SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 2222/2019

RESOL-2019-2222-APN-SSS#MSYDS

Ciudad de Buenos Aires, 03/12/2019

VISTO el Expediente Nº EX-2019-105852624-APN-GGE#SSS del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la Ley Nº 26.682, los Decretos N° 1993 de fecha 30 de noviembre de 2011 y Nº 66 de fecha 22 de enero de 2019, la Resolución Nº 1277 de fecha 4 de septiembre de 2019 del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la Disposición Nº 900 de fecha 7 de junio del 2019 del registro de la Gerencia de Control Prestacional de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y

CONSIDERANDO:

Que por el artículo 7º de la Ley Nº 26.682 se dispuso que los sujetos comprendidos en el artículo 1º de dicho cuerpo legal, deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (actual MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL) y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley Nº 24.901 y sus modificatorias.

Que a su vez en la misma norma se dispuso que tales sujetos sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en: (a) servicios odontológicos exclusivamente; (b) servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas; (c) aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a CINCO MIL (5.000).

Que sin perjuicio de ello, se previó que la autoridad de aplicación podrá proponer nuevos planes de cobertura parcial a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la Ley Nº 26.682, agregando que todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la autoridad de aplicación.

Que la reglamentación de la norma por el artículo 7º del Decreto Nº 1993/11 (modificado según Decreto Nº 66/19) dispuso que la autoridad de aplicación podrá autorizar nuevos planes de cobertura parcial a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la Ley Nº 26.682 y que los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la misma norma legal, podrán presentar nuevos planes de cobertura parcial a la citada Comisión Permanente.

Que mediante la Disposición Nº 900/19 de la Gerencia de Control Prestacional de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, se autorizaron dos tipos de planes de cobertura parcial, uno de ellos denominado “PLAN PARCIAL DE COBERTURA PRESTACIONAL AMBULATORIA” que incluye consultas médicas, medicamentos, estudios y prácticas de baja complejidad y estudios y prácticas de alta complejidad, y el otro, denominado “PLAN PARCIAL DE INTERNACIÓN” que incluye emergencias médicas en domicilio y guardia, internación clínica y

BOLETÍN OFICIAL
de la República Argentina

PRESIDENCIA DE LA NACIÓN
Secretaría Legal y Técnica | Dra. María Ibarzabal Murphy
Dirección Nacional del Registro Oficial

quirúrgica y medicamentos en internación, en ambos casos con los mismos alcances que aquellos contemplados en los incisos a, b y c del artículo 7º de la Ley Nº 26.682 y que deberán ajustarse a las reglas generales de la Ley y su reglamentación en la medida que resulten aplicables y conducentes a la naturaleza de los planes de cobertura parcial.

Que mediante la Resolución Nº 1277/19 esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD reguló los requisitos, pautas y procedimiento que deben cumplir las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) que comercialicen o deseen comercializar planes de cobertura parcial previstos en el artículo 7º, incisos “a”, “b” o “c”, de la Ley Nº 26.682, en la Disposición Nº 900/19 de la Gerencia de Control Prestacional y/o en futuras normas que pudieren autorizar otros tipos de planes de cobertura parcial.

Que el artículo 2º de la Resolución Nº 1277/19-SSSALUD otorgó un plazo de NOVENTA (90) días a contar desde la entrada en vigencia de la misma, para que las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) presenten por ante la Gerencia de Gestión Estratégica el FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL REGISTRO DE PLANES PARCIALES previsto en su ANEXO II, a fin de registrar los planes parciales que comercializan.

Que paralelamente, en el apartado 2.1 de su ANEXO I se estableció que, cumplido el referido plazo de NOVENTA (90) días, no podrán continuar comercializándose aquellos planes que no hayan sido presentados para su registro, sin perjuicio de los derechos adquiridos que le asistan a quienes se hayan afiliado previamente a dicha fecha.

Que asimismo se establece que el incumplimiento de lo previsto en el considerando anterior “implicará la obligatoriedad de pleno derecho de la entidad de cubrir al titular del plan y su grupo familiar la totalidad de las prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO), con el mismo valor de cuota que venían pagando”.

Que en virtud de la disposición señalada en el Considerando anterior la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA), entidad de segundo grado representativa de las mutuales y cooperativas que brindan servicios de salud en nuestro país, solicitó una prórroga del plazo de NOVENTA (90) días otorgado en la norma, toda vez que la consecuencia que trae aparejada el incumplimiento señalado precedentemente, resulta ser extremadamente gravosa para las entidades representadas por FAMSA, por cuanto los planes parciales que ofrecen se transformarían automáticamente en planes de cobertura integral (con el Programa Médico Obligatorio como cobertura mínima), sin la posibilidad de adecuar el costo a la nueva obligatoriedad prestacional.

Que la citada Federación explicó que las mutuales y cooperativas que representa brindan mayormente planes de cobertura parcial de Medicina Prepaga con valores de cuota acordes a las prestaciones brindadas y que la distancia a la que se encuentran muchas de ellas, sumado a la escasa cantidad de recursos humanos con que cuentan para todas las tareas administrativas que las mismas deben llevar adelante, tornan imposible recabar y preparar adecuadamente la información y documentación requerida por la autoridad de aplicación, y por lo tanto precisan de tiempos más holgados que el acotado plazo de NOVENTA (90) días otorgado en la Resolución Nº 1277/19-SSSALUD.

Que las circunstancias alegadas por la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA), que podrían también producirse en otras Entidades de Medicina Prepaga de similares características a las de sus representadas, resultan atendibles y aconsejan hacer lugar a la prórroga solicitada, a fin de garantizar la adecuada prestación de

los servicios de salud contratados.

Que las Gerencias de Gestión Estratégica, de Control Prestacional y de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de sus respectivas competencias.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615 de fecha 23 de diciembre de 1996, Nº 1993 de fecha 30 de noviembre de 2011, N° 2710 de fecha 28 de diciembre de 2012, y N° 1132 de fecha 13 de diciembre de 2018.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Prorróguese hasta el día 31 de marzo de 2020 el plazo previsto en el artículo 2º de la Resolución Nº 1277 de fecha 4 de septiembre de 2019 del registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con sustento en los Considerandos que anteceden.

ARTÍCULO 2º.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 3º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y oportunamente, archívese. Sebastián Nicolás Neuspiller

e. 06/12/2019 N° 94431/19 v. 06/12/2019

Fecha de publicación 06/12/2019