de sistemas cerrados de publicación.

Asimismo, el proyecto incorpora programas permanentes de integridad institucional destinados a prevenir conflictos de intereses, prácticas incompatibles, fraude y corrupción. La experiencia comparada demuestra que los sistemas modernos de gobernanza pública no se limitan a sancionar irregularidades una vez producidas, sino que procuran prevenirlas mediante reglas claras de conducta, mecanismos de detección temprana y procedimientos permanentes de control.

La transparencia, en consecuencia, deja de ser concebida como un instrumento meramente administrativo para convertirse en un verdadero principio rector del Sistema Nacional del Seguro

de Salud, íntimamente vinculado con la protección del derecho a la salud y con la adecuada utilización de recursos cuya finalidad pertenece al conjunto de la comunidad.

Calidad prestacional y evaluación permanente:

La protección efectiva del derecho a la salud no depende exclusivamente del volumen de recursos disponibles. También exige que dichos recursos sean administrados con criterios objetivos de calidad, eficiencia y resultados.

Durante mucho tiempo, el análisis del funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud se concentró principalmente en variables financieras. Sin embargo, la evolución de las políticas públicas sanitarias demuestra que la sustentabilidad de un sistema no puede medirse únicamente por el equilibrio de sus cuentas, sino también por la calidad de las prestaciones que efectivamente reciben sus beneficiarios.

La disponibilidad de recursos constituye una condición necesaria, pero no suficiente. El verdadero éxito de un sistema de salud debe evaluarse por su capacidad para brindar prestaciones oportunas, accesibles, continuas y de calidad, respetando la dignidad de las personas y garantizando la igualdad real en el acceso a los servicios sanitarios.

Por esa razón, el presente proyecto crea el Sistema Nacional de Evaluación del Desempeño del Sistema Nacional del Seguro de Salud y dispone la elaboración de indicadores objetivos aplicables a todos los Agentes del Seguro de Salud. La utilización de indicadores constituye actualmente una práctica consolidada en los sistemas sanitarios más desarrollados. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos han destacado reiteradamente la necesidad de que las políticas públicas en salud se apoyen en evidencia objetiva, información comparable y procesos permanentes de evaluación.

Los indicadores previstos por el proyecto permiten medir aspectos esenciales del funcionamiento del sistema, tales como la oportunidad en la atención, los tiempos de autorización de prestaciones, el acceso efectivo a medicamentos, la continuidad de tratamientos, la gestión de enfermedades crónicas, la prevención, la satisfacción de los beneficiarios y la litigiosidad vinculada con la cobertura sanitaria.

La publicación periódica de dicha información favorece múltiples objetivos simultáneamente. En primer lugar, fortalece la transparencia institucional. En segundo término, permite a las personas beneficiarias ejercer con mayor información su derecho de elección dentro del sistema. Asimismo, facilita el control parlamentario y administrativo. Finalmente, promueve una competencia institucional basada en la mejora continua de la calidad prestacional y no exclusivamente en variables económicas.

La incorporación de estándares mínimos de desempeño responde igualmente a una concepción moderna de la regulación pública. El Estado no sólo debe verificar el cumplimiento formal de obligaciones legales; también debe evaluar si el sistema cumple adecuadamente los fines para los cuales fue creado. La evaluación permanente permite identificar tempranamente problemas estructurales, detectar desigualdades territoriales, corregir deficiencias prestacionales y orientar futuras reformas legislativas sobre la base de evidencia empírica y no únicamente de percepciones coyunturales. En definitiva, la calidad asistencial deja de ser considerada un resultado eventual de la buena administración para convertirse en un objetivo jurídico explícitamente protegido por la ley.

Sustentabilidad financiera y planificación estratégica:

Uno de los principales desafíos que enfrentan actualmente los sistemas de seguridad social en todo el mundo consiste en garantizar su sostenibilidad financiera frente a transformaciones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas de creciente complejidad.

El progresivo envejecimiento poblacional, el aumento sostenido de la expectativa de vida, la prevalencia creciente de enfermedades crónicas, la incorporación permanente de medicamentos de alto costo y tecnologías sanitarias innovadoras, así como el incremento de la judicialización de las prestaciones médicas, generan presiones financieras que obligan a fortalecer las capacidades de planificación de los sistemas de salud.

La sustentabilidad no puede identificarse exclusivamente con el equilibrio presupuestario de un ejercicio determinado. Constituye un concepto más amplio que comprende la capacidad institucional del sistema para garantizar, de manera continua y previsible, el acceso efectivo de las generaciones presentes y futuras a prestaciones médico-asistenciales suficientes y de calidad. Por ello, la presente iniciativa incorpora el Informe Nacional de Sustentabilidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud, concebido como un instrumento permanente de planificación estratégica y evaluación técnica.

Su finalidad excede ampliamente la elaboración de un diagnóstico financiero. El informe permitirá integrar información actuarial, epidemiológica, demográfica, prestacional y económica, proporcionando al Congreso de la Nación y a las autoridades competentes una base objetiva para la adopción de decisiones futuras. La incorporación de evaluaciones actuariales constituye una innovación especialmente relevante. Los sistemas modernos de seguridad social requieren anticipar escenarios futuros, identificar riesgos estructurales y estimar el impacto de modificaciones normativas antes de que éstas comprometan la estabilidad financiera del sistema.

De igual manera, el análisis periódico del Fondo Solidario de Redistribución permitirá verificar si los mecanismos de compensación continúan cumpliendo adecuadamente su finalidad redistributiva y si los criterios de asignación resultan suficientes para preservar la equidad entre los distintos Agentes del Seguro de Salud.

La planificación basada en evidencia constituye actualmente uno de los principios rectores de las políticas públicas contemporáneas. La formulación de reformas legislativas sin información técnica suficiente incrementa significativamente el riesgo de adoptar decisiones ineficaces o de generar efectos no previstos sobre el funcionamiento del sistema. En consecuencia, el Informe Nacional de Sustentabilidad se incorpora como una herramienta permanente de Estado, destinada a trascender las coyunturas políticas y proporcionar información objetiva para la mejora continua del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

La responsabilidad institucional en la administración de recursos de la seguridad social:

La administración de recursos provenientes de la seguridad social constituye una función de indudable trascendencia pública. Aunque los Agentes del Seguro de Salud posean naturaleza jurídica diversa, todos ellos ejercen una responsabilidad institucional vinculada con la gestión de fondos cuya finalidad ha sido determinada por el legislador para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Tal circunstancia justifica plenamente que el ordenamiento jurídico establezca deberes especiales de diligencia, integridad, transparencia y responsabilidad respecto de quienes administran dichos recursos.

En esa lógica se inscribe el régimen sancionatorio previsto por el presente proyecto. Su finalidad no es ampliar potestades punitivas de la Administración ni introducir nuevas cargas burocráticas, sino asegurar que las obligaciones de transparencia, publicidad, auditoría y calidad prestacional cuenten con mecanismos eficaces de cumplimiento.

Toda regulación que reconoce derechos debe prever también instrumentos adecuados para garantizar su efectividad. De otro modo, las obligaciones legales correrían el riesgo de convertirse en meras declaraciones programáticas carentes de eficacia práctica. El régimen propuesto respeta plenamente los principios constitucionales de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad, debido proceso y derecho de defensa. Las sanciones previstas poseen naturaleza gradual y permiten adecuar la respuesta estatal a la gravedad objetiva de cada incumplimiento, privilegiando siempre la corrección de las irregularidades y la continuidad de las prestaciones asistenciales.

Desde esta perspectiva, la responsabilidad institucional constituye el complemento indispensable de la autonomía de gestión reconocida a los distintos actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud. La autonomía sólo puede ejercerse legítimamente cuando se encuentra acompañada por mecanismos eficaces de control, supervisión y rendición de cuentas.

El control parlamentario como garantía institucional:

La Constitución Nacional atribuye al Congreso de la Nación la competencia para legislar en materia de seguridad social y para ejercer el control político sobre la actuación de los demás poderes del Estado. El cumplimiento de esa función no se agota con la sanción de las leyes. La complejidad institucional del Sistema Nacional del Seguro de Salud exige también un seguimiento permanente de su evolución financiera, prestacional y organizacional.

Con ese propósito, el proyecto crea la Comisión Bicameral Permanente de Seguimiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud, concebida como un mecanismo institucional destinado a fortalecer el control parlamentario sobre la implementación de la presente ley y sobre la evolución del sistema en su conjunto. No se trata de sustituir las competencias propias de la Superintendencia de Servicios de Salud ni de interferir en las atribuciones constitucionales del Poder Ejecutivo. Por el contrario, la Comisión Bicameral constituye un instrumento de colaboración institucional orientado a mejorar la calidad del control democrático mediante el análisis permanente de información técnica, la convocatoria a especialistas, la realización de audiencias públicas y la elaboración de recomendaciones destinadas a fortalecer el funcionamiento del sistema.

La experiencia comparada demuestra que las políticas públicas de largo plazo requieren ámbitos permanentes de seguimiento parlamentario que permitan evaluar los resultados de las reformas, identificar dificultades en su implementación y promover los ajustes normativos que resulten necesarios.

La articulación prevista entre la Comisión Bicameral, el Informe Nacional de Sustentabilidad y el Consejo Consultivo configura un sistema integrado de evaluación institucional que procura superar modelos de control exclusivamente reactivos para avanzar hacia mecanismos permanentes de seguimiento y mejora continua.

Este enfoque responde a una concepción moderna del control parlamentario, entendido no sólo como una facultad política de fiscalización, sino también como una herramienta destinada a fortalecer la calidad institucional, la transparencia y la eficacia de las políticas públicas.

Evaluación permanente y mejora continua de las políticas públicas:

Uno de los rasgos distintivos del presente proyecto consiste en incorporar mecanismos permanentes de evaluación de resultados. Tradicionalmente, gran parte de la legislación argentina en materia de seguridad social ha concentrado sus esfuerzos en regular competencias, procedimientos y estructuras administrativas, sin establecer instrumentos sistemáticos que permitan verificar posteriormente si los objetivos perseguidos por el legislador efectivamente fueron alcanzados. La incorporación de una cláusula de evaluación periódica responde precisamente a esa necesidad.

El proyecto dispone que, transcurridos tres años desde su entrada en vigencia, el Poder Ejecutivo Nacional remita al Honorable Congreso de la Nación un informe integral sobre los resultados obtenidos, el impacto financiero, institucional y prestacional de la reforma y las eventuales adecuaciones normativas que resulten aconsejables. Esta previsión incorpora al derecho argentino una herramienta ampliamente utilizada en numerosos ordenamientos contemporáneos, conocida como evaluación ex post de la legislación.

La finalidad de este mecanismo consiste en fortalecer la calidad normativa, permitiendo que futuras reformas se apoyen en evidencia empírica y no exclusivamente en apreciaciones coyunturales o debates ideológicos.

La legislación moderna ya no puede concebirse como un conjunto de normas inmutables. Debe entenderse como un proceso dinámico sujeto a evaluación permanente, capaz de incorporar aprendizajes institucionales y adaptarse responsablemente a las transformaciones económicas, sociales, demográficas y tecnológicas que experimenta la sociedad. En consecuencia, la evaluación prevista por el presente proyecto constituye una manifestación del principio de buena administración y de la obligación estatal de revisar periódicamente la eficacia de las políticas públicas implementadas.

Una nueva gobernanza para el Sistema Nacional del Seguro de Salud:

La presente iniciativa propone una transformación institucional cuyo alcance excede ampliamente la revisión de determinadas modificaciones introducidas por normas reglamentarias o de excepción. Su verdadero objetivo consiste en consolidar un nuevo modelo de gobernanza del Sistema Nacional del Seguro de Salud, basado en la articulación equilibrada de principios constitucionales, reglas de buena administración y mecanismos permanentes de control democrático.

El proyecto reafirma el principio de solidaridad como fundamento del financiamiento del sistema, pero simultáneamente incorpora estándares de transparencia, integridad institucional, publicidad activa, evaluación prestacional, planificación estratégica, participación ciudadana y rendición de cuentas que responden a las mejores prácticas contemporáneas en materia de administración pública.

Como dijimos, no procura restaurar esquemas institucionales del pasado ni preservar intereses sectoriales. Tampoco pretende restringir la libertad de contratación de quienes decidan acceder a coberturas complementarias brindadas por entidades de medicina prepaga. Su propósito consiste en preservar la naturaleza jurídica de los recursos provenientes de la seguridad social, garantizar que dichos recursos continúen destinados al cumplimiento de la finalidad pública establecida por el legislador y fortalecer la legitimidad institucional de quienes participan en su administración.

La convivencia entre un sistema solidario de seguridad social y un régimen privado de medicina prepaga no sólo resulta jurídicamente posible, sino socialmente valiosa. Ambos cumplen funciones distintas, responden a lógicas regulatorias diferentes y atienden necesidades diversas dentro del sistema sanitario argentino. Precisamente por ello resulta indispensable preservar la identidad jurídica de cada uno de esos regímenes, evitando superposiciones que puedan afectar la transparencia institucional, la sustentabilidad financiera o la adecuada protección de los derechos de los beneficiarios.

Al mismo tiempo, la presente ley incorpora una concepción moderna del rol del Estado. El Estado no aparece únicamente como regulador ni como administrador de recursos. Asume también la responsabilidad de garantizar información pública de calidad, promover procesos permanentes de evaluación, fortalecer la participación social, prevenir conflictos de intereses, asegurar la integridad institucional y facilitar el control democrático sobre el funcionamiento del sistema.

De este modo, la protección del derecho a la salud deja de descansar exclusivamente en la disponibilidad de recursos económicos para apoyarse también en la calidad de las instituciones encargadas de administrarlos.

La experiencia nacional e internacional demuestra que los sistemas sanitarios más sólidos no son necesariamente aquellos que disponen de mayores recursos financieros, sino aquellos que logran articular adecuadamente solidaridad, eficiencia, transparencia, participación y planificación estratégica. Ese es precisamente el modelo que inspira la presente iniciativa.

Para finalizar, la salud constituye un presupuesto indispensable para el ejercicio de todos los demás derechos fundamentales. Su protección efectiva exige instituciones capaces de garantizar la continuidad, accesibilidad, calidad y sustentabilidad de las prestaciones médico-asistenciales, así como reglas claras para la administración de los recursos que la comunidad destina solidariamente al cumplimiento de esa finalidad. El Sistema Nacional del Seguro de Salud representa una de las principales expresiones del constitucionalismo social argentino y una herramienta esencial para hacer efectivo el mandato contenido en el artículo 14 bis de la Constitución Nacional y en los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional.

Fortalecer ese sistema implica preservar el principio de solidaridad que inspira su financiamiento, reafirmar la naturaleza jurídica de los aportes y contribuciones de la seguridad social, garantizar la transparencia en la administración de los recursos públicos, incorporar mecanismos permanentes de evaluación y control democrático y promover una gestión basada en evidencia, integridad institucional y mejora continua.

La presente ley procura responder a esos objetivos mediante una reforma integral que armoniza los valores históricos de la seguridad social con las exigencias contemporáneas de buena gobernanza pública. Su finalidad última consiste en consolidar un Sistema Nacional del Seguro de Salud más transparente, más eficiente, más sustentable, más participativo y más confiable para todos sus beneficiarios.

Por las razones expuestas, y en la convicción de que la protección del derecho a la salud constituye una responsabilidad indelegable del Estado y un compromiso permanente de la comunidad política organizada, solicitamos a las señoras diputadas y a los señores diputados la aprobación del presente proyecto de ley.

Dr. Jorge Neri Araujo Hernández

Diputado de la Nación