

INFORME LEY 26682, DNU 1991/11 y Decreto Reglamentario 1993/11.-

En respuesta a las inquietudes planteadas con fecha 22/12 último pasado, se remiten las consideraciones siguientes:

1) **SERVICIOS DE ENFERMERIA, -**

ARTICULO 7º – *Obligación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley 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 y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.*

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley 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.*

La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la presente ley. Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación.

En todos los planes de cobertura médico asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

Cuando una empresa brinda servicios de EMERGENCIA MEDICA y traslados sanitarios de personas en **forma DIRECTA** (no como prestadora de una obra social o de una empresa de medicina prepaga), esta ALCANZADA por las PRESCRIPCIONES de la ley. Esto esta claro y surge a contrario sensu del artículo 7º de la ley.

Si en cambio actúa como **PRESTADORA** de estos servicios, es decir es contratada en forma capitada o por prestación por parte de un FINANCIADOR (OBRA SOCIAL, EMP ETC) por esta vinculación no esta dentro de la ley. Los prestadores no están dentro de la ley.

Con respecto a la pregunta concreta del TEMA ENFERMERIA, si la prestación de enfermería entendemos forma parte de algún tipo de LA PRESTACION DE

ATENCIÓN DOMICILIARIA que se brinda a afiliados DIRECTOS, es decir que justamente la atención domiciliaria consiste en ese tipo de prestaciones, queda claro que están dentro de la ley.

2) **AREAS PROTEGIDAS:**

Entendemos por áreas protegidas el servicio de asistencia médica ante situaciones de emergencia y/o urgencia a toda persona que se encuentre dentro de tus instalaciones, ya sea desarrollando una actividad habitual como empleado, visitante ocasional, cliente o proveedor, entre otros. Este servicio protege a las personas exclusivamente dentro de los domicilios declarados, ante situaciones de emergencias y/o urgencias médicas (casos en los que exista riesgo de vida inminente, y/o situaciones que puedan comprometerla) efectuándose además el posterior traslado al sanatorio, clínica u hospital que corresponda en caso de que sea necesario.

De lo expuesto surge que se trata simplemente de una clase de servicio de emergencia, por lo que es clara su inclusión en la ley.

3) **CONTRATOS:**

Respecto a los contratos a celebrar o los que están en curso de ejecución, tanto los que fueron suscriptos con los afiliados directos como con las entidades cuando actúan como prestadores (doble carácter de las empresas agrupada en la FEM), nada puede hacerse por el momento y deben esperar las reglamentaciones correspondientes.

En efecto de las prescripciones de la ley y del Decreto 1993/11, surge que los MODELOS a suscribir con los usuarios del sistema, como con los prestadores, deben ser AJUSTADOS a los modelos que elabore la autoridad de aplicación, a la que deberán ser presentados para su fiscalización y aprobación.

Hoy por hoy todavía la SSSALUD **no ha dictado las resoluciones reglamentarias**



correspondientes, por lo que las empresas -en materia de contratos vigentes o los que se suscriban hasta el dictado de las nuevas normas, tanto los DIRECTOS como los de PRESTADORES, pueden seguir utilizando los que tienen en la actualidad. Para mayor ilustración se agregan los artículos de la ley y los del Decreto reglamentario:

- **CONTRATOS CON LOS USUARIOS (AFILIADOS DIRECTOS O PROPIOS)**

LEY 26.682 ARTICULO 8º – *Modelos*. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.

DECRETO 1993/11 ARTICULO 8º.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará la normativa a la que deberán adecuarse los modelos de contrato a suscribirse entre las entidades consignadas en el artículo 1º de la presente reglamentación y los usuarios, como así también las modificaciones que se incorporen a los contratos vigentes.

- **CONTRATOS VIGENTES CON LOS USUARIOS:**

LEY 26.682 ARTICULO 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.

DECRETO 1993/2011 ARTICULO 16.- Los contratos vigentes de planes de prestaciones médicas a la fecha de publicación de la presente reglamentación, deberán ser ajustados a los modelos de contratación que autorice la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en un plazo de SESENTA (60) días. En ningún caso, el cumplimiento de la presente disposición, podrá generar menoscabo en los derechos que pudieren haber adquirido los usuarios en virtud de relaciones contractuales existentes al momento de entrada en vigencia de la Ley Nº26.682.

- **CONTRATOS COMO PRESTADORES DE SERVICIOS DE EMERGENCIA ETC.**

LEY 26.682 ARTICULO 19. – *Modelos de Contrato*. Los modelos de contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los prestadores deben adecuarse a los modelos que establezca la Autoridad de Aplicación.

DECRETO 1993/2011 ARTICULO 19.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE



SALUD dictará las resoluciones pertinentes que fijen las pautas a las que deberán ajustarse los modelos de contrato a implementarse entre las entidades del artículo 1º y los prestadores.

4) **AFILIADOS SIN CONTRATOS:**

No existen afiliados sin contratos. En realidad lo que no tienen es un “instrumento escrito con la formalidades de un contrato determinado”, pero si tienen un vínculo contractual que se documenta a través de un recibo de pago etc. Estos se encuentran en la misma situación que las que describimos en el punto anterior. Habrá que esperar las reglamentaciones de la superintendencia y luego ajustar estas vinculaciones a lo que dichas normas establezcan.

5) **AUTORIZACIONES SOBRE AUMENTOS QUE SE VIENEN APLICANDO DESDE DICIEMBRE Y QUE SERÁN APLICADOS EN ENERO Y FEBRERO.**

La ley prevé que la autoridad de aplicación será la encargada de autorizar y aprobar los valores de cuotas. A nuestro criterio esto todavía no ha sido reglamentado ni puesto en marcha. No debe soslayarse que aún no esta formalizado el REGISTRO de INSCRIPCION de ENTIDADES de la ley 26682, por lo que hoy resulta inviable ir a solicitar autorización de aumentos, cuando ni siquiera están inscriptas en aquél. Entendemos que hoy por hoy y dentro de los limites de razonabilidad de mercado, las entidades podrían seguir aplicando los aumentos que de hecho ya operan desde Diciembre. A mayor abundamiento se transcriben los artículos de la ley, pero reiteramos hoy por hoy, la SSSALUD aún no ha fijado PRECIOS ni VALORES.

ARTICULO 5º LEY 26.682 — *Objetivos y Funciones.* Son objetivos y funciones de la Autoridad de Aplicación: g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1º;

DECRETO 1993/2011 ARTICULO 5º.-g) Las cuotas que deberán abonar los usuarios



se autorizarán conforme las pautas establecidas en el artículo 17 del presente. Las entidades que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan los usuarios, deberán presentar el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que lo elevará al Ministro de Salud para su aprobación, previo dictamen vinculante de la SECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS. Las entidades deberán, una vez autorizado dicho aumento, informar a los usuarios los incrementos que se registrarán en el monto de las cuotas con una antelación no inferior a los TREINTA (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota comenzará a regir. Se entenderá cumplimentado el deber de información al que se refiere el presente apartado, con la notificación incorporada en la factura del mes precedente y/o carta informativa.

LEY 26.682 ARTICULO 17. — *Cuotas de Planes.* La Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

DECRETO REGLAMENTARIO 1993/2011 ARTICULO 17.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en la presente reglamentación, consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará, previo dictamen vinculante de la SECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS, el pedido de autorización de incrementos de las cuotas de los planes aprobados al Ministro de Salud para su aprobación.

El pago de las cuotas será efectuado por los usuarios a través de red bancaria, en cuenta única y exclusiva habilitada únicamente para la recepción del pago de dichos conceptos. Cada entidad deberá denunciar ante la Autoridad de Aplicación, los datos de la entidad bancaria y de la cuenta recaudadora. Las respectivas entidades bancarias deberán debitar automáticamente los importes correspondientes a los artículos 24 y 25 de la Ley Nº26.682, antes del giro a la cuenta individual de cada entidad. Tales débitos serán acreditados por las entidades bancarias en una cuenta especial a crearse por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el BANCO DE LA NACION ARGENTINA.

La diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo podrá darse al momento del ingreso del usuario al sistema. Una vez ingresado al sistema, la cuota sólo podrá



modificarse por los aumentos expresamente autorizados, con excepción del régimen establecido para aquellos que alcancen los SESENTA Y CINCO (65) años de edad y que no cuenten con DIEZ (10) años de antigüedad continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación.

La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa.

LEY 26.682 ARTICULO 12. — *Personas Mayores de 65 Años.* En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

DECRETO 1993/2011 ARTICULO 12.- Para los supuestos previstos en la primera parte del artículo 12 de la Ley, la Autoridad de Aplicación definirá una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo dentro de los NOVENTA (90) días de la entrada en vigencia de la presente reglamentación.

Para aquellos casos contemplados en la segunda parte de la norma, la antigüedad de DIEZ (10) años deberá ser en forma continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación.

En caso de producirse el supuesto previsto en artículo 5º, inciso m) de la Ley N°26.682, los usuarios conservarán la antigüedad que tuvieron hasta el momento de declararse la quiebra de la entidad la que se adicionará a la nueva entidad que se le asigne, a los fines establecidos en este artículo.