



NACIONAL



**RESOLUCIÓN 163/2018**  
**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (S.S.Sal.)**

Cobertura médico asistencial por parte de una entidad de medicina prepaga.

Del: 24/10/2018; Boletín Oficial 26/10/2018.

VISTO el EX-2018-52225936-APN-GGE#SSS del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, las Leyes N° [24.240](#) y N° [26.682](#), los Decretos N° [1991](#) de fecha 29 de noviembre de 2011 y N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° [26.682](#) establece el marco regulatorio de la Medicina Prepaga, alcanzando a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, 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 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 el artículo 4° del Decreto N° [1993/2011](#), reglamentario de dicha Ley, determina que 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.

Que en el marco de esta ley es obligación ineludible de las Entidades de Medicina Prepaga asegurar a sus afiliados las prestaciones pactadas y establecidas legalmente, ya que si bien su actividad reviste carácter comercial, se ordena a proteger los derechos fundamentales a la vida, salud e integridad de las personas (artículos 33, 42, 75, inciso 22, y ccdtes. de la Constitución Nacional, artículo 3° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículos 4° y 5° de la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros).

Que la experiencia recabada a través de la intervención en diversos y variados reclamos por parte de este organismo ha evidenciado que existen situaciones en donde un beneficiario cuenta con cobertura médico asistencial de una de las entidades de medicina prepaga, sea en forma directa o indirecta, y en el curso de la relación contractual, por alguna circunstancia, se produce un cambio en su condición de afiliación o tipo de cobertura que puede representarle el cese de su cobertura.

Que en tales situaciones, esta autoridad de aplicación ha interpretado en numerosos dictámenes que “el usuario que haya contado con la cobertura médico asistencial de una de las entidades comprendidas en el marco normativo de la medicina prepaga, y que por alguna circunstancia avizore un cambio en su condición de afiliación que pueda implicar el cese de su cobertura, tiene derecho a solicitar la continuidad en la misma, en alguno de los planes que la entidad de que se trate, se encuentre ofreciendo”.

Que en los casos referidos, no existe propiamente una nueva admisión sino un cambio en la modalidad de afiliación que puede, según los casos, traer inevitablemente aparejado un cambio de plan, con el fin de continuar gozando de cobertura por parte de la entidad de pertenencia.

Que, como tal, el cambio en la modalidad de afiliación o de plan supone una continuidad en la entidad, y la continuidad está prevista en la normativa como una situación a la que se le asigna determinados efectos jurídicos.

Que se trata de una continuidad jurídica y no meramente fáctica, que conlleva determinadas

consecuencias en derecho, como por ejemplo el reconocimiento de la antigüedad que, previsto en el artículo 15 de la Ley N° [26.682](#) para la contratación grupal o corporativa, desde una interpretación comprensiva y coherente del plexo normativo, resulta extensiva a todo cambio de plan.

Que en este contexto, deviene necesario regular y explicitar la forma en que habrá de producirse la continuidad de afiliación y sus efectos jurídicos, tanto en la generalidad de los casos como especialmente respecto de los distintos supuestos específicos que se desprenden de la normativa.

Que en dicho contexto, corresponde regular la continuidad de la relación contractual prestacional en los casos de contrataciones grupales o corporativas, fallecimiento del afiliado titular, cambios de plan, falta de pago de cuotas, los tratamientos en curso al momento de la modificación en la afiliación, el impacto en las contrataciones que involucren a un grupo familiar, entre otros aspectos.

Que para la determinación de tales aspectos, resulta necesario establecer reglas claras que aseguren el cumplimiento de la ley al tiempo que brinden transparencia y previsibilidad, tanto a los afiliados como a las Entidades de Medicina Prepaga.

Que corresponde tener presente que el artículo 17 del Decreto N° [1993/2011](#), en su cuarto párrafo, prevé que la diferenciación del valor de cuota por plan y grupo etario solo podrá darse al momento del ingreso del usuario al sistema y que, una vez ingresado, la cuota sólo podrá modificarse por los aumentos expresamente autorizados.

Que las Gerencias de Gestión Estratégica y de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° [1615](#) de fecha 23 de diciembre de 1996, N° [1993](#) de fecha 30 de noviembre de 2011, N° [2710](#) de fecha 28 de diciembre de 2012, y N° [717](#) de fecha 12 de septiembre de 2017.

Por ello,

El Superintendente de Servicios de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Todo usuario que reciba cobertura médico asistencial por parte de una entidad de medicina prepaga comprendida en el artículo 1° de la Ley N° [26.682](#), bajo cualquier modalidad de contratación, sea en forma directa o indirecta, y que por cualquier circunstancia sufra un cambio en su condición de afiliación y/o tipo de cobertura, tendrá derecho a solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes que ésta comercialice al público en general, sin limitación alguna por tipo de plan y conservando su antigüedad, sin que se le pueda exigir valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes.

Cuando en la normativa aplicable no se indique otro plazo para la situación específica de que se trate, la solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días hábiles de conocido por el usuario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

Art. 2°.- En los supuestos del artículo anterior, los integrantes del grupo familiar gozarán del mismo derecho, sin perjuicio de la actitud que adopte el titular u otros miembros del grupo, resultando de aplicación lo dispuesto en el último párrafo del artículo 13 del Decreto N° [1993/11](#), reglamentario de la Ley N° [26.682](#), para el caso de que fuere el titular quien optare por no continuar con la afiliación.

Art. 3°.- En los casos en que la modificación en la situación de afiliación se produzca debido al fallecimiento del afiliado titular, la presente Resolución resultará de aplicación supletoria y complementaria a lo previsto en el artículo 13 del Decreto N° [1993/2011](#).

Art. 4°.- Los usuarios adheridos por contratación grupal o corporativa en los términos del artículo 15 de la Ley N° [26.682](#) podrán solicitar su adhesión directa y la de su grupo familiar a cualquiera de los planes que comercialice al público en general la entidad de medicina prepaga contratada, en los siguientes casos:

a. Cuando hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con la entidad, dentro de los SESENTA (60) días hábiles del distracto;

b. Cuando por cualquier motivo se resolviese el contrato que la empresa realizó con la entidad de medicina prepaga, dentro de los SESENTA (60) días hábiles de haber conocido el usuario dicho cambio.

En ambos casos, conservarán la antigüedad que detentasen en la entidad, sin que tal afiliación directa pueda ser considerada como una nueva afiliación. No se les podrá exigir tampoco valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes.

Art. 5°.- En los casos de continuidad del vínculo contractual determinada en el artículo anterior, las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° [26.682](#) deberán efectuar la incorporación del afiliado y su grupo familiar, si lo hubiere, al plan elegido, debiendo respetarse lo estipulado en el último párrafo del artículo 26 del Decreto N° [1993/2011](#), reglamentario del Derecho a la Equivalencia consagrado en el artículo 26 de la Ley N° [26.682](#).

Art. 6°.- El valor de cuota aplicable en dichos supuestos será el equivalente al de la cuota de ingreso que, al momento de la elección, se halle fijada para un nuevo ingresante situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía el afiliado grupal o corporativo al momento de su afiliación originaria al plan del que proviene.

Art. 7°.- La cuota determinada conforme lo establecido en el artículo anterior, recién comenzará a devengarse una vez transcurrido el plazo de SESENTA (60) días hábiles previsto en el último párrafo del artículo 15 de la Ley N° [26.682](#). Durante dicho plazo, las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° [26.682](#) deberán mantener al usuario y a su grupo familiar la misma cobertura del plan corporativo del que provienen, sin derecho a cobrar contraprestación alguna al afiliado, sin perjuicio de lo que acuerde o hubiere acordado con el empleador o empresa contratante del plan corporativo.

Art. 8°.- Los usuarios de medicina prepaga que resulten beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud contemplados en las Leyes N° [23.660](#) y N° [23.661](#), cuando el valor de la cuota sea abonado total o parcialmente con recursos de la Seguridad Social previstos como obligatorios en dichas leyes u otros regímenes especiales, que por cualquier causa interrumpían el vínculo con el Agente del Seguro de Salud del que eran beneficiarios, podrán continuar con o sin su grupo familiar, contratando en forma directa el plan del que gozaban o cualquier otro plan que comercialice al público en general la entidad a la que estén afiliados. En dicho supuesto conservarán la antigüedad que detentasen en la entidad, sin que tal afiliación directa pueda ser considerada como una nueva afiliación ni se les pueda exigir valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes. Gozarán asimismo de los derechos previstos en los artículos 5° y 6° de la presente Resolución.

Art. 9°.- Los cambios de plan dentro de una misma entidad, cualquiera sea la modalidad de contratación, no podrán nunca ser considerados como una nueva afiliación ni se podrá exigir al titular y/o su grupo familiar valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes.

Sin perjuicio de ello, en el caso de cambio a un plan superior, las entidades podrán establecer plazos de permanencia mínimos en dicho plan, los que deberán ser previamente comunicados al afiliado y no podrán ser superiores a un año.

Art. 10.- En los casos de falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas, se entenderá que existe continuidad de la relación contractual y las Entidades de Medicina Prepaga no podrán resolver el contrato cuando:

a. La entidad no hubiere enviado la intimación fehaciente prevista en el artículo 9°, apartado 2°, inciso a, del Decreto N° [1993/2011](#), luego de encontrarse impagas en forma íntegra TRES (3) cuotas consecutivas, sin perjuicio de cualquier intimación que hubiera cursado previamente.

b. El afiliado abonare dichas cuotas dentro de los DIEZ (10) días hábiles de cursada la intimación fehaciente referida en el inciso anterior.

c. La entidad no hubiere comunicado fehacientemente al afiliado la resolución del vínculo contractual y éste abonare las TRES (3) cuotas debidas, aún si lo hiciera fuera del plazo de DIEZ (10) días previsto en el artículo 9°, apartado 2°, inciso a), del Decreto N° [1993/2011](#).

En todos los casos, el afiliado y su grupo familiar conservarán la antigüedad que posean en la entidad.

Art. 11.- Toda cláusula incluida en los contratos grupales o corporativos, o bien en los contratos celebrados por las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° [26.682](#) con los usuarios, vigente a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución, que se oponga a lo establecido en la misma, será nula y se entenderá no escrita, sin perjuicio de la validez del resto del contrato.

Las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° [26.682](#) deberán adecuar las cláusulas de dichos contratos a fin de evitar su colisión con lo establecido en la presente Resolución.

Art. 12.- La presente Resolución entrará en vigencia el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 13.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Sandro Taricco.

