



PROYECTO DE LEY

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación...

MEDICINA PREPAGA. MECANISMO DE ACTUALIZACIÓN Y CONTROL DE LAS CUOTAS

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º: Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer un mecanismo de actualización mensual de las cuotas de los planes prestacionales de las empresas de medicina prepaga, sean estas establecidas directamente a través de planes de adhesión voluntaria o de los planes superadores o complementarios por mayores servicios que ofrezcan otros agentes del Seguro de Salud contemplados en la Ley 26.668, incluidos los planes con derivación de aportes obligatorios del sistema de Obras Sociales.

Artículo 2º. Cuotas de Planes Prestacionales. Sólo podrán admitirse como máximo aumento mensual, el derivado de la fórmula conformada por el sesenta por ciento (60%) de la variación de la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) y el cuarenta por ciento (40%) en las variaciones del Nivel General del Índice de Precios al Consumidor Nacional elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), conforme la fórmula que se aprueba en el Anexo I de la presente.

CAPÍTULO II

CONTROL PARLAMENTARIO

Artículo 3°. *Comisión Bicameral.* Créase en el ámbito del Congreso de la Nación la Comisión Bicameral Permanente de Fiscalización de la Medicina Prepaga regulada por la Ley 26.682.

La comisión dictará su reglamento de funcionamiento interno y tendrá por misión la fiscalización del estricto cumplimiento de lo establecido en la presente.

Artículo 4°. *Integrantes.* La Comisión Bicameral será integrada por seis senadores y seis diputados elegidos por las Honorables Cámaras de Senadores y Diputados de la Nación, respetando la pluralidad de la representación política de las Cámaras. El presidente de la Comisión será designado a propuesta del bloque político de oposición con mayor número de legisladores en el Congreso.

Artículo 5°. *Facultades.* La Comisión Bicameral tendrá amplias facultades para controlar e investigar de oficio. Las entidades mencionadas en el artículo 1° de la Ley 26.682 deberán informar a esta comisión de manera mensual, los aumentos de las cuotas y/o modificaciones en los planes prestacionales, o cualquier otra documentación que la Comisión solicite.

Los planes prestacionales en ningún caso, podrán ser modificados unilateralmente con carácter regresivo.

La Comisión Bicameral tendrá las siguientes competencias:

1. Dictaminar sobre los informes emitidos por las entidades mencionadas en el artículo 1° de la Ley 26.682, en donde se especifique los aumentos mensuales en las cuotas de los planes prestacionales y las modificaciones que se hubieran realizado en los mismos.
2. Instruir mediante dictamen vinculante a la Autoridad de Aplicación de la Ley 26.682 para que aplique las sanciones del artículo 24 de la mencionada ley, en los casos de incumplimiento de lo establecido en el artículo 2° de la presente y cuando compruebe que las modificaciones en los planes prestacionales perjudican a las personas usuarias.
3. Convocar a los representantes de las entidades mencionadas en el artículo 1° de la Ley 26.682, a los funcionarios públicos relacionados con la materia y a toda otra

persona humana o jurídica que considere oportuno para recibir las explicaciones e informes que estime convenientes.

4. Instruir a la Autoridad de Aplicación de la Ley 26.682, para que intervenga en caso de detectar incumplimientos de lo dispuesto en la presente ley.
5. Establecer reuniones periódicas y trabajar de forma coordinada con la Auditoría General de la Nación (AGN), a los fines de dar cumplimiento con lo establecido en la presente .

Artículo 6°. *Infraestructura, personal y presupuesto.* Los presidentes de cada Cámara brindarán a su pedido a la Comisión Bicameral creada por el artículo 3° la infraestructura, el personal administrativo y técnico, y los recursos presupuestarios que resulten necesarios para el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 7°. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Diputada Nacional Luana Volnovich

Diputado Nacional Pablo Yedlin

Diputada Nacional Julia Strada

Diputada Nacional Victoria Tolosa Paz

Diputada Nacional Vanesa Siley

Diputada Nacional Paula Penacca

Diputado Nacional Eduardo Valdés

ANEXO I

Índice de movilidad del precio de la Medicina Prepaga (PMP)

$$PMP(m) = 0,6 \times RIPTE(m - 2) + 0,4 \times IPC(m - 2)$$

Donde:

$PMP(m)$ = Índice mensual de variación de los precios de la medicina prepaga.

$RIPTE$ = Remuneración promedio sujeta a aportes al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) que perciben los trabajadores que se encuentran bajo relación de dependencia y que han sido declarados en forma continua durante los últimos 13 meses.

IPC = Índice de precios al consumidor total nacional, publicado por el INDEC.

Ambos indicadores se utilizarán con dos meses de retraso.

El índice de movilidad del precio de la Medicina Prepaga (PMP), se aplicará mensualmente, a partir del mes de junio del presente año. El mismo será publicado por la Autoridad de Aplicación de la Ley 26.682. Las empresas de medicina prepaga, comprendidas en el artículo 1°, deberán informar a los usuarios el resultante de la aplicación de dicho índice, antes que finalice el mes previo a la aplicación del mismo.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El DNU 70/2023 dictado por el Poder Ejecutivo Nacional ha modificado una serie de marcos regulatorios suprimiendo o acotando la intervención del Estado en un conjunto de actividades sociales. Entre los sectores desregulados encontramos uno especialmente sensible como es el de las Empresas de Medicina Prepaga actualmente reguladas por la Ley 26.682. El DNU citado derogó mediante el art. 267, el inc g) del art. 5°, y sustituyó mediante el art. 269, la redacción del art. 17°, ambos de la ley 26.682, liberando de esta manera el valor de las cuotas de los planes prestacionales que brindan las empresas.

Como consecuencia de ello se establecieron a partir de la sanción del decreto aumentos en forma libre e ilimitada, impactando de forma negativa en la proyección económica de la ciudadanía y en ocasiones en la continuidad de tratamientos de afiliados a las prepagas, tanto trabajadores como jubilados. En un contexto fuertemente inflacionario y con caída de ingresos reales de una porción mayoritaria de la sociedad, dicha normativa delegó al libre arbitrio de las Empresas de Medicina Prepaga, la fijación del valor por la prestación del servicio de salud, detrayendo las funciones de fiscalización y de autorización del Estado, el cual naturalmente, funcionaba como entidad de contralor que establecía previamente un marco de aumentos progresivo y moderado, y de manera uniforme para todas las entidades inscriptas como tales. Dichas autorizaciones estaban vinculadas a una estructura general de costos presentada por las entidades de medicina prepaga frente al Ministerio de Salud de la Nación. De esta manera, se tenía en consideración tanto los intereses empresariales como los de usuarios o consumidores que, particularmente en este mercado, poseen una relación desigual.

Frente a ello, ha sido de público conocimiento que una cantidad considerable de usuarios de Empresas de Medicina Prepaga ha realizado presentaciones en la justicia, esgrimiendo no poder afrontar los aumentos exorbitantes en las cuotas en este escenario desregulado. El mercado de medicina prepaga ofrece cobertura a 6 millones de personas en Argentina, pero 3 empresas del sector explican alrededor del 60% de esas coberturas. Es por ello que las empresas detentan una dispar capacidad de imposición sobre sus clientes. Esto quedó demostrado a partir de la puesta en vigencia del DNU. Los incrementos de las cuotas superaron ampliamente cualquier variable de costos generando zozobra en muchas familias

que, en algunos casos, debieron incluso resignar una cobertura por la que habían realizado importantes esfuerzos económicos durante muchos años.

La justicia se ha pronunciado de forma contundente haciendo lugar a numerosas medidas cautelares solicitadas en el marco de los procesos aludidos. Si hacemos un análisis de las mismas, más allá del dispar tratamiento que se ha dado a cada una de ellas, podemos trazar un común denominador en los distintos magistrados: se ha ponderado la protección del ciudadano, la importancia del rol del Estado en la tutela de la salud como un derecho fundamental, y la necesidad de definir marcos razonables dentro de los cuales se realicen los aumentos de las cuotas, con lo cual se consolida no solo una jurisprudencia para la justicia, sino también un antecedente que el legislador debe tomar en cuenta a los fines de evitar un desastre judicial con centenares de demandas.

En varias de las presentaciones, la justicia estableció dejar sin efecto los aumentos y limitar los mismos a lo establecido por la autoridad de aplicación en los términos del art. 17 (no sustituido) de la ley 26.682 hasta tanto se dicte sentencia definitiva. En otras sentencias se esgrimió como argumento la razonabilidad en el planteo de la demandante, quien solicitaba la suspensión de los incrementos, estableciendo transitoriamente una pauta objetiva y previsible de ajuste de las cuotas mensuales de afiliación, adecuada al contexto económico y social que atraviesa el país, estimando conveniente acudir al Índice de Precios al Consumidor (IPC) a fin de ajustar las cuotas por los servicios médicos prestados; aplicándose desde el mes de diciembre de 2023, y de forma acumulativa.

En otras sentencias, el juez propone la suspensión de la aplicación de los aumentos definidos a partir de las derogaciones establecidos en el DNU 70/2023, y en consecuencia la aplicación del tope máximo del noventa por ciento (90%) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE) del mes inmediato anterior publicado. De esta manera, recupera vigencia el Decreto N° 743/2022 también derogado por el DNU N° 70/2023 mediante su art. 265-.

Pero tal vez el fallo más importante que fundamenta la necesidad que el Congreso Nacional tome cartas en este asunto, es la que se deriva de la acción que entablara el propio Poder Ejecutivo Nacional a través de la Superintendencia de Riesgos de Salud contra las Empresas de Medicina Prepaga ("SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD C/ OSDE Y OTROS S/AMPARO" Expte 9610/2024).

El fallo obligó a las demandadas *“a que se abstengan de efectuar aumentos de las cuotas en todos los planes prestacionales sin excepción, y retrotraigan el monto de los valores a las cuotas vigentes al 1/12/2023 debiendo efectuarse eventuales ajustes de acuerdo a las pautas que se establecen a continuación: ”Es por ello que en relación a su cumplimiento resulta necesario fijar de manera provisoria un parámetro para los aumentos de las cuotas que resulte prima fazie razonable hasta tanto se decida la cuestión de fondo”*. En este sentido el fallo insta a utilizar el IPC como mecanismo de actualización y asimismo determina la necesidad de un mecanismo de devolución de los sobrepagos detectados.

A consecuencia de este fallo, las empresas de medicina prepaga acordaron con el gobierno a fines de mayo la devolución de los montos cobrados en exceso por encima del IPC de los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2024 tomando para cada uno de los meses el IPC correspondiente al mes anterior. Sin embargo, por la cláusula tercera se habilita -a partir de la cuota correspondiente al mes de julio de 2024- a que las cuotas de las personas afiliadas se ajusten libremente, conforme estructuras de costos y debido cálculo actuarial de cada una de las empresas.

Al vencer el acuerdo entre el gobierno y las Empresas de Medicina Prepaga la situación se retrotrae al escenario de diciembre de 2023. ¿Cuánto aumentarán las empresas? Nuevamente nos encontramos frente a un escenario de desregulación, el mismo que dio origen a las denuncias, los fallos, y las cautelares. Sin embargo, las causas que dieron fundamentos a los distintos fallos no se han modificado, volvemos a foja cero.

Sin lugar a dudas, el más contundente de los fundamentos que podemos encontrar en el fallo referido es el que afirma que *“las Empresas de Medicina Prepaga tienen como objeto básico las prestaciones de salud, que constituyen un derecho humano irrenunciable que el Estado debe garantizar”*. Esto resulta el fundamento superior para la necesidad de un marco de regulación. La salud es un derecho humano, no puede estar librado al mercado; a las claras se ha visto lo sucedido con la desregulación producto del DNU 70/23 y sus consecuencias privativas de estos derechos sobre los consumidores. En este sentido, se sostiene que *“el derecho a la salud e integridad, física y psíquica, poseen rango constitucional (art. 42 de la CN de 1994, art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por la ONU el 16/12/66, ratificado por ley 23.313). Es decir, se encuentran en juego derechos fundamentales que en el plexo de los restantes derechos constitucionales tienen un grado de indudable preeminencia”*.

Lo precitado ratifica el punto anterior, asumiendo al derecho a la salud como un derecho humano, no pudiendo los usuarios quedar al desamparo -como ya quedó demostrado- del mercado. Esto ha sido vastamente reconocido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación al afirmar: *“el derecho a la preservación de la salud comprendido dentro del derecho a la vida y ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga (Fallos: 321: 1684; 323: 1339; 324: 3569).”*

También los Tratados Internacionales suscriptos por nuestro país dan garantía de este derecho humano: *“Estos parámetros deben conectarse, en el caso, con las previsiones que emanan del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental (cfr. art. 12.1.). Asimismo, la ley 27.360 (B.O. 31/12/2017) aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que en su artículo 6 prescribe que los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y del derecho a vivir con dignidad en la vejez.”*

A lo antedicho hay que sumar la necesidad de disminuir la litigiosidad a la que ha dado origen el formato de determinación de precios por el solo criterio del prestador, a partir de la derogación de los artículos señalados de la ley 26.682. Como lo esblece el mismo fallo: *“el aumento repentino y sucesivo del valor de las cuotas impactó de manera significativa en el incremento de los reclamos que sobrecargó el sistema judicial, provocando demoras en el análisis y la atención oportuna de las causas, generando una situación de gravedad institucional, entendida como el ilegítimo condicionamiento al ejercicio del derecho, la violación del principio constitucional de igualdad y la vulneración de la garantía de la seguridad jurídica”.*

Este punto es el que advierte al legislador la necesidad de que sea el Poder Legislativo el que regule la problemática y no el Poder Judicial a través de litigios diversos que ni siquiera generan una solución uniforme. *“El riesgo inminente de que la prolongación en el tiempo de la conducta atribuida a diversos Agentes del Sistema de Salud implique la eventual dificultad de afrontar el pago de las cuotas mensuales del servicio producto del aumento impuesto por las demandadas, que podría provocar la falta de cobertura médica y ocasionar*

la suspensión del servicio de medicina prepaga durante la sustanciación del juicio a una infinidad de afiliados que hoy gozan de la cobertura de salud privada."

Aquí encontramos el principal problema a resolver en el proyecto de ley que se pretende. ¿Qué tipo de regulación tendremos? Claramente, esta respuesta corresponde al Poder Legislativo y no a un juez del Poder Judicial que no sólo no tiene la *expertise* para resolverlo, sino que tampoco posee la representación popular para hacerlo, ni el cúmulo de las controversias presentadas en todo el país como para llegar a una única solución.

En este sentido, este proyecto pretende armonizar -en un delicado equilibrio- una regulación que no desfinancie ni destruya el sistema de salud y su estructura de costos; con el derecho de los usuarios de abonar una cuota justa que le permita acceder a las prestaciones, siendo éstos el eslabón más débil de la relación contractual, ya que lo que se pone en riesgo es el derecho a la salud.

Por ello, el índice propuesto en esta ley prevé no solo los valores de los aumentos, sino también la temporalidad de los mismos y la forma en la que se le informarán al consumidor. Como antecedentes para la confección del índice de aumentos se tomó en consideración las distintas cautelares judiciales, la normativa anterior, la normativa vigente y otras iniciativas del Congreso Nacional como el proyecto del Diputado Tetaz, perteneciente a la Unión Cívica Radical (Exp. 0150-D-2024) que también advierte sobre la necesidad de contar con marcos regulatorios razonables y previsibles para los aumentos de las cuotas de medicina prepaga.

Este proyecto pretende establecer por tanto un mecanismo de actualización automático, homogéneo para todos los usuarios de la Medicina Prepaga que proteja el derecho a la salud y el derecho en tanto consumidores de los usuarios de las empresas de medicina prepaga.

Como ya mencionamos, más del 60% de la población posee afiliación a una Obra Social Nacional a través de la cual "desregulan" sus aportes hacia el sector privado. A su vez la oferta se encuentra distribuida entre tres empresas líderes: OSDE, Swiss Medical y Galeno. Es imposible negar el hecho que las empresas de medicina prepaga constituyen un mercado concentrado, lo cual facilita la coordinación de los principales agentes para la obtención de rentas extraordinarias, atentando contra la productividad de la economía y una eficiente asignación de recursos. De hecho esto fue el objeto de la demanda promovida por el gobierno nacional.

Por todo lo expuesto hasta aquí, pareciera haber un consenso dentro de los tres poderes del Estado en la necesidad de establecer un mecanismo que proteja a los usuarios de aumentos abusivos por parte de las empresas de medicina prepaga.

En el artículo 2° del presente proyecto se propone una fórmula de actualización compuesta por el Índice de Precios al Consumidor y el Índice RIPTE. Dicha actualización del precio del servicio de medicina prepaga se fundamenta en la necesidad de previsión tanto de las familias como de las empresas. La incertidumbre provocada por la falta de objetividad en las pautas de aumento de las cuotas de la medicina prepaga genera en los consumidores, un desorden mensual de sus ingresos disponibles, dado el carácter esencial que las familias le asignan al mantenimiento del servicio. Una pauta mensual establecida y objetiva de actualización de las cuotas del servicio de salud le permitirá saber cuál será su ingreso disponible para otros consumos sin saltos relevantes en la proporción de ingresos que deberán destinar para este rubro específico, permitiendo mejorar la información que tienen los agentes para la toma de decisiones.

Teniendo en cuenta a su vez el hecho que la mayoría de los ingresos de las empresas de medicina prepaga provienen de aportes “derivados” de trabajadores y trabajadoras argentinas cuyos salarios dependen de la evolución de los acuerdos paritarios, se desprende la necesidad de un mecanismo que contemple la evolución de los precios de forma que las empresas puedan proyectar sus actividades pero que se encuentre vinculado, a su vez, a las variables que refieren a los ingresos de los trabajadores asalariados.

Asimismo, se propone la creación de una Comisión Bicameral Permanente de Fiscalización de la Medicina Prepaga regulada por la Ley 26.682, la cual contará con amplias competencias para controlar la implementación del nuevo índice establecido en el art 2° de la presente, con el objetivo de proteger a los usuarios. Es necesario, crear una instancia en el ámbito del Poder Legislativo, que bregue por las protección de los usuarios de la medicina prepaga. La Comisión Bicameral, tendrá como principal misión controlar la aplicación de los aumentos realizados por las empresas, siguiendo lo establecido en el art 2°, así como también instruir a la autoridad de aplicación para que avance en las sanciones correspondientes estipuladas en la Ley 26.682 frente al incumplimiento de la presente y cuando compruebe que las modificaciones en los planes prestacionales perjudican a las personas usuarias. Para ello, deberá contar con una estructura compuesta por personal administrativo y técnico, que puedan realizar los análisis anteriormente mencionados.

Asimismo, podrá recibir a integrantes de las Empresas de Medicina Prepaga, a funcionarios públicos relacionados con la materia y a toda otra persona humana, con el objetivo de recibir informes sobre la materia. Por otro lado, la Comisión Bicameral se reunirá periódicamente y trabajará en forma coordinada con la Auditoría General de la Nación, bregando por el cumplimiento de la presente .

Es necesario legislar en pro de la integralidad del sistema, y el establecimiento de una pauta de aumento homogénea para los usuarios. Debemos poner fin a la fragmentación que se deriva de las intervenciones particulares de la justicia.

Por todos los argumentos esgrimidos, solicito a mis pares el acompañamiento en este proyecto de ley.

Diputada Nacional Luana Volnovich

Diputado Nacional Pablo Yedlin

Diputada Nacional Julia Strada

Diputada Nacional Victoria Tolosa Paz

Diputada Nacional Vanesa Siley

Diputada Nacional Paula Penacca

Diputado Nacional Eduardo Valdés

"2024 – Año de la Defensa de la Vida, la Libertad y la Propiedad"