

CONGRESO DE LA NACIÓN

República Argentina

LEY 26.682 · 2011

MEDICINA PREPAGA

Boletín Oficial, 17 de mayo de 2011 · 32 artículos

Texto actualizado al 16 de noviembre de 2026

ÍNDICE

Medicina Prepaga

Capítulo I 3
Capítulo II 4
Capítulo III 5
Capítulo IV 6
Capítulo V 8
Capítulo VI 8
Capítulo VII 9
Capítulo VIII 9
Capítulo IX 10

Capítulo I

ARTÍCULO 1°. *Objeto*.

La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas en la presente ley 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. En todas aquellas actividades que resulten ajenas a dicho objeto continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan.

(Artículo sustituido por art. 1° del Decreto N° 1991/2011 B.O. 01/12/2011. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial)

(Nota Infoleg : por art. 1° de la Resolución N° 232/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud B.O. 4/3/2024 se modifica la denominación del REGISTRO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (RNOS) por la de REGISTRO NACIONAL DE AGENTES DEL SEGURO (RNAS). Por art. 2° de la misma norma se establece que las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 que decidan aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud, deberán solicitar su inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE AGENTES DEL SEGURO (RNAS) con encuadre en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 . Ver Resolución de referencia - 232/2024 -.)

(Nota Infoleg : por art. 1° de la Resolución N° 132/2018 de la Superintendencia de Servicios de Salud B.O. 25/10/2018 se establece un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos de publicada la norma de referencia como plazo límite para que aquellos sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682 (modificado por Decreto Nº 1991/11) que hubieren iniciado actividades con anterioridad a la fecha de publicación de la Resolución Nº 55/2012-SSSALUD, puedan iniciar el trámite de inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.).)

ARTÍCULO 2°. *Definición*.

A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten 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 pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

ARTÍCULO 3°. *Limitaciones*.

No pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta ley:

1) Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550;

2) Los inhabilitados judicialmente para ejercer cargos públicos;

3) Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno o administración de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley.

Capítulo II

ARTÍCULO 4°. *Autoridad de Aplicación.*
Es Autoridad de Aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda.

ARTÍCULO 5°. *Objetivos y Funciones.*
Son objetivos y funciones de la Autoridad de Aplicación:

a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;

b) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;

c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;

d) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto;

e) Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);

f) Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8º de la presente ley;

g) (Inciso derogado por art. 267 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

h) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente;

i) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscriptas en el Registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una de ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;

j) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;

k) Establecer un sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley así como los establecimientos y prestadores propios o contratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados;

l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la ley 19.550;

m) (Inciso derogado por art. 267 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

ARTÍCULO 6°. (Artículo derogado por art. 267 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

Capítulo III

ARTÍCULO 7°. *Obligación.*

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

a) Servicios odontológicos exclusivamente;

b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;

c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la presente ley.

Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación.

En todos los planes de cobertura médicoasistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

Capítulo IV

ARTÍCULO 8°. *Modelos.*
Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 9°. *Rescisión.*
Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

ARTÍCULO 10. *Carencias y Declaración Jurada.*
Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

ARTÍCULO 11. *Admisión Adversa.*
La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

ARTÍCULO 12. *Personas Mayores de 65 Años.*
En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

ARTÍCULO 13. *Fallecimiento del Titular.*
El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato.

ARTÍCULO 14. *Cobertura del Grupo Familiar.*
a) Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

ARTÍCULO 15. *Contratación Corporativa.*
El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días.

ARTÍCULO 16. *Contratos Vigentes.*
La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes.

ARTÍCULO 17. *Cuotas de Planes.*
Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de TRES (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

(Artículo sustituido por art. 269 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

Capítulo V

ARTÍCULO 18. (Artículo derogado por art. 267 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

ARTÍCULO 19. (Artículo derogado por art. 267 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

Capítulo VI

ARTÍCULO 20. *Hospitales Públicos* .
Aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud.

Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres (3) días para su validación posterior.

En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector, puede requerirse la intervención de la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 21. *Capital Mínimo.*
Las Empresas de Medicina Prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un Capital Mínimo, que es fijado por la Autoridad de Aplicación.

Los Agentes de Seguro de Salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 22. *Información Patrimonial y Contable.*
Los Agentes del Seguro de Salud que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.

ARTÍCULO 23. Planes de Adhesión Voluntarios y Fondo Solidario de Redistribución. Los planes de adhesión voluntaria comercializados por las Entidades de Medicina Prepaga y todas las entidades comprendidas en el artículo 1° de esta ley no realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni participarán del mismo. Para el caso de que estas entidades incluidas en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 reciban aportes y contribuciones

deberán realizar la correspondiente integración al Fondo Solidario de Redistribución y en consecuencia participarán de su operatoria.

(Artículo sustituido por art. 5° del Decreto N° 600/2024 B.O. 10/7/2024. Vigencia: comenzará a regir el primer día del mes siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

Capítulo VII

ARTÍCULO 24. *Sanciones.*

Toda infracción a la presente ley será sancionada por la Autoridad de Aplicación conforme a lo siguiente:

a) Apercibimiento;

b) Multa cuyo valor mínimo es equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30%) de la facturación del ejercicio anterior;

c) Cancelación de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la ley 19.549 de procedimientos administrativos.

Toda sanción puede ser apelada ante la Cámara Nacional de Apelaciones, en lo Contencioso Administrativo Federal. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, quien remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.

Capítulo VIII

ARTÍCULO 25. *Recursos.*

Los recursos del Ministerio de Salud con relación a la presente ley, están constituidos por:

a) (Inciso derogado por art. 267 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley a la Autoridad de Aplicación;

c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;

d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

Capítulo IX

ARTÍCULO 26. *Derecho de los Usuarios.*
Sin perjuicio de los que establezcan las demás normas de aplicación, los usuarios gozan de los siguientes derechos:

a) Derecho a las prestaciones de emergencia: los usuarios tienen derecho, en caso de duda, a recibir las prestaciones de emergencia, correspondiendo en forma posterior resolver si se encuentran cubiertas por el plan contratado;

b) Derecho a la equivalencia: los usuarios tienen derecho a una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual.

ARTÍCULO 27. (Artículo derogado por art. 267 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

ARTÍCULO 28. *Orden Público.*
La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 29. *Reglamentación.*
El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

ARTÍCULO 30. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tendrán un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

ARTÍCULO 30 BIS. Las disposiciones de esta ley son aplicables únicamente a los asociados voluntarios cuyo vínculo con el asegurador esté fuera del marco de la Ley N° 23.660.

(Artículo incorporado por art. 268 del Decreto N° 70/2023 B.O. 21/12/2023)

ARTÍCULO 31. Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.



VEREDICTA LEYES

Medicina Prepaga. Texto actualizado al 16 de noviembre de 2026.

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