

PROYECTO DE LEY

DECLARACIÓN DE EMERGENCIA PARA USUARIOS DE EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley

Artículo 1°: Emergencia. Declárase, por el plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días corridos, contados a partir de la sanción de la presente Ley, la emergencia para usuarios de Empresas de Medicina Prepaga en todo el territorio nacional.

Artículo 2°: Alcance. A los fines del presente cuerpo legal se consideran Empresas de Medicina Prepaga a la totalidad de las modalidades que se encuentran reguladas por la Ley 26.682.

Artículo 3°: Suspensión de aumentos de cuotas. Quedan suspendidos, durante el plazo de vigencia de la emergencia declarada en el artículo 1°, los aumentos de las cuotas de los servicios de Medicina Prepaga producidos a partir del mes de diciembre de 2023, como consecuencia de la desregulación del precio de las mismas, dispuesto por el Poder Ejecutivo Nacional mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023.

Artículo 4°: Nuevos aumentos. Durante el plazo de la emergencia declarada en el artículo 1° sólo pueden autorizarse aumentos mensuales de las cuotas de los servicios de Medicina Prepaga según lo que resulte del promedio entre el Índice de Costos de Salud (ICS) establecido en la Resolución 1293/2022 del Ministerio de Salud y el índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE), del mes inmediato anterior publicado, debiéndose reajustar los aumentos de los valores de las mismas a lo determinado por el promedio de los mencionados índices, a partir del mes de diciembre de 2023. Tales índices deben ser publicados en forma mensual.

Artículo 5° Aumentos abonados. Los aumentos de las cuotas producidos desde el mes de diciembre de 2023 que hayan sido abonados por lxs usuarixs del servicio, deben ser reajustados de conformidad con el índice mencionado en el artículo 4° y descontados los montos que hayan superado el mismo a partir de la primera cuota posterior a la sanción de la presente Ley.

Artículo 6°: Suspensión de desvinculación del servicio por mora en el pago de las cuotas. Durante el plazo de emergencia declarada en el artículo 1°, al que se le deben adicionar los noventa días corridos posteriores, queda suspendida la aplicación de toda normativa o cláusula contractual que implique la desvinculación de lxs usuarixs del servicio por falta de pago de las cuotas correspondientes.

Artículo 7°: Reincorporación de usuarixs desvinculadxs. Lxs usuarixs que hayan sido desvinculados de los servicios de las Empresas de Medicina Prepaga, por cualquier causa, a partir del mes de enero de 2024, deben ser reincorporadxs de manera inmediata durante el plazo de vigencia de la emergencia declarada en el artículo 1°, al que se le deben adicionar los noventa (90) días corridos posteriores.

Artículo 8°: Normativa aplicable. El presente Cuerpo Legal se rige supletoriamente por las disposiciones de la Ley 24.240 de Defensa al Consumidor y sus modificatorias.

Artículo 9°: Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente Ley debe ser determinada por el Poder Ejecutivo.

Artículo 10°: Sanciones. El incumplimiento de lo ordenado en la presente ley por los funcionarios intervinientes da lugar a las responsabilidades penales y disciplinarias que correspondan

Artículo 11°: De forma. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Diputada Nacional Mónica Macha

FUNDAMENTOS

La presente iniciativa tiene como objeto declarar la emergencia para usuarixs de Empresas de Medicina Prepaga en todo el territorio nacional. Se propone la suspensión de los aumentos en las cuotas producidos a partir del mes de diciembre de 2023 como consecuencia de la desregulación de los precios de las mismas efectuadas por el Poder Ejecutivo mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023.

Asimismo, se dispone que sólo pueden autorizarse aumentos mensuales de las cuotas de los servicios de Medicina Prepaga según el promedio entre el Índice de Costos de Salud (ICS) establecido en la Resolución 1293/2022 del Ministerio de Salud y el índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE) del mes inmediato anterior publicado, debiéndose reajustar los aumentos de los valores de las mismas a este resultante, a partir del mes de diciembre de 2023.

Por otro lado, se contempla la situación de lxs usuarixs que hayan sido desvinculados de los servicios de las Empresas de Medicina Prepaga por falta de pago de las cuotas correspondientes a partir de diciembre de 2023, dejando suspendida la aplicación de toda normativa o cláusula contractual que implique la exclusión de lxs usuarixs del servicio por falta de pago de las cuotas. Quienes hayan sido desvinculados deben ser reincorporadxs de manera inmediata durante el plazo de vigencia de la emergencia declarada, al que se le deben adicionar los noventa (90) días corridos posteriores.

Sin perjuicio de que resulta menester, de manera imperiosa, que el mencionado Decreto de Necesidad y Urgencia sea rechazado y declarado nulo de nulidad absoluta e insanable de conformidad con lo establecido en la Carta Magna nacional, consideramos que la situación de quienes se han visto agredidxs por aumentos a todas

luces desproporcionados e irrazonables debe ser abordada de forma específica.

El proyecto se funda, en primer lugar, en la convicción de que la salud y la vida se encuentran por encima de todo criterio económico de mercado, entendiéndose que -más allá de su constitución como empresas- los entes de medicina prepaga tienen a su cargo una trascendental función social que está por encima de toda cuestión comercial.

Así las cosas, los abruptos aumentos unilaterales experimentados desde diciembre de 2023, y carentes de control gubernamental alguno, configuran una práctica abusiva que no puede ser permitida por desnaturalizar el contrato de medicina prepaga, afectando directamente la salud de miles de usuarios a lo largo y ancho del país.

Los fundamentos del derecho a la salud, de conformidad a la doctrina especializada, se encuentran en el propio texto de la Constitución Nacional, en los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en los tratados internacionales de derechos humanos incorporados a nuestra Carta Magna y a las interpretaciones, observaciones y recomendaciones realizadas por los organismos pertinentes creados por dichos tratados para la aplicación de sus prescripciones.

Nuestro más Alto Tribunal se ha expresado frecuentemente en pos de la protección del derecho a la salud, estableciendo que: *“El hombre es el eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo - más allá de su naturaleza trascendente - su persona es inviolable y constituye un valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental”*. (329: 1638; 325: 292; 316: 479). Por ello, se ha dicho que la actividad que desarrollan las empresas de medicina prepaga exorbita el marco negocial en función de los matices sociales y fuertemente humanitarios que lo impregnan.

No se trata sólo de considerar la salud un derecho humano esencial que el Estado debe garantizar y proteger, sino que además debe propiciarse que el acceso a la salud tenga una razonabilidad económica para quienes opten por una cobertura privada en su capacidad de pago, siendo este un derecho de los consumidores y las consumidoras y los usuarios y las usuarias de la salud, consagrado por la Constitución Nacional (art. 42).

Según los resultados definitivos publicados por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, el 60 % de la

población resulta usuaria del sistema privado de salud (cuenta con obra social o prepaga, incluyendo PAMI). Estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación publicadas en mayo del 2023 indican que más de 6.000.000 de personas son usuarias y consumidoras de Entidades de Medicina Prepaga, concentrando las 10 entidades de mayor volumen el 83,4% de las personas afiliadas; proviniendo dos tercios de los afiliados de la derivación de aportes (corporativa o desregulada) y un tercio, de forma directa.

Principalmente estos últimos, quienes tienen una cobertura directa a partir de contratos de adhesión, o bien trabajan en relación de dependencia y ejerciendo el derecho de opción de cambio de obra social, optaron por derivar sus aportes obligatorios a entidades que suscriben convenios con las Empresas de Medicina Prepaga, cubriendo con sus ingresos, en la mayoría de los casos, las diferencias que resulten del plan de cobertura que suscriban; resultan usuarios que carecen de capacidad de negociación del precio del servicio que contratan frente a un mercado, como se ha indicado, fuertemente concentrado.

Recuérdese que, por su propia naturaleza, el contrato de medicina prepaga tiende a mantenerse por un tiempo prolongado, en tanto el adherente realiza un esfuerzo económico cuando es joven, tiene cierta solvencia patrimonial o está sano, a fin de ser compensado cuando llegue a la vejez o carezca de salud. Correlativamente, las empresas prestadoras efectúan estudios de cálculo de probabilidades que les permiten establecer un margen de riesgo acotado. Ello impone la necesidad de otorgar previsibilidad y estabilidad a la relación, evitando que las prestaciones se desequilibren precisamente cuando son más necesarias para el afiliado.

Como puede verse, lo dispuesto por el Art. 267 del DNU 70/2023 al suprimir el inciso G del Art. 5 de la Ley 26.682, implica que el Ministerio de Salud ya no tendrá la atribución de poder autorizar y revisar los valores de las cuotas, mientras que a tenor de lo dispuesto por el Art. 264 del DNU 70/2023 al suprimir los párrafos primero y segundo del Art. 17 de la Ley 26.682 implica que ya no será exigible la autorización previa de la Autoridad de Aplicación de la Ley 26.682 (Ministerio de Salud de la Nación) para que las empresas de medicina prepaga puedan aumentar el valor de las cuotas.

El camino recorrido desde la sanción del DNU 70/23 hasta la actualidad ha arrojado un saldo por demás negativo en el acceso a la salud a miles de personas que día a día se ven forzadas a

abandonar sus contratos de medicina prepaga por no poder solventar sus aumentos, estos en algunos casos han representado alrededor del 90% acumulado desde el mes de diciembre de 2023. Cabe aclarar que como es de público conocimiento, los salarios, haberes jubilatorios y pensiones no llegan de ningún modo a equipararse a los exorbitantes porcentuales impuestos por las empresas de medicina prepaga para poder seguir sosteniendo sus prestaciones, conduciendo de este modo a la inviabilidad del sistema.

Es por ello que, resulta urgente dar certeza y previsibilidad a las partes, garantizando la protección de los usuarios, usuarias y los consumidores y consumidoras, que ven afectada su capacidad de pago así como profundizada la escasa o nula aptitud de negociación frente a las prestadoras de servicios. A la vez, que se busca establecer un mecanismo de actualización que permita a las Empresas de Medicina Prepaga afrontar los mayores costos y mantener la calidad de servicios prestados, sin que ello afecte la capacidad de pago de los usuarios y usuarias.

De este modo, consideramos el promedio entre el Índice de Costos de Salud (ICS) y el índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE), como una fórmula razonable de actualización de valores pecuniarios, estableciéndose un mecanismo más ajustado a la angustiosa realidad económica y social imperante.

En síntesis, el presente proyecto vendrá a recomponer urgentemente y de la manera más justa el sistema de acceso a la salud a través de la medicina prepaga del conjunto de la población, sirviendo en especial a los grupos más vulnerables.

Diputada Nacional Mónica Macha

Diputado Nacional Daniel Gollán