



NACIONAL



RESOLUCIÓN 202/2018
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (S.S.Sal.)

Déjase sin efecto la solicitud de inscripción de SOS
SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A.
Del: 12/03/2018; Boletín Oficial 16/03/2018.

VISTO los Expedientes N° 207079/2012, N° 54265/2016, N° 54266/2016, N° 54268/2016, N° 54269/2016, N° 54271/2016, N° 54272/2016, N° 55180/2016, N° 55182/2016, N° 55183/2016, N° 55184/2016, N° 55185/2016, N° 55186/2016, N° 55187/2016, N° 55189/2016, N° 55190/2016, N° 55191/2016, N° 55192/2016, N° 55193/16, N° 56563/2016, N° 56564/2016, N° 56566/2016, N° 56567/2016, N° 56568/2016, N° 56569/16, N° 56570/2016, N° 56571/2016, N° 56572/2016, N° 56574/2016, N° 56576/2016, N° 56577/2016, N° 56758/2016, N° 56761/2016, N° 56841/2016, N° 56842/2016, N° 56844/2016, N° 56850/2016, N° 60864/2016, N° 60865/2016, N° 60866/2016, N° 60867/2016, N° 60868/2016, N° 60869/2016, N° 60870/2016, N° 60871/2016, N° 64375/2016, N° 64379/2016, N° 64384/2016 y N° 7923/2017, del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la Ley N° [26.682](#), los Decretos N° [1991](#), del 29 de noviembre de 2011 y N° [1993](#) del 30 de noviembre de 2011, y CONSIDERANDO:

Que por el Expediente N° 207079/2012 mencionado en el VISTO la Entidad de Medicina Prepaga “SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A.” (R.N.E.M.P. Provisorio N° 1-2014-6), con asiento en la Provincia de Tucumán, solicitó su baja por imposibilidad económica de continuar brindando las prestaciones.

Que a partir de la información financiera y contable presentada por dicha entidad, así como del análisis de la misma realizado por la Gerencia de Control Económico Financiero de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, ha quedado acreditado que aquella no se encontraba, a la fecha de tales informes, en condiciones de continuar brindando servicios a sus afiliados.

Que en virtud de lo expuesto en el Considerando que antecede, corresponde dejar sin efecto la solicitud de inscripción de “SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A.” (R.N.E.M.P. Provisorio N° 1-2014-6), dar de baja del Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga la inscripción provisoria de dicha entidad haciéndose constar que ello implica el retiro de la autorización provisoria para funcionar y anular el número de inscripción provisoria que oportunamente se le otorgara.

Que el inciso m) del artículo 5° de la Ley N° [26.682](#), por la que se establece el régimen de regulación de la medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud contemplados en las Leyes Nros. [23.660](#) y [23.661](#), dispone que es función de su Autoridad de Aplicación “Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley 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. La transferencia se acordará en el marco del Consejo Permanente de Concertación definido en el artículo 27 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario”.

Que, a su turno, la reglamentación de dicho inciso por el Decreto N° [1993/2011](#) dispuso

que “La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas necesarias a fin de decidir la reasignación de los usuarios afectados en masa en aquellas empresas con programas y cuota equiparable a los de la entidad desaparecida, según la categorización y acreditación que a dicho efecto realice la autoridad de aplicación respecto de los sujetos incluidos en el artículo 1° de esta reglamentación. En dichos supuestos se deberán respetar criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial y contar con el consentimiento del usuario”.

Que en función de lo expuesto, resulta aplicable a la situación de “SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A”. lo previsto en el citado artículo 5°, inciso m, de la Ley N° [26.682](#) y su reglamentación.

Que el Consejo Permanente de Concertación previsto en el artículo 27 de la Ley N° [26.682](#) no se encuentra a la fecha conformado, mas ello no puede constituirse en óbice para ejercer las funciones delegadas a este organismo y dar respuesta a los beneficiarios afectados por la situación de crisis referenciada.

Que a los efectos de realizar el análisis y cálculo actuarial que permita determinar una adecuada redistribución proporcional de la masa de afiliados afectada, se recabó información actualizada por parte de las distintas áreas del Organismo.

Que en función de la información suministrada por la Delegación Provincial de Tucumán, como así también de los reclamos presentados por los afiliados de la empresa en los términos de la Resolución SSSalud N° [75/1998](#), pudo establecerse que el cese de funciones de la misma afectaría actualmente a cuarenta y nueve (49) afiliados titulares y treinta y seis (36) afiliados adicionales, todos los cuales iniciaron reclamo ante la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud.

Que en este contexto, la Gerencia de Gestión Estratégica de este Organismo procedió a analizar los reclamos de manera global y conjunta, ofreciendo una estrategia que contempla un análisis de riesgo actuarial en donde se incluyen como variables el valor de cuota, actualizado en base a los aumentos máximos autorizados por el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, la estimación de consumo médico en base al perfil epidemiológico de la población afectada, edad y grupo familiar de los afiliados.

Que del mismo modo, a través de la Delegación Provincial de Tucumán y de los registros de este organismo se han identificado catorce (14) Entidades de Medicina Prepaga alcanzadas por la Ley N° [26.682](#) que brindan prestaciones en dicha zona de influencia y con oferta de cobertura sanitaria similar.

Que en base a dicha estrategia, se ha establecido la conveniencia de asignación en masa de los beneficiarios a dichas empresas, en forma proporcional y equitativa.

Que para ello, se analizó la situación de cada usuario en particular y su grupo familiar (el que no puede ser separado en la cobertura), determinando el valor de la cuota mensual que les cabría pagar a la fecha actual para la franja etaria correspondiente en razón de su edad y el impacto económico del consumo estimado en función de su situación de salud actual, estableciendo una propuesta de distribución equitativa de los mismos entre las Entidades de Medicina Prepaga a las que se asignarán.

Que sin perjuicio de ello, dicha propuesta deberá necesariamente contar con el consentimiento del usuario.

Que no escapa al análisis que los valores de cuota de las Entidades de Medicina Prepaga receptoras, para una cobertura prestacional similar, podrían posiblemente ser más altos que el valor de cuota actualizado que venían pagando los afiliados en la entidad que ha cesado en su actividad.

Que la normativa aplicable exige asegurar la “similaridad” del valor de la cuota a abonar en la entidad receptora con relación a la cuota que los beneficiarios venían abonando previamente en la entidad en crisis, más ello no puede constituirse en un perjuicio para el funcionamiento de la entidad receptora, sino que por el contrario, se debe garantizar al mismo tiempo la indemnidad de su equilibrio económico financiero y evitar inequidades y/o distorsiones considerables con relación al valor de la cuota que abonan los afiliados propios con características similares.

Que habilitar que se mantenga sin variaciones la cuota de origen, provocaría al mismo tiempo un desfasaje económico para la entidad receptora como una situación discriminatoria para los beneficiarios propios y aquellos nuevos que deseen afiliarse a la misma, quienes posiblemente pagarían un valor desigual y más alto que el abonado por los afiliados de SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A. transferidos.

Que resulta conocida e inveterada la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación relativa a la confiscatoriedad del derecho de propiedad, que se produce cuando se afecta el mismo en más de una tercera parte (Fallos: 209:114, 125/126 y 210:310, 320, considerando 6°, entre muchos otros).

Que para mantener un equilibrio entre el derecho de los beneficiarios afectados por la transferencia y la continuidad de las prestaciones brindadas por la Entidad de Medicina Prepaga receptora manteniendo los estándares de calidad adecuados, corresponde autorizar el cobro de la cuota correspondiente al ingreso de afiliados pertenecientes a la misma franja etaria y para el plan de cobertura similar, sin adicional alguno por preexistencia, y hasta un importe máximo que no podrá superar en un tercio el valor que los afiliados hubieren abonado a SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA SA incluidos los aumentos legales.

Que las Gerencias de Control Económico y Financiero, de Gestión Estratégica, de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes 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° [2710](#), de fecha 28 de Diciembre de 2012, y N° [717](#), de fecha 12 de septiembre de 2017.

Por ello,

El Superintendente de Servicios de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Déjase sin efecto la solicitud de inscripción de “SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A.” (R.N.E.M.P. Provisorio N° 1-2014-6) y dése de baja del Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga la inscripción provisoria de dicha entidad, haciéndose constar que ello implica el retiro de la autorización, también provisoria, otorgada para funcionar por imperio de la Resolución N° [55/2012](#)-SSSalud.

Art. 2°.- Dispónese que los usuarios titulares y sus respectivos grupos familiares afiliados a “SOS SAN BERNARDO MEDICINA PREPAGA S.A.” (R.N.E.M.P. Provisorio N° 1-2014-6), sean reasignados en los términos del artículo 5°, inciso m), de la Ley N° [26.682](#), a las Entidades de Medicina Prepaga con oferta de cobertura sanitaria similar, que brindan prestaciones en la Provincia de Tucumán, de acuerdo a las especificaciones consignadas en el ANEXO I que, como IF-2018-10412427-APN-GGE#SSS, forma parte integrante de la presente.

Art. 3°.- La transferencia dispuesta en el artículo anterior quedará supeditada al consentimiento de los afiliados, quienes deberán prestar el mismo -previo a solicitar su afiliación en la Entidad asignada- por ante la Delegación Tucumán de este Organismo, sita en la calle Lamadrid 291 de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

El consentimiento deberá ser prestado por el usuario titular y el mismo resultará suficiente para la afiliación de los miembros de los respectivos grupos familiares, salvo indicación en contrario formulada expresamente por el titular al prestar el consentimiento.

Art. 4°.- Establécese que las Entidades de Medicina Prepaga receptoras deberán admitir la afiliación en forma inmediata de los usuarios que hubieren prestado el consentimiento y se encontrarán facultadas para percibir una cuota equivalente al valor de ingreso correspondiente para la franja etaria a la que pertenezca el usuario y plan de cobertura del mismo al momento de la afiliación, hasta un máximo del valor de la cuota originaria abonada por el afiliado que se señala en el ANEXO I de la presente, con más un incremento de un tercio de dicho valor.-

Art. 5°.- Establécese que las Entidades de Medicina Prepaga receptoras, no podrán exigir, en ningún caso, el cobro de valores diferenciales por preexistencia a los usuarios

transferidos, así como el establecimiento de períodos de carencia y/o suspensión de tratamientos en curso, debiendo reconocer la antigüedad de afiliación a los fines de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley [26.682](#).

Art. 6°.- La rescisión del contrato de afiliación que vincule a los usuarios transferidos con la Entidad de Medicina Prepaga receptora, sea dispuesta por el usuario por cualquier motivo que fuere o por la empresa en el supuesto autorizado por el artículo 9°, apartado 2°, inciso a), del Decreto N° [1993/2011](#), hará perder a los usuarios cualquier derecho que les hubiere asistido por aplicación de la presente Resolución.

Art. 7°.- Instrúyese a la Gerencia de Delegaciones y Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud para que, a través de la Delegación Tucumán, implemente las medidas necesarias para la difusión y notificación a los usuarios y Entidades de Medicina Prepaga alcanzadas, registre y asiente los consentimientos de los usuarios y los asista en relación a los trámites que deberán realizar para efectivizar las nuevas contrataciones.

Art. 8°.- El incumplimiento de la presente Resolución dará lugar a la aplicación de sanciones en los términos del artículo 24 de la Ley N° [26.682](#).

Art. 9°.- La presente Resolución comenzará a regir a partir del día siguiente al de su publicación.

Art. 10.- Regístrese, comuníquese, notifíquese a los usuarios titulares y a las Entidades de Medicina Prepaga consignados en el Anexo I de la presente, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Sandro Taricco.

Enlace al texto completo de su respectivo anexo desde [aquí](#).

