



SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 1403/2021

RESOL-2021-1403-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 17/08/2021

VISTO el expediente N° EX-2021-33870575- -APN-SCPASS#SSS, las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 25.326, N° 26.682 y N° 27.541, los Decretos N° 9/93 y sus modificatorios, N° 576/93 y sus modificatorios, N° 504/98, N° 1400/01, N° 1993/11, N° 434/16, N° 561/16, N° 1063/16, N° 894/17, N° 66/19 N° 182/19, N° 297/20 y sus complementarios y modificatorios, las Resoluciones N° 433/03, N° 576/04, N° 667/04, N° 287/06, N° 950/09, N° 1240/09, N° 170/11, N° 560/12, N° 233/20 y sus prórrogas, N° 1216/2020, todas de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que el Sistema Solidario de Seguridad Social regulado por las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 procura garantizar el pleno goce del derecho a la salud, para lo cual es necesario promover, fomentar, implementar y perfeccionar las prestaciones médico-asistenciales, con un enfoque integral e integrador, priorizando la accesibilidad con el mejor nivel de calidad y eficiencia posibles.

Que el acto afiliatorio a un Agente del Seguro de Salud representa el componente constitutivo de la relación entre dicho Agente y el beneficiario, y cobra un significado trascendente, no sólo para el ingreso al sistema, sino también para la efectivización de los traspasos de obra sociales por parte de los beneficiarios.

Que deben propiciarse mecanismos que tiendan al acceso equitativo y en igualdad de condiciones a la información prestacional, como medio de nivelación en la relación entre las partes.

Que, para generar condiciones de transparencia, resulta necesario asegurar que sea comprobable la veracidad de los planes y coberturas que se difundan, tomando como base el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) vigente.

Que las obras sociales presentan condiciones ventajosas para llevar adelante acciones de promoción y prevención de la Salud, habida cuenta sus estructuras a nivel local, regional y nacional, permitiendo desarrollar programas preventivos con un mayor rendimiento de sus acciones.

Que la promoción y prevención deben priorizar la educación para la Salud, ya que permiten, a muy bajo costo, mantener informada a la población beneficiaria de todas las actividades preventivas de la Obra Social, potenciando todos sus esfuerzos comunicativos.

Que el Decreto N° 9/93 y su modificatorio N° 1301/97 consagraron el derecho a la libre elección de su obra social (conocido habitualmente como "opción de cambio") por parte de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro



de Salud, sujeto a las limitaciones que en la citada normativa se imponen.

Que mediante el Decreto N° 504/98 se sistematizó y adecuó la reglamentación del derecho de opción, a efectos de simplificar el procedimiento, asegurando claridad, transparencia y veracidad en la manifestación de la decisión de los beneficiarios, para que sea realmente un acto de su voluntad libremente expresada.

Que el artículo 16 del mencionado Decreto dispuso que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en su calidad de autoridad de aplicación, dictase las normas aclaratorias y complementarias que resultasen necesarias para su implementación.

Que la situación epidemiológica a escala internacional evidenciada a principios de 2020, con motivo de la pandemia de COVID-19, requirió la adopción de medidas inmediatas para hacer frente a la emergencia, dando lugar al dictado del Decreto N° 297/20, que estableció el “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, prorrogado en todo el país, hasta el 7 de junio de 2020.

Que por el Decreto N° 520/20 se estableció luego la medida de “distanciamiento social, preventivo y obligatorio” en gran parte del país, prorrogando el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” hasta el día 28 de junio inclusive, exclusivamente para las personas residentes o que se encuentren en los aglomerados urbanos y en los departamentos y partidos de las provincias argentinas, que no cumplieran positivamente los parámetros epidemiológicos y sanitarios previstos en el artículo 2° de dicho Decreto.

Que, luego de ello, y por sucesivos Decretos del PODER EJECUTIVO NACIONAL, con algunas salvedades y modificaciones, se prorrogaron -las medidas de distanciamiento y aislamiento social, preventivo y obligatorio, restringiendo la autorización de algunas actividades no esenciales en las áreas de mayor criticidad epidemiológica, hasta el día 20 de diciembre de 2020, y manteniendo sólo el distanciamiento social, preventivo y obligatorio desde dicha fecha hasta el presente.

Que, en dicho contexto, las recomendaciones de las autoridades sanitarias nacionales y locales aconsejan reducir al máximo la circulación, proximidad y atención presencial de las personas en todos aquellos trámites y actividades en los cuales ello no resulte indispensable.

Que, en función de ello, por el artículo 6° de la Resolución N° 233/20 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, se dispuso que los trámites de opción de cambio tomados por los Agentes del Seguro de Salud deberían remitirse bajo el formato de FTP, conforme lo dispuesto en el Anexo I a) de la Resolución N° 170/11 SSSALUD, y que los Agentes del Seguro de Salud quedarían exceptuados de la presentación de formularios de opción de cambio en formato papel, establecida en el artículo 4° de la Resolución N° 1240/09 SSSALUD, durante el plazo establecido en el artículo 1° de la Resolución N° 233/20, que luego fue prorrogado hasta la finalización de la vigencia del “aislamiento social, preventivo y obligatorio” dispuesto por el Decreto N° 297/20 y sus sucesivas prórrogas.

Que, de tal manera, se garantizó el ejercicio del derecho de opción de cambio para aquellos afiliados que se encontrasen autorizados a concurrir en forma personal a la sede del Agente del Seguro de Salud respectivo a fin de cumplir con los trámites previstos en la normativa aplicable.





Que, por otra parte, en el artículo 7º de la Ley Nº 26.682 se dispuso que las Entidades de Medicina Prepaga deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del MINISTERIO DE SALUD y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley Nº 24.901 y sus modificatorias.

Que, a su vez, el artículo de mención previó supuestos excepcionales en los cuales tales entidades pueden brindar planes de cobertura parcial.

Que, en función de ello, corresponde entender como planes de cobertura integral a aquellos que cumplen lo previsto en el primer párrafo del artículo 7º de la Ley Nº 26.682, en tanto garantizan, como mínimo, la cobertura del Programa Médico Obligatorio y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Que, de conformidad con lo previsto en el anteúltimo párrafo del referido artículo 7º, en todos los planes, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubren y las que no están incluidas.

Que, de conformidad con el artículo 5º de la referida Ley, la autoridad de aplicación tiene, entre otras funciones, las de determinar las condiciones de capacidad prestacional exigibles a las Entidades de Medicina Prepaga (inciso c); fiscalizar el cumplimiento por parte de ellas de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiese incorporado al contrato suscripto (inciso d); evaluar las características de sus programas de salud (inciso e); autorizar conforme a la ley y revisar los valores de las cuotas de los planes prestacionales ofrecidos (inciso g); implementar los mecanismos necesarios 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 (inciso i); y requerir periódicamente informes prestacionales (inciso l).

Que la presentación de sus planes prestacionales constituye un requisito que deben cumplir las Entidades de Medicina Prepaga para obtener su inscripción como tales en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP).

Que, a su vez, por la Resolución Nº 560/12-SSSALUD, se dispuso que las Entidades de Medicina Prepaga deben presentar para su aprobación ante la Gerencia de Control Prestacional el Plan Básico mediante el cual pondrán a disposición de sus usuarios una Cobertura Prestacional Mínima (CPM), que no podrá ser inferior al Programa Médico Obligatorio (PMO), a excepción de los supuestos contemplados en el artículo 7º de la Ley Nº 26.682 (planes de cobertura parcial).

Que, en lo que refiere a su contenido prestacional, y sin perjuicio de las prestaciones adicionales que pudieren contener, los planes de cobertura integral resultan equivalentes a las cartillas prestacionales que deben garantizar los Agentes del Seguro de Salud.

Que corresponde, por tanto, regular los contenidos, formas y modos de presentación de sendos instrumentos.





Que el Decreto N° 1063/16 aprobó la implementación de la plataforma de “TRÁMITES A DISTANCIA” (TAD) del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE), como medio de interacción del ciudadano con la Administración, a través de la recepción y remisión por medios electrónicos de presentaciones, escritos, solicitudes, notificaciones y comunicaciones, entre otros.

Que el Decreto N° 894/17 modificó el entonces vigente Reglamento de Procedimientos Administrativos (Decreto N° 1759/72), aprobando su texto ordenado en 2017.

Que, en su artículo 4º, estableció que las autoridades administrativas actuarán de acuerdo con los principios de sencillez y eficacia, procurando la simplificación de los trámites, y facilitando el acceso de los ciudadanos a la Administración a través de procedimientos directos y simples por medios electrónicos.

Que el Decreto N° 182/2019, por el cual se reglamentó la Ley N° 25.506, de firma digital, estableció en su artículo 3º que, cuando una norma requiera la formalidad de escritura pública para otorgar poderes generales o particulares, para diligenciar actuaciones, interponer recursos administrativos, realizar trámites, formular peticiones o solicitar inscripciones, dicho requisito se considera satisfecho mediante el apoderamiento realizado por el interesado en la plataforma de “Trámites a Distancia” (TAD) del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE), salvo disposición legal en contrario.

Que, en tal sentido, por la Resolución N° 1216/20 SSSALUD, se actualizó el procedimiento para hacer efectivo el derecho de opción, adecuándolo tanto a la constante evolución tecnológica como a la proliferación de las plataformas digitales, a fin de agilizar la tramitación, contemplando las recomendaciones sanitarias en la excepcional situación actual, y se reguló, a su vez, el procedimiento para la tramitación de reclamos de los beneficiarios que soliciten la anulación de su opción de obra social por no haber suscripto el formulario de opción vigente anteriormente.

Que el artículo 4º de la Resolución N° 1216/20 regula el acceso pleno del beneficiario a la cartilla prestacional completa, teniendo en consideración que su principal objetivo es brindarle toda la información en cuanto a cobertura otorgada, listado de prestadores y procedimientos para acceder a las prestaciones.

Que, en razón de la aplicación de las disposiciones y procedimientos antes mencionados, resulta necesario establecer las condiciones de veracidad, pertinencia y calidad que deberán respetar las cartillas prestacionales, tanto en lo que refiere a su modo de presentación como a su integralidad, tendiente a garantizar el efectivo cumplimiento de las prestaciones comprometidas.

Que corresponde, también, regular las condiciones, contenido, modos y forma de presentación de los planes de cobertura integral y sus cuadros tarifarios que brindan las Entidades de Medicina Prepaga.

Que las Gerencias de Control Prestacional, Gestión Estratégica, Asuntos Jurídicos y la Gerencia General han tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615/96, N° 2710/12 y N° 307/21.





Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Apruébanse las pautas básicas para las cartillas prestacionales que, como Anexos I (IF-2021-74115213-APN-GCP#SSS), II (IF-2021-33894593-APN-GCP#SSS), III (IF-2021-33900925-APN-GCP#SSS), IV (IF-2021-33901118-APN-GCP#SSS) y V (IF-2021-33901247-APN-GCP#SSS), forman parte integrante de la presente Resolución, las que resultan de cumplimiento obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga.

AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

ARTÍCULO 2º.- Los Agentes del Seguro de Salud deberán contar con la aprobación de sus cartillas prestacionales por parte de la Gerencia de Control Prestacional, al inicio de cada ejercicio económico, a fin de encontrarse habilitados para ser seleccionados en el ejercicio del derecho de opción de cambio.

A tal efecto, deberán presentar las cartillas prestacionales para su aprobación con una antelación mínima de NOVENTA (90) días antes del comienzo de cada ejercicio económico.

ARTÍCULO 3º.- Las cartillas prestacionales deberán ser presentadas para su aprobación mediante el trámite que al efecto se encontrará disponible en la plataforma de Trámites a Distancia (TAD).

La Gerencia de Control Prestacional verificará si la presentación cumple con lo establecido en los Anexos aprobados en el artículo 1º y, en el supuesto de que existieren observaciones respecto del contenido de la cartilla, se requerirá su subsanación en el plazo que dicha Gerencia prudencialmente determine, el que no podrá ser mayor a CINCO (5) días hábiles, salvo que existiere causa fundada para establecer un plazo mayor, bajo apercibimiento de archivar la presentación.

Acreditado el cumplimiento de todos los requisitos, la cartilla prestacional se aprobará mediante Disposición del Gerente del área y tendrá una vigencia de UN (1) año, coincidente con el ejercicio económico de cada entidad.

ARTÍCULO 4º.- Sin perjuicio de cualquier presentación previa que hubieran realizado, durante los NOVENTA (90) días posteriores a la entrada en vigencia de la presente Resolución, los Agentes del Seguro de Salud deberán efectuar la presentación ante este Organismo de las cartillas prestacionales adecuadas a lo previsto en el artículo 1º.

ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

ARTÍCULO 5º.- Las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) deberán completar y generar, antes del 31 de diciembre de 2021, el FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL REGISTRO DE PLANES DE COBERTURA INTEGRAL, que se encontrará disponible en la página web institucional de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, cuyo modelo se encuentra previsto en el ANEXO VI (IF-2021-33902315-APN-GCP#SSS),



que se aprueba y forma parte integrante de la presente Resolución, para cada uno de los planes de cobertura integral que comercialicen al público en general.

En el mismo plazo deberán presentar dicho formulario junto con el contenido del plan prestacional respectivo, adecuado a lo previsto en el artículo 1º, y su respectivo cuadro tarifario, mediante el trámite que al efecto se encontrará disponible en la plataforma de Trámites a Distancia (TAD).

ARTÍCULO 6º.- La Gerencia de Control Prestacional evaluará las presentaciones recibidas y verificará que cumplan formalmente con la información requerida. Si no lo hicieren, ordenará a la entidad presentante las adecuaciones correspondientes en un plazo no mayor a DIEZ (10) días.

Cuando las presentaciones cumplan formalmente con lo requerido, procederá a registrar el plan de cobertura integral con su cuadro tarifario y remitirá el expediente a la Gerencia de Control Económico Financiero a los efectos de que evalúe los cuadros tarifarios.

Si la Gerencia de Control Económico Financiero considerase que los cuadros tarifarios no se ajustan a la normativa aplicable, realizará las observaciones que estime pertinentes y las notificará a la entidad presentante para que realice las adecuaciones necesarias. Cumplido ello, remitirá las actuaciones a la Gerencia de Control Prestacional para que registre el cuadro tarifario junto con el plan.

ARTÍCULO 7º.- Las Gerencias de Control Prestacional y de Control Económico Financiero podrán, en todo momento, revisar los planes registrados, ordenar las auditorías pertinentes, disponer la adecuación de los planes a las pautas legales establecidas en cada caso e iniciar los procesos sumariales que resulten procedentes. En caso de recibirse reclamos por parte de los usuarios, procederán en la forma indicada con relación a los extremos que resulten objeto de reclamo.

ARTÍCULO 8º.- Cumplido el plazo previsto en el artículo 5º, las Entidades de Medicina Prepaga no podrán continuar comercializando aquellos planes que no hayan sido presentados para su registro, sin perjuicio de los derechos adquiridos que le asistan a quienes se hayan afiliado previamente a dicha fecha.

ARTÍCULO 9º.- En los casos de modificaciones a los planes presentados, o previo a la comercialización de nuevos planes, las Entidades de Medicina Prepaga deberán cumplir con el procedimiento previsto en la presente Resolución.

ARTÍCULO 10.- Los planes brindados bajo contratación grupal o corporativa, que no son comercializados en forma directa a los usuarios, se encontrarán eximidos de lo previsto en la presente Resolución.

Sin perjuicio de ello, estos planes se encontrarán indistintamente sujetos a fiscalización y se podrá requerir en todo momento la presentación de información referida a ellos, e incluso el cumplimiento de la presente Resolución a su respecto, de manera excepcional.

ARTÍCULO 11.- Derógase la Resolución N° 560 del 25 de junio de 2012, de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.





ARTÍCULO 12.- El incumplimiento de la presente Resolución dará lugar a las sanciones previstas en las Leyes N° 23.660 y N° 26.682, según corresponda, y su normativa reglamentaria.

ARTÍCULO 13.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial

ARTÍCULO 14.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Daniel Alejandro Lopez

NOTA: El/los Anexo/s que integra/n este(a) Resolución se publican en la edición web del BORA
-www.boletinoficial.gob.ar-

e. 19/08/2021 N° 58235/21 v. 19/08/2021

Fecha de publicación 16/04/2025

