

Ley de Regulación de Medicina Prepaga



Integrantes:

LEONARDO BARDOLLA

SOLANGE BAYNAUD

MG. COLABELLA

HEBE MILLE

VIOLETA SIMON

Índice

Introducción: 3pag.

Desarrollo: 4-9pag.

Conclusión: 9pag.

Consideraciones Finales: 10-11pag.

Introducción

La presente monografía refiere a la ley 26682 que regula la prestación de medicina prepaga. La misma fue impulsada por el gobierno nacional y la CGT¹, y aprobada por diputados con 190 votos y 29 abstenciones.

La Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el boletín oficial y con un plazo de reglamentación, por el poder ejecutivo, en el segundo semestre del 2011.

Dicha ley viene a regular las actividades de las empresas de medicina prepaga², las cuales no tenían un marco regulatorio previsto en el ordenamiento jurídico. Anteriormente, solo se encontraban reguladas por la ley 24754.³

La sanción de la ley 26682 define el contenido del ausente marco regulatorio que viene a dar una respuesta a los incesantes conflictos entre los usuarios y las empresas de medicina prepaga. Los avances más importantes de esta ley, vienen a dar soluciones a la problemática relacionada con el “período de carencia” y a las “enfermedades preexistentes”.

En lo que refiere a las enfermedades preexistentes, éstas no pueden constituirse como un criterio de rechazo a la admisión del usuario y solo podrán establecerse mediante declaración jurada. Tampoco se permite como criterio de rechazo la edad del usuario. En este sentido será la Autoridad de Aplicación la que deba definir los porcentajes de aumento de costos según los riesgos para los distintos rangos etáreos.

En otros puntos, las prepagas deberán cubrir todas las enfermedades previstas en el Plan Médico Obligatorio (PMO) de las Obras Sociales sindicales y no podrán fijar cuotas más altas para los pacientes que tengan más de 65 años y 10 años de permanencia en el sistema.

¹ La CGT. reclama al Gobierno medidas concretas para frenar la migración constante de los afiliados de las obras sociales sindicales a las empresas privadas. El titular de la CGT quiere una compensación de US\$ 600 millones por las pérdidas que le generaron el traspaso de los trabajadores a la medicina prepaga. El reclamo es por los aportes que pierden por los pases a la medicina privada. La cifra surge de multiplicar los 436.579 afiliados por el aporte promedio Mensual de \$400 que en 2010 dejaron las obras sociales.

En ese sentido, la CGT estima que cada afiliado traspasó alrededor de \$ 5.200 anuales a obras sociales que los captaron mediante contratos de asociación o colaboración con las prepagas.

² **ARTÍCULO 2º — Definición.** A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana 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 o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa. (Ley: 26682)

³ la ley 24754 las equiparaba en sus obligaciones y derechos con Obras Sociales.

DESARROLLO

Actualmente el sector privado de la salud no esta regula por una sola ley en concreto, ni posee un contralor específico, aunque cuenta con leyes generales la Ley de Defensa del Consumidor de la Secretaria de Comercio interior del Ministerio de Economía, que establecen obligaciones para las empresas de Medicina Prepaga.

Leyes

Ley 23660. Régimen de Obras Sociales. Fue sancionada el 29-12-88, promulgada el 5-01-89. Publicada en el Boletín Oficial el 20-01-89.

Ley 23661. Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Fue sancionada el 29-12-88, promulgada el 5-01-89. Publicada en el Boletín Oficial el 20-01-89.

Ley 24754. Se establece que las empresas o entidades que prestan servicio de medicina prepaga, deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura medico asistencial, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23660 (obra sociales), 23661 (segura de salud) y 24455 (cobertura medico asistencial para enfermos de SIDA y droga-dependientes), y sus respectivas reglamentaciones. Fue sancionada 28-11-96. Promulgada 23-12-96 y publicada en el Boletín Oficial 02-01-97.

Ley 24901. Ley de discapacidad. Su objetivo es brindar prestaciones básicas integrales para el discapacitado, con cobertura integral de sus necesidades a cargo de las Obras Sociales y que actualmente alcanza a la Medicina Prepaga. La discapacidad debe acreditarse en el Ministerio de Saluda de la Nación y el certificado se denomina "Certificado único de discapacidad".

Las prestaciones obligatorias deben evaluarse para caso en particular y la doctrina entiende que las empresas de medicina prepaga solo están obligadas a cubrir las prestaciones medicas asistenciales y no, las económicas o sociales que prevé la Ley. Fue sancionada el 5-11-97. Promulgada el 2-12-97.

Resolución 54/2000. Defensa del consumidor. Se establece que los prestadores de los servicios de medicina prepaga deberán informar periódicamente el valor total de la cuota mensual que perciben por la prestación del servicio. En el artículo primero manifiesta, que deberán informar cuatrimestralmente a la Autoridad Nacional de Aplicación de la Ley N° 24.240 el Valor Total de la Cuota Mensual que perciben por la prestación del servicio y la demás información complementaria que se detalla. Por la ley 24240 de Defensa del Consumidor, y la ley 24754 de Medicina Prepaga, en relación con las cláusulas abusivas, manifiesta, que es una infracción pretender cobrar "carencia", ya que las normas establecen, que tanto las Obras Sociales como las Prepagas, tienen la obligación de cumplir con el PMO desde el primer día de afiliación, independientemente de cualquier contrato. (Si la prestación no está incluida en el PMO, se puede hacer valer la carencia).

LEY 25.649 DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENÉRICO. Establece que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración. Sancionada el 28 de agosto de 2002.

LEY 2792. En su artículo primero: Las Entidades Prestatarias de Servicios de Medicina Prepaga registradas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deben indicar en toda publicación, contrato y/o cartilla de prestaciones la siguiente información y leyenda “Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar”. Sanción 17/07/2008. BO 20/08/2008. Legislatura de la CABA.

LEY 24455. Obligatoriedad de la cobertura HIV-SIDA y drogadicción. BO 1995/03/08

PLAN MEDICO OBLIGATORIO (PMO)

El Programa Médico Obligatorio (PMO), es una canasta básica de prestaciones, a través de la cual, los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales.

La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

El PMO, entró en vigencia a partir de la publicación de la Resolución N° 247 del año 1996 con posteriores y sucesivas modificaciones.

Tampoco pueden negar una cobertura independientemente de lo que dicte el contrato si es de cobertura obligatoria por el PMO.

La autoridad que dicta la norma es el Ministerio de Salud y su Autoridad de Aplicación es la Superintendencia de Servicios de Salud.

Comprende a las Obras Sociales, Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en la ley 23661, mutuales y entidades de Medicina Privada.

Con su última modificatoria, el PMOE (Plan Médico Obligatorio de Emergencia), por su resolución 201//2002 del Ministerio de Salud, ampliando de esta forma su cobertura:

Archivos del PMOE 2002:

Anexo I Cobertura

Anexo II Catálogo de prestaciones.

Anexo III Formulario terapéutico.

Anexo IV Precios de referencia

ESTRUCTURA DEL PMO:

Atención primaria:

- Programa de promoción y prevención, Plan Materno Infantil; Programa de enfermedades oncológicas; Odontología preventiva; Programa de asistencia básica.
- Plan materno-infantil: Atención integral del embarazo y del parto, desde el diagnóstico hasta el primer mes posterior al nacimiento, cobertura total, incluye cobertura total de medicamentos en este período.

- Para el niño, controles hasta el primer año de vida, detección perinatal de fenilcetonuria / hipotiroidismo, vacunación, internaciones. Cobertura de leches medicamentosas hasta 4 Kg por mes, por el término de 3 meses.
- Programa de enfermedades oncológicas: Prevención del cáncer femenino. Cobertura de diagnóstico y tratamiento de afecciones malignas y 100% de cobertura de los medicamentos aprobados por protocolos nacionales.
- Odontología Preventiva: Campaña de prevención, fluoración
- Creación programa nacional de detección temprana y atención de la Hipoacusia.
- Creación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol: Reconocimiento para el tratamiento de enfermos alcohólicos por parte de las obras sociales incluidas en la ley 23.660, recipiendarias del fondo de redistribución de la ley 23.661 (Seguro Nacional de Salud) y las entidades de medicina prepaga.
- Sanción: 05/03/1997. Promulgación: 31/03/97. Boletín Oficial: 3/04/1997.
- Programa Nacional de Diabetes, (PRONADIA): Se aprueba el mismo y las normas de provisión de medicamentos e insumos, que pasa a integrar las prestaciones del PMO

Resolución 301/99 MSAS BO 3/5/99.

- Programa de Cobertura de Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia. Créase en el ámbito de la Gerencia de Prestaciones de la Administración de Programas Especiales un Registro de Pacientes bajo Programa. RESOLUCIÓN 2048/03 APE (30/04/2003).

Atención secundaria:

- Cubre las especialidades reconocidas por la Superintendencia, tanto en consultas como internaciones, general, clínica, quirúrgica y UTI.
- Tratamientos ambulatorios.
- Salud mental (30 sesiones con co-seguro por año y hasta 30 días de internación sin co-seguro) - medicamentos, medios de diagnóstico (ambulatorio e internación); Traslado en ambulancia; Hemodiálisis, Co-seguros.
- HIV y droga-dependencia: cobertura de tratamiento médico, psicológico, farmacológico.
- En prótesis y órtesis 100% de cobertura en prótesis de colocación interna permanente. Otras prótesis con 50% de cobertura.

Rehabilitación: 100% de cobertura con topes de:

- 25 sesiones por año de kinesiología.
- Postoperatorio traumatológico 30 días.
- Accidentes: 6 meses
- Medicamentos: ^{Los} médicos y odontólogos, deben prescribir los medicamentos por su nombre genérico incluyendo dosis y/o concentración. Por la resolución 310/2004 se establece el grado de cobertura:

Uso ambulatorio 40%

- Patologías crónicas prevalentes 70%: Siempre de acuerdo al precio de referencia del listado publicado por la Superintendencia de Seguros de Salud y que se encuentren en dicho listado.
- Medicamentos al 100%: En internación, oncológicos, anticonceptivos, medicación de soporte de la quimioterapia, eritropoyetina para insuficiencia renal crónica, dapsona en lepra, inmunoglobulinas anti-hepatitis B, drogas para tuberculosis, insulina, piridostigmina en tratamiento de miastenia gravis.

Es importante resaltar, que pese a que la Ley 24.754, impone especialmente a las empresas de medicina prepaga, el deber de cumplir con las prestaciones obligatorias mínimas para las obras sociales (P.M.O.), ellas son omitidas deliberadamente

Ley 26682

Regulación de la prestación en las Empresas de Medicina Prepaga

En su articulado la ley obliga a las empresas a cambiar los términos de contratación⁴, ya que no podrán obligar a nuevos afiliados a un período de espera antes de comenzar la cobertura.

Así, en su articulado la ley establece los siguientes puntos clave:

-
> Obliga a las empresas de medicina prepaga a cubrir planes de cobertura médico-asistencial, el Programa Médico Obligatorio (PMO)⁵ y el sistema con prestaciones básicas para personas con discapacidad.

> Los contratos⁶ entre las prepagas y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se incluyan en el Programa Médico Obligatorio.

> Las prestaciones de las empresas de medicina prepaga no podrán ser inferiores al PMO de las obras sociales sindicales.

> Los contratos de prestaciones deben ser autorizados por el Ministerio de Salud, además de que los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna.

> La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

> Las empresas no puedan rechazar la afiliación de personas con enfermedades preexistentes.

> A los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura no se les puede aumentar la cuota.

> Se impondrían mecanismos para que desde el Gobierno se autorice o no el aumento de las cuotas.

⁴ Muchas de las cláusulas del proyecto fueron criticadas por la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales y cuestionadas por algunas empresas de medicina prepaga por ver que los costos del sistema se encarecerían, llevaría a ajustes de calidad de los servicios y resultaría en la quiebra del sector.

⁵ Capítulo III, Art. 7 de la ley 26682.

⁶ Capítulo IV, Art. 8 al 17 (idem)

Se establece también un sistema de control y de aplicación⁷.

Se reconoce como Autoridad de Aplicación al Ministerio de Salud de la Nación, en lo que a su función respecta, y al Ministerio de Economía y Producción, en cuanto a la relación de consumo y defensa de la competencia.

Será función de la Autoridad de Aplicación la fiscalización, control de las disposiciones previstas en la Ley.

A tal efecto destacamos que entre sus numerosas funciones se encuentra:

- La de crear un Registro Nacional, en el cuál deberán inscribirse todos aquellos sujetos que quieran prestar servicio de medicina prepaga debiendo adquirir autorización para su funcionamiento. La Autoridad de aplicación, además, realizará un control de los contratos que vinculen al usuario con la prestadora.
- Asimismo, la Autoridad de Aplicación determinará la solvencia financiera y capacidad prestacional exigibles a las prepagas para su inscripción en el Registro Nacional.

Esta autoridad se reserva para sí el control de la razonabilidad de las cuotas y la autorización del aumento de las mismas, en virtud de la variación de los costos.

- Los sujetos prestadores podrán establecer precios diferenciales en sus planes, los cuales podrán tener una variación máxima de tres veces el precio de la primera y la última franja etárea.
- Otro punto a tener en cuenta, es que el fallecimiento del titular no hace caducar los derechos del grupo familiar integrante del contrato debiendo continuar con las prestaciones.

Será la Autoridad De Aplicación, la encargada de sancionar⁸ la inobservancia de las disposiciones precedentes, habilitando una instancia sumarial, cuya sustanciación se regirá por el marco previsto para los procedimientos administrativos, según Ley 19.549. Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter de urgente. Sobre los prestadores⁹ se establece:

- La Autoridad de Aplicación debe fijar los aranceles mínimos obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores públicos y privados. La falta de cumplimiento de aranceles o la mora en el pago a los prestadores hace pasibles, a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley de las sanciones previstas en el artículo 24 de la presente.
- 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.

También establece los medios de financiación¹⁰ del organismo de control.

⁷ Capítulo II, Art.: 4; 5; 6 (ídem).

⁸ Capítulo VII Art 24 (ídem)

⁹ Capítulo IV Art: 18; 19 (ídem).

¹⁰ Capítulo VIII Art: 25 (ídem)

Se establecen las siguientes obligaciones¹¹ para los prestadores:

- Deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud
- Deben constituir y mantener un Capital Mínimo, que es fijado por la Autoridad de Aplicación.
- Los Agentes del Seguro de Salud que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.
- Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales.

CONCLUSIONES

Por lo tanto, la necesidad de establecer un marco regulatorio a la medicina prepaga es esencial.

El reconocimiento del derecho a la salud es radicalmente opuesto a concebir la actividad de las prepagas como agentes de un mercado de la salud.

Debe el Estado, en virtud de nuestra Carta Magna y de los Tratados Internacionales, asegurar y garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud.

En este sentido destacamos el espíritu de esta ley, que se propone permitir el desarrollo de la actividad de las empresas de medicina prepaga, en tanto se respeten pautas que permitan preservar el derecho de los ciudadanos a la cobertura de salud.

¹¹ Capítulo VI Art: 20 al 23 (idem)

Consideraciones finales

Frente a esta situación, y colocándonos en la posición de un Financiador, proponemos un instructivo que establezca un marco de solidez y la estrategia necesaria para adecuar la Ley y su futura reglamentación, con los servicios que se ofrecerían a los futuros nuevos afiliados.

Instructivo para Ingreso de nuevos socios

- 1) Se continuará la venta en todos sus segmentos.
- 2) Cuando en la charla previa a la posible afiliación, surja la existencia de manifestación expresa de enfermedades preexistentes, deberá actuarse de la siguiente forma:

El asesor tomará los datos personales, profundizará todo lo relacionado con la patología y completará el formulario (sólo en original) denominado: PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. Este formulario no deberá ser firmado por el posible afiliado ya que sólo será utilizado con carácter informativo.

Aclarar al posible afiliado que es la única oportunidad que tiene para declarar sus enfermedades preexistentes en caso de tenerlas para que pueda ser alcanzado por la nueva Ley.

Con estos elementos se le informará que no se podrá concretar su afiliación, debido a que aún no está la reglamentación de la Ley de Regulación de Medicina Prepaga. Esto significa que, sin reglamentación, no está determinado ni como, ni de cuanto serán los valores de cuota autorizados por la Autoridad de Aplicación.

Una vez que la Ley se encuentre reglamentada, estaremos en condiciones de enviar la solicitud al Ministerio de Salud para que determinen el valor de la cuota. Con esto se podrá ofrecer el Plan correspondiente.

- 3) Igual tratamiento que en el punto anterior, se le dará a los casos de los mayores de 65 años.

Posibles preguntas frecuentes efectuadas por socios vigentes

1) ¿Qué va a suceder con mi plan?

Nada. Se mantienen los beneficios vigentes de los planes.

2) ¿Voy a tener la misma cobertura o la van a limitar?

Se mantiene la misma cobertura.

3) ¿La calidad va a ser la misma?

Sí. Mantenemos el compromiso de dar a nuestros socios el mismo o mejor servicio.

4) Con esta norma, ¿van a aumentar la cuota para cubrirse?

No.

5) ¿Va a haber planes para gente de más de 65 años y embarazadas con mayor costo?

Seguramente sí, una vez que la reglamentación aclare lo que la Ley contempla.

6) ¿Puedo ingresar a mi cónyuge mayor de 65 años?

Sí, pero una vez que la ley esté reglamentada y nos autoricen el valor del plan.

7) ¿Voy a conservar los mismos Sanatorios que tengo en mi cartilla?

Sí. La cartilla mantiene los mismos Sanatorios

8) A aquellas personas que acaban de cambiar de categoría (65 años), ¿le devolverán la diferencia?

No, ya que la aplicación de la ley no es retroactiva.

9) ¿Pueden ingresar personas con preexistencias y/o mayores de edad?

Sí, cuando la ley esté reglamentada y tengamos los correspondientes valores que autorizará el Ministerio de Salud.

10) ¿Siguen vigentes los períodos de carencia?

Por el momento se seguirán aplicando los períodos de espera (carencia).

Cuando se dicte la reglamentación se procederá según lo establecido por la misma.

11) ¿Los pases de segmento, se mantienen igual?

Sí. Los pases de segmento seguirán como hasta hoy.

12) ¿En que supuestos de mayores de 65 años no se aumenta la cuota?

A los socios con una permanencia mayor de 10 años no se les aumentará la cuota.

13) Si están vigentes los aumentos, y cumpla próximamente 65 años, ¿me van a aumentar?

Si tiene 10 años de antigüedad, no.

14) Si tengo más de 65 años y estuve como socio a través de una empresa y luego pasé con continuidad como privado, ¿Qué antigüedad se toma para definir el aumento?

Se toma la antigüedad de todos los segmentos por períodos ininterrumpidos.