



## SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

**Resolución 1904/2019**

**RESOL-2019-1904-APN-SSS#MSYDS**

Ciudad de Buenos Aires, 04/11/2019

VISTO el Expediente N° EX-2019-88075757-APN-SEC#SSS del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la Ley N° 26.682, los Decretos N° 1615 de fecha 23 de diciembre de 1996, N° 1993 de fecha 30 de noviembre de 2011 y N° 66 de fecha 22 de enero de 2019, las Resoluciones N° 353 de fecha 14 de septiembre de 2016, N° 458 de fecha 30 de mayo de 2018, N° 127 de fecha 11 de febrero de 2019 y N° 1277, de fecha 4 de septiembre de 2019, todas del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto N° 1615/1996 se creó la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que la Ley N° 26.682 establece el marco regulatorio de la Medicina Prepaga, alcanzando a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, 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 pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

Que el artículo 4° del Decreto N° 1993/11, reglamentario de dicha Ley, determinó que el entonces MINISTERIO DE SALUD (actual MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL) es la autoridad de aplicación de la Ley N° 26.682, a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo descentralizado de su Jurisdicción.

Que el artículo 5°, inciso m) de la Ley N° 26.682 incorporó, entre las funciones del organismo, la de transferir, en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de las Entidades de Medicina Prepaga, la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscriptos en el Registro que cuenten con similar modalidad de cobertura de salud y cuota.

Que a su vez dispuso que la transferencia señalada se acordará en el marco del Consejo Permanente de Concertación creado por el artículo 27 de la Ley N° 26.682 y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario.

Que en este sentido, corresponde recordar que por el artículo 27 de la Ley N° 26.682 se creó, como órgano consultivo, un CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN, integrado ad-honorem por representantes del Ministerio de Salud, de la Autoridad de Aplicación de la Ley N° 24.240, de los sujetos comprendidos en su artículo 1°, de los usuarios y de las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial o de la



Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Que mediante Resolución N° 458/18 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (modificada por su similar N° 127/19) se aprobó el Reglamento de Funcionamiento del citado CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN, definiéndose su composición, la oportunidad, periodicidad y formalidades de sus reuniones, las reglas de quórum para su funcionamiento y las mayorías necesarias para la adopción de sus decisiones.

Que encontrándose ya en funcionamiento del CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN, corresponde por tanto regular el procedimiento a llevar adelante para realizar la reasignación de afiliados en los casos de quiebra, cierre o cesación de actividades de las Entidades de Medicina Prepaga.

Que las Gerencias de Gestión Estratégica, de Control Económico Financiero, de Sistemas de la Información, de Atención y Servicios al usuario del Sistema de Salud y de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia.

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, N° 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.- La GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN deberá verificar, en forma cuatrimestral y luego de cada cierre de período de presentación previsto en la Resolución SSSalud N° 353/16 o la que en lo sucesivo la sustituya, los padrones de usuarios presentados por las Entidades de Medicina Prepaga y, en caso de detectar que cualesquiera de ellas han reducido su padrón en más de un 50% en el último año, o bien que ha disminuido su cantidad de afiliados de manera constante y permanente en los últimos TRES (3) años, deberá poner dicha circunstancia en forma inmediata en conocimiento de la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA, a fin de evaluar la oportunidad y conveniencia de coordinar la realización de las auditorías respectivas que permitan verificar la situación de la entidad.

Asimismo, en caso de que la GERENCIA DE CONTROL ECONÓMICO FINANCIERO detecte que una entidad ha presentado en los últimos TRES (3) períodos balances con pérdidas que en su conjunto comprometan más del 50% de su patrimonio neto, deberá proceder de la misma manera.

ARTÍCULO 2º.- En caso de que cualquier área del organismo, a partir de auditorías dispuestas en función de lo previsto en el artículo anterior o por cualquier otra vía, tomase conocimiento de la quiebra, cierre o cesación de actividades de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley N° 26.682, deberá ponerlo en conocimiento de la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA en forma inmediata y aportar todas las constancias con que cuente que permitan tener por acreditada dicha situación.



ARTÍCULO 3º.- La GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA, una vez notificada de la quiebra, cierre o cesación de actividades de alguno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682, dará inicio al procedimiento de verificación y reasignación de los usuarios afectados en los términos del artículo 5º, inciso m) de la Ley Nº 26.682 y su reglamentación, conforme al procedimiento y normas previstos en la presente Resolución.

ARTÍCULO 4º.- Como primera medida, la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA, a través de la SUBGERENCIA DE EVALUACIÓN DE COSTOS, requerirá las siguientes acciones:

- a. A la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN, que remita el último padrón de usuarios presentado por la entidad en los términos de la Resolución SSSalud Nº 353/16 o la que en el futuro la sustituya, indicando la fecha del mismo.
- b. Sin perjuicio del padrón informado por la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN, requerirá a la entidad involucrada que remita en formato electrónico su padrón actualizado a la fecha de quiebra, cierre o cesación de actividades, informando en el mismo los siguientes datos de los afiliados: (i) nombre completo; (ii) CUIL; (iii) si es usuario titular o es parte de un grupo familiar, y en este último caso, quién es el titular del grupo; (iv) plan contratado; (v) valor de la cuota; (vi) patologías que presentase el usuario y tratamientos en curso a dicha fecha.
- c. En caso de encontrarse interviniendo una autoridad judicial, se requerirá a la misma que informe el padrón de afiliados con que cuente, con los datos mencionados en el inciso anterior.
- d. A la GERENCIA DE ATENCIÓN Y SERVICIOS AL USUARIO DEL SISTEMA DE SALUD, para que informe si la entidad posee reclamos en curso o pendientes de cumplimiento por parte de sus usuarios, indicando los datos de estos últimos y los motivos de los reclamos.
- e. A la SECRETARÍA GENERAL del organismo para que publique edictos durante DOS (2) días en el Boletín Oficial, a efectos de que todo usuario que se considere con derecho a ser reasignado se presente ante el organismo, con copia de su DNI, carnet de afiliación y última cuota paga. El plazo en que podrán presentarse los usuarios, serán definido por la GERENCIA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA de acuerdo con las circunstancias del caso, no pudiendo ser nunca superior a TREINTA (30) días corridos. La falta de presentación de los usuarios afectados no será considerada, en ningún caso, como negativa a ser reasignado a una nueva entidad conforme al procedimiento que se establece en la presente. Asimismo, de acuerdo con las circunstancias del caso y a criterio de la GERENCIA DE GESTION ESTRATÉGICA, los edictos podrán ser publicados en un diario de circulación masiva en la zona de influencia de la entidad, así como en todos los casos se deberá publicar la convocatoria en la página web institucional del organismo.
- f. A la GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS que informe si la entidad posee procedimientos sumarios en curso y/o sanciones pendientes de cumplimiento, si se han recibido requerimientos judiciales respecto de la misma y sus motivos, así como todo otro dato relevante que obre en conocimiento de su Gerencia.

ARTÍCULO 5º.- Sin perjuicio de haber obtenido o no, respuesta a todas las acciones requeridas en el artículo anterior, de conformidad con la urgencia que el caso amerite, la SUBGERENCIA DE EVALUACIÓN DE COSTOS evaluará la información disponible y procederá a determinar el padrón final de usuarios que deberá ser reasignado





de acuerdo con la información que surja de lo requerido en los incisos “a”, “b”, “c” y “d” del artículo anterior, así como también deberá incluir a aquellos que se hayan presentado de acuerdo con lo previsto en el inciso “e” y acreditado su condición de usuarios vigentes de la entidad. En virtud de lo previsto en el apartado 1, segundo párrafo, del Anexo I (IF-2019-79754245-APN-SEC#SSSS) de la Resolución SSSalud N° 1277/19, se excluirán del padrón a reasignar los usuarios de planes de cobertura parcial.

La reasignación de usuarios deberá realizarse de forma global para todo el padrón determinado de acuerdo con el párrafo anterior, evitando realizar reasignaciones parciales del padrón o para un usuario en particular. En caso de urgencia debidamente acreditada y a efectos de asegurar la continuidad de cobertura de prestaciones médicas indispensables, la SUBGERENCIA DE EVALUACIÓN DE COSTOS podrá proponer la reasignación provisoria de usuarios en una entidad determinada hasta tanto se complete el procedimiento previsto en la presente Resolución.

**ARTÍCULO 6º.-** Una vez determinado el padrón final de usuarios a reasignar, la SUBGERENCIA DE EVALUACIÓN DE COSTOS procederá a analizar la situación de los mismos de manera global y conjunta, ofreciendo una estrategia que contemple un análisis de riesgo en donde se incluyan como variables el valor de cuota informado, actualizado en base a los aumentos máximos autorizados por el MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, la estimación de consumo médico en base al perfil epidemiológico de la población afectada, edad y grupo familiar de los usuarios afectados.

Para ello, deberá efectuar un ranking de riesgo mediante una puntuación asignada según valoración de las características, respetando las siguientes pautas:

- a. con relación a la variable “Edad”, se otorgará mayor puntuación a las franjas etarias que, de acuerdo a la curva de gasto prestacional de vida, demandan la mayor cantidad de prestaciones de salud;
- b. en cuanto al tipo de usuario (titular/integrante de grupo familiar), esta característica será valorada como una variable dicotómica, considerando que tiene menor peso pertenecer a un grupo familiar, por considerar un valor de cuota mayor. El grupo familiar será reasignado como un todo indiviso a una misma entidad;
- c. para la variable “Patología”, se tomará como criterio de puntuación la condición de cronicidad e invalidez que se desprenda de las patologías que presente cada usuario según la información recabada, a las cuales se les otorgará un valor en función al peso del gasto prestacional que insumirían.

**ARTÍCULO 7º.-** Luego de obtenida la puntuación para cada una de las variables, se obtendrá la puntuación riesgo para el grupo familiar, cuya medida actuará como variable de equidad para la realización de la distribución.

Se calculará la proporción de cada puntuación sobre el puntaje total, para determinar la proporción de riesgo que representa cada grupo.

Por otro lado, para distribuir azarosamente, se asignará un número aleatorio a cada grupo familiar que posibilite el orden de los mismos.





ARTÍCULO 8º.- Paralelamente, se identificarán las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) inscriptas en los términos de la Ley N° 26.682 que brinden prestaciones en la zona de influencia de la entidad que se dará de baja y se seleccionarán aquellas a las cuales distribuir los usuarios afectados.

A los efectos de tal selección, se deberá tener en cuenta que las entidades receptoras cuenten con similar modalidad de cobertura y programas equiparables, así como que sus condiciones actuales de funcionamiento permitan garantizar la sustentabilidad de las prestaciones médicas a brindar.

Del mismo modo, se determinará la proporción de usuarios a reasignar en cada entidad en función de su masa de usuarios, asignándole a cada entidad la misma proporción de afiliados en relación a su padrón propio.

Por último, la propuesta de reasignación en forma proporcional y equitativa deberá tener especialmente en cuenta que el nivel de riesgo promedio para cada entidad receptora sea el mismo y se encuentre correlacionado a la masa de usuarios que posee de manera previa, a fin de salvaguardar la continuidad de prestaciones.

ARTÍCULO 9º.- Completadas las instancias anteriores, la SUBGERENCIA DE EVALUACIÓN DE COSTOS confeccionará una propuesta de reasignación de usuarios, la que será sometida a consideración del CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN (CPC) creado en el artículo 27 de la Ley N° 26.682, por conducto de su Secretario Técnico.

Recibida la propuesta, el Presidente del CONSEJO, por conducto del Secretario Técnico, convocará a reunión extraordinaria del mismo, la que tendrá lugar a la mayor brevedad posible de acuerdo con la urgencia del caso, y en un plazo nunca mayor de DIEZ (10) días.

Si la urgencia del caso lo ameritase el CONSEJO podrá sesionar con los miembros asistentes, cualquiera sea su número y sin necesidad de respetar las reglas de quorum establecidas para las reuniones ordinarias.

ARTÍCULO 10.- El CONSEJO evaluará la propuesta presentada y decidirá sobre su admisibilidad, aprobándola con la mayoría absoluta de sus miembros presentes.

En caso de no aprobarse la propuesta, los miembros del CONSEJO que se opusieran deberán dejar debida constancia de los motivos de su oposición en el acta de la reunión y asumirán la obligación de realizar una nueva propuesta de reasignación en el plazo que el CONSEJO –por mayoría simple– determine, el que nunca podrá ser mayor a DIEZ (10) días. Los miembros que se opusieran a la propuesta sometida a consideración podrán efectuar una nueva propuesta de manera conjunta o diversas propuestas en forma separada.

En la misma reunión se fijará fecha para una nueva reunión extraordinaria para la presentación de la/s nueva/s propuesta/s.

ARTÍCULO 11.- En caso de fijarse una nueva reunión extraordinaria, la misma se celebrará en la fecha indicada con los miembros asistentes, cualquiera sea su número y sin necesidad de respetar las reglas de quórum establecidas para las reuniones ordinarias.



Se deberán someter a consideración las diversas propuestas de reasignación que se hubieren presentado, incluida la propuesta inicial elevada por la SUBGERENCIA DE EVALUACIÓN DE COSTOS, y se decidirá sobre la más conveniente, aprobándose la misma por mayoría simple de sus miembros presentes.

ARTÍCULO 12.- Durante el trámite ante el CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN y hasta tanto se apruebe una propuesta de reasignación, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se encontrará facultada a adoptar todas las medidas que resulten necesarias y conducentes, en el ámbito de sus competencias, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos y la indemnidad de los usuarios afectados por la quiebra, baja o cesación de actividades.

ARTÍCULO 13.- Una vez aprobada una propuesta de reasignación por el CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN, la misma será remitida para su aprobación mediante Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y su consecuente publicación.

En la misma Resolución por la cual se dispone la reasignación de usuarios, se dispondrá la baja de la entidad del Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP).

ARTÍCULO 14.- Sin perjuicio de la publicación en el Boletín Oficial de la Resolución respectiva, se deberán tomar todos los recaudos que resulten adecuados a fin de llevar la medida adoptada a efectivo conocimiento de los usuarios alcanzados por la misma.

A tal efecto, podrán efectuarse publicaciones en diarios de circulación de la zona de influencia, publicación de comunicados en la página web del organismo, comunicaciones a la autoridad judicial interviniente, comunicación directa a los usuarios, etc.

ARTÍCULO 15.- A los efectos de concretar la afiliación en la entidad receptora, se requerirá del consentimiento del usuario, quien en ningún momento podrá ser afiliado en forma compulsiva a la entidad respectiva.

Los usuarios tendrán un plazo de NOVENTA (90) días corridos para dar su consentimiento y suscribir el correspondiente contrato con la entidad receptora. Dicho plazo comenzará a correr a partir de la entrada en vigencia de la Resolución publicada.

ARTÍCULO 16.- Las Entidades de Medicina Prepaga receptoras deberán afiliar a los usuarios a un plan de similar cobertura prestacional, el que nunca podrá ser inferior al plan integral de menor cobertura que la entidad receptora comercialice al público en general.

ARTÍCULO 17.- En cuanto al valor de cuota a abonar por los usuarios reasignados, de acuerdo con lo previsto en el artículo 5º, inciso m), de la Ley Nº 26.682 y su reglamentación, se deberá garantizar a los mismos una cuota mensual de similar o equiparable valor y, al mismo tiempo, para el caso de que las entidades receptoras tuvieran valores de cuota más altos que el valor de cuota actualizado que venían pagando los usuarios en la entidad a dar de baja, se deberá también procurar que la transferencia de usuarios no perjudique el funcionamiento de las entidades receptoras, garantizar la indemnidad de su equilibrio económico financiero y evitar inequidades y/o distorsiones considerables con relación al valor de la cuota que abonen sus usuarios propios con características







similares.

Para ello, de darse tal supuesto, se podrá proponer autorizar un incremento al valor de la cuota abonada teniendo como límite máximo de incremento un porcentaje que determinará la autoridad de aplicación en cada caso concreto.

En la propuesta de reasignación se hará constar el valor de cuota actualizado que venían pagando los usuarios en la entidad a dar de baja y el monto tope que se encontrará autorizada a cobrar la entidad receptora.

ARTÍCULO 18.- A todos los efectos legales, se reconocerá a los usuarios reasignados la antigüedad adquirida en la entidad a dar de baja y no se les podrá cobrar valores adicionales de cuota por situaciones preexistentes, así como tampoco podrán incluirse períodos de carencia o espera.

ARTÍCULO 19.- Aquellos usuarios que no estuvieren incluidos en los padrones informados de acuerdo con lo requerido en los incisos "a", "b" "c" y "d" del artículo 4º y que se presentasen con posterioridad a la aprobación de la propuesta de reasignación por parte del CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN, no podrán ser incorporados en dicha propuesta y deberán solicitar su reasignación en sede judicial.

ARTÍCULO 20.- La presente Resolución entrará en vigencia el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 21.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese. Sebastián Nicolás Neuspiller

e. 06/11/2019 N° 85066/19 v. 06/11/2019

**Fecha de publicación 06/11/2019**

