



NACIONAL



RESOLUCIÓN 560/2012
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (S.S.Sal.)

Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 (modificada por el Decreto N° 1991/11) deberán presentar para su aprobación ante la Gerencia de Control Prestacional de esta Superintendencia de Servicios de Salud 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).
Del: 25/06/2012; Boletín Oficial 29/06/2012.

VISTO el Expediente N° 210.991/12 del Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, la [Ley N° 26.682](#), la [Resolución N° 201/02-MS](#) y sus modificatorias y complementarias, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la [Ley N° 26.682](#) se estableció el marco regulatorio de la medicina prepaga, disponiéndose en su artículo 4° que el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION es la Autoridad de Aplicación de la citada norma legal.

Que en el marco del Anexo del [Decreto N° 1993/2011](#), el PODER EJECUTIVO NACIONAL ha dispuesto la reglamentación de la [Ley N° 26.682](#), estableciendo expresamente en el artículo 4° que el MINISTERIO DE SALUD, a través de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, es la Autoridad de Aplicación de dicha norma.

Que en virtud de ello, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD tendrá a su cargo todos los objetivos, funciones y atribuciones indicados en la [Ley N° 26.682](#) (modificada por Decreto N° 1991/93), por lo cual se reconoce como ente de fiscalización, regulación y control de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de dicha norma legal.

Que asimismo, en virtud de lo dispuesto en las Leyes Nros. [23.660](#) y [23.661](#), la Superintendencia de Servicios de Salud también resulta ser el ente de fiscalización, regulación y control de los Agentes del Seguro de Salud.

Que en el carácter indicado en el considerando precedente, esta Superintendencia, con el objeto de fijar pautas con respecto al Modelo de Atención que las Obras Sociales deben brindar a sus beneficiarios, dictó la [Resolución N° 083/07-S.S.SALUD](#), en virtud de la cual los Agentes del Seguro presentarán anualmente, y con anticipación al inicio del ejercicio económico para su aprobación, los respectivos Programas Médico-Asistenciales (PMA), en los que deberán describir el Modelo de Atención que pondrán a disposición de sus beneficiarios, señalando la forma en la que se otorgará Cobertura Prestacional Mínima exigida en el PMO.

Que por imperio de lo dispuesto por el artículo 7° de la [Ley N° 26.682](#), los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la norma legal citada se encuentran obligados a brindar como mínimo el listado de prestaciones básicas incluidas en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) establecido en la [Resolución N° 201/02-MSAL](#), sus modificatorias y complementarias.

Que a los fines de unificar criterios relacionados con la asistencia sanitaria de ambos subsistemas (seguridad social y privado) se considera oportuno exigir a todos los sujetos

bajo control del Organismo que pongan a disposición de sus beneficiarios/usuarios un Modelo de Atención de la Salud que contemple una Cobertura Prestacional Mínima (CPM) que no podrá ser inferior a la que se incluye en el PMO, a excepción de los supuestos contemplados en el artículo 7° de la [Ley 26.682](#) como “planes de cobertura parcial”.

Que en este sentido, corresponde exigir a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la [Ley N° 26.682](#) (modificada por [Decreto N° 1991/11](#)), la elaboración de un Modelo de Atención de la Salud que contemple una Cobertura Prestacional Mínima, que deberá ser contenida en un Plan Básico a partir del cual los demás Planes que se ofrezcan deberán ser Superadores o Complementarios de dicha CPM.

Que asimismo resulta oportuno puntualizar que, independientemente de la cantidad de franjas etarias que cada entidad establezca para diferenciar por grupo de edad a sus usuarios, deberá poner a disposición de los mismos el Plan Básico indicado en el considerando anterior el que tendrá idénticas características y cobertura de prestaciones equivalentes en cantidad y calidad en todas las franjas, debiendo dicho plan ser el menos oneroso de los ofrecidos en cada uno de los rangos etarios establecidos.

Que resulta necesario otorgar un plazo prudencial para que las entidades comprendidas en el marco legal vigente presenten para su aprobación por parte de esta Superintendencia el Plan Básico exigido por la presente resolución.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la Gerencia General ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por los Decretos N° [1615/96](#), [1034/09](#) y [1993/11](#),

Por ello,

El Superintendente de Servicios de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Dispónese que los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la [Ley N° 26.682](#) (modificada por el [Decreto N° 1991/11](#)) deberán presentar para su aprobación ante la Gerencia de Control Prestacional de esta Superintendencia de Servicios de Salud 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 7° de la [Ley N° 26.682](#) (planes de cobertura parcial).

Art. 2°.- El Plan Básico indicado en el artículo anterior deberá tener idénticas características y cobertura de prestaciones equivalentes en cantidad y calidad en todas las franjas etarias establecidas.

Art. 3°.- El Plan Básico exigido deberá ser el menos oneroso de los ofrecidos en cada uno de los rangos etarios.

Art. 4°.- Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la [Ley N° 26.682](#) (modificada por el [Decreto N° 1991/11](#)) tendrán un plazo de 30 (treinta) días corridos contados a partir de la publicación de la presente resolución para cumplir con lo dispuesto en el artículo 1° precedente.

Art. 5°.- Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán de cumplimiento obligatorio para los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la [Ley N° 26.682](#) (modificada por el [Decreto N° 1991/11](#)) y requisito indispensable para obtener la inscripción definitiva en el REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P.).

Art. 6°.- Regístrese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y, oportunamente, archívese.

Dr. Ricardo E. Bellagio, Superintendente, Superintendencia de Servicios de Salud.

