

SESIONES DE PRORROGA

2006

ORDEN DEL DIA N° 1602

COMISIONES DE ACCION SOCIAL Y SALUD PUBLICA Y DE LEGISLACION GENERAL

Impreso el día 6 de diciembre de 2006

Término del artículo 113: 18 de diciembre de 2006

SUMARIO: **Marco** Regulatorio para Empresas de Medicina Prepara.

1. **Rosso y otros.** (4.381-D.-2006.)
2. **Ríos, Raimundi, Quiroz, Bisutti, Maffei, Gorbacz, Rodríguez (M.V.), Di Pollina, Macaluse y Tate.** (6.161-D.-2006.)

Dictamen de las comisiones

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General han considerado los proyectos de ley de la señora diputada Rosso y otros señores diputados, y de la señora diputada Ríos y otros señores diputados, ambos sobre marco regulatorio de las entidades de medicina prepara, y habiendo tenido a la vista los proyectos de ley del señor diputado Pérez Martínez (3.590-D.-05), del señor diputado Bonasso (6.597-D.-05), del señor diputado Atanasof (2.104-D.-06) y de la señora diputada Leyba de Martí (6.467-D.-06) todos sobre el mismo tema; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados...

MARCO REGULATORIO PARA EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

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

Art. 2° – *Alcance.* Se consideran Empresas de Medicina Prepara toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, forma y denominación que

adopten cuyo objeto consista en brindar prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana, odontológicas y/o farmacéuticas a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados y/o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

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

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

CAPÍTULO II

De las prestaciones

Art. 4° – *Obligación.* Las empresas de medicina prepara deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistencial el Programa Médico Obligatorio (PMO) conforme a lo establecido por las leyes 24.754 y 24.901. Sólo se admiten planes de coberturas parciales en las empresas de medicina prepara de servicios odontológicos exclusivamente, o servicios de emergencias médicas y traslados en ambulancia, internación domiciliaria y las empresas de medicina prepara de alcance local y con un padrón de usuarios inferior a cinco mil, los que son reglamentados por la autoridad de aplicación.

CAPÍTULO III

De la autoridad de aplicación

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

- a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- b) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga;
- c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;
- d) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de las empresas de medicina prepaga, de los programas prestacionales con base en el programa médico obligatorio incorporados en los contratos suscriptos por los usuarios;
- e) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscriptas en el Registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una de ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;
- f) 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, incumplimientos y todo otro similar, actuando por procedimientos sumarios y en procura de conciliar los diferendos;
- g) Establecer un sistema de categorización y acreditación de Empresas de Medicina Prepaga así como los establecimientos y prestadores propios o contratados;
- h) Requerir la información epidemiológica que las entidades están obligadas a brindar, y que resulten necesarias para el cumplimiento de los planes y/o programas previstos por la autoridad sanitaria;
- i) Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de una empresa de medicina prepaga, debidamente inscripta en el registro, la cobertura de salud de sus usuarios a otras empresas inscriptas en el Registro con modalidad de cobertura de salud similar a la que el usuario celebró por contrato en la EMP de origen.

Art. 6° – *Funciones de la autoridad de aplicación de la ley 24.240.* La autoridad de aplicación de la ley 24.240 tiene a su cargo las funciones rela-

tivas a la defensa de los usuarios en la relación de consumo.

Art. 7° – *Comisión permanente.* Créase una comisión permanente entre la Superintendencia de Servicios de Salud y la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Economía y Producción, la que estará compuesta por seis miembros, que tiene como objetivo la articulación de las funciones establecidas en los artículos anteriores.

CAPÍTULO IV

De los contratos

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

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

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

Art. 10. – *Declaración jurada.* Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario, y no pueden determinar criterios de discriminación o selección adversa. El falseamiento de la declaración jurada puede acarrear la rescisión del contrato. Para ello la Superintendencia de Servicios de Salud debe establecer las características y tipos de enfermedades para ser consideradas como preexistentes, la base de cálculos actuariales para la composición de la cuota del individuo en caso de padecimiento o antecedente de alguna de las mismas.

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

Aquellos usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10)

años en algunas de las Empresas de Medicina Prepaga inscriptas en el registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, no pueden sufrir aumento de la cuota en razón de su edad.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

De las obligaciones

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

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

Art. 19. – *Reserva técnica.* Las empresas de medicina prepaga autorizadas en el registro deben constituir y mantener una reserva técnica equivalente al cincuenta por ciento (50 %) del promedio de la facturación mensual de los últimos doce (12) me-

ses medidos al último cierre de ejercicio contable. Para el caso de Entidades que se inicien en la actividad y hasta la primera publicación de los Estados Contables, deben tomar para la constitución de la reserva técnica el 50 % de la facturación al cierre de cada mes.

La mencionada reserva técnica debe estar constituida por instrumentos financieros de inmediata realización. Su constitución está destinada a garantizar la continuidad de cobertura para el caso de que se acrediten circunstancias que interfieran la misma.

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

Los agentes de seguro de salud se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la autoridad de aplicación.

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

CAPÍTULO VI

De las sanciones

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

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

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

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

CAPÍTULO VII

De los recursos

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

- a) Una matrícula anual a abonar por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación;
- b) Las multas a abonar por las entidades de cobertura para la atención de la salud a la autoridad de aplicación;
- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

CAPÍTULO VIII

Disposiciones especiales

Art. 23. – *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. 24. – *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

Art. 25. – Las entidades de medicina prepaga tendrán un plazo de 180 días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

Art. 26. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 14 de noviembre de 2006.

Juan H. Sylvestre Begnis. – Ana M. Monayar. – Graciela Z. Rosso. – Juan J. Alvarez. – Mario A. Santander. – María A. Torrontegui. – Graciela Camaño. – Susana M. Canela. – María A. Carmona. – Luis Cigogna. – Stella M. Córdoba. – Jorge C. Daud. – Marta S. De Brasi. – Guillermo De la Barrera. – Susana E. Díaz. – Eduardo Galantini. – Eva García Moreno. – Nancy González. – Griselda N. Herrera. – Miguel A. Iturrieta. – Jorge A. Landau. – Juliana I. Marino. – Olinda Montenegro. – Marta L. Osorio. – Rosario M. Romero. – Gladys B. Soto.

En disidencia parcial:

Alberto Beccani. – Elisa Carrió. – Leonardo A. Gorbacz. – Laura Sesma. – María F. Ríos.

FUNDAMENTOS DE LA DISIDENCIA DEL SEÑOR DIPUTADO GORBACZ Y DE LA SEÑORA DIPUTADA MARÍA RÍOS

Señor presidente:

Acompañamos el dictamen de la Comisión de Salud en base al expediente 4.381-D.-06 de la diputada Rosso, ya que compartimos la importancia de avanzar en la regulación de las empresas de medicina prepaga, resguardando los principios básicos de

derecho a la salud y a la información para el conjunto de la población.

Consideramos la necesidad de regular las actividades de las entidades de medicina prepaga (EMP), como parte de la responsabilidad indelegable del Estado de garantizar el derecho a la salud, en todos los ámbitos y con las diferentes modalidades con que se presten los servicios de cuidado de la salud.

En este marco, el Estado debe garantizar la salud como un bien de interés superior a la disputa de intereses sectoriales que pueden distorsionar la relación entre las necesidades legítimas de atención de salud y las respuestas básicamente mercantilistas.

Desde esta perspectiva, la opción de algunos ciudadanos de contratar servicios de medicina prepaga y la responsabilidad del Estado de garantizar el adecuado funcionamiento de los mismos, no exime al Estado de garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos, a través de efectores públicos estatales y de la seguridad social.

Por tanto, planteamos que la regulación de las EMP debe tener un carácter progresivo, es decir, resguardar los derechos ya consolidados desde la legislación vigente y la jurisprudencia de los últimos años, y avanzar en la regulación de los aspectos más propensos a equívocos y abusos, en una relación contractual donde la asimetría del conocimiento y del poder económico es evidente para todos los actores del sistema.

En el mismo sentido entendemos que la regulación de las EMP no debe avanzar sobre la regulación de los otros sectores de servicios de salud, ya sean los establecimientos público-estatales como las instituciones de la seguridad social, a riesgo de deteriorar aun más los principios de igualdad y solidaridad que les dieron origen.

Por ello, planteamos nuestra disidencia en relación a los siguientes puntos:

1. *Sujetos comprendidos:*

La ley que regule las EMP no debe incluir la regulación de otros subsectores, como sería el caso de la seguridad social, a través de los planes de adherentes, dado el carácter distintivo de estas instituciones en su historia y en su concepción.

En el marco de las leyes 23.660 y 23.661, entendemos que el concepto de beneficiario adherente procuraba hacer extensiva la cobertura del beneficiario titular de la obra social, a otros integrantes de su familia y/o convivientes en el hogar, desde una lógica de solidaridad compartida con el conjunto de los beneficiarios de las obras sociales nacionales.

Sin embargo, en el marco de las políticas neoliberales de las décadas siguientes, amparados en las normativas de desregulación de la seguridad social, la oferta de planes de adherentes para personas no relacionadas directamente con el titular de la obra

social y las propuestas de planes superadores o “cobertura plus” para los titulares propiamente se multiplicaron, dando lugar a una lógica diferente a la solidaria que le daba origen. Se introduce así una lógica mercantilizadora y estratificadora de los beneficiarios según su capacidad de pago y no sus necesidades.

Esta situación altamente irregular, entendemos debe ser rectificadas a partir de una revisión integral de las normativas reguladoras de la seguridad social y no a partir de su inclusión en la regulación de las EMP. Aun acordando en lo imperioso de revisar la normativa vigente, incluir los beneficiarios adherentes de los agentes del seguro de salud en la regulación de las EMP podría terminar legitimando la irregular situación que es imprescindible denunciar y modificar.

2. Autoridad de aplicación - Comisión de usuarios

En base a los considerandos antes presentados, consideramos que la autoridad de aplicación de la presente ley debe ser diferente a la responsable de la seguridad social, asimilando el concepto de servicios de salud de las obras sociales y las EMP, desdibujando las lógicas diferentes que le dieron origen y que entendemos deben resguardarse.

Por este motivo, consideramos necesario que la instancia de regulación sea dependiente del Ministerio de Salud, pero a su vez, diferente de la Superintendencia de Servicios de Salud. Proponemos la creación del Instituto Nacional de Regulación de las EMP, bajo la dependencia del Ministerio de Salud de la Nación.

Asimismo proponemos la conformación de una comisión de usuarios de EMP, integrada por las asociaciones de usuarios y consumidores debidamente registradas en la Subsecretaría de Derechos del Consumidor y Defensa de la Competencia de la Nación, que intervenga como asesora de la autoridad de aplicación en todos aquellos asuntos donde se encuentren afectados los derechos de los usuarios.

3. Cobertura integral de salud - Fondo compensador de prestaciones

Como planteamos anteriormente, consideramos que una nueva regulación de las EMP debe tener un carácter progresivo, es decir, resguardar los derechos ya consolidados en la legislación vigente y la jurisprudencia de los últimos años, avanzando sobre los aspectos más propensos a equívocos y abusos, en una relación contractual donde la asimetría del conocimiento y del poder económico es evidente para todos los actores del sistema.

Las organizaciones de Defensa de Derechos del Consumidor informan que dentro de las quejas/denuncias/reclamamos más frecuentes de los usuarios

de las EMP se encuentra la falta de cumplimiento de la ley que establece la obligatoriedad de cobertura del PMO. Lo cual es un testimonio de la instalación de la cobertura integral en salud como un derecho del que los usuarios se han apropiado y vienen exigiendo con el respaldo de la legislación vigente.

Entendemos que la incorporación de planes con coberturas parciales responde más a los intereses de las empresas y no a los intereses de los usuarios.

En este tema también se suele argumentar que la exigencia de brindar cobertura integral versus coberturas parciales en salud contribuye a una mayor concentración del mercado de EMP. Entendemos que en este punto debe ser exigible el cumplimiento de la legislación antimonopolio y los principios de defensa de la competencia, sin perjuicio de resguardar los derechos de los usuarios actualmente vigentes.

Es diferente a proponer opciones de EMP para “pobres” que defraudan su legítima expectativa de recibir una atención más accesible y calificada de su salud, y que suelen dejar al descubierto los problemas de mayor gravedad que pueden presentarse en la vida.

Proponemos como estrategia la constitución de un fondo compensador de prestaciones de EMP, financiado con un porcentaje de la facturación de las EMP, para atender aquellos problemas de salud/enfermedad de alto costo y baja incidencia, preservando el derecho de los usuarios a la cobertura integral en salud.

Ponemos a consideración de los señores diputados los puntos reseñados en nuestra disidencia parcial con el dictamen de la Comisión de Salud para la regulación de las entidades de medicina prepaga.

María F. Ríos. – Leonardo A. Gorbacz.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General han considerado los proyectos de ley de la señora diputada Rosso y otros señores diputados, y de la señora diputada Ríos y otros señores diputados, ambos sobre marco regulatorio de las entidades de medicina prepaga, y habiendo tenido a la vista los proyectos de ley del señor diputado Pérez Martínez (expediente 3.590-D.-05), del señor diputado Bonasso (expediente 6.597-D.-05), del señor diputado Atanasof (expediente 2.104-D.-06) y de la señora diputada Leyba de Martí (6.467-D.-06) todos sobre el mismo tema. Luego de su análisis han resuelto despacharlo favorablemente, aunque unificándolos en un solo dictamen.

Juan H. Sylvestre Begnis.

ANTECEDENTES

1

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

MARCO REGULATORIO PARA EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

Artículo 1° – Queda comprendida en el marco de la presente ley toda persona jurídica cuyo objeto social consiste en brindar prestaciones médicas, odontológicas y/o farmacéuticas al usuario a través de una modalidad de asociación voluntaria y mediante el pago de una cuota, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contrato individual o grupal.

A los efectos de esta ley, los sujetos serán denominados “empresas de medicina prepaga” (EMP).

Los agentes del seguro (ASS) de las leyes 23.660 y 23.661, que comercialicen sistemas de adhesión voluntaria, serán fiscalizados y regulados por la presente ley.

Art. 2° – Las empresas de medicina prepaga y los agentes del seguro que comercialicen sistemas de adhesión voluntaria deben cubrir, en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Médico Obligatorio (PMO) conforme lo establecido por las leyes 24.754 y 24901. Sólo se admitirán coberturas parciales en los casos de emergencias y odontología que serán reglamentadas por la autoridad de aplicación.

Art. 3° – Los agentes del seguro que comercialicen sistemas de adhesión voluntaria deben llevar un sistema de información patrimonial y contable de registros claramente diferenciados con el fin de ser fiscalizados y controlados en forma diferenciada con respecto a las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.

Art. 4° – La autoridad de aplicación de la presente ley es la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), dentro de la órbita del Ministerio de Salud y la Subsecretaría de Defensa al Consumidor (SSDC) dependiente de la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Economía y Producción.

Art. 5° – Son funciones de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud):

- a) Dictar las normativas complementarias necesarias a fin de cumplimentar los objetivos de esta ley;
- b) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- c) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga y

de los Agentes del Seguro que comercialicen sistemas de adhesión voluntaria;

- d) 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;
- e) Observar el cumplimiento, por parte de las empresas de medicina prepaga y de los agentes del seguro que comercialicen sistemas de atención voluntaria, de los programas prestacionales con base en el programa médico obligatorio incorporados en los contratos suscritos por los usuarios;
- f) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscriptas en el registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;
- g) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios, incumplimientos y todo otro similar, actuando por procedimientos sumarios y en procura de conciliar los diferendos;
- h) Establecer un sistema de categorización y acreditación de empresas de medicina prepaga y de los agentes del seguro que comercialicen sistemas de atención voluntaria, así como los establecimientos y prestadores propios o contratados;
- i) Aplicar el régimen disciplinario a que se refiere el artículo 21 y dar a publicidad las sanciones aplicadas que se encuentren firmes;
- j) Administrar los recursos destinados al cumplimiento de la presente ley;
- k) Requerir la información epidemiológica que las entidades estarán obligadas a brindar, y que resulten necesarias para el cumplimiento de los planes y/o programas previstos por la autoridad sanitaria;
- l) Toda otra función que se derive de la aplicación del presente dispositivo legal y que propenda al estricto cumplimiento de los presupuestos aquí contenidos.

Art. 6° – La Subsecretaría de Defensa del Consumidor tendrá a su cargo las funciones relativas a la defensa de los usuarios en la relación de consumo establecidas en la ley 24.240.

Art. 7° – Créase una comisión permanente entre la Superintendencia de Servicios de Salud y la Subsecretaría de Defensa del Consumidor, que tendrá como objetivo la articulación de las funciones establecidas en los artículos anteriores.

Art. 8° – Sólo se admitirán dos tipos de contratos:

a) *Contrato de cobertura prepaga*: con plazo resolutorio salvo lo dispuesto en el artículo 13, incierto y a favor del usuario, en los términos de los artículos 568 y 570 del Código Civil;

b) *Contrato temporal de cobertura prepaga*: con plazo resolutorio, cierto y a favor de ambas partes, por una máximo de un año, en los términos de los artículos 567 y 570 del Código Civil. Será prorrogable por una sola vez, por el término de un año, de común acuerdo.

El usuario deberá notificar en forma fehaciente con treinta (30) días de antelación a la entidad su expresión de voluntad de resolución contractual. Las EMP tendrán la misma carga en el caso del inciso b).

Los contratos del inciso b) que no sean resueltos por las partes antes del vencimiento del plazo o de su prórroga, serán considerados en forma automática a partir de allí, como de cobertura prepaga, aplicándose las estipulaciones de la sección primera - parte segunda, título XVII, del Código Civil. Dicha novación se encuentra prohibida para los de cobertura prepaga.

Art. 9° – Los períodos de carencias serán establecidos por la SSSalud en la reglamentación de la presente y serán los que rijan para todos los tipos de contratos entre usuarios y empresas de medicina prepaga y de los agentes del seguro que comercialicen modalidades de adhesión voluntaria, sin excepción.

Art. 10. – Las enfermedades preexistentes solamente podrán establecerse a partir de la declaración jurada del usuario, y no podrán determinar criterios de discriminación o selección adversa. El falseamiento de la declaración jurada podrá acarrear la rescisión del contrato. Para ello la SSSalud establecerá en la reglamentación de la presente: las características y tipos de enfermedades para ser consideradas como preexistentes, la base de cálculos actuariales para la composición de la cuota del individuo en caso de padecimiento o antecedente de alguna de las mismas.

Art. 11. – La edad no podrá ser tomada como criterio de selección adversa. Para ello la SSSalud deberá para el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

Aquellos usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en algunas de las EMP o agentes del seguro que comercialicen modalidades de adhesión voluntaria inscriptas en el registro de la SSSalud, no podrán sufrir aumento de la cuota.

Art. 12. – Las cuotas y sus modificaciones deberán ser aprobadas por la comisión permanente, para lo cuál se deberá establecer las variables correspondientes a las estructuras de costos y sus variaciones cuantitativas según planes y programas.

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

Art. 14. – El niño después de un año de nacido y las personas cuya guarda haya sido otorgada con fines de adopción desde la respectiva resolución judicial, quedan adheridos al plan del titular, salvo expresa manifestación en contrario del mismo, quedando exentos de enfermedades preexistentes y períodos de carencia.

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

Art. 16. – Los servicios prestados, con o sin convenio previo, por hospitales públicos a usuarios de las empresas de medicina prepaga, deberán ser abonados por las mismas, en un plazo no mayor a treinta (30) días, contados a partir del momento de brindada la prestación, conforme al valor y modalidad fijada por la Superintendencia de Servicios de Salud. En caso de rechazo o mora, podrá requerirse la intervención de la autoridad de aplicación para resolución de la divergencia.

Art. 17. – En caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de una empresa de medicina prepaga debidamente inscripta en el Registro, la Superintendencia de Servicios de Salud deberá transferir la cobertura de salud de sus usuarios a otras empresas inscriptas en el registro con modalidad de cobertura de salud similar a la que el usuario celebró por contrato en la EMP de origen.

Art. 18. – La entrada en vigor de la presente no podrá generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes, amparados hasta la presente en la ley 24.754.

Art. 19. – Las personas jurídicas privadas que actúan como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un capital mínimo, que será fijado por la autoridad de aplicación.

Art. 20. – Las entidades privadas autorizadas en el registro deben constituir y mantener una reserva técnica equivalente al cincuenta por ciento (50 %)

del promedio de la facturación mensual de los últimos doce (12) meses medidos al último cierre de ejercicio contable. Para el caso de entidades que se inicien en la actividad y hasta la primera publicación de los estados contables, deberán tomar para la constitución de la reserva técnica, el 50 % de la facturación al cierre de cada mes.

La mencionada reserva técnica deberá estar constituida por instrumentos financieros de inmediata realización. Su constitución está destinada a garantizar la continuidad de cobertura para el caso de que se acrediten circunstancias que interfieran la misma.

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

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

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

Para la determinación del monto y la naturaleza de las penalidades, se deberá tener en cuenta la gravedad y la reiteración de las infracciones. Las sanciones se aplicarán con independencia de la responsabilidad penal o civil que pudiese corresponder.

Art. 22. – Toda resolución condenatoria podrá ser recurrida por vía de apelación ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal o ante las cámaras federales de apelaciones competentes, según el asiento de la autoridad que dictó la condena.

Art. 23. – Los miembros titulares de los órganos de administración y fiscalización de las entidades comprendidas en esta ley responderán civil, penal y económicamente según la naturaleza jurídica de la entidad de que se trate.

Art. 24. – Los recursos de la Superintendencia de Servicios de Salud con relación a la presente ley, estarán constituidos por:

- a) Una matrícula anual a abonar por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación;
- b) Las multas a abonar por las entidades de cobertura para la atención de la salud a la autoridad de aplicación;
- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

Art. 25. – La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de los 180 días de su publicación en el Boletín Oficial. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

Art. 26. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*Graciela Z. Rosso. – Nora N. César.
– Diana B. Conti. – Patricia Vaca
Narvaja.*

2

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

REGIMEN NACIONAL DE REGULACION CON ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

Artículo 1° – *Objetivo de la ley.* Créase el régimen nacional de regulación de las entidades que brinden servicios de atención a los procesos salud/enfermedad a través de la modalidad de contratos privados de salud prepagados -en adelante llamadas Entidades de Medicina Prepaga (EMP)- ya sea mediante planes individuales o corporativos.

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

Art. 2° – *Entidades comprendidas.* Sólo están autorizadas a brindar los servicios de atención a los procesos de salud/enfermedad a que se refiere el artículo anterior las siguientes entidades o personas jurídicas:

- a) Las sociedades comerciales de cualquier naturaleza;
- b) Las sociedades cooperativas y mutuales;
- c) Las fundaciones y asociaciones civiles sin fines de lucro;
- d) Las asociaciones y entidades profesionales con personería jurídica a excepción de las que regulan la matrícula.

Art. 3° – *Autoridad de aplicación.* La autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es el Instituto Nacional de Regulación de Entidades de Medicina Prepaga, que actúa como contralor de las EMP, asumiendo el rol establecido por la ley 24.240 y sin perjuicio de las competencias establecidas por la ley 25.156.

Se establece un plazo de noventa (90) días a partir de la sanción de la presente para la creación de dicho instituto.

Art. 4° – *Facultades de la autoridad de aplicación.* Son facultades del Instituto de Regulación de las EMP:

- a) Establecer las normas adecuadas para la habilitación y desenvolvimiento de las EMP inscriptas en el registro;
- b) Hacer cumplir la presente ley, la ley 24.754, la ley 24.240 en lo que resulta pertinente, y el conjunto de normas existentes y a crearse que tengan como objetivo la prestación sanitaria proporcionada por las entidades de medicina prepaga;
- c) Instrumentar el Registro Unico de Entidades de Medicina Prepaga y determinar los criterios de funcionamiento del mismo;
- d) Fijar y controlar los requisitos técnicos y de solvencia financiera de las empresas para acceder a su inscripción en el Registro Unico de EMP.
- e) Autorizar y fiscalizar los contratos que celebren las EMP y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes;
- f) Autorizar y fiscalizar la modificación de los valores de las cuotas propuestos por las EMP;
- g) Controlar la solvencia y calidad científica de las diferentes modalidades prestacionales y arbitrar sobre la procedencia de las prácticas asistenciales en situaciones de conflicto;
- h) Administrar el Fondo Compensador de Prestaciones a crearse por la presente ley;
- i) Establecer un régimen de sanciones por incumplimiento de las pautas reguladas en la presente ley;
- j) Sancionar a las EMP reguladas por la presente ley conforme los tipos infractivos de que se traten;
- k) Controlar las pautas publicitarias de los planes prestacionales que ofrezcan las entidades aquí reguladas, conforme lo dispuesto en la ley 22.802, los artículos 4° y 19 de la ley 24.240 y normas concordantes en la materia;
- l) Instrumentar el funcionamiento de la comisión de usuarios de EMP;
- m) Requerir a las EMP, en forma de declaración jurada, la información detallada en el artículo 6°, inciso e) de la presente ley;
- n) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas por los hospitales públicos de acuerdo a los valores establecidos por el nomenclador nacional.

Art. 5° – *De los recursos para financiar el Instituto de Regulación de EMP.* Los recursos del Instituto Nacional de Regulación de Entidades de Medicina Prepaga en relación a la presente ley, están constituidos por:

- a) Asignación presupuestaria;
- b) Una matrícula anual a abonar por cada EMP, cuyo monto será fijado por reglamentación;

- c) Los montos correspondientes a las multas a abonar por las EMP sancionadas por la autoridad de aplicación;
- d) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- e) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

Art. 6° – *De las obligaciones de las Entidades de Medicina Prepaga.* Son obligaciones de las entidades reguladas por esta ley:

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

Art. 7° – *De los planes asistenciales.* Los planes asistenciales que ofrezcan las EMP deben asegurar a los beneficiarios cobertura integral de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud/enfermedad.

Esta cobertura integral debe incluir como mínimo el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) y/o el plan que lo sustituya o lo complemente.

En relación a la cobertura de medicamentos rigen las mismas normas establecidas por el PMO y/o el plan que lo sustituya o lo complemente, exigiendo el cumplimiento de la ley 25.649 que establece la obligatoriedad de prescripción de medicamentos por nombre genérico.

Se autorizan los planes asistenciales específicos para prestaciones odontológicas y empresas de emergencias médicas y traslados en ambulancias.

Quedan prohibidos los planes asistenciales con cobertura parcial por niveles de complejidad y/o franjas etarias.

Art. 8° – *De la red prestacional.* Las EMP deben brindar una red prestacional con profesionales de las distintas disciplinas involucradas en la atención integral de salud/enfermedad, con instituciones de diferentes niveles de complejidad y con la adecuada distribución geográfica en todas las jurisdicciones donde ofrezcan sus servicios, a fin de garantizar la cobertura ofrecida.

Art. 9° – *Prestaciones brindadas por hospitales públicos.* Aunque no mediare convenio previo, las EMP deben abonar al hospital y/u otros efectores del sector público, nacional, provincial y/o municipal, las prestaciones efectuadas a sus asociados.

Las mismas deben contar con la correspondiente validación, a excepción de los casos de urgencia en que se procede a la atención del paciente teniendo un plazo de (3) tres días para dicha validación. En caso de rechazo controvertido, puede requerirse la intervención del Instituto Nacional de Regulación de EMP para resolución de la divergencia.

Art. 10. – *De la inscripción en el registro obligatorio.* Las EMP están obligadas a inscribirse en el Registro de Entidades de Medicina Prepaga, que a tal efecto deberá instrumentar el Instituto Nacional de Regulación de EMP. Es requisito ineludible de las EMP el previo registro aludido en este artículo a los fines de su actuación como EMP. Establécese el plazo de noventa (90) días desde el dictado de la presente norma para que las entidades aquí reguladas acrediten su inscripción en dicho registro, bajo apercibimiento de cancelación de la autorización para operar en el ámbito de referencia.

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

- Padrón de beneficiarios actualizado.
- Información epidemiológica.
- Información prestacional.
- Estado contable actualizado.
- Estado de sus reservas técnicas.

La falta de presentación en tiempo y forma es causal de revocación para funcionar por parte de la autoridad de aplicación. Se suspende la inscripción de la entidad en el registro respectivo y su reinscripción puede realizarse una vez cumplimentados los requisitos para lo que deben otorgarse plazos reglamentarios cuando medien motivos debidamente definidos y justificados.

Deben asegurarse los mecanismos de secreto y confidencialidad de los datos aportados por parte de los funcionarios y autoridad de aplicación.

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

Art. 13. – *De las formas de los contratos.* Los contratos deben ser redactados por escrito, en idioma castellano, y deben contener como mínimo las siguientes cláusulas:

- a) Lugar y fecha de la firma del mismo;
- b) Nombre, documento y domicilio del contratante;
- c) Nombre, domicilio y número de registro nacional de entidad prestadora;
- d) Período de vigencia del contrato, el que no podrá ser menor de doce meses, con una cláusula de renovación automática, a menos que el afiliado manifieste su intención de renunciar al mismo;
- e) Detalle del tipo de plan que se contrate, incluyendo las prestaciones médico-asistenciales, cartilla de profesionales e instituciones;
- f) Causales y plazos de suspensión de cobertura al usuario;
- g) Causales y plazos para la solicitud de licencias por parte del usuario,
- h) Condiciones de acceso a los servicios;
- i) Condiciones de notificación a los usuarios de los valores de las cuotas;
- j) Obligación de notificación a los usuarios, con sesenta días de anticipación, la modificación del valor de las cuotas básicas y/o aranceles.

Art. 14. – *De las cláusulas prohibidas.* A partir del dictado de la presente, son nulas de nulidad absoluta las cláusulas contractuales que:

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

razones de edad, tipo de enfermedad y, en definitiva, por cualquier motivo que implique una discriminación al usuario;

- f) Liberen de responsabilidad a las EMP por cualquier contingencia derivada del contrato;
- g) Establezcan los llamados “períodos de carencia” que impidan a los usuarios acceder a los servicios o planes ofertados por las EMP;
- h) Consideren al silencio o falta de respuesta a los requerimientos o propuestas efectuadas al usuario como aceptación de las mismas.

Art. 15. – *De las sanciones.* Toda infracción a las normas previstas en esta ley por parte de las EMP será reprimida por la autoridad de aplicación con las siguientes sanciones, las que pueden ser acumulativas:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa, cuyo valor máximo no podrá superar el equivalente a 500 cuotas mensuales promedio de afiliación;
- c) Cancelación de la inscripción en el registro. Esta sanción sólo podrá ser aplicada a las EMP en caso de reincidencia.

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

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

Art. 16. – *De la rescisión del contrato.* El afiliado puede optar por la rescisión del contrato en cualquier momento, previo aviso con 30 días de anticipación, sin que ello implique penalidad o sanción alguna.

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

Las cláusulas de rescisión deben estar claramente especificadas y en los contratos de adhesión y en los reglamentos, los cuales deben ser

aprobados por el Instituto Nacional de Regulación de EMP.

Art. 17. – *De los precios de los planes.* Los precios de los planes los fijan libremente las EMP previa presentación de una nota técnica actuarial ante el Instituto Nacional de Regulación de EMP que defina el costo de los planes que se ofrecen.

Se pueden establecer precios diferenciales según seis franjas etarias con intervalos de 10 años, a excepción de la primera, de 0 a 18 años, con una variación máxima de tres veces entre el precio de la primera y la última franja.

Está prohibida la variación de precios para usuarios de más de 60 años con más de 10 años de continuidad en el plan.

Art. 18. – *Del Fondo Compensador de Prestaciones.* Créase el Fondo Compensador de Prestaciones, que tiene como objetivo atender aquellos problemas de salud/enfermedad de baja incidencia y alto costo que estén a cargo de las EMP. El mismo se financiará con una tasa anual del 5% de la facturación neta de las empresas reguladas y las multas que aplique por sanciones el Instituto Nacional de Regulación de EMP.

Art. 19. – *De la Comisión de Usuarios.* Créase la Comisión de Usuarios de EMP, que funciona en el ámbito del Instituto Nacional de Regulación de las EMP. El mismo está integrado por las asociaciones de usuarios y consumidores debidamente registradas por ante la Subsecretaría de Derechos del Consumidor y Defensa de la Competencia de la Nación y tiene como función velar por los intereses de los usuarios de los servicios que brindan las empresas prepagas de salud. El Instituto Nacional de Regulación de EMP debe solicitar los dictámenes pertinentes, como paso previo a expedirse en todos aquellos asuntos donde se encuentren afectados los derechos de los usuarios de servicios de medicina prepaga aquí regulados.

Art. 20. – La presente ley es de orden público y debe ser reglamentada por el Poder Ejecutivo nacional dentro de los noventa días de su publicación.

Art. 21. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

María F. Ríos. – Delia B. Bisutti. – Eduardo A. Di Pollina. – Leonardo A. Gorbacz. – Eduardo G. Macaluse. – Marta O. Maffei. – Elsa S. Quiroz. – Carlos A. Raimundi. – Marcela V. Rodríguez. – Alicia E. Tate.