

## PROYECTO DE COMUNICACIÓN

El Honorable Senado de la Nación

Solicita al Poder Ejecutivo Nacional que informe a este cuerpo, mediante el organismo correspondiente, respecto a las siguientes cuestiones vinculadas a los agentes de salud que se encuentran actualmente en actividad:

1. Padrón vigente a la fecha de afiliados comprendidos en el Régimen de Trabajo Especial, en particular respecto a los sujetos comprendidos dentro del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo); indicando el agente del seguro de salud correspondiente
2. Cantidad de reclamos presentados ante las obras sociales y la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, por falta de cobertura a sus afiliados o por negativa de afiliación, determinando el agente de salud en cada caso
3. Cantidad de reclamos pendientes de solución a la fecha
4. Sanciones impuestas por los incumplimientos precitados, conforme ley 23660 y concordantes
5. Cómo es el mecanismo por el cual se depositan los fondos recaudados por al Administración Federal de Ingresos Públicos a las obras sociales, cuando el contribuyente opta por una prepaga, y los plazos que demanda el efectivo depósito.
6. Cuál ha sido el nivel de adecuación por parte de las obras sociales respecto al subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial –SUMARTE- (decreto 1368/13, artículos 6°, 10° y 12°), en cuanto al requisito de no contar con reclamos pendientes de solución al momento de percibir el mismo.

## FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

Los contribuyentes adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo) pagan una cuota mensual conformada también por los aportes a la obra social, salvo determinadas situaciones como el caso de aportar en otro régimen por estar a su vez en relación de dependencia (ver artículo 40° de Anexo ley 26565)

Actualmente gran parte de la población bajo el régimen monotributista, debe abonar dicho aporte, percibiendo una deficiente o nula contraprestación. La gran mayoría de las obras sociales se niega a afiliarlos o bien presta un servicio mínimo que no llega a considerar las prestaciones básicas a que está obligada por ley, como el Plan Médico Obligatorio (PMO), u otras más costosas, según el tiempo de afiliación.

Mientras, la Superintendencia de Servicios de Salud informa al usuario que “Todos los monotributistas tienen garantizado el acceso progresivo a la cobertura de salud desde el inicio de su actividad, pudiendo acceder en forma inmediata a todas las prestaciones pertinentes al nivel ambulatorio y de urgencias y emergencias médicas del Programa Médico Obligatorio, quedando exceptuadas las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales (decreto 01/2010)”. Asimismo, transcurridos los primeros seis meses de afiliación, deberían comenzar a ser beneficiarios de distintas prestaciones alta complejidad. Pero lo cierto es que de hecho los trabajadores no tienen garantizada esta prestación.

En el particular, entiendo necesario contar con la información oficial a fin de contabilizar el universo de contribuyentes y la cantidad de reclamos, de modo tal que se encuentre una solución real y duradera a esta problemática social, que afecta especialmente a los trabajadores que no cuentan con otra opción de cobertura social.

La resolución 075/98 Sssalud prescribe el procedimiento administrativo de reclamos por hechos que afecten la normal prestación médico asistencial. Sin embargo, nada de esto resuelve los percances que deben atravesar los contribuyentes ante una negativa o deficiente prestación. Esto se visualiza claramente si leemos los considerandos del decreto 1368/13 que expresan el alto

porcentaje de reclamos ante la Superintendencia por negativa de afiliación y cobertura de salud para los trabajadores del régimen especial (monotributistas y empleadas de casas particulares) alcanzando casi el 60% de los expedientes en trámite.

Y el decreto 504/98 establece la reglamentación de la opción de cambio, cuestión también debatible, en tanto la negativa por parte de las obras sociales, no hace más que imposibilitar la debida tutela a los derechos de los trabajadores, y desde luego, de sus personas a cargo.

La normativa vinculada, si bien considera distintas situaciones para mejorar el servicio, es deficiente ya que no soluciona los problemas y dispendio de tiempo que significan estas trabas en la prestación del servicio. A este punto corresponde aclarar que sí existen distintas medidas estatales tendientes a colaborar en especial con la situación financiera de los distintos agentes de salud. Tal el caso del Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (Sumarte) y el Subsidio para Mayores de Setenta Años (SUMA 70) que requieren que las obras sociales o agentes de salud no posean reclamos pendientes de resolución. Estas medidas, aunque disuasivas, no han solucionado el problema. Por esto es que también solicitamos conocer las cifras de adecuación a la fecha, ya que el plazo para resolver los reclamos fue estipulado en 90 días, que a la fecha han vencido.

Es clara la legislación al respecto: todo contribuyente tiene derecho a optar por una de las obras sociales dispuestas en el listado que brinda la superintendencia, con la sola prescripción de no poder cambiarla durante un año. Y la obra social no puede rechazar una afiliación.

El trámite de opción también está determinado por el organismo rector: presentarse ante la obra social elegida y completar el formulario correspondiente, suscribiendo el libro rubricado que al efecto debe tener el agente de salud (decreto 504/1998, resolución 576/2004 SSSalud) Más aún, se prescribe un procedimiento de reclamo con plazos perentorios para resolverlos, que van de los 15 días para trámites normales, y de solución inmediata para casos de urgencia mínima.

No hay sanción, las obras sociales siguen actuando en el sistema con impunidad, y lo más dramático es que se trata de la salud, ni más, ni menos.

La resolución 667/2004 SSSalud determina que ante el incumplimiento por parte del monotributista de optar por una obra

social, lo deberá hacer a fin de acceder al servicio de salud. Y el PEN ha intervenido en esta elección, disponiendo la automática afiliación mediante una fórmula, detallada en el decreto precitado, a fin de que todos los contribuyentes tengan un seguro de salud adjudicado. Sin embargo, muchos monotributistas no tienen la certeza del seguro que les corresponde, de la resolución de sus reclamos –aunque las obras sociales también están obligadas a notificar de modo fehaciente esto-, y menos aún de tener cubiertas las prestaciones mínimas.

Consteste a esta situación, es que solicito se informe a este cuerpo las cifras reales respecto al efectivo cumplimiento de sus obligaciones por parte de los agentes de salud debidamente registrados, como así también la cantidad real de reclamos cursados ante la Superintendencia y las obras sociales, como toda otra información vinculada a la prestación de este servicio, a fin de realizar las medidas correspondientes, y el contralor debido por este cuerpo a la sociedad.

Por estas razones, y las que expondré al momento de su debate, es que solicito a mis pares me acompañen en la presente iniciativa.