



LEY QUE REGULA LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA

Ley 8

Registro Oficial 12 de 26-ago.-1998

Estado: Vigente

EL PLENARIO DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS

CONSIDERANDO:

Que es obligación del Estado formular y establecer la política nacional de salud, así como determinar su aplicación en los respectivos servicios, sean estos presentados por el sector público o por el sector privado, supervisado su cumplimiento y garantizado que las prestaciones de salud remuneradas que brindan los particulares a la comunidad se implementen dentro de niveles de excelencia, a través de bienes y servicios de óptima calidad;

Que la demanda para financiamiento de prestaciones de salud y medicina han experimentado un crecimiento sostenido, contándose en la actualidad con cerca de trescientos mil (300.000) afiliados, cuyos derechos y obligaciones deben estar debidamente normados;

Que la colectividad nacional y los otros factores activos del convivir social, demandan del poder público la expedición de un cuerpo legal que regule la organización y funcionamiento de los sistemas de financiamiento de los servicios de salud y medicina prepagados privados en el país; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, expide la siguiente.

LEY QUE REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA

Art. 1.- Las empresas de salud y medicina prepagada, son sociedades constituidas en el territorio nacional y que en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales, otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general.

La presente Ley regula la organización y funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada que financian la prestación de servicios de salud y, garantiza los derechos y obligaciones de los afiliados a estas empresas.

Art. 2.- Para efectos de esta Ley, al usuario del servicio de las empresas de salud y medicina prepagada también se lo llamará contratante, beneficiario, cotizante, afiliado o dependiente.

Para estos mismos efectos a los servicios de salud y medicina prepagada, también se los denominará como sistemas o planes.

Art. 3.- Los planes de salud y medicina prepagada son sistemas establecidos legalmente, por los cuales el afiliado como titular del derecho, su cónyuge o conviviente legal, sus hijos, padres u otros familiares o cargas legales, que en calidad de dependientes reciben a cambio de una cotización o aportación individual, cuyo monto dependerá del plan o sistema contratado, las prestaciones y beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios adscritos o no al sistema, así como de provisión de medicinas.

El afiliado, podrá también incorporar como beneficiarios de un plan a todos los que sin tener la condición de carga legal, sean aceptados por las empresas de medicina prepagada.



Art. 4.- Los servicios que ofertan las empresas de salud y medicina prepagada privadas, deberán ser prestados por sociedades anónimas, nacionales o extranjeras. Su objeto social será el financiamiento de los servicios de salud y medicina y tendrá un capital pagado mínimo de ochenta mil (80.000) UVC`S cuya aportación y pago se registrá por la Ley de Compañías vigente.

El permiso de funcionamiento de las empresas de salud y medicina prepagada, será concedido por el Ministerio de Salud Pública en virtud de las condiciones y requisitos establecidos en el Reglamento General de esta Ley.

Concordancias:

LEY DE COMPAÑÍAS, Arts. 143, 161, 163

Art. 5.- Las empresas privadas de salud y medicina prepagada pueden prestar sus servicios de financiamiento, a través de planes abiertos, cerrados o mixtos.

Art. 6.- Frente a una urgencia o emergencia médica del usuario o sus dependientes contractuales, éstos podrán elegir el centro de atención médica al cual acudir.

Más, si no está en condiciones de ser trasladado a una unidad de salud, podrá a su arbitrio solicitar en el lugar en donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de urgencias médicas ambulatorias.

En ambos casos, la empresa de salud y medicina prepagada privada, deberá reembolsar los valores respectivos, de acuerdo al plan de salud contratado.

Art. 7.- Los planes de salud y medicina prepagada deberán estar en capacidad de ofrecer al usuario los siguientes servicios:

- a) Atención médica y profesional en las diversas especialidades, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos; y, medicamentos;
- b) Atención ambulatoria en todas las especialidades y sub - especialidades practicadas en las diferentes unidades de salud, en los consultorios y en los domicilios cuando el delicado estado de salud e imposibilidad de movilizar al paciente así lo justifique;

La atención ambulatoria está definida por todas aquellas prestaciones de salud que, de acuerdo a la práctica médica común, no requieren de hospitalización para ser atendidas;

- c) Visita médica hospitalaria, cuando el beneficiario se encuentra internado en una unidad de salud;
- d) Procedimiento de emergencia ambulatorio o médico quirúrgicas. La emergencia, calificada por un médico, debe ser entendida como una situación grave que se presenta súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona o de un grupo de individuos, como las catástrofes naturales o una enfermedad aguda;
- e) Ambulancia terrestre, aérea y fluvial, debida y legalmente autorizada como tal, dentro del territorio nacional, excepto en los casos expresados en el respectivo Reglamento;
- f) Todas las interconsultas profesionales, exámenes auxiliares y de diagnóstico, existentes a la fecha de promulgación de la presente Ley o que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha del requerimiento del servicio;
- g) Atención hospitalaria a criterio del médico o profesional que atiende al beneficiario. En este derecho se incluye transporte, alimentación, habitación, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos, medicamentos, honorarios profesionales y todos los exámenes, procedimientos auxiliares de diagnóstico y terapéuticos mencionados en el artículo anterior o a criterio del médico o profesional bajo cuya responsabilidad está el contratante;
- h) Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, curaciones y atención ambulatoria en atención al tratamiento de continuación posterior de cada enfermedad o accidente atendido;



- i) Todos los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, curaciones, atención ambulatoria, y rehabilitación para dar cobertura a los contratantes dentro de las especialidades, y sub - especialidades médicas y profesionales actuales o que pudieran crearse;
- j) Abortos no provocados, embarazos normales o complicados, controles prenatales, partos vaginales o por cesárea de productos a término o pre - término, complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término o prematuro, atención perinatal, atención en la unidad de cuidados intensivos, tanto para la madre como para el producto a término o prematuro, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre - niño.

Se atenderá de igual manera al recién nacido que padeciere de estigmas o patologías congénitas, genéticas o hereditarias;

- k) Reconocimiento de pagos totales o parciales, según el plan contratado, por la compra de medicamentos en cualquier farmacia calificada, siempre que aquellos hayan sido prescritos por un médico.

Será obligación de la empresa cubrir todos los gastos que demande el transplante de órganos necesarios para la supervivencia del beneficiario o sus dependientes, en cuyos casos, la empresa también cubrirá los gastos en que para tal fin incurriera el donante, de acuerdo al plan contratado;

- l) Cobertura total de estudios anatomopatológicos cuando éstos sean solicitados por un médico o profesional para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de la patología de un paciente;
- m) Cobertura dental total o parcial de conformidad con el plan contratado; y,
- n) Cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias.

Art. 8.- Las empresas de salud y medicina prepagada para su funcionamiento, se financiarán por sus propios medios y no recibirán subsidios estatales por ningún concepto.

Art. 9.- La calidad de contratante, afiliado, usuario, beneficiario, cotizante o dependiente de un plan de salud ofertado por una empresa de salud y medicina prepagada, se lo obtiene en virtud de la suscripción de un contrato que se denominará; Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada, que deberá ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública y elaborado en formatos legibles y comprensibles, al cual se agregarán, previo a la suscripción del contrato, declaración jurada de salud o anamnesis, hasta el límite de su conocimiento:

1. Del estado actual de salud;
2. La expresión de enfermedades preexistentes que conoce adolecer y su historia clínica pasada; y,
3. Las enfermedades padecidas, operaciones y accidentes sufridos.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 1561

CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, Arts. 122

Art. 10.- Todo lo relacionado con el precio, forma de pago, vigencia y terminación del Contrato de Prestación de Servicios de Medicina Prepagada, las características de los planes, las exclusiones y restricciones, períodos de carencia, el arancel o catálogo valorizado de prestaciones, sistema de reembolsos de gastos médicos, de bonos valorizados y de atención de infraestructura propia, así como los demás derechos y obligaciones de los afiliados y lo atinente a los servicios que incluirán los planes de medicina prepagada se regularán y determinarán en el Reglamento General de esta Ley.

Expresamente se determina que el precio de cada plan, será pactado en sucesos y su revisión será anual, e irá de acuerdo al nivel de inflación en los costos de los servicios de salud registrado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada



plan.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 1460, 1697

Art. 11.- Las empresas de salud y medicina prepagada, no podrán unilateralmente dar por terminado un contrato dentro del primer año de cobertura; de igual manera, no podrá darse por tramitada dicha contratación mientras esté cubriendo una contingencia de salud, a menos que exista en ambos casos incumplimiento por parte del usuario de las obligaciones contractuales.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 1505, 1561, 1572

Art. 12.- En caso de fallecimiento del titular del contrato, sus dependientes contractuales quedarán afiliados por un año a partir de la fecha de deceso, sin tener que pagar cuota alguna.

Art. 13.- El servicio de salud y medicina prepagada se activará frente a la demanda de atención del usuario. Se prohíbe expresamente limitar una adecuada evaluación del paciente con fines de ahorro, el usuario tendrá derecho a que se le practiquen los exámenes pertinentes que el médico tratante considere necesario de acuerdo a la enfermedad para configurar un diagnóstico y determinar el tratamiento.

Art. 14.- En caso de accidentes o lesiones provocadas por terceros, a quien tenga un contrato de prestación de servicios de salud y medicina prepagada, la empresa podrá actuar contra el tercero causante y en caso de establecer legalmente su responsabilidad, perseguir de él un reconocimiento de la bonificación satisfecha previamente.

Art. 15.- La evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud y medicina prepagada, estará a cargo de la Dirección Provincial de Salud.

Art. 16.- Los reembolsos de prestaciones, conocimiento resolutorio de inquietudes, reclamos y conflictos por desacuerdo, modificación contractual unilateral o insatisfacción en el servicio recibido por parte de los afiliados, podrán recurrir a los organismos de control, supervisión, y decisión propios de la empresa, cuyos deberes y atribuciones, se determinarán en el Reglamento de esta Ley.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 1562, 1576

Art. 17.- En caso de reclamación de un afiliado, rechazada o desatendida dentro del plazo de 15 días desde su presentación por la empresa de medicina prepagada, podrá recurrirse por sí o mediante procurador judicial, ante la Dirección Provincial de Salud, entidad que resolverá sobre el reclamo presentado dentro del término máximo de 15 días a partir de la recepción del requerimiento.

Art. 18.- De las resoluciones de la Dirección Provincial de Salud o en caso de silencio administrativo, podrá recurrirse mediante vía verbal sumaria ante los jueces y tribunales competentes dentro del término de 15 días contados a partir de su fecha de notificación o del vencimiento del término señalado en el artículo precedente.

Cuando el recurrente sea la empresa de salud y medicina prepagada, previamente deberá rendir una garantía bancaria o una póliza de seguro de fiel cumplimiento por el valor al que asciende la prestación o prestaciones en litigio.

Art. 19.- Para el caso de suscitarse controversias relacionadas con la aplicación, interpretación y



ejecución de un contrato de servicios de salud y medicina prepagada, el juez o tribunal competente será el del domicilio del demandado.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 1577

CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, Arts. 26

DISPOSICION TRANSITORIA

A la vigencia de la presente Ley, todas las empresas de medicina prepagada, tienen el plazo máximo de seis meses, para reajustar su capital, al mínimo establecido en el artículo 4 de esta Ley.