

PODER EJECUTIVO NACIONAL

República Argentina

DECRETO 1993/2011 · 2011

DECRETO 1993/2011

Boletín Oficial, 1 de diciembre de 2011 · 33 artículos

Texto actualizado al 20 de noviembre de 2026

ÍNDICE

Decreto 1993/2011

Anexo 4

MEDICINA PREPAGA

Decreto 1993/2011

Reglaméntase la Ley 26.682.

VISTO la Ley Nº26.682 y el Decreto Nº1991 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, entendiendo 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 Nº26.682 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 Nº26.682 y en el Decreto Nº1991 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° (NORMA). Apruébase la reglamentación de la Ley Nº 26.682 que, como Anexo, forma parte del presente Decreto.

ARTÍCULO 2° (NORMA). Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Alicia M. Kirchner. — Juan L. Manzur.

Anexo

ARTÍCULO 1°. Quedan expresamente incluidas en la Ley Nº 26.682 y su modificación:

a. Las Empresas de Medicina Prepaga definidas en el artículo 2º de la Ley.

b. Las obras sociales comprendidas en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660 y sus modificatorias 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 Nº 23.661 y sus modificaciones, 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 1º de la Ley N° 26.682 y su modificación, están sujetas en todo lo relacionado con dicha Ley, en forma exclusiva, a las disposiciones y medidas que tome la Autoridad de Aplicación de la mencionada Ley, careciendo de competencia el INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO Y ECONOMÍA SOCIAL (INAES).

(Artículo sustituido por art. 1° del Decreto N° 66/2019 B.O. 23/1/2019)

ARTÍCULO 2°. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 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 Nº26.682, 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 Nº19.550 (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 inhibición 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.

ARTÍCULO 4°. El MINISTERIO DE SALUD es la Autoridad de Aplicación de la Ley Nº26.682, a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo descentralizado de su jurisdicción.

ARTÍCULO 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 1º vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la Ley Nº 26.682 y su modificación y de la presente 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 1º 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 2º de la Ley; ii) Las obras sociales comprendidas en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660 y sus modificatorias, 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 Nº 23.661 y sus modificaciones, 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 1º 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 (R.N.E.M.P). 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 Nacional 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 de 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 Nº 394/94, Ley Nº 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 (R.N.E.M.P), 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 8º de la Ley.

4. Composición del patrimonio e inventario de los bienes.

5. Últimos TRES (3) Estados Contables aprobados, o Certificación Contable de Inicio de Actividades.

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 Nº 23.661 y sus modificaciones si correspondiere.

8. Estructura orgánico-funcional, y estructura de gastos administrativos. Las entidades indicadas en el artículo 1º, inciso b) de la presente Reglamentación deberán, además, acreditar su inscripción en el registro respectivo, como Obra Social (Ley Nº 23.660 y sus modificatorias) o Agente del Seguro (Ley Nº 23.661 y sus modificaciones), 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.

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 (R.N.E.M.P) 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 5º, 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 Nº 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 (R.N.E.M.P). 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 8º 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 en forma individual el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, quien deberá

expedirse en un plazo máximo de CUARENTA Y CINCO (45) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, para elevarlo al MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL para su aprobación.

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 corridos, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota comenzará a regir. Se entenderá cumplimentado el deber de información del aumento al usuario 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 5º, 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 1º 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 Nº 26.682 y su modificación.

i) Aquellos sujetos del artículo 1º 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 detalles pormenorizados de los efectores médicos 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 1º de la presente.

I) La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará las normas

complementarias para requerir a los sujetos mencionados en el artículo 1º 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 1º de la presente Reglamentación. En dichos supuestos se deberán respetar criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial y contar con el consentimiento del usuario.

(Artículo sustituido por art. 2° del Decreto N° 66/2019 B.O. 23/1/2019)

ARTÍCULO 6°. (Artículo derogado por art. 27 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 7°. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682 podrán ofrecer planes de cobertura parcial en los casos de los incisos a), b) y c) del artículo 7º de la ley, de acuerdo con los requerimientos de la autoridad de aplicación y las autoridades jurisdiccionales.

Las entidades podrán proponer otros planes parciales. En todos los casos se deberán explicitar claramente las prestaciones cubiertas y las exclusiones de la cobertura, no pudiendo hacer referencias genéricas respecto de enfermedades de escasa aparición. En ningún caso se podrán utilizar aportes de la Seguridad Social para el pago de la cuota de un plan de cobertura parcial.

(Artículo sustituido por art. 21 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 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 1º de la presente reglamentación y los usuarios, como así también las modificaciones que se incorporen a los contratos vigentes.

ARTÍCULO 9°. Extinción contractual por rescisión o resolución:

1) RESCISIÓN 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 (1) 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 1º de la presente Reglamentación.

2) RESOLUCIÓN EFECTUADA POR LAS ENTIDADES MENCIONADAS EN EL ARTÍCULO 1º DE LA PRESENTE REGLAMENTACIÓN:

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 poder acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución.

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.

(Artículo sustituido por art. 4° del Decreto N° 66/2019 B.O. 23/1/2019)

ARTÍCULO 10. Los períodos de acceso progresivo a la cobertura (carencias) para los contratos celebrados entre los usuarios y los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente reglamentación solo podrán establecerse para el acceso a las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente y en ningún caso podrán superar los DOCE (12) meses corridos desde el comienzo de la relación contractual. (Primer y segundo párrafo sustituidos por art. 22 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

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 (PMO) aprobado y publicado por la autoridad sanitaria, dicha carencia quedará automáticamente anulada.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD autorizará 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.

Las preexistencias 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 de cuota diferencial para las preexistencias, sean éstas

temporarias, crónicas y/o de alto costo, así como también la duración del período de pago de la cuota diferencial. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente Reglamentación deberán presentar el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para su aprobación quien deberá expedirse en un plazo máximo de TREINTA (30) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

(Artículo sustituido por art. 5° del Decreto N° 66/2019 B.O. 23/1/2019)

ARTÍCULO 11. Además de la edad, no podrán ser contemplados como supuestos de rechazo de admisión los establecidos en el artículo 1º de la Ley Nº23.592.

ARTÍCULO 12. La antigüedad de DIEZ (10) años, a la que se refiere la segunda parte del artículo 12 de la Ley N° 26.682, deberá ser en forma continua en la misma entidad. A los efectos de computar la antigüedad se contemplará la continuidad en la entidad bajo cualquier tipo de contratación, sea en el marco de la Ley N° 23.660 o de la Ley N° 26.682, individual o corporativa, y en cualquier plan que aquella brinde. Los cambios en la modalidad de contratación o de planes contratados no interrumpirán nunca la antigüedad ni podrán ser considerados como una nueva afiliación.

En caso de cancelarse la inscripción de la entidad a la cual se encuentra afiliado el usuario, este podrá elegir un nuevo Agente del Seguro de Salud.

(Artículo sustituido por art. 23 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 13. En caso de muerte del titular, las entidades del artículo 1º de la Ley Nº26.682 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.

ARTÍCULO 14. Los sujetos mencionados en los incisos a) y b) del artículo 14 de la Ley Nº26.682 ingresan al sistema en calidad de beneficiarios no titulares.

Las entidades comprendidas en el artículo 1º 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 Nº26.682.

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 Nº26.682.

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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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 Nº26.682.

ARTÍCULO 17. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley N° 26.682 y sus modificaciones podrán establecer libremente los valores de las cuotas de los planes de salud ofrecidos durante toda la vigencia del contrato. El porcentaje de ajuste podrá variar según las características específicas de cada plan de salud que comercialicen.

El valor de la cuota de la última franja etaria no podrá superar el triple del valor de la cuota de la primera franja etaria. Los planes de cobertura para la última franja etaria deben estar disponibles sin límites de edad máxima, ya sea para la admisibilidad de nuevos usuarios o la permanencia de los existentes.

Las entidades deberán informar a los usuarios, de manera clara y destacada, las modificaciones en el valor de las cuotas y/o de los copagos. Esta comunicación, que deberá detallar el porcentaje de variación aplicado y el nuevo valor de la cuota mensual, se realizará dentro de los CINCO (5) días posteriores a la publicación del último Índice de Precios al Consumidor (IPC) elaborado por el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC), organismo desconcentrado en el ámbito del MINISTERIO DE ECONOMÍA.

Asimismo, los usuarios deberán ser notificados de los ajustes con una antelación no inferior a TREINTA (30) días corridos previos al vencimiento de la obligación de pago.

(Artículo sustituido sustituido por art. 1° del Decreto N° 102/2025 B.O. 17/2/2025. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 18. (Artículo derogado por art. 27 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 19. (Artículo derogado por art. 27 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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 5º, 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.

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

ARTÍCULO 24. Se considerarán infracciones:

a) La violación de las disposiciones de la Ley Nº26.682 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 2º de la Ley Nº26.682 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.

ARTÍCULO 25. (Artículo derogado por art. 27 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 27. (Artículo derogado por art. 27 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 28. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 29. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 30. Sin reglamentar.

ARTÍCULO 30 BIS. El vínculo de los asociados a las entidades indicadas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 se considerará dentro del marco de la Ley N° 23.660 cuando reciban aportes de los beneficiarios para el pago parcial o total de la cuota de los planes prestacionales, en los términos del artículo 19 bis de la ley y su reglamentación. Ello tendrá lugar, con independencia de que las entidades indicadas en el artículo 1°, inciso i) de la Ley Nº 23.660 hayan procedido o no a la inscripción en el Registro establecido en el artículo 6° de dicha ley. A todo evento, deben realizar los aportes al Fondo Solidario de Redistribución conforme a la normativa mencionada.

(Artículo incorporado por art. 25 del Decreto N° 171/2024 B.O. 21/2/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)



VEREDICTA LEYES

Decreto 1993/2011. Texto actualizado al 20 de noviembre de 2026.

Datos: Base InfoLEG de Normativa Nacional, Ministerio de Justicia de la Nación (CC BY 4.0).