



PROYECTO DE LEY

DEROGACIÓN DE LA RESOLUCIÓN N° 3934/2024 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 1: Deróguese la resolución 3934/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud publicada el 28 de octubre de 2024 en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 2: Déjese sin efecto y declárese nulo de nulidad absoluta e insanable todo acto previo administrativo o jurídico resultante de aquellas y lo actuado con posterioridad.

ARTÍCULO 3: Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

ARTÍCULO 4: De forma.

Nicolás del Caño

Alejandro Vilca

Christian Castillo

Vanina Biasi

Mónica Schlotthauer



FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El pasado 28 de octubre fue publicada en el Boletín Oficial, la [resolución N° 3934/2024](#) de la Superintendencia de Servicios de Salud, en la que se estipula que “en el marco de los planes de salud cerrados, la cobertura médico-asistencial de prácticas y medicamentos, será otorgada exclusivamente sobre la base de prescripciones realizadas por los médicos que integren la cartilla del Agente del Seguro de Salud correspondiente” (Artículo 2).

En su artículo 3° el texto resuelve además la adopción del “control y la fiscalización para verificar el cumplimiento del Anexo de la Guía de Buenas Prácticas para el Cumplimiento Eficiente de Mandas Judiciales del Ministerio de Salud, según lo establecido en la Resolución N° 4912/24”.

En tanto, en su artículo 4, se determina que “sólo en los casos en que se cumpla con lo dispuesto en los artículos 2° y 3°, los Agentes del Seguro de Salud podrán presentar para su análisis la erogación de una práctica médica y/o un medicamento ante esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD”.

Finalmente, la resolución establece que estos requisitos son “de cumplimiento obligatorio para toda solicitud de cobertura, subsidio o reintegro de prácticas médicas y medicamentos, incluyendo aquellas que se presenten por vía administrativa o judicial”.

En síntesis, con esta resolución asistimos a una profundización en las restricciones para la cobertura por parte de prepagas y obras sociales para las medicaciones y tratamientos de sus afiliados.

De ahora en más, todo afiliado que tenga algún médico tratante que no pertenezca a la cartilla de prestadores de su plan, aunque sea su médico de confianza y desde hace años, incluso aún desde antes de tener determinada pre paga u obra social, no tendrá el derecho a seguir su tratamiento como lo hacía hasta el momento.

Esta situación se vuelve extremadamente grave para el caso de los pacientes que tienen discapacidad, enfermedades crónicas, poco frecuentes, oncológicas o cualquier otra que requiera un tratamiento prolongado o permanente. Nos referimos a médicos encargados de la prescripción de medicamentos y tratamientos fundamentales para la salud de dichas personas: prótesis ortopédicas sin las cuales no se podría caminar, medicamentos caros y difíciles de conseguir, intervenciones quirúrgicas, entre otras cuestiones.

Hay que agregar además que en muchos casos estos médicos son especialistas, con mucha experiencia y referentes por sus conocimientos en áreas particulares, imposibles de suplantar por los médicos de la cartilla que le corresponden a los afiliados. Recordemos también que debido a los bajos salarios y malas condiciones laborales, muchos profesionales han renunciado a sus trabajos en obras sociales y prepagas en los últimos tiempos, por lo que hay especialidades en las que directamente no hay especialistas o son muy pocos.

Esta situación también se repite en el ámbito público, donde en hospitales de alta complejidad como el Garrahan y el Posadas, cada vez son más las y los trabajadores que se ven obligados a renunciar por los bajos ingresos. Cuestión que ya reflejamos en un [pedido de informes](#) sobre la situación de los Hospitales nacionales, y sobre el que no hemos recibido respuesta.

Como es de público conocimiento, las prestaciones brindadas tanto por las obras sociales como por las prepagas atraviesan un momento de crisis caracterizado por turnos prolongados, guardias colapsadas, trámites burocráticos y demoras (cuando no rechazos directamente) de tratamientos y medicación. Todo se profundiza cuando hablamos, como ya dijimos antes, de afiliados con enfermedades crónicas, oncológicas y personas con discapacidad.

Esta nueva resolución, además de atentar contra el derecho a la libre elección de prestadores de los pacientes, trae aparejado como consecuencia que habrá más demoras en los turnos, ya sea para consultas, estudios, cirugías, etc. Porque cada vez habrá más demanda de usuarios del sistema de salud y pocos, o incluso menos, médicos para brindarles la debida atención y tratamiento. Esto sin contar lo traumático y angustiante que puede resultar para una persona enferma que se atiende con un médico desde hace años, no poder seguir haciéndolo. Dicha resolución agrega entonces una nueva traba más y atenta contra la concepción de la salud como un derecho básico elemental.

Manuel Luaces, doctor en Ciencias Jurídicas, declaró en diálogo con el periodista Jorge Fontevecchia para [Perfil](#) que esta resolución “favorece a las prepagas y es regresiva e inconstitucional en términos de derechos humanos y de acceso a la

salud. Además va en contramano de la realidad operativa que tienen las prepagas y el sistema de salud argentino”.

Juan Bautista Torres López, abogado especializado en salud, explicó al diario [Clarín](#) que “la resolución del Gobierno es difícil de llevar a la práctica porque contrasta con la ley de Derechos del Paciente (Ley 26529, sancionada en octubre de 2009), entre los que está el derecho a la interconsulta. También podría colisionar con una visión del ejercicio libre de los profesionales de la salud de la que hay jurisprudencia. Hay un respaldo normativo muy fuerte en el respeto de la relación médico-paciente”.

Por último queremos agregar, que los afiliados a las prepagas además sufren aumentos constantes y sistemáticos en sus cuotas, producto de la política del Gobierno nacional de desregulación de dicho sector ni bien asumió, lo que implicó aumentos sin ningún tipo de control ni tope y diferenciados por región. Según el [Índice de Precios al Consumidor](#), elaborado por el Indec, en los primeros 9 meses del año el aumento en las cuotas de las prepagas en la región del AMBA fue del 181%, mientras la inflación fue de 105% en el mismo período.

La imposibilidad de seguir pagando dichas cuotas ha provocado que los usuarios se pasen a planes más baratos (que son los planes cerrados que ahora se pretende limitar) o directamente se den de baja y comiencen a transitar el hospital público, elevando la demanda, en el marco de un ataque general al sistema de salud.

Además, los afiliados también tienen que hacer frente a los aumentos en los copagos y aranceles diferenciados, que es la otra vía por la que las empresas de medicina prepaga están haciendo que sus afiliados cada vez tengan que poner más dinero de su bolsillo.

A esto hay que sumarle que otro de los costos que tienen que afrontar los afiliados con tratamientos que incluyen medicación es el pago de los mismos. El Indec, en su informe [La Industria farmacéutica en la Argentina](#), informó que en el segundo trimestre de 2024, la facturación total de la industria farmacéutica en la Argentina registró 1.717.379,4 millones de pesos, lo que representó un incremento de 326,7% en relación con el mismo trimestre de 2023.

Esta resolución no hace otra cosa que favorecer los negocios de los empresarios de la salud (tanto de las prepagas y de la industria farmacéutica) y atenta contra el derecho a la salud de la población. No podemos convalidar de ninguna manera que los negocios de unos pocos se impongan por sobre este derecho. Por las razones expuestas, solicitamos a nuestros pares nos acompañen en la aprobación del presente proyecto de ley.