SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 607/2022

RESOL-2022-607-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 21/04/2022

VISTO el expediente Nº EX-2022-05210263- -APN-GGE#SSS, las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 26.682 y Nº 27.541, los Decretos N° 1615 del 23 de diciembre de 1996, Nº 1991 del 29 de noviembre de 2011, Nº 1993 del 30 de noviembre de 2011, Nº 2710 del 28 de diciembre de 2012, Nº 260 del 12 de marzo de 2020 y Nº 167 del 11 de marzo de 2021, las Resoluciones Nº 77 del 3 de julio de 1998, N° 367 del 5 de abril de 2010, Nº 1379 del 1º de diciembre de 2010, N° 1535 del 30 de diciembre de 2010, N° 477 del 22 de junio de 2015, N° 156 del 24 de octubre de 2018 y Nº 162 del 24 de octubre de 2018, todas de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que las Leyes Nº 23.660 y Nº 23.661, sus modificatorias, reglamentarias y complementarias regulan el régimen de las Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud, así como su financiamiento.

Que, en este sentido, la Ley N° 23.661 creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud como un sistema solidario de seguridad social, cuyo objetivo fundamental es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación sobre la base de un criterio de justicia distributiva.

Que, a su turno, la Ley Nº 26.682 estableció el marco regulatorio de la medicina prepaga, alcanzando a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adoptasen, cuyo objeto consistiera 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, fuera por contratación individual o corporativa.

Que, a través de las diversas auditorías realizadas por las distintas áreas de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, oportunamente, se ha identificado, a lo largo del tiempo, la existencia de deudas por incumplimiento de obligaciones por parte de los sujetos por ella regulados, sea que se trate de la falta de pago de obligaciones normativamente establecidas, o bien a causa de la imposición de sanciones pecuniarias.

Que la Resolución N° 367/10 reguló los recaudos que deben contemplar los convenios de pago por deudas en concepto de beneficiarios por planes de adherentes y/o superadores a celebrarse entre los Agentes del Seguro de Salud y la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que sin perjuicio de lo allí dispuesto, por la Resolución N° 477/15 se actualizaron los criterios fijados, con el fin de establecer una tasa de interés promedio para la financiación de deudas de los Agentes del Seguro de Salud en los supuestos señalados.

Que en tal sentido, se modificó el artículo 1° de la Resolución N° 367/10, disponiendo que, en los convenios de pago por deudas en conceptos de beneficiarios por planes de adherentes y superadores a celebrarse entre los Agentes del Seguro de Salud y la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, el cálculo de los intereses resarcitorios deberá efectuarse de acuerdo a la tasa dispuesta por la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP), y que para los intereses de financiación la tasa aplicable será del UNO COMA CINCO POR CIENTO (1,5%) mensual.

Que por la Resolución N° 77/98 (modificada según Resolución N° 162/18) de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se aprobó el procedimiento para la investigación de la procedencia de las sanciones previstas en los artículos 28 y concordantes de la Ley Nº 23.660, los artículos 42 y concordantes de la Ley Nº 23.661, los artículos 24 y concordantes de la Ley Nº 26.682 y los artículos 24 y concordantes del Decreto N° 1993/11, ante incumplimientos a la normativa aplicable en cada caso.

Que, paralelamente, por las Resoluciones N° 1379/10 y N° 156/18 se aprobaron los regímenes de graduación de sanciones por la comisión de infracciones a la normativa aplicable a Agentes del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga, respectivamente.

Que las infracciones de multa han sido contempladas en módulos, a los efectos de mantener su valor durante el transcurso del tiempo.

Que el valor del módulo para las infracciones cometidas por Agentes del Seguro de Salud fue fijado en el equivalente al haber mínimo de jubilación ordinaria del Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones para trabajadores en relación de dependencia (cfr. artículo 5° de la Resolución N° 1379/2010), mientras que, para las infracciones cometidas por Entidades de Medicina Prepaga, fue fijado en el equivalente al valor del Salario Mínimo Vital y Móvil fijado por el Consejo Nacional de Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo Vital y Móvil.

Que, atento la íntima vinculación e identidad sustancial entre la actividad prestacional desarrollada por ambos tipos de sujetos, resulta conveniente unificar la medida de valor para los módulos de ambos regímenes.

Que sin perjuicio de ello, la experiencia recabada en la implementación de la graduación de sanciones en ambos regímenes, ha evidenciado una notoria desproporción en los valores de multas resultantes de la aplicación de los valores señalados y las escalas previstas para cada infracción.

Que no debe perderse de vista que el procedimiento sumarial instituido por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y la aplicación de sanciones resultante de él tienen por principal objetivo, en el marco del respeto al debido proceso sustantivo y adjetivo, la rectificación de la conducta en infracción y la producción de un efecto disuasivo de la comisión de nuevas infracciones, y no persigue una finalidad recaudatoria ni mucho menos confiscatoria del sujeto alcanzado.

Que, en la misma línea, la aplicación de multas excesivas y/o desproporcionadas con relación a la infracción cometida podría afectar el debido desempeño de las entidades afectadas, en lo que respecta a su actividad principal y primordial, consistente en el otorgamiento de prestaciones médico asistenciales adecuadas y oportunas.

Que la experiencia observada aconseja readecuar el régimen de graduación de las sanciones, a fin de evitar la producción de efectos indeseables ajenos a su finalidad.

Que el objetivo primordial de las Obras Sociales reguladas por la Ley Nº 23.660 y las Entidades de Medicina Prepaga reguladas por la Ley N° 26.682, es brindar a sus beneficiarios y usuarios las prestaciones médico asistenciales contenidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y sus modificatorias, y la demás normativa que establece la cobertura de prestaciones con carácter obligatorio, a cuyo efecto deben destinar sus recursos en forma prioritaria.

Que la situación económica y social de la República Argentina obligó al Congreso Nacional al dictado, a fines del año 2019, de la Ley Nº 27.541, de Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el Marco de la Emergencia Pública, por la que se declaró la emergencia pública en materia económica, financiera, fiscal, administrativa, previsional, tarifaria, energética, sanitaria y social hasta el 31 de diciembre de 2020.

Que la pandemia de COVID-19 declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) motivó que el PODER EJECUTIVO NACIONAL, mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 260/20, ampliara la emergencia pública en materia sanitaria por el plazo de UN (1) año a partir de su entrada en vigencia, prorrogándose luego, por los Decretos Nº 167/21 y N° 867/21, hasta el 31 de diciembre de 2022.

Que las medidas adoptadas como consecuencia de la pandemia de COVID-19 produjeron una limitación en la circulación de las personas, con el consecuente impacto en la economía, afectando a las empresas, a las actividades independientes y al empleo, del cual no resultaron ajenos el sistema sanitario y sus actores.

Que la merma en la actividad productiva, consecuencia inevitable de las medidas adoptadas, se vio reflejada en la recaudación tributaria y, consecuentemente, en los recursos destinados a los Agentes del Seguro de Salud, como así también en la recaudación de las Entidades de Medicina Prepaga, en momentos en los que este sector resultaba clave para minimizar los impactos de la pandemia y brindar la debida atención de sus beneficiarios y usuarios.

Que, con el objeto de prevenir tales efectos y garantizar el adecuado servicio de los sanatorios, clínicas y demás prestadores de salud, se otorgaron -durante la vigencia de las medidas más estrictas de la pandemia- diversos apoyos financieros de excepción a los Agentes del Seguro de Salud, así como también se autorizaron aumentos de valor de cuota a las Entidades de Medicina Prepaga.

Que, a su vez, los costos del sector fueron también mitigados a través de distintas medidas asistenciales propiciadas desde el PODER EJECUTIVO NACIONAL, como ser el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP), la postergación o reducción del pago de aportes y contribuciones de la seguridad social o el Programa de Recuperación Productiva (REPRO 2), con impacto directo en muchas entidades del sector.

Que, en la misma línea, resulta oportuno adoptar medidas que favorezcan la efectiva percepción de las deudas que los sujetos regulados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD tienen con ella, en condiciones razonables y que permitan garantizar la continuidad de las prestaciones médico-asistenciales brindadas por dichos sujetos en el marco de la excepcional y delicada situación que han debido afrontar con motivo de la pandemia de COVID-19.

Que, en este sentido, puede mencionarse que los artículos 9° de la Resolución N° 1379/10 y 13 de la Resolución N° 156/18 permiten a los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga efectuar el reconocimiento voluntario de infracciones que se les imputen, acreditar la subsanación de las conductas reprochadas y abonar el CINCUENTA POR CIENTO (50%) del mínimo de la multa prevista para dichas faltas.

Que, en el contexto señalado, a más de la adecuación de las escalas de graduación de sanciones, deviene necesario habilitar vías que permitan a los sujetos regulados cancelar sus deudas con la autoridad de aplicación mediante facilidades financieras adecuadas.

Que las Gerencias de Gestión Estratégica, de Control Económico Financiero, de Administración, de Asuntos Jurídicos y la Gerencia General han tomado la intervención de su competencia.

Que la presente Resolución se dicta en uso de las facultades otorgadas por los Decretos Nº 1615/96, N° 2710/12 y Nº 307/21.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Apruébase el procedimiento sumarial aplicable a la investigación de infracciones a las Leyes N° 23.660, N° 23.661 y N° 26.682, y su normativa complementaria y reglamentaria, que como Anexo I (IF-2022-11166581-APN-GGE#SSS) forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- Apruébase la clasificación y graduación de infracciones a las Leyes N° 23.660, N° 23.661 y N° 26.682, y su normativa complementaria y reglamentaria, que como Anexo II (IF-2022-36231399-APN-GGE#SSS) forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- Las sanciones de multa impuestas en virtud de la presente normativa serán cuantificadas en cantidad de módulos. Cada módulo será equivalente al monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones para trabajadores en relación de dependencia, vigente al momento de hacerse efectiva la multa.

ARTICULO 4°.- Los sujetos alcanzados por un procedimiento sumarial contarán con un plazo de VEINTE (20) días hábiles, contados desde la notificación del acto que ordena la instrucción del sumario, para efectuar el reconocimiento voluntario de la infracción imputada, acreditar la subsanación del hecho reprochado o que la cuestión se ha tornado abstracta y abonar el importe equivalente a MEDIO (0,5) módulo, para dar por finalizada la

instrucción sumarial.

ARTÍCULO 5°.- Los sujetos que a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución posean procedimientos sumariales inconclusos, por cualquier causa que fuere, con o sin imposición de sanciones, podrán proceder de conformidad con lo previsto en el artículo anterior por un plazo de CIENTO VEINTE (120) días desde la entrada en vigencia de la presente Resolución.

ARTÍCULO 6°.- Los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga que, por cualquier causa, posean deudas con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, tendrán la facultad de realizar su pago voluntario con una quita del CINCUENTA POR CIENTO (50%) de los intereses devengados y en cuotas, a cuyo efecto se aplicará la tasa de interés de financiación prevista en la Resolución N° 367/10 (modificada cfr. Resolución N° 477/15).

Esta facultad podrá ejercerse dentro de los CIENTO VEINTE (120) días, a contar desde la entrada en vigencia de la presente Resolución.

ARTÍCULO 7°.- La cantidad de cuotas a otorgarse en las financiaciones será determinada en cada caso por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, previo análisis y dictamen de la GERENCIA DE CONTROL ECONÓMICO FINANCIERO.

ARTÍCULO 8º.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá disponer la suspensión y/o inhabilitación temporal de un Agente del Seguro de Salud para ser receptor de opciones de cambio de obra social cuando se verifique -prima facie- el incumplimiento de las normas previstas para el ejercicio de ese derecho y sin perjuicio de la sustanciación del procedimiento sumario correspondiente.

ARTÍCULO 9°.- Deróganse las Resoluciones N° 77/98, N° 1379/10, 1535/10, N° 156/18 y N° 162/18.

ARTÍCULO 10.- La presente Resolución entrará en vigencia el día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.

ARTÍCULO 11.- Instrúyase a las Gerencias de Sistemas de Información y de Administración que adecuen los procedimientos internos y externos para que los Agentes del Seguro de Salud, prestadores inscriptos y las Entidades de Medicina Prepaga puedan realizar los pagos voluntarios detallados en el artículo 4° en las cuentas abiertas para cada caso.

ARTÍCULO 12.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Daniel Alejandro Lopez

NOTA: El/los Anexo/s que integra/n este(a) Resolución se publican en la edición web del BORA -www.boletinoficial.gob.ar-

e. 25/04/2022 N° 26519/22 v. 25/04/2022

Fecha de publicación 25/04/2022