Decreto 1400/2001

Registro de Datos. Fondo Solidario de Redistribución. Derecho de Opción del Beneficiario. Obras Sociales en Crisis: Garantía de Continuidad de la Cobertura. Limitación para el Otorgamiento de Subsidios Financieros.

Bs. As., 4/11/2001

VISTO, las Leyes Nos. 20.744, 22.248, 23.660, 23.661, 24.013, 24.156, 24.241, 24.465, 24.557, 24.714, 25.326 y Decreto Ley Nº 327 del 14 de enero de 1956; los Decretos Nos. 576 del 1º de abril de 1993, 292 del 14 de agosto de 1995 y 504 del 12 de mayo de 1998; y

CONSIDERANDO:

Que es menester ordenar los mecanismos y utilización de la información relativa a los beneficiarios de la seguridad social, a fin de dotarla de seguridad, eficiencia y continuidad, preservando al mismo tiempo los derechos y obligaciones de todos los involucrados en los términos de la Ley Nº 25.326 de Hábeas Data, con el fin de contar con sistemas válidos de carácter único, que sean ágiles y confiables para la determinación, liquidación y goce de los beneficios de dicho sistema.

Que a tal fin es necesario disponer la creación de una base de datos de personas que contenga la información correspondiente a todos los beneficiarios de los subsistemas de la seguridad social regidos por las Leyes Nros. 19.032, 23.660, 23.661, 24.013, 24.241, 24.557 y 24.714, definiendo asimismo sus contenidos.

Que los subsistemas mencionados en el considerando anterior establecen beneficios para los trabajadores en actividad, jubilados y pensionados, al igual que para sus familiares directos, siendo por ende necesario contar también con la correspondiente base de vínculos familiares, según las diferentes definiciones adoptadas por cada norma.

Que en los términos de la Ley Nº 25.326, se requiere definir a los titulares y responsables, determinando sus derechos, obligaciones y responsabilidades, definiendo asimismo la naturaleza abierta del sistema, a modo de marco referencial operativo de dichos derechos y obligaciones, y estableciendo de manera inequívoca qué organismo del Estado tendrá a su cargo la custodia, soporte físico y emisión de la normativa complementaria para garantizar el acceso de los responsables a los datos del Registro y Base que se crean.

Que es función del Poder Ejecutivo Nacional establecer mecanismos que mejoren los niveles de equidad previstos en la legislación general. A este fin, el Decreto Nº 292/95 y sus modificatorios definió los instrumentos idóneos para hacer plenamente operativo el cumplimiento de la distribución automática impuesta por el artículo 24 inciso b) de la Ley Nº 23.661, determinando un esquema redistributivo de los recursos solidarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud orientado a garantizar a los beneficiarios de menores ingresos un flujo de recursos consistente con las coberturas de salud comprometidas por dicho sistema.

Que el sistema entonces adoptado es decididamente perfectible, puesto que la redistribución dispuesta no tomó en cuenta a cada beneficiario del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sino únicamente a los beneficiarios titulares, en desmedro de aquellos beneficiarios que tuvieran un grupo familiar a su cargo, particularmente cuando aquél fuera numeroso.

Que por lo tanto se hace imperativo establecer un modelo de distribución más justo y solidario, en particular cuando están dadas las condiciones técnicas para ponerlo en marcha, debiendo el Fondo Solidario de Redistribución de la Ley Nº 23.661 ser distribuido entre todos los beneficiarios, independientemente de su carácter de titular, o miembro del grupo familiar del trabajador.

Que si bien están dadas las condiciones técnicas para una redistribución del Fondo Solidario entre todos los beneficiarios, las condiciones financieras para que dicha distribución sea igualitaria son todavía una meta a conseguir de manera impostergable, siendo conveniente establecer un esquema de distribución definitivo, igualitario, fijando al mismo tiempo una pauta transitoria en función de las disponibilidades financieras del sistema y hasta tanto se cuente con los recursos correspondientes.

Que, por su parte, el artículo 13 del Decreto N° 504/98 contiene una limitación al ejercicio de la opción de cambio de obra social, ya que fija un plazo de cautividad de un año.

Que, con el objeto de asegurar la más amplia expresión de voluntad de los beneficiarios se hace necesario sustituir el citado artículo.

Que la Ley Nº 23.661, en sus artículos 1º y 2º, establece como principios fundantes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, en primer lugar, la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna clase y, en segundo término, la provisión 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.

Que estos principios constituyen derechos inalienables de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, siendo bienes jurídicamente superiores, a cuya preservación y desarrollo deben servir el resto del articulado de la citada norma y las reglamentaciones del Poder Ejecutivo.

Que, para hacer efectivo el derecho a la procuración de la salud y a su provisión igualitaria de prestaciones, es menester garantizar la continuidad de la cobertura para todos los beneficiarios de aquellos Agentes del Seguro de Salud que se encuentren en situación de crisis.

Que a los fines de determinar de manera objetiva qué se entenderá por situación de crisis, deben establecerse pautas técnicas imparciales, vinculadas a la capacidad del Agente de brindar, como mínimo, el normal suministro de las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio, en condiciones de igualdad efectiva.

Que estas pautas deben estar referidas a los aspectos centrales que razonablemente posibiliten, desde el punto de vista institucional prestacional y económico financiero, la continuidad referida en los considerandos precedentes.

Que para la determinación de la real o potencial imposibilidad de cumplir con el programa prestacional en los términos antes señalados, deberá establecerse un procedimiento de determinación de los correspondientes extremos y aplicación de medidas pertinentes, que garanticen un proceso justo, al igual que el derecho de los Agentes a ser oídos y a presentar sus descargos, ante la Autoridad de Aplicación.

Que la Superintendencia de Servicios de Salud tiene a su cargo el Registro Nacional de Agentes del Seguro, creado por el artículo 17 de la Ley Nº 23.661, que los habilita a recibir y aplicar los recursos previstos por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Que asimismo la Superintendencia de Servicios de Salud tiene facultades suficientes para mantener vigente dicha inscripción en tanto los Agentes cumplan con todos los requisitos y provean los servicios previstos por las leyes antes mencionadas y sus reglamentaciones, pudiendo decidir la cancelación de esa inscripción cuando el Agente no cumpla con dichos requisitos o con la aludida provisión de servicios.

Que la garantía de continuidad de la cobertura debe complementarse con un procedimiento objetivo para la transferencia de la población perjudicada por los incumplimientos del Agente dado de baja a otro Agente con capacidad suficiente para la prestación de los servicios

obligatorios garantizados por la Ley, que constituyen sus derechos inalienables, sin perjuicio del derecho de los beneficiarios de elegir libremente otro Agente.

Que en virtud de lo dispuesto por el artículo 13, inciso d), de la Ley Nº 23.661, la Superintendencia de Servicios de Salud se encuentra facultada para asignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, pudiendo dictar las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones, destinados a garantizar la cobertura médica a los beneficiarios del Sistema.

Que en el caso de otorgamiento de subsidios financieros por parte de la autoridad competente para el financiamiento de un déficit operativo, debe asegurarse el carácter de transitoriedad y excepcionalidad de las causas que lo motivaran, excluyendo de los beneficios de dichos subsidios a aquellos Agentes que se encuentren en situación de déficit operativo crónico, siendo necesario definir adecuadamente dicho concepto, en el que se debe incluir a aquellos que atraviesen situaciones de falencia o que no puedan garantizar, la continuidad de la cobertura para todos sus beneficiarios.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 99, incisos 1 y 2, de la Constitución Nacional.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

CAPITULO I - REGISTRO DE DATOS

Artículo 1º — Objetivos.

El presente Capítulo tiene por objeto ordenar los mecanismos de recopilación y uso de la información relativa a los beneficiarios de la seguridad social, con la finalidad de lograr una organización eficiente para la actualización continua de la información, preservando el derecho de las personas al honor, la intimidad y el acceso a la información, consagrados en la Ley Nº 25.326.

Art. 2º — Registro de personas - Creación.

Créase el Registro de Personas al que se incorporarán los datos personales correspondientes a todos los beneficiarios de alguno de los subsistemas de la seguridad social regulados por las Leyes Nros. 19.032, 23.660, 23.661, 24.013, 24.241, 24.557 y 24.714 y sus modificatorias.

Art. 3º — Registro de Personas. Contenidos

El Registro de Personas se integrará con los siguientes datos:

1. N de CUIL

2. Tipo de documento

3. Nº de Documento de Identidad

4. Nombres y apellidos

5. Domicilio

6. Sexo

7. Nacionalidad

8. Fecha de Nacimiento (Acta, tomo y folio)

9. Fecha de Fallecimiento (Acta, tomo y folio)

10. Grado de incapacidad

11. Nivel de Escolaridad

Art. 4º — Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social. Creación.

Créase la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social que contendrá la información correspondiente a las relaciones familiares entre los individuos que integran el Registro de Personas. A los fines de la presente base de datos se entiende por relación familiar el vínculo existente entre dos personas que dé derecho a la percepción de los beneficios contemplados en algunos de los subsistemas de la seguridad social.

Art. 5º — Base de Vínculos Familiares. Contenidos.

En la Base de Vínculos Familiares se incorporarán los siguientes datos:

1. Nº de CUIL del Titular

2. Nº de CUIL del Familiar

3. Relación de parentesco

4. Fecha de alta o baja del vínculo (Acta, tomo y folio)

Art. 6º — Validez oficial.

Los datos personales contenidos en el Registro de Personas y en la Base de Vínculos Familiares definidos en el presente Decreto tendrán carácter oficial y prevalecerán respecto de cualquier otra fuente de información. Consecuentemente, la determinación, distribución, acceso, liquidación y percepción de cualquiera de los beneficios y/o compensaciones establecidos en las Leyes mencionadas en el artículo 2º del presente Decreto y sus respectivas reglamentaciones se hará en función de la información contenida en dichos Registro y Base.

Art. 7º — Derechos de los titulares de datos.

Toda persona física cuyos datos personales sean objeto de tratamiento en el Registro de Personas y Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social podrá exigir a los responsables el cumplimiento de los derechos consagrados en la Ley Nº 25.326.

Art. 8º — Responsables.

Desígnanse responsables de la gestión del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social en los términos establecidos por la Ley Nº 25.326, a los siguientes organismos:

1. ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES)

2. ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP)

3. REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

4. SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES (SAFJP)

5. SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT)

6. SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS)

7. ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES (AFJP)

8. Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, incluido el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

9. ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO (ART)

10. ENTIDADES BANCARIAS.

Art. 9º — Obligaciones de los responsables del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social - Agentes Fedatarios - Sanciones.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 4º de la Ley Nº 25.326, los responsables del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social están obligados, dentro de su ámbito de competencia y de acuerdo a las pautas que fije la Autoridad de Aplicación, a velar por la permanente actualización y mejoramiento de los mismos, a aportar en tiempo y forma la información y documentación que les sea requerida para tales fines, y denunciar cualquier inexactitud, desvío o irregularidad que detecten.

Asimismo están obligados a atender los reclamos de los titulares de datos en ejercicio de los derechos establecidos en el presente Decreto.

A los efectos de la carga o modificación de los datos del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social, previa recepción y determinación de la validez de la documentación de respaldo que en cada caso correspondiere, los responsables y usuarios deberán designar Agentes Fedatarios, quienes serán responsables por la veracidad de la información incorporada, con las responsabilidades que en este mismo artículo se mencionan.

Los Agentes Fedatarios deberán estar inscriptos en registros especiales que a tal fin llevarán las SUPERINTENDENCIAS y Autoridades de Aplicación respectivas. La ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL proveerá a los Agentes Fedatarios claves individualizadas para el acceso al Registro y a la Base. La ANSES queda facultada para acceder a tales datos de manera ágil y oportuna, a fin de habilitar las correspondientes claves de acceso de los Agentes Fedatarios.

Los responsables y usuarios del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social, al igual que sus funcionarios, empleados y dependientes y, en particular, los Agentes Fedatarios, estarán sujetos a las responsabilidades y sanciones establecidas por el Capítulo Vl, de la Ley Nº 25.326, de Hábeas Data.

Art. 10. — Facultades de los responsables del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social.

Los responsables del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social tendrán amplias facultades de acceso a todo el grupo de datos vinculado a sus funciones y competencias dentro de las pautas que fije la Autoridad de Aplicación. La ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) deberá instrumentar, los mecanismos a fin de que los responsables tengan acceso a las bases en forma continua, ágil y oportuna.

Art. 11. — Administración del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares.

Los sistemas de administración del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares de la Seguridad Social tendrán carácter abierto, entendiéndose por tal la accesibilidad por parte de los responsables, en tiempo y forma, tanto a los efectos de que éstos puedan cumplir con sus obligaciones de actualización y preservación de la calidad de los datos establecida en los artículos 3º y 5º, como a los efectos de utilizar la información para el desarrollo de sus funciones.

La custodia, el soporte físico y el dictado de las normas de ordenamiento de acceso de los responsables al Registro de Personas y a la Base de Vínculos Familiares a la Seguridad Social estarán a cargo de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES).

Art. 12. — Elaboración del Programa - Términos

La ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) elaborará en el término de QUINCE (15) días un programa detallado de trabajo en el que se indicarán las metas, objetivos, acciones y plazos establecidos para la implementación de las previsiones del presente Capítulo.

La puesta en funcionamiento y operatividad de los mecanismos y sistemas previstos en el presente Capítulo deberán quedar instrumentadas en el término de NOVENTA (90) días a partir del dictado de este Decreto.

CAPITULO II - FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION

Art. 13. — Reglamentación a la Ley Nº 23.661 - Distribución del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION por beneficiario.

Sustitúyese el artículo 24 del Anexo II del Decreto Nº 576/93 por el siguiente:

"ARTICULO 24. — Atento lo prescripto por el artículo 24, inciso b), punto 2 a partir del 1º de enero de 2002, los beneficiarios del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, sean titulares o no titulares en los términos de los incisos a) y b) del artículo 9º de la Ley Nº 23.660, con exclusión de los beneficiarios del último párrafo de dicho artículo, contarán con una cotización mínima mensual de PESOS VEINTE ($ 20).

Cuando los aportes y contribuciones de los trabajadores beneficiarios titulares sean insuficientes para cubrir el total de la cotización antes mencionada, según la composición de su grupo familiar, el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION integrará la diferencia: dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA, con información provista por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS. El valor de la cotización mínima mensual deberá ser modificado mediante Resolución Conjunta de los Ministros de Salud y de Economía, de modo de agotar la totalidad de los recursos disponibles en el Fondo Solidario de Redistribución, previa deducción de los recursos asignados por la Ley de Presupuesto a gastos administrativos de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y a las prestaciones de alta complejidad.

Transitoriamente, hasta tanto el Fondo Solidario de Redistribución vea incrementados sus recursos y composición, de acuerdo con las metas de crecimiento de la actividad económica y con las modificaciones que establezca el Congreso de la Nación, los valores mencionados en el párrafo primero del presente artículo serán de VEINTE PESOS ($ 20) para el beneficiario titular y de DOCE PESOS ($ 12) para los beneficiarios no titulares. La Liquidación del subsidio automático será definitiva a partir de los NOVENTA (90) días corridos posteriores al vencimiento del período devengado.

Para la cobertura de prestaciones médicas especiales de alta complejidad, o de elevado costo y baja frecuencia, y las de discapacidad, los Agentes del Seguro de Salud que cuenten con un número superior a CINCUENTA MIL (50.000) beneficiarios percibirán de manera automática, un monto de PESOS UNO CON CINCUENTA CENTAVOS ($ 1,50) mensual por beneficiario, siempre que así lo soliciten. Esto se realizará de manera automática por cuenta de la SUPERINTENDENCIA

DE SERVICIOS DE SALUD a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA, con información provista por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS.

La opción por este sistema significará la renuncia expresa e irrevocable, de pleno derecho, a percibir de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES cualquier tipo de subsidio o compensación por los mencionados conceptos, sin perjuicio de las solicitudes en curso y deudas pendientes a la fecha del dictado del presente Decreto. La suma antes indicada podrá ser modificada mediante Resolución Conjunta de los Ministros de Economía y de Salud.

Instrúyese a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a difundir públicamente, de manera mensual, la información detallada sobre los recursos y gastos del Fondo Solidario de Redistribución. A tal fin, la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) informará mensualmente a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD la imputación de los fondos realizada de acuerdo a los mecanismos previstos en el presente artículo.

La ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) podrá debitar en forma automática una suma no superior al TREINTA POR CIENTO (30%) de los montos correspondientes al Fondo Solidario de Redistribución a ser transferidos a cada Agente del Seguro de Salud hasta saldar la deuda exigible que registrasen para con el Sistema Unico de la Seguridad Social, debiendo para ello dictar la correspondiente normativa en el término de TREINTA (30) días desde la vigencia del presente Decreto".

Art. 14. — Creación de una Comisión Técnica.

Créase en el ámbito de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD una Comisión Técnica de Programas Especiales, conformada por UN (1) representante de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, UN (1) representante del MINISTERIO DE SALUD, UN (1) representante del MINISTERIO DE SEGURIDAD SOCIAL, UN (1) representante del MINISTERIO DE ECONOMIA y UN (1) representante de la Confederación General del Trabajo, quienes cumplirán sus funciones ad-honórem y serán designados por los respectivos organismos y entidades. La comisión producirá informes técnicos y recomendaciones de carácter no vinculante para la reforma del modelo de cobertura y financiación de las prestaciones médicas especiales, de alta complejidad, o de elevado costo y baja frecuencia, y las de discapacidad.

Esta Comisión será presidida por el Superintendente de Servicios de Salud, y para su funcionamiento dictará su propio reglamento interno.

CAPITULO III - DERECHO DE OPCION DEL BENEFICIARIO

Art. 15. — Decreto Nº 504/98 - Modificación.

Sustitúyese el artículo 13 del Decreto Nº 504/98 por el siguiente:

"ARTICULO 13. — Los trabajadores podrán ejercer el derecho de opción desde el momento mismo del inicio de la relación laboral".

Art. 16. — Opción del beneficiario.

El afiliado que ejerza su derecho de opción deberá hacerlo con todos los beneficiarios comprendidos en el artículo 9º de la Ley Nº 23.660 y en las condiciones en él establecidas.

La opción de cambio deberá ejercerse ante la Obra Social elegida, la que deberá enviar semanalmente los formularios y la nómina de las opciones recibidas, en soporte magnético, a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que a su vez lo comunicará a la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL para su procesamiento y actualización del padrón de beneficiarios, al Agente del Seguro de Salud de origen y a la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS, quien, dentro del plazo de QUINCE (15) días informará a la

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD sobre los aportes y contribuciones en los últimos DOCE (12) meses al Agente del Seguro de Salud de origen.

Art. 17. — Cláusulas interpretativas.

Las normas que rigen la opción de los beneficios se interpretarán siempre a favor del derecho a la libertad de elección.

CAPITULO IV — OBRAS SOCIALES EN CRISIS: GARANTIA DE CONTINUIDAD DE LA COBERTURA

Art. 18. — Situación de crisis - Derechos inalienables de los beneficiarios.

Toda vez que un Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentre en situación de crisis se aplicarán los procedimientos previstos en el presente Decreto. Estos procedimientos, y las medidas que se adopten en su consecuencia, considerarán siempre como prioridad la tutela de los derechos de los beneficiarios, la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud y a recibir la provisión de prestaciones de salud de manera igualitaria e integral, según el mejor nivel de calidad disponible, de acuerdo a lo preceptuado por los artículos 1º y 2º de la Ley Nº 23.661.

Art. 19. — Situación de crisis. Definición.

Se entenderá que un Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentra en situación de crisis cuando así se determine por aplicación del sistema de diagnóstico establecido en el ANEXO II que forma parte integrante del presente Decreto, que se elaborará trimestralmente. Para ello se deberán tomar en cuenta y ponderar adecuadamente las siguientes circunstancias:

a) Desde el punto de vista institucional, prestacional y de atención al beneficiario, la existencia de riesgos que alteren el normal suministro de las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio.

b) Desde el punto de vista económico, la existencia de riesgo en la continuidad del Agente, situación que se detectará por los desvíos de los índices de monitoreo específicos cuya caracterización y ponderación se incluyen en el Apartado 2 del citado ANEXO II.

c) Desde el punto de vista financiero, la existencia de graves dificultades del Agente para afrontar sus obligaciones financieras, situación que se detectará por los desvíos de los índices de monitoreo específicos cuya caracterización y ponderación se incluyen en los Apartados 3 y 4 del ANEXO II.

Se considerará en situación de crisis a todos los Agentes del Sistema que se encuentren en concurso de acreedores en los términos de la Ley 24.522.

Art. 20. — Medidas a implementar.

Una vez que la aplicación del procedimiento de diagnóstico establezca la existencia de una situación de crisis, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá, en un plazo no superior a CINCO (5) días hábiles, a través de resolución fundada, a la instauración de un procedimiento de crisis, intimando al Agente a su cumplimiento, en los términos y condiciones que se detallan en el ANEXO III, que forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 21. — Eliminación de restricciones a la libertad de elección para los beneficiarios.

Declarada la situación de crisis del Agente y hasta tanto no supere la misma, sus beneficiarios podrán optar por otro Agente sin que sean de aplicación las restricciones previstas en los artículos 2º y 14 del Decreto Nº 504/98.

Art. 22. — Baja del Agente por incumplimiento del procedimiento de crisis.

El incumplimiento del procedimiento de crisis, en cualquiera de las etapas y, en particular, los incumplimientos que se detallan en el ANEXO IV que forma parte integrante del presente Decreto conllevará, sin más trámite, la baja del Agente del Registro a que se refiere el artículo 17 de la Ley Nº 23.661, asignándose la cobertura de la población beneficiaria a otros Agentes del Sistema. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá dictar la correspondiente resolución ordenando la baja en un plazo no superior a CINCO (5) días hábiles:

Art. 23. — Asignación de la población del Agente dado de baja: criterios y restricciones.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, previa publicidad suficiente, distribuirá la población del Agente dado de baja entre todos los Agentes que se comprometan a incorporar a los trabajadores que se encontraban en aquel que se hubiera dado de baja.

La asignación de la población del Agente dado de baja entre los distintos Agentes receptores se hará en cada jurisdicción, al azar, y en proporción a la población que posea en ella cada uno de los Agentes receptores.

No podrá ser receptor un Agente sujeto a procedimiento de crisis en los términos del presente Capítulo.

Art. 24. — Obligación de notificar a los beneficiarios transferidos.

Los beneficiarios titulares transferidos deberán ser notificados individualmente por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD acerca del nuevo Agente al que fueron afiliados. Sin perjuicio de ello, el beneficiario alcanzado por esta transferencia tendrá derecho a ejercer en cualquier momento la opción por otro Agente, sin las limitaciones de los artículos 2º y 14 del Decreto 504/98.

Art. 25. — Implementación y normativa complementaria.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá disponer lo necesario para implementar las disposiciones del presente capítulo en el término de QUINCE (15) días contados a partir de la publicación del presente Decreto.

Dicho organismo dictará asimismo la normativa complementaria para la sustanciación y aplicación de las disposiciones del presente Capítulo y de sus Anexos, previendo en todos los casos que el trámite sea sumario y privilegiando la plena vigencia de los derechos de los beneficiarios establecidos en los artículos 1º y 2º de la Ley Nº 23.661.

Art. 26. — Intimación al agente dado de baja.

Una vez notificada la baja del Registro Nacional de Agentes del Seguro, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá intimar al Agente dado de baja a solicitar su propia quiebra en los términos establecidos por la Ley Nº 24.522 en un plazo máximo de SESENTA (60) días.

CAPITULO V — LIMITACION PARA EL OTORGAMIENTO DE SUBSIDIOS FINANCIEROS.

Art. 27. — Eliminación de subsidios financieros.

Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que se encuentren en situación de déficit operativo crónico, no podrán acceder a la operatoria prevista en las Resoluciones Nº 577/98 APE y Nº 1040/98 APE.

Art. 28. — Definición de déficit operativo crónico.

A los efectos de la aplicación del artículo precedente, se considerará en situación de déficit operativo crónico a los Agentes del Sistema del Seguro de Salud incursos en alguna de las siguientes situaciones:

a) Situación de Concurso de Acreedores en los términos de la Ley Nº 24.522.

b) Iniciación de procedimiento de crisis en los términos del ANEXO III del presente Decreto.

Art. 29. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese.

DE LA RUA. — Chrystian G. Colombo. — Patricia Bullrich. — Domingo F. Cavallo. — Héctor J. Lombardo.

ANEXO I

Normas para la actualización inicial del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares

ARTICULO 1º — Actualización inicial.

Las normas del presente Anexo se aplicarán para la actualización iniciación del Registro de Personas y de la Base de Vínculos Familiares.

ARTICULO 2º — Información inicial para el Registro de Personas.

Los bancos, a través del BCRA, y las AFJP, a través de la SAFJ, deberán informar los domicilios correspondientes a cada CUIL y CUIT.

Las AFJP, a través de la SAFJP, y las ART, a través de la SRT, deberán informar los datos de las personas con incapacidad permanente.

ARTICULO 3º — Información inicial para la Base de Vínculos Familiares.

a) La Superintendencia de Servicios de Salud hará entrega a cada uno de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud de un aplicativo informático en medio magnético con los datos de sus afiliados aportantes y sus grupos familiares, contenidos en la base de datos del sistema de salud vigente a la fecha de distribución.

b) A tal fin, la Administración Nacional de la Seguridad Social deberá poner a disposición de la Superintendencia de Servicios de Salud la base de datos de beneficiarios correspondiente a cada Agente del Seguro de Salud, juntamente con el referido aplicativo.

c) Los Agentes del Seguro de Salud deberán cruzar esta información con la contenida en sus propias bases de datos e identificar las diferencias.

d) Los agentes del Seguro de Salud deberán informar, mediante el aplicativo suministrado por la Superintendencia, los casos en que, a pesar de existir coincidencias de datos básicos de los beneficiarios titulares o de sus grupos familiares exista alguna diferencia en alguno de los datos personales.

e) En los casos de beneficiarios no titulares que los Agentes del Seguro de Salud tuvieran registrados y no aparecieran incluidos en la base de datos del sistema de salud, se deberá presentar la información correspondiente a cada uno de ellos, con sus respectivos CUIL como requisito excluyente, en medio magnético y con la siguiente documentación respaldatoria, que avale el vínculo:

Partidas de nacimiento

Partidas de matrimonio

Certificado de adopción

Curatelas, Tutelas.

Informe Judicial, que avale la convivencia

ARTICULO 4º — Responsabilidades.

Los Agentes Fedatarios receptarán y validarán la documentación de respaldo que en cada caso corresponda, siendo responsables de la veracidad de la información admitida.

ANEXO II

Sistema de diagnóstico de situación de crisis.

I. — Definiciones

1. — Situación de crisis. Un Agente del Seguro de Salud se encuentra en situación de crisis cuando el factor de criticidad, según las definiciones del presente Anexo, es superior al valor límite de SESENTA Y CINCO (65). Facúltase a la Superintendencia de Servicios de Salud para reducir dicho valor límite.

2. — Factor de Criticidad. Se define como factor de criticidad el cociente entre la sumatoria de la valorización de los Criterios Nos. 1, 2, 3 y 4, y el número TRES COMA DOS (3,2) multiplicado por el número CIEN (100).

II. — Criterios

Criterio Nº 1 - Aspectos prestacionales, jurídico-institucionales y de atención al beneficiario. Consiste en el grado de cumplimiento con requisitos prestacionales, jurídico-institucionales, contables y de atención al beneficiario, evaluados objetivamente de acuerdo con una metodología y calificados según una escala que será establecida por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se valorizará con CERO (0) a los agentes que presenten un adecuado cumplimiento.

Se valorizará con UNO (1) a los agentes que presenten un inadecuado cumplimiento.

Criterio Nº 2 - Indicadores económico-financieros

Se definen de acuerdo con la denominación, fórmula y valores de la siguiente tabla:

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula Valor	Valor aceptado
1	Capital de trabajo	Activo Corriente - (Pasivo Corriente * 0,75)	> 0
2	Endeudamiento total	Pasivo Total / Patrimonio Neto	< 2
3	Endeudamiento corriente	Pasivo Corriente / Patrimonio Neto	< 1
4	Patrimonio Neto	Activo Total - Pasivo Total	> 0
5	Inmovilización de Bienes de Uso	Bienes de Uso / Patrimonio Neto	< 1
6	Resultado Operativo	Resultado Operativo / Ingresos Totales	> 0
7	Nivel de Gasto Prestacional	Gasto Prestacional x 100 / Ingresos Totales	> ó = 80%
8	Nivel de Gastos Administrativos	Gastos Administrativos x 100 / Ingresos Totales	< ó = 8%
9	Rotación de Créditos por Aportes y Contribuciones	Créditos por Aportes y Contribuciones / Promedio Mensual de Ingresos por Aportes y Contribuciones	< 2.3
10	Rotación Deuda Prestacional	Deudas Prestacionales / Gastos Prestacionales Promedio Mes	90/120 días
11	Liquidez Prestacional	Activo Corriente / Pasivo Corriente Prestacional	> 1
12	Cantidad de Beneficiarios	Cantidad de Beneficiarios	> 10.000

Se valorizará con CERO (0) a los Agentes que presenten SEIS (6) o menos índices fuera de rango.

Se valorizará con UNO (1) a los agentes que presenten SIETE (7) o más de los índices fuera de rango.

Facúltase al Ministro de Salud a fijar niveles de "Valor Aceptado" más exigentes que los de la tabla precedente.

Criterio Nº 3 - Capacidad de repago

Capacidad de repago es el cociente entre pasivo corriente total del agente, neto de inversiones líquidas, y la recaudación ordinaria diaria.

Se valorizará con CERO (O) a los Agentes que presenten una capacidad de repago de hasta CIENTO CINCUENTA (150) días.

Se valorizará con UNO (1) a los Agentes que presenten una capacidad de repago superior a CIENTO CINCUENTA (150) días.

Criterio Nº 4 - Dependencia de subsidios financieros

Habrá dependencia de subsidios financieros toda vez que el agente hubiere percibido durante los últimos DOS (2) años calendario subsidios equivalentes a DOS (2) meses de recaudación.

Se valorizará con CERO (0) a los Agentes que hubieran recibido subsidios financieros de la Administración de Programas Especiales, en una cantidad tal que el promedio mensual de los subsidios recibidos en los dos últimos años calendario, dividido por el importe informado como ingreso ordinario mensual en el último Estado de Origen y Aplicación de Fondos presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, sea inferior a CIENTO SESENTA Y SIETE CENTESIMOS (0,167).

Se valorizará con DOS CENTESIMOS (0,2) a los agentes con relaciones superiores a CIENTO SESENTA Y SIETE CENTESIMOS (0,167).

ANEXO III

Procedimiento de crisis

1.- Plan de Contingencia.

Determinada la existencia de una situación de crisis de un Agente del Seguro, de acuerdo a lo establecido en el ANEXO II, se notificará a la entidad, en un plazo no superior a CINCO (5) días hábiles, intimándola a presentar en un plazo no superior a QUINCE (15) días, un Plan de Contingencia, que incluya metas de cumplimiento trimestral expresadas conforme los indicadores que sirven de sustento a los Criterios 1, 2 y 3 del ANEXO II, y un conjunto de acciones concretas que se aplicarán en el momento de la puesta en marcha del mencionado Plan.

2. —Aprobación o rechazo - Plazo.

La Superintendencia de Servicios de Salud aprobará o rechazará la propuesta en un plazo no superior a TREINTA (30) días corridos contados a partir de su recepción, debiendo notificar de inmediato su decisión. Podrá asimismo solicitar a los Agentes intimados las aclaraciones necesarias para proceder a su evaluación.

3. — Puesta en marcha - Plazo.

El Agente intimado deberá poner en marcha el Plan de Contingencia en un plazo no superior a TREINTA (30) días contados desde la notificación de su aprobación por la Superintendencia de Servicios de Salud.

4. — Monitoreo.

La Superintendencia de Servicios de Salud monitoreará el cumplimiento de las metas trimestrales expuestas en el apartado 1. de este ANEXO.

5.- Plan de contingencia - Plazo máximo.

La propuesta implementada debe revertir el diagnóstico de crisis en un plazo máximo de CIENTO OCHENTA (180) días contados desde su puesta en marcha.

6.- Cumplimiento del Plan de contingencia - Evaluación.

Se entiende que el Agente intimado ha revertido el diagnóstico de crisis si dentro del plazo máximo del Plan de Contingencia los indicadores mencionados en el ANEXO II alcanzan los siguientes valores:

Aspectos prestacionales, jurídico-institucionales y de atención al beneficiario: adecuado cumplimiento.

Indices económico-financieros fuera de rango: hasta SEIS (6).

Capacidad de repago: Hasta CIENTO CINCUENTA (150) días

7.— Prórrogas.

El plazo previsto en el punto 5 del presente Anexo podrá ser duplicado por la Superintendencia de Seguros de Salud en el caso de que se trate de Agentes con más de DIEZ MIL (10.000) beneficiarios y medien razones que justifiquen un plazo más extenso. Será requisito para el otorgamiento de dicha prórroga que el Agente mantenga en cada trimestre de monitoreo como mínimo la misma calificación registrada en el trimestre anterior.

ANEXO IV

Incumplimientos graves al procedimiento de crisis

Instaurado un procedimiento de crisis, serán considerados incumplimientos graves:

1. Falta de respuesta a la intimación prevista en el apartado 1. del ANEXO III;

2. Rechazo fundado por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud de la propuesta del Plan de Contingencia en la instancia prevista en el apartado 2 del ANEXO III.

3. Incumplimiento de la puesta en marcha de la propuesta dentro de los TREINTA (30) días de la aprobación de la misma, en los términos expresados en los apartados 1 y 3 del ANEXO II.

4. Incumplimiento de las metas trimestrales de la propuesta en los términos del apartado 4 del ANEXO III.

5. Vencimiento del Plan de Contingencia sin haber revertido el diagnóstico de crisis en los términos del apartado 6. del ANEXO III, en los términos del mencionado ANEXO.