



El Senador y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Artículo 1° Con el propósito de una adecuada defensa del consumidor quedan sujetas a las disposiciones de la presente, las actividades de atención de la salud y su restablecimiento en caso de enfermedad, en las condiciones que se pacten, mediante el pago de una cuota dineraria periódica y voluntaria por parte del beneficiario.

Artículo 2° Son consideradas entidades de medicina prepaga las que:

- a) Ofrezcan servicios de cobertura de atención de la salud humana, de contratación y pago voluntario conforme a un “plan” aprobado, descripto en el artículo 6°;
- b) Asuman el riesgo económico y la obligación asistencial como contrapartida de un pago mensual de monto fijo, durante el periodo de tiempo que establezca el contrato;
- c) Suscriban un contrato escrito con el objeto de brindar cobertura de prestaciones de salud entre la entidad y el beneficiario o establezcan en los respectivos reglamentos las condiciones en que se prestarán los servicios a sus asociados en el caso de las entidades mencionadas en el inciso b) del artículo tercero;
- d) Se encuentran inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENAEMP) y autorizadas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Artículo 3° Podrán desempeñarse como entidades de medicina prepaga, en igualdad de condiciones impositivas que afecten exclusivamente a las actividades objeto de las regulaciones de esta ley:

- a) Las sociedades comerciales de cualquier naturaleza;
- b) Las sociedades cooperativas y mutuales;
- c) Los hospitales públicos y privados y fundaciones legalmente reconocidas;
- d) Las asociaciones y colegios profesionales con personería jurídica, que no ejerzan el gobierno de la matrícula profesional;
- e) Las obras sociales incluidas dentro del régimen de la Ley 23.660, cuando ofrezcan planes a adherentes voluntarios, a excepción de los beneficiarios incluidos en los incisos a) y b) del artículo 9° de dicha ley. En las mismas condiciones, las obras sociales provinciales, municipales y las excluidas del régimen general de la ley 23.660 por la ley 23.890.



Las entidades comprendidas en este artículo no verán modificada su situación fiscal con respecto a las actividades no reguladas por esta ley que desarrollen en la actualidad, por cualquier efecto de aplicación de la presente.

La existencia o la creación de las sociedades y entidades indicadas en este artículo no las habilita para operar sino una vez inscriptas en el registro (RENAEMP) creado por el artículo 22 de la presente ley.

Artículo 4° Las entidades de medicina prepaga que tengan, además, un objeto social distinto que las actividades reguladas por la presente, deberán llevar, para estas, registraciones contables individualizadas y diferenciadas del resto de sus actividades conforme con las normas que al efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud.

Artículo 5° El ministerio de Salud de la Nación es la autoridad de aplicación de la presente ley.

Artículo 6° Se considera "plan", a los efectos de presente ley, al conjunto de condiciones generales y particulares de las prácticas médicas, odontológicas y demás prestaciones y servicios comprometidos por las entidades de medicina prepaga dentro de una denominación específica. Deben ser aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud de acuerdo con las normas que a tal efecto dicte el Ministerio de Salud .

Artículo 7° La presentación de un plan para su aprobación debe cumplir con los recaudos previstos en la legislación vigente, esta ley y las normas que, a tal efecto, dicte el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud.

Anualmente la Superintendencia determinará las prácticas y servicios que deberán incluir las entidades en sus planes con arreglo a las disposiciones legales vigentes, las que serán de aplicación obligatoria a la renovación de los contratos.

Artículo 8° La Superintendencia de Servicios de Salud debe expedirse sobre la aprobación del plan en un plazo no mayor a noventa (90) días. Transcurrido dicho plazo sin que la Superintendencia de Servicios de Salud se haya pronunciado por el rechazo, se considera tácitamente aprobado.

Mensualmente la Superintendencia de Servicios de Salud informará a la autoridad de aplicación de la presente, la nomina de contratos tácitamente aprobados y los motivos por los cuales no se haya pronunciado al respecto.

Artículo 9° Las entidades de medicina prepaga no pueden incluir en sus planes ni en los contratos cláusulas que:



- a) Las faculten a modificar en forma unilateral el alcance de las prestaciones comprometidas;
- b) Las faculten a incrementar el monto de la cuota durante la vigencia del contrato;
- c) Consideren que el silencio del usuario frente a una propuesta de modificación contractual constituye suficiente manifestación de aceptación;
- d) Las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del usuario no pudiera ser atendido por profesionales o instituciones comprometidos, siempre que estuviese incluido en el contrato con el beneficiario;
- e) Contengan términos confusos o ambiguos de los que dependan el tipo de prestación o la fijación del precio que deba abonar el usuario;
- f) Modifiquen el alcance del plan de manera selectiva a un usuario o grupos de los mismos o al que estuviera en tratamiento;
- g) Afecten la calidad y cantidad de las prestaciones y servicios ofrecidos.

Artículo 10º El acceso de los usuarios a los servicios ofrecidos por las entidades de medicina prepaga debe ser sin condicionamiento alguno. La orientación hacia determinados prestadores y el cobro de aranceles no altera esta disposición cuando no afecta la libertad de elección dentro de la cartilla de cada plan y así haya sido pactado.

Artículo 11º Los derechos y obligaciones entre las entidades de medicina prepaga y los usuarios serán pactados en un contrato que debe tener forma escrita e incluir cláusulas sobre:

- a) Vigencia de contrato, el que no puede ser inferior a los doce (12) meses. El plazo será renovable, automáticamente, por el mismo lapso, a favor del usuario, considerándose que el mismo ha decidido renovar el contrato mediante el pago correspondiente;
- b) La facultad del usuario de dejar sin efecto el contrato en cualquier momento, sin expresión de causa, debiendo comunicar fehacientemente dicha circunstancia con una anticipación de treinta (30) días, sin que ello haga nacer derecho alguno a favor de las entidades de medicina prepaga.
- c) Las prestaciones prácticas e insumos incluidos en la cobertura;
- d) La cobertura a brindar al neonato del usuario, es la correspondiente a la del plan del titular, quedando automáticamente incorporado el mismo en calidad de afiliado. Salvo que mediare expresa voluntad contraria, del titular previa al nacimiento.
- e) Causas de suspensión y rehabilitación de la cobertura;
- f) Lista de profesionales, establecimientos, prestadores y servicios ofrecidos al usuario, los que deberán estar claramente definidos, sin términos ambiguos;



- g) Cobertura de las emergencias y urgencias medicas;
- h) El sistema mediante el cual el usuario puede cambiar a otro plan de los ofrecidos por la entidad proveedora en la cual está afiliado;
- i) Sistema y plazo máximo para el reintegro, por parte de las entidades de medicina prepaga, de los gastos efectuados por el usuario a favor del mismo, cuando así corresponda conforme el contrato vigente;
- j) El precio y periodicidad de la cuota conforme a lo previsto en el artículo 14, y, en su caso, el valor de los coseguros;
- k) Entidades responsables de las coberturas de mala praxis y de reaseguros;
- l) Pagar en un plazo no mayor a sesenta días a los profesionales, establecimientos y prestadores convenidos.

Artículo 12° Los contratos deben contener todas las prestaciones básicas garantizadas por la normativa vigente, que el Ministerio de Salud actualizará anualmente.

La Superintendencia puede autorizar planes parciales, dichos contratos contendrán obligatoriamente, como mínimo la totalidad de las prácticas referidas en el párrafo anterior..

Artículo 13° Los contratos vigentes, al momento de la sanción de la presente, no tendrán carencia de servicios.

Para los contratos que se suscriban con nuevos beneficiarios a partir de la sanción de la presente, las entidades de medicina prepaga pueden establecer carencias de servicios por ciento veinte (120) días.

El periodo de carencia aludido, no es de aplicación para aquellos beneficiarios que cambien de entidades de medicina prepaga, habiendo cumplido los ciento veinte (120) días en otras entidades de medicina prepaga y permanezcan de forma continua en el sistema creado por la presente. La Superintendencia de Servicios de Salud reglamentará las compensaciones correspondientes por el reconocimiento de la antigüedad de los beneficiarios que cambien de entidad de medicina prepaga.

Artículo 14° El precio a pagar para los nuevos contratos o las renovaciones de los preexistentes, según la estructura tarifaria, debe ser igual para la totalidad de los usuarios titulares de los contratos de cada plan.

Solo se admitirá la variación del precio que tenga en cuenta la cantidad de usuarios que se incorporen al contrato con el usuario titular o diferencien a los usuarios por falla etaria a su ingreso.

Artículo 15° Las cláusulas mencionadas en los artículos 11,12,13, y 14 y aquellas que determine la Superintendencia de Servicios de Salud deben ser suscriptas de manera individual y expresa por el usuario titular del contrato.



Artículo 16° Las entidades de medicina prepaga solo podrán rescindir unilateralmente los contratos, en los supuestos de fraude, actitud dolosa comprobada por parte del beneficiario o incumplimiento de la obligación de pago.

En el caso de beneficiarios con una antigüedad mayor a un (1) año y que hubieran incurrido en falta de pago por mas de noventa (90) días, la entidad de medicina prepaga deberá notificar fehacientemente al beneficiario y, si éste no abonare su deuda dentro de los quince (15) días hábiles de notificado, podrá la entidad de medicina prepaga dar por rescindido el contrato.

En todos los casos el contrato mantiene su vigencia y se deben cumplir con las obligaciones prestacionales hasta tanto no se cumplan con los plazos aludidos.

Artículo 17° Las entidades de medicina prepaga podrán, cuando sea imprescindible, producir modificaciones en los listados de prestadores siempre que no afecten la calidad y cantidad de los servicios. Estas modificaciones tendrán efectos solo desde la notificación al usuario titular.

Los incumplimientos o violaciones a las prescripciones del presente artículo serán sancionadas por la Superintendencia de acuerdo con lo señalado en el artículo 24.

Artículo 18° Las entidades de medicina prepaga no pueden incluir en sus cartillas a prestadores del servicio que fuere que no cumplan con las condiciones requeridas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Asimismo deben requerir a sus actuales prestadores dicho cumplimiento en un plazo no mayor a los trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 19° Aunque no exista convenio previo, las entidades de medicina prepaga deben abonar las prestaciones comprendidas en el "Plan", brindadas por los hospitales públicos de autogestión a sus usuarios, a través del procedimiento que determine la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

La Superintendencia de Servicios de Salud dispondrá dentro de los noventa (90) días de sancionada la presente los mecanismos financieros para garantizar por parte de las entidades de medicina prepaga el pago de los servicios aludidos en plazos no mayores a los sesenta (60) días. Asimismo, podrá disponer mecanismos de auditoria de las prestaciones.

Artículo 20° Las entidades de medicina prepaga deben mantener una reserva técnica igual al promedio de la facturación mensual de los doce (12) meses anteriores a la fecha de cierre de cada ejercicio, según las cifras que surjan de los estados contables presentados a la Superintendencia de Servicios de Salud



al cierre del mismo, facultándose a la autoridad de aplicación, a establecer la relación técnica, sobre la base de los compromisos asumidos. Deben estar invertidas en instrumentos financieros de inmediata realización y en los bienes que a continuación se indican:

- a) Operaciones financieras garantizadas en su totalidad por bancos y otras entidades financieras debidamente autorizadas a operar en el país, por el Banco Central de la Republica Argentina;
- b) Obligaciones negociables de oferta publica con garantía especial o flotante en primer grado sobre bienes radicados en el país;
- c) Inversiones en moneda extranjera;
- d) Inmuebles situados en el país;
- e) Bienes de uso en equipamiento médico de aplicación específica a la actividad de las entidades de medicina prepaga;
- f) Otros activos corrientes realizables.

La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá para la reserva técnica los porcentajes de inversión en bienes y podrá impugnar las inversiones hechas que no reúnan los requisitos de liquidez, rentabilidad y garantía o cuyo precio de adquisición sea superior a su valor de realización. En estos casos la Superintendencia de Servicios de Salud dispondrá las medidas conducentes para que se registre en el balance el valor equivalente a su realización según el precio corriente en el mercado.

Artículo 21° Las entidades de medicina prepaga deben acreditar un patrimonio neto mínimo de :

- a) Quinientos mil pesos (\$500.000) las ya existentes, a la sanción de la presente;
- b) Un millón de pesos (\$1.000.000) las a crearse a partir de la sanción de la presente.

Artículo 22° Créase el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENAEMP) en el ámbito de Superintendencia de Servicios de Salud. En dicho Registro deber inscribirse los entes, existentes o a crearse, que se propongan a actuar como entidades de medicina prepaga, conforme a las normas que al efecto dicte el Ministerio de Salud.

Ninguna persona de cualquier naturaleza jurídica puede desarrollar las actividades descriptas en los artículos 1° y 2° sin estar inscripta previamente en este registro.

La Superintendencia de Servicios de Salud está facultada para solicitar al juez competente el dictado de las medidas necesarias a fin de impedir el desarrollo de estas actividades por parte de personas no inscriptas en este Registro.



Artículo 23° Constituyen infracciones a la presente:

- a) La violación de las disposiciones de esta ley, su reglamentación, las normas que dicte el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud;
- b) El incumplimiento de las obligaciones asumidas en cada contrato;
- c) El suministro al público, al beneficiario o a la Superintendencia de Servicios de Salud de información falsa o engañosa, con el propósito de aparentar una situación patrimonial, económica, financiera o prestacional distinta a la real;
- d) La no presentación en tiempo y forma de los planes, cartillas, presupuestos, balances y memoria general y de toda información que deba ser presentada ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Artículo 24° Las infracciones serán sancionadas con:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa, la que podrá ser de un valor del cinco por ciento (5%) hasta el veinte por ciento (20%) del monto de la facturación promedio mensual de los últimos doce (12) meses;
- c) Cancelación permanente de la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENAEMP); esta sanción solo será aplicable a las entidades de medicina prepaga reincidentes.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y sus graduaciones se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones. La Superintendencia de Servicios de Salud podrá publicar la sanción impuesta a la entidad de medicina prepaga reincidente.

Estas sanciones se aplicarán con independencia de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder.

Artículo 25° El procedimiento aplicable para recurrir las infracciones previstas en los incisos a) y b) del artículo 23 de la presente ley, es conforme la ley 19549, sus modificaciones y reglamentaciones, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 26° Contra los actos administrativos que dispongan la suspensión o cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENAEMP) o la intervención de las entidades de medicina prepaga, se podrá recurrir por ante la Cámara Federal con competencia en lo Contencioso Administrativo con jurisdicción en el domicilio del recurrente. El recurso debe ser interpuesto ante el tribunal dentro de los treinta (30) días de notificada la suspensión o cancelación en el domicilio legal de las entidades de medicina prepaga. Debe fundarse en la ilegitimidad de la sanción, indicando las normas presuntamente violadas o los vicios incurridos en las actuaciones administrativas pertinentes.



Recibidos los antecedentes, el tribunal correrá traslado por su orden por quince (15) días perentorios al recurrente y a la administración. Vencido este término, el tribunal, cumplidas las medidas para mejor proveer y producidas las pruebas en su caso, llamará a autos para sentencia. Todos los términos fijados en el presente artículo se computan en días hábiles judiciales.

Artículo 27° Los recursos de la Superintendencia de Servicios de Salud, en relación con la presente ley, están constituidos por:

- a) La matrícula anual de cinco mil pesos (\$5000) a abonar por cada entidad de medicina prepaga inscrita en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENAEMP);
- b) La tasa a abonar por cada entidad de medicina prepaga del 6 por mil (6%) de la facturación anual correspondiente a las actividades reguladas por la presente, cuyo destino será el dispuesto por el presente artículo y lo normado por el artículo 29;
- c) Las multas abonadas por las entidades de medicina prepaga sancionadas conforme a lo previsto por el artículo 24 inciso b)
- d) Las partidas que le sean asignadas en el presupuesto nacional.

Los importes determinados por los incisos a), b) y c) del presente artículo deberán ser abonados en los plazos y modalidad que establezca la reglamentación.

Artículo 28° Para el cobro de los montos contemplados en el artículo anterior por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud y del artículo 19 por parte del hospital público de autogestión, es suficiente título ejecutivo la boleta de deuda emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud, debiendo estar acompañada, en el segundo caso por la correspondiente documentación que le sirva de respaldo de acuerdo a lo mencionado en el artículo 19.

Artículo 29° Decretada la quiebra de una entidad de medicina prepaga, la autoridad competente debe notificar a la Superintendencia de Servicios de Salud, a los fines de su intervención, de manera de garantizar la continuidad de los servicios comprometidos, mediante concurso público.

Mientras tanto la Superintendencia de Servicios de Salud, a los efectos de evitar suspensión de los servicios comprometidos, podrá cubrir transitoria y exclusivamente, el costo de las prestaciones de salud. Con tal objeto créase un fondo de garantía de las prestaciones, que funcionará en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud y cuyos recursos estarán constituidos por el 50% de lo recaudado por lo dispuesto por el artículo 27 inciso b).



Disposiciones transitorias

Artículo 30° Las entidades incluidas en el inciso b) del artículo 3° que se inscriban en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENAMP) creado por el artículo 22, tienen un plazo de dos (2) años para acreditar la adecuación de sus estatutos a las disposiciones de la presente.

Artículo 31° La Superintendencia reglamentará el tratamiento de los contratos anteriores a la sanción de la presente, dentro de los treinta días de su puesta en vigencia.

Artículo 32° Esta ley entrará en vigencia a los noventa (90) días de su publicación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo y la autoridad de aplicación dictarán las normas reglamentarias y complementarias para su adecuada implementación.

Artículo 33° Comuníquese al Poder Ejecutivo.



DE DOMINGO VITALE
DIPUTADO DE LA NACION