



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

*Secretaría Parlamentaria*

*Dirección de Información Parlamentaria*

**H. Cámara de Diputados de la Nación**

### **PROYECTO DE LEY**

*Texto facilitado por los firmantes del proyecto. Debe tenerse en cuenta que solamente podrá ser tenido por auténtico el texto publicado en el respectivo Trámite Parlamentario, editado por la Imprenta del Congreso de la Nación.*

<b>Nº de Expediente</b>	2703-D-2008
<b>Trámite Parlamentario</b>	054 (28/05/2008)
<b>Sumario</b>	MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPAGA: COBERTURA DEL PLAN MEDICO OBLIGATORIO (PMO), EXCLUSIONES, CREACION DE UNA COMISION PERMANENTE ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y EL MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION.
<b>Firmantes</b>	VACA NARVAJA, PATRICIA - SEGARRA, ADELA ROSA - CONTI, DIANA BEATRIZ.
<b>Giro a Comisiones</b>	ACCION SOCIAL Y SALUD PUBLICA; LEGISLACION GENERAL.

*El Senado y Cámara de Diputados,...*

### **MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPAGA**

#### **CAPITULO I**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 1º.- OBJETO. La presente ley tiene por objeto establecer la regulación de las empresas o entidades de medicina prepaga, las que en adelante se denominan "Empresas de Medicina Prepaga" (EMP).

Art. 2º.- ALCANCE.: Se consideran Empresas de Medicina Prepaga toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, forma y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de 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.

No podrán desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta Ley:



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

### *Secretaría Parlamentaria*

#### *Dirección de Información Parlamentaria*

1) Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la Ley número 19.550;

2) Los inhabilitados para ejercer cargos públicos;

3) Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno y administración de las entidades de Empresas de Medicina Prepaga

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

Art. 3°.- AUTORIDAD DE APLICACION. 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.

## CAPITULO II

### DE LAS PRESTACIONES

Art. 4°.- OBLIGACION. Las Empresas de Medicina Prepaga deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Medico Obligatorio (PMO) conforme a lo establecido por la ley N° 24.754 y lo establecido en la ley N° 24.901. Sólo se admiten planes de coberturas parciales en

- a) las Empresas de Medicina Prepaga de servicios odontológicos exclusivamente,
- b) servicios de emergencias médicas y traslados en ambulancia,
- c) internación domiciliaria
- d) Empresas de Medicina Prepaga que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad y que ofrezcan planes que abarquen solo uno de los niveles del PMO y con un padrón de usuarios inferior a cinco mil, los que serán reglamentadas por la Autoridad de Aplicación.

## CAPITULO III

### DE LA AUTORIDAD DE APLICACION

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;



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

### *Secretaría Parlamentaria*

#### *Dirección de Información Parlamentaria*

- 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) Otorgar la autorización para funcionar a las EMP , evaluando la conveniencia de la iniciativa, las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración, en su caso, y su experiencia en la actividad.
- e) 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;
- 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, e incumplimientos;
- h) establecer un sistema de categorización y acreditación de Empresas de Medicina Prepaga así como los establecimientos y prestadores propios o contratados;
- i) 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;
- j) 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, preservando una distribución proporcional en número y riesgo étéreo.

Art. 6º.- FUNCIONES DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN DE LA LEY N° 24.240. La autoridad de aplicación de la ley 24.240 tiene a su cargo las funciones relativas a la defensa de los usuarios en la relación de consumo.

Art. 7º.- COMISION PERMANENTE. Créase una Comisión Permanente entre la Superintendencia de Servicios de Salud y el 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.



*H. Cámara de Diputados de la Nación*

*Secretaría Parlamentaria*

*Dirección de Información Parlamentaria*

#### CAPITULO IV

#### DE LOS CONTRATOS

Art. 8º.- DURACION. RESCISION. 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 o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En el primer supuesto, 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. 9º.- 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.- DECLARACION JURADA. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario. Para ello la Superintendencia de Servicios de Salud debe establecer las características y tipos de enfermedades para ser consideradas como preexistentes.

En caso de aparición de una enfermedad preexistente en la declaración jurada, la EMP deberán acordar con la Superintendencia los montos de cuota y carencias.

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 etáreos.

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.



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

### *Secretaría Parlamentaria*

#### *Dirección de Información Parlamentaria*

Art. 14.- COBERTURA DE LOS NIÑOS. Los niños desde su nacimiento 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.- CONTRATACION 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 su vínculo con la empresa o entidad corporativa, 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 N° 24.754.

## CAPITULO V

### DE LAS OBLIGACIONES

Art. 17.- HOSPITALES PUBLICOS. 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 MINIMO. Las Empresas de Medicina Prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un CAPITAL MINIMO, 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. En el caso de las cooperativas y mutuales el capital mínimo será establecido por las normativas del INAES.

Art. 19.- RESERVA TECNICA. Las Empresas de Medicina Prepaga autorizadas en el Registro deben constituir y mantener una RESERVA TECNICA 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, deben tomar para la constitución de la RESERVA TECNICA, el 50% de la facturación al cierre de cada mes.

La mencionada RESERVA TECNICA debe estar constituida por bienes y derechos. 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 como autoridad de aplicación puede objetar los bienes y derechos que se apliquen a la constitución de la Reserva Técnica y el Capital Mínimo,



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

### *Secretaría Parlamentaria*

#### *Dirección de Información Parlamentaria*

cuando estas 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. En el caso de las cooperativas y mutuales la RESERVA TECNICA será establecido por las normativas del INAES.

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 N° 23.660 y N° 23.661

## CAPITULO V

### 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.

## CAPITULO VI

### 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;



## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

*Secretaría Parlamentaria*

*Dirección de Información Parlamentaria*

c) las donaciones, legados y subsidios que reciba;

d) todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

### CAPITULO VII

#### DISPOSICIONES ESPECIALES

Art. 23.- Para dar respuesta a lo establecido en el artículo 5 inciso g, funcionará en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud una Comisión Permanente de Concertación, integrada, además, por representantes de: las Empresas de Medicina Prepaga, las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial y los usuarios.

La Superintendencia de Servicios de Salud dictará el reglamento de funcionamiento de la citada comisión, el que preverá la constitución de subcomisiones y la participación de la autoridad sanitaria correspondiente.

Art.24- ORDEN PUBLICO 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. 25.- REGLAMENTACIÓN. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación

Art. 26.- Las Empresas 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. 27.- Comuníquese al Poder Ejecutivo

#### FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presente proyecto tiene como antecedente el texto del dictamen de comisiones recaído sobre el expediente 4381-D-06 - Rosso, Graciela y otros, publicado mediante Orden del Día 1602/2006.

Asimismo, recoge las observaciones realizadas por cooperativas, mutuales y pequeños prestadores, atendiendo las particularidades del sector.

La medicina prepaga otorga cobertura médica a una porción importante del sector de la medicina privada, con una participación aproximada del 8 % del total de la población.





## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

### *Secretaría Parlamentaria*

#### *Dirección de Información Parlamentaria*

Actualmente esta actividad, desde lo sanitario, sólo está regulada por la ley n° 24.754 que establece la obligatoriedad de dar como cobertura mínima el PMO.

La necesidad de establecer marcos regulatorios a la medicina privada se fundamenta en la definición de la imperfección de los denominados mercados de la salud que, devienen atentatorios de los consumidores y de sus derechos. Por lo tanto, el Estado debe establecer las pautas de control con el objeto de preservar el derecho de los ciudadanos a la cobertura de salud.

A lo anterior debemos agregar, el rol que de acuerdo a la Constitución Nacional y los tratados internacionales que integran la magna norma, debe cumplir el Estado Nacional, y que la CSJN tipifica como el de garante de las prestaciones de salud. Esta garantía abarca también a las prestaciones de las empresas prepagas de medicina, por lo que mal podría el estado dejar al libre arbitrio, a una actividad de la que resulta garante.

Con un agravante, dado en que la cobertura otorgada por empresa de medicina prepaga, desde la interpretación de las provincias, altera el orden previsto por la CN para la cobertura médica, considerando éstas (las obligadas constitucionales primigenias) que esa cobertura las desliga de tal obligación.

En este marco, se destaca la información imperfecta o la asimetría en la información, en el que la oferta preserva para sí el conocimiento del sector y limita el acceso del consumidor al saber para la toma de decisiones, transformándose en un usuario cautivo de los prestadores, aumentando de esta forma su poder. Por lo tanto, son las EMMP quienes determinan la demanda y fijan los precios.

El presente proyecto de ley prevé:

Establecer como coberturas mínimas las prestaciones establecidas por el PMO, dado que las mismas preservan la integralidad de la atención médica, considerándose al PMO como el piso prestacional, asegurándose en los contratos que los usuarios sepan de los alcances de las coberturas.

Establecer que aquellos Agentes del Seguro que comercialicen seguros de salud con esta modalidad, serán controlados por la presente más allá de las actividades que desarrollen en el marco de las leyes 23660 y 23661.

Que la autoridad de aplicación será ejercida por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), dentro de la órbita del Ministerio de Salud, y la autoridad de aplicación de la ley N° 24.240, en las funciones relativas a la defensa de los usuarios en la relación de consumo.

Definir las funciones de la SSSalud vinculadas a las actividades relativas a los procesos de salud y enfermedad, siendo la SSDC la responsable de las funciones de defensa de los usuarios en la relación de consumo establecidas en la ley N° 24240, generándose un espacio de articulación con el objeto de asegurar satisfacción del usuario y prestaciones sanitarias de calidad, oportunas y necesarias.





## *H. Cámara de Diputados de la Nación*

*Secretaría Parlamentaria*

*Dirección de Información Parlamentaria*

Contrarrestar la selección adversa a los usuarios, por parte de las empresas al establecer a priori por parte de la autoridad de aplicación los perfiles de carencias y preexistencias y definiendo que la edad no puede ser una limitante para el acceso a los servicios.

Definir que los valores de cuotas y sus modificaciones deberán estar aprobados por la autoridad de aplicación.

Crear el Registro Nacional de E M P y de los Agentes del Seguro que comercialicen modalidades de seguro de atención voluntaria.

Establecer que los servicios prestados por hospitales públicos a usuarios de las Empresas de Medicina Prepaga, deberán ser abonados por las mismas, en un plazo no mayor a treinta días, contados a partir del momento de brindada la prestación, conforme al valor y modalidad fijada por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Asegurar la continuidad de la cobertura de los usuarios ante cualquier circunstancia que acontezca con las empresas, siendo la autoridad de aplicación la responsable de la preservación del derecho de los usuarios.

En conclusión, se establecen regulaciones básicas, que hoy no existen para dotar a este servicio de prestación de salud de condiciones elementales de previsibilidad, equidad y sustentabilidad.

Por lo expuesto, solicito la aprobación del presente proyecto de ley.