

[Anterior](#) [Siguiente](#)

REGLAMENTACION DE LA LEY 26.682 SOBRE MEDICINA PREPAGA

DECRETO NACIONAL 1.993/2011
BUENOS AIRES, 30 de Noviembre de 2011
Boletín Oficial, 1 de Diciembre de 2011
Vigente, de alcance general
Id SAIJ: DN20110001993

Sumario

decreto reglamentario, medicina prepaga, Derecho administrativo, Salud pública

SE REGLAMENTA LA LEY 26.682 SOBRE MEDICINA PREPAGA

Visto

la [Ley N° 26.682](#) y el [Decreto N° 1991 de fecha 29 de noviembre de 2011](#), y

Considerando

Que por las normas citadas se estableció el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, entendiéndose por ellas a toda persona física o jurídica 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 sistemas de pagos de adhesión, regulando asimismo los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud.

Que asimismo se incluyó en el régimen aludido a las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial 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 sistemas 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, a tales efectos, la normativa mencionada precedentemente fija las pautas referidas a las prestaciones que se deben cubrir; modelos de contratos y sus aspectos legales; aranceles a los prestadores y formas de pago como así también las obligaciones que competen a las partes involucradas y sanciones aplicables por infracciones a la ley.

Que el desenvolvimiento del marco normativo impuesto por la [Ley N° 26.682](#) exige una supervisión eficiente y racionalizada, con una clara identificación de sus actores, objetivos, funciones y responsabilidades, que tienda a la unificación dentro del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

Que tal sentido corresponde en esta instancia dictar las normas reglamentarias necesarias que permitan la inmediata puesta en funcionamiento de las previsiones contenidas en la Ley N° 26.682 y en el [Decreto N° 1991 de fecha 29 de noviembre de 2011](#). Que han tomado la intervención de su competencia los Servicios Jurídicos del MINISTERIO DE SALUD y de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por el [artículo 99, inciso 2, de la CONSTITUCION NACIONAL](#).

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA DECRETA:

Artículo 1° - Apruébase la reglamentación de la [Ley N° 26.682](#) que, como Anexo, forma parte del presente Decreto.

Art. 2° - Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

Firmantes

FERNANDEZ DE KIRCHNER-Fernández-Kirchner-Manzur
ANEXO REGLAMENTACION DE LA LEY N° 26.682

ARTICULO 1°.- Quedan expresamente incluidas en la Ley N° 26.682:

- a) Las Empresas de Medicina Prepaga definidas en el artículo 2° de la Ley.
- b) Las obras sociales comprendidas en el [artículo 1° de la Ley N° 23.660](#) y las entidades adheridas o que en el futuro se adhieran como agentes del seguro al Sistema Nacional del Seguro de Salud regulado en la [Ley N° 23.661](#), por los planes de salud de adhesión voluntaria individuales o corporativos, superadores o complementarios por mayores servicios médicos que comercialicen. En todo lo demás dichas entidades continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan.
- c) Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones con los alcances establecidos en el segundo párrafo del artículo 1° de la Ley.

ARTICULO 2°.- Sin reglamentar.

ARTICULO 3°.- Las personas designadas como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades de la Ley N° 26.682, previamente deberán suministrar a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD la siguiente documentación: a) Certificado emitido por la Inspección General de Justicia (I.G.J.) que acredite no encontrarse comprendido por las inhabilidades e incompatibilidades previstas en el [artículo 264 de la Ley N° 19.550 \(t.o. 1984\)](#) y sus modificatorias, de Sociedades Comerciales.

- b) Certificación de antecedentes emitida por el Registro de Juicios Universales.
- c) Acreditación del domicilio real expedido por la Policía de la jurisdicción de residencia.
- d) Certificado de inhabición general de bienes expedido por el Registro de la Propiedad Inmueble con jurisdicción en el domicilio del interesado.
- e) Certificado de Antecedentes Penales emitido por el Registro Nacional de Reincidencia.

ARTICULO 4°.- El MINISTERIO DE SALUD 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.

ARTICULO 5°.- a) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD designará síndicos, auditores y veedores, que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los sujetos indicados en el artículo 1° vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la Ley N° 26.682 y de esta reglamentación. Estas sindicaturas, auditorías y/o veedurías serán asignadas a cada entidad en la oportunidad, condiciones y objetivos de supervisión y control que para cada caso disponga la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y podrán ser individuales o colegiadas según lo establezca la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y, cada una de ellas, podrá abarcar a más de una entidad. Su actuación será rotativa con un máximo de CUATRO (4) años de funciones en una misma entidad.

Los síndicos, auditores y veedores podrán ser removidos por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y percibirán la remuneración que la misma determine, con cargo a su presupuesto. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de las sindicaturas, auditorías y veedurías.

b) 1. El Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley, se denominará REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P).

Deben inscribirse en el Registro:

- i) Las empresas de medicina prepaga definidas en el artículo 2° de la Ley;
- ii) Las obras sociales comprendidas en el [artículo 1° de la Ley N° 23.660](#), y las entidades adheridas o que en el futuro se adhieran como Agentes del Seguro al SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD regulado en la [Ley N° 23.661](#), que comercialicen planes de salud de adhesión voluntarios (individuales o corporativos), superadores y/o complementarios por mayores servicios médicos y iii) Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, con los alcances del segundo párrafo del artículo 1° de la Ley.

2. El Padrón Nacional de Usuarios se creará con la información proporcionada por las entidades que obligatoriamente deben inscribirse en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga. El Padrón de Usuarios de cada entidad será exigido como recaudo formal a los fines de obtener su inscripción en el Registro.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD establecerá las características que deberá reunir el Padrón de Usuarios y los datos de cada uno de los usuarios y los integrantes de sus respectivos grupos familiares que se deberán consignar en el padrón, procurando crear una base unificada de todos los beneficiarios del sistema de salud privada para que, cuidando la confidencialidad de los datos, sea utilizado por el sistema público de salud a fin de identificar a las personas con padecimientos y las prestaciones a las que acceden (Resolución ex MSyAS N° 394/94, [Ley N° 15.465](#) "Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria" y [Decreto N° 3640/64](#)).

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD determinará el sistema y periodicidad para la actualización de los padrones con la información de altas y bajas que se produzcan.

c) A los fines de obtener la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga, aquellas entidades que obligatoriamente deben inscribirse suministrarán la siguiente información:

1. Padrón actualizado de usuarios discriminando titulares, grupo familiar primario, personas a cargo y personas comprendidas en el artículo 14 inciso b) de la Ley.
2. Distribución territorial por jurisdicción de los usuarios de la cobertura prestacional brindada por la entidad.
3. Modelos de contratos a suscribir con los usuarios, en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del } artículo 8° de la Ley.
4. Composición del patrimonio e inventario de los bienes.
5. Ultimos TRES (3) estados contables aprobados.
6. Cobertura prestacional-médico-asistencial, Planes de extensión de coberturas y programas y otras prestaciones.
7. Estatuto, Contrato Social y/o Convenio de Adhesión al Sistema de la Ley N° 23.661 si correspondiere.
8. Estructura orgánico-funcional, y estructura de gastos administrativos. Las entidades indicadas en el artículo 1°, inciso b) de la presente reglamentación deberán, además, acreditar su inscripción en el registro respectivo, como Obra Social (Ley N° 23.660) o Agente del Seguro (Ley N° 23.661), según corresponda.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD fijará un plazo de hasta TREINTA (30) días hábiles contados a partir de la fecha de la presentación de la solicitud de inscripción dentro del cual cada entidad deberá completar la información antes detallada. Durante ese lapso la inscripción revestirá el carácter de provisoria.

La información suministrada deberá ser actualizada con la periodicidad que establezca la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá disponer la cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga a pedido de las mismas. También podrá disponer cancelaciones cuando deriven de la aplicación del régimen sancionatorio dispuesto en el artículo 24, inciso c) de la Ley, previa sustanciación del respectivo sumario administrativo.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD determinará las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, además de otros recaudos formales, que serán exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el artículo 5°, inciso b) de la Ley.

d) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá establecer los sistemas de información y modelos informáticos y de gestión necesarios para la fiscalización de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y las del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad ([Ley N° 24.901](#)) y de cualquier otra que se incorpore al contrato suscripto con los usuarios bajo el modelo autorizado.

Facúltase a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para requerir toda información necesaria y hacer cumplir dicho requerimiento por parte de cualquiera de las entidades fiscalizadas.

e) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD controlará el cumplimiento de los recaudos exigidos a las entidades para obtener su inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga. En todos los casos la inscripción será dispuesta por acto del Superintendente de Servicios de Salud e implicará la autorización para funcionar como Entidad de Medicina Prepaga, debiendo dejarse constancia de tal implicancia en el respectivo acto resolutivo.

Ninguna entidad sin autorización para funcionar como Entidad de Medicina Prepaga, podrá 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, sea por contratación individual o corporativa. De comprobarse fehacientemente el incumplimiento de esta disposición, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD lo pondrá en conocimiento de las autoridades competentes y procederá a formular la denuncia penal si correspondiere.

f) En oportunidad de solicitar su inscripción en el Registro, las entidades incluidas en la ley deberán presentar, para fiscalización y autorización de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, los modelos de contratos a suscribir con los usuarios, en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8° de la Ley. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD resolverá dentro de los TREINTA (30) días hábiles inmediatos a su presentación la aprobación, observaciones o rechazo de los modelos contractuales referidos.

Las entidades que pretendan efectuar modificaciones en los modelos de contratos aprobados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, deberán presentar previamente ante dicho Organismo los cambios que intenten introducir, para su autorización.

g) Las cuotas que deberán abonar los usuarios se autorizarán conforme las pautas establecidas en el artículo 17 del presente.

Las entidades que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan los usuarios, deberán presentar el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que lo elevará al Ministro de Salud para su aprobación, previo dictamen vinculante de la SECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS.

Las entidades deberán, una vez autorizado dicho aumento, informar a los usuarios los incrementos que se registrarán en el monto de las cuotas con una antelación no inferior a los TREINTA (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota comenzará a regir.

Se entenderá cumplimentado el deber de información al que se refiere el presente apartado, con la notificación incorporada en la factura del mes precedente y/o carta informativa.

h) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a circularizar, con una periodicidad no mayor a un cuatrimestre el listado de los efectores indicados en el artículo 5°, inciso h) de la Ley, que sean consignados como acreedores en los informes económico financieros que deben ser presentados por los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente reglamentación, a efectos de que exterioricen sus acreencias.

La autoridad de aplicación, con los resultados obtenidos, procederá al relevamiento de aquellas prestaciones impagas que invoquen y acrediten los efectores mencionados.

En caso de detectarse crédito a favor de un efector público se cursará reclamo al deudor, correspondiendo se resuelva la situación dentro de un plazo máximo de TREINTA (30) días hábiles desde el reclamo. La omisión de la cancelación de las facturas adeudadas hará pasible al deudor de la aplicación de las sanciones previstas en la Ley N° 26.682.

i) Aquellos sujetos del artículo 1° que revistan forma societaria deberán presentar: Balance General de cierre de ejercicio con Dictamen de Contador Público Independiente y Estados Intermedios con Informe Profesional, a los CUATRO (4) y OCHO (8) meses del inicio del ejercicio económico.

El resto de los sujetos deberán presentar: un informe cuatrimestral que contenga los ingresos percibidos y las erogaciones efectuadas y un informe anual que dé cuenta de los bienes afectados a la actividad y de las deudas generadas por la misma.

En ambos casos deberán acompañar detalle pormenorizado de los efectores médico asistenciales que integren el pasivo de la entidad y los montos adeudados.

j) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas que resulten pertinentes relacionadas con la facultad de impartir instrucciones, fijar criterios y señalar los procedimientos que determinen las reglas aplicables a la atención al usuario, trámite de peticiones y reclamos por incumplimiento del servicio.

k) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas pertinentes a fin de establecer el sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente.

l) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas complementarias para requerir a los sujetos mencionados en el artículo 1° de la presente reglamentación, los datos demográficos, epidemiológicos y estadísticos de prestaciones médicas realizadas por los prestadores contratados, como también datos de los distintos planes de prevención y detección de patologías de acuerdo con la normativa de realización y ejecución de la cobertura, dentro del marco teórico y los objetivos generales y específicos, con la definición de población bajo programa, así como de acciones y metas con las correspondientes evaluaciones programáticas.

m) 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.

ARTICULO 6°.- Los Ministros de Salud y de Economía y Finanzas Públicas propondrán al PODER EJECUTIVO NACIONAL para su designación los representantes de sus respectivas jurisdicciones que integrarán la Comisión Permanente.

El PODER EJECUTIVO NACIONAL, asimismo, designará entre ellos al Presidente de la Comisión.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas para la constitución y funcionamiento de la Comisión Permanente.

La Comisión Permanente elaborará su propio reglamento de funcionamiento el que será aprobado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Los integrantes de la Comisión Permanente actuarán "ad-honorem".

ARTICULO 7°.- Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 26.682, deben cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) en vigencia.

Estas entidades sólo podrán ofrecer planes de cobertura parciales en los casos de los incisos a), b) y c) del artículo 7° de la Ley, de acuerdo con los requerimientos de la Autoridad de Aplicación y las autoridades jurisdiccionales.

En todos los casos en los que los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley se encuentren autorizados a ofrecer planes de coberturas parciales se deberán explicitar claramente las prestaciones cubiertas y detallar pormenorizadamente las excluidas de la cobertura, no pudiendo hacer referencias genéricas respecto de enfermedades de escasa aparición.

En el caso de las Cooperativas y Mutuales que estén prestando servicios de salud en cumplimiento de la normativa vigente y bajo la supervisión del INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO Y ECONOMIA SOCIAL podrán continuar prestándolos, pero deberán inscribirse en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga. La Autoridad de Aplicación a los fines de la autorización definitiva dará intervención vinculante a dicho Instituto, debiendo las entidades aludidas adaptar los planes en un plazo de hasta TREINTA (30) días hábiles a partir de su inscripción y en la forma que determine la Autoridad de Aplicación conjuntamente con el mencionado organismo.

ARTICULO 8°.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará la normativa a la que deberán adecuarse los modelos de contrato a suscribirse entre las entidades consignadas en el artículo 1° de la presente reglamentación y los usuarios, como así también las modificaciones que se incorporen a los contratos vigentes.

ARTICULO 9°.- Extinción contractual por rescisión o resolución:

1) RESCISION EFECTUADA POR LOS USUARIOS:

Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin penalidad alguna. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por el usuario a la previa cancelación de las sumas adeudadas a las entidades comprendidas en el artículo 1° de la presente reglamentación.

2) RESOLUCION EFECTUADA POR LAS ENTIDADES MENCIONADAS EN EL ARTICULO 1° DE ESTA REGLAMENTACION:

a) Por falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas: En este caso, será obligación de la entidad notificar de inmediato la constitución en mora intimando al usuario a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles y, vencido este último, resolver el vínculo contractual, con la finalidad de impedir el devengamiento de nuevos períodos de facturación.

b) Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá acreditarse que el usuario no obró de buena fe en los términos del [artículo 1198 del CODIGO CIVIL](#). La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará la normativa pertinente a fin de establecer las características que deberán contener las declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad.

ARTICULO 10.- Los períodos de acceso progresivo a la cobertura para los contratos celebrados entre los usuarios y los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente reglamentación, sólo podrán establecerse para el acceso a las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente.

Los contratos deberán estar previamente aprobados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Los períodos de acceso progresivo en ningún caso podrán superar los DOCE (12) meses corridos desde el comienzo de la relación contractual.

Cuando por modificación de lo normado en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, la prestación médica carente complementaria o suplementaria ingresare a un nuevo Programa Médico Obligatorio aprobado y publicado por la autoridad sanitaria, dicha carencia quedará automáticamente anulada.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD establecerá y determinará las situaciones de preexistencia que podrán ser de carácter temporario, crónico o de alto costo que regirán para todos los tipos de contratos entre las partes comprendidas en el presente decreto sin excepción.

Las de carácter temporario son aquellas que tienen tratamiento predecible con alta médica en tiempo perentorio.

Las de carácter crónico son aquellas que con el nivel científico actual no se puede determinar una evolución clínica predecible ni tiempo perentorio de alta médica.

Las de alto costo y baja incidencia son aquellas en que el tratamiento pone en riesgo económico a las partes intervinientes.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD autorizará los valores diferenciales para las prestaciones de carácter temporario debidamente justificados y la duración del período de pago de la cuota diferencial, que no podrá ser mayor a TRES (3) años consecutivos, al cabo de los cuales la cuota será del valor normal del plan acordado.

Asimismo la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD autorizará los valores diferenciales para las patologías de carácter crónico y de alto costo.

La Autoridad de Aplicación establecerá los plazos de preexistencia para los casos de patologías de carácter temporario, crónico y alto costo. Vencidos los plazos estipulados por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, las entidades mencionadas en la presente reglamentación no podrán acogerse a la falsedad de la declaración jurada por parte de los usuarios.

ARTICULO 11.- Además de la edad, no podrán ser contemplados como supuestos de rechazo de admisión los establecidos en el [artículo 1° de la Ley N° 23.592](#).

ARTICULO 12.- Para los supuestos previstos en la primera parte del artículo 12 de la Ley, la Autoridad de Aplicación definirá una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo dentro de los NOVENTA (90) días de la entrada en vigencia de la presente reglamentación.

Para aquellos casos contemplados en la segunda parte de la norma, la antigüedad de DIEZ (10) años deberá ser en forma continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación.

En caso de producirse el supuesto previsto en artículo 5°, inciso m) de la Ley N° 26.682, los usuarios conservarán la antigüedad que tuvieren hasta el momento de declararse la quiebra de la entidad la que se adicionará a la nueva entidad que se le asigne, a los fines establecidos en este artículo.

ARTICULO 13.- En caso de muerte del titular, las entidades del artículo 1° de la Ley N° 26.682 deberán garantizar a los integrantes del grupo familiar primario la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) durante un período de DOS (2) meses, contados desde su fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Una vez vencido dicho plazo, el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o su representante legal, o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan.

ARTICULO 14.- Los sujetos mencionados en los incisos a) y b) del artículo 14 de la Ley N° 26.682 ingresan al sistema en calidad de beneficiarios no titulares.

Las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley quedan obligadas a admitir la afiliación de los beneficiarios contemplados en los incisos a) y b) junto con la del beneficiario titular, de conformidad con esta reglamentación.

Los hijos menores de VEINTIUN (21) años que desarrollan una actividad profesional, comercial o laboral y cesan en dicha actividad podrán incorporarse como integrantes del grupo familiar primario a cargo del titular. También podrán incorporarse como integrantes del grupo familiar primario a cargo del titular los hijos incapacitados con certificado de discapacidad vigente y a cargo del afiliado titular, mayores de VEINTIUN (21) años; los hijos del cónyuge o del conviviente; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa o guarda judicial con fines de adopción, que reúnan los requisitos establecidos en el inciso a) del artículo 14 de la Ley N° 26.682.

También podrán incorporarse como integrantes del grupo familiar primario a cargo del titular los hermanos incapacitados del afiliado titular, mayores de DIECIOCHO (18) años, cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial, que reúnan los requisitos establecidos en el inciso a) del artículo 14 de la Ley N° 26.682.

La convivencia en unión de hecho deberá acreditarse conforme la documentación o información sumaria pertinente expedida por la autoridad competente, según la jurisdicción.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como usuarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso autorizará los valores diferenciales de las cuotas por la incorporación de dichas personas.

ARTICULO 15.- El derecho de antigüedad reconocido en este artículo abarca al grupo familiar inscripto y a los nuevos integrantes por nacimiento con Certificado o Constancia de Nacimiento expedida por el Registro Civil de la Jurisdicción, o DNI, o testimonio de la sentencia de adopción, una vez adheridos en el plan del usuario titular.

ARTICULO 16.- Los contratos vigentes de planes de prestaciones médicas a la fecha de publicación de la presente reglamentación, deberán ser ajustados a los modelos de contratación que autorice la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en un plazo de SESENTA (60) días. En ningún caso, el cumplimiento de la presente disposición, podrá generar menoscabo en los derechos que pudieren haber adquirido los usuarios en virtud de relaciones contractuales existentes al momento de entrada en vigencia de la Ley N° 26.682.

ARTICULO 17.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en la presente reglamentación, consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará, previo dictamen vinculante de la SECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS, el pedido de autorización de incrementos de las cuotas de los planes aprobados al Ministro de Salud para su aprobación.

El pago de las cuotas será efectuado por los usuarios a través de red bancaria, en cuenta única y exclusiva habilitada únicamente para la recepción del pago de dichos conceptos. Cada entidad deberá denunciar ante la Autoridad de Aplicación, los datos de la entidad bancaria y de la cuenta recaudadora. Las respectivas entidades bancarias deberán debitar automáticamente los importes correspondientes a los artículos 24 y 25 de la Ley N° 26.682, antes del giro a la cuenta individual de cada entidad. Tales débitos serán acreditados por las entidades bancarias en una cuenta especial a crearse por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el BANCO DE LA NACION ARGENTINA.

La diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo podrá darse al momento del ingreso del usuario al sistema. Una vez ingresado al sistema, la cuota sólo podrá modificarse por los aumentos expresamente autorizados, con excepción del régimen establecido para aquellos que alcancen los SESENTA Y CINCO (65) años de edad y que no cuenten con DIEZ (10) años de antigüedad continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación.

La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa.

ARTICULO 18.- Para la fijación de los aranceles mínimos obligatorios se tomará en consideración el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD DEL HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA.

ARTICULO 19.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las resoluciones pertinentes que fijen las pautas a las que deberán ajustarse los modelos de contrato a implementarse entre las entidades del artículo 1° y los prestadores.

ARTICULO 20.- Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada tienen el derecho y obligación al cobro de prestaciones realizadas a los usuarios de las entidades enunciadas en la presente reglamentación. A sus efectos, deberán cumplir la normativa del HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA vigente para el cobro de las prestaciones realizadas a los beneficiarios de las [Leyes Nros.](#)

[23.660](#) y [23.661](#). En caso de no recibir el pago en tiempo y forma, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada presentarán ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD la documentación pendiente de pago, a los fines que la Autoridad de Aplicación gestione el débito pertinente de la cuenta recaudadora de la entidad, de conformidad al procedimiento que a tal efecto se dicte.

La situación de urgencia es aquella resultante de accidentes personales o de complicaciones en el proceso gestacional.

La situación de emergencia es el riesgo inmediato de vida o de lesiones irreparables para el usuario si no recibe atención médica inmediata.

ARTICULO 21.- LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las resoluciones pertinentes a fin de establecer las características de las garantías y avales que deberán cumplimentar las Empresas de Medicina Prepaga.

ARTICULO 22.- Los Agentes del Seguro de Salud enunciados en el artículo 22 de la Ley deberán consignar en sus registros rubricados, en forma discriminada del resto de las operaciones, los movimientos patrimoniales y de ingresos y egresos vinculados a la comercialización de planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios.

Asimismo en los informes económico-financieros requeridos en la reglamentación del artículo 5°, inciso i), deberán incluir un Estado de Situación (Estado Patrimonial y Estado de Recursos y Gastos) específico por las actividades mencionadas en el párrafo anterior.

ARTICULO 23.- Los Agentes del Seguro de Salud mencionados en el artículo 23 de la Ley son los incluidos en el inciso b) del artículo 1° de la presente reglamentación.

ARTICULO 24.- Se considerarán infracciones:

a) La violación de las disposiciones de la Ley N° 26.682 y de la presente reglamentación, las normas que establezca el MINISTERIO DE SALUD, y la Autoridad de Aplicación.

b) Falta de pago de los aranceles dispuestos.

- c) Violaciones a las [Leyes Nros. 24.240, 25.156 y 23.592](#) y sus respectivas modificatorias, según correspondiere.
- d) Falta de cobertura sanitaria científicamente determinada en tiempo y forma correspondiente al plan contratado.
- e) La violación por parte de los prestadores de las condiciones contenidas en las contrataciones de los servicios.
- f) La negativa de las entidades comprendidas en el artículo 2° de la Ley N° 26.682 a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la Autoridad de Aplicación a través de sus funcionarios, auditores y/o síndicos requiera en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones.
- g) El incumplimiento de las directivas impartidas por las Autoridades de Aplicación.
- h) La no presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, cartillas y cualquier otro tipo de documentación solicitada por la Autoridad de Aplicación.
- i) La falta de pago al HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA en tiempo y forma.

Las entidades comprendidas en la presente reglamentación estarán obligadas a brindar la prestación de urgencia aun cuando esté en trámite el procedimiento sumarial sancionatorio en sede administrativa.

ARTICULO 25.- Recursos:

EL MINISTERIO DE SALUD a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará la normativa pertinente que establezca el monto que deberá abonar cada entidad en concepto de matrícula anual.

ARTICULO 26.- Derecho de los usuarios:

- a) El derecho a las prestaciones médicas comprende a las situaciones de urgencia y emergencia definidas en el artículo 20 de la presente reglamentación.
- b) A los efectos del mantenimiento de una adecuada calidad de servicio todo tipo de modificación posterior a la aprobación de los respectivos planes por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sea en estructura sanitaria, prestaciones y/o tecnología sanitaria de aplicación que fuera incluida en los planes de cobertura, deberá ser notificada a la Autoridad de Aplicación para su autorización, correspondiendo o no una modificación de cuota.

Si por cualquier causa o razón se produce un cambio de prestador en la cartilla contratada por plan, el usuario tendrá derecho a seguir siendo asistido en el prestador de origen de su tratamiento hasta el alta médica de la patología existente en el momento de producirse el cambio, sin costo adicional alguno.

ARTICULO 27.- El CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACION será presidido por el Superintendente de Servicios de Salud.

El CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACION participará en la elaboración de las normas y procedimientos a que se ajustará la prestación de servicios y las modalidades y valores retributivos.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará el reglamento de funcionamiento del citado Consejo, el que preverá la constitución de subcomisiones y la participación de la autoridad sanitaria correspondiente.

En los casos que el CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACION deba considerar aspectos relativos a distintas ramas profesionales y actividades de atención de la salud podrá integrar, con voz pero sin voto, al correspondiente representante para el tratamiento del tema.

El CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACION funcionará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos. Cuando no se obtengan acuerdos el Superintendente de Servicios de Salud actuará como instancia de conciliación y, si subsistiera la diferencia, laudará el MINISTERIO DE SALUD.

ARTICULO 28.- Sin reglamentar.

ARTICULO 29.- Sin reglamentar.

ARTICULO 30.- Sin reglamentar.