



## SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

### Resolución 2165/2021

#### RESOL-2021-2165-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 23/12/2021

VISTO el expediente N° EX-2021-84126010- -APN-GG#SSS, las Leyes N° 23.660, N° 23.661 y N° 26.682, las Resoluciones N° 1403 de fecha 17 de agosto de 2021 y N° 1550 de fecha 14 de septiembre de 2021 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y

#### CONSIDERANDO:

Que en uso de las facultades y atribuciones conferidas legalmente a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en su calidad de autoridad de aplicación del SISTEMA NACIONAL DE SEGURO DE SALUD creado por la Ley N° 23.661, y en el desempeño de sus funciones como ente de supervisión, control y regulación del Sistema, en fecha 17 de agosto de 2021, se dictó la Resolución N° 1403/21, que contiene una serie de disposiciones dirigidas a los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en la norma legal citada y a las Entidades de Medicina Prepaga reguladas por la Ley N° 26.682.

Que, a través del conjunto de disposiciones de la norma reglamentaria citada, se establecieron las pautas a las que deben sujetarse, tanto los Agentes del Seguro de Salud como las Entidades de Medicina Prepaga, en relación a los requisitos, forma y procedimiento que deberán observar respecto del contenido de cartillas prestacionales y planes de salud comercializados, para ser presentados en la Gerencia de Control Prestacional del organismo.

Que la medida referenciada se adoptó teniendo en consideración 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, en ese marco, se ha considerado 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, así como 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, en ese entendimiento, para generar condiciones de transparencia, se estimó necesario asegurar que sea comprobable la veracidad de los planes y coberturas que se difundan, tomando como base el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente.



Que, oportunamente, la Gerencia de Asuntos Jurídicos informó que el acto administrativo citado fue objeto de variados planteos administrativos impugnatorios, mediante recursos de reconsideración interpuestos por diversos Agentes del Seguro de Salud, que podrían obstaculizar la correcta aplicación de la norma.

Que con el fin de proceder a revisar ciertos aspectos relacionados con el alcance de la norma y otros que pudieren provocar un impacto negativo contrario a la finalidad que se tuvo en mira en oportunidad de su dictado, mediante la Resolución N° 1550 de fecha 14 de septiembre de 2021, se suspendieron, por un plazo de SESENTA (60) días, los efectos de la Resolución N° 1403/21 y se instruyó a las Gerencias de Control Prestacional y de Gestión Estratégica que procedan a realizar el análisis y revisión de dicha norma, elaborando, de corresponder, un nuevo acto administrativo.

Que habiendo reevaluado ciertos aspectos relacionados con el alcance de la norma y otros que pudieren provocar un impacto negativo contrario a la finalidad que se tuvo en mira en oportunidad de su dictado, se ha concluido que resulta conveniente modificar algunos aspectos de la norma de mención, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos tenidos en cuenta al momento de su dictado y, al mismo tiempo, evitar efectos perjudiciales no deseados a los sujetos alcanzados por la medida.

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-2021-120148810-APN-GCP#SSS), II (IF-2021-120149905-APN-GCP#SSS), III (IF-2021-120150312-APN-GCP#SSS) y IV (IF-2021-120150982-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.

Sin perjuicio del contenido aprobado, las prestaciones previstas en el Anexo I deberán ser actualizadas de acuerdo con las ampliaciones y modificaciones que se produzcan con relación a la normativa de cobertura prestacional obligatoria.

**AGENTES DEL SEGURO DE SALUD**

**ARTÍCULO 2º.-** Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar sus cartillas prestacionales mediante el trámite que al efecto se encontrará disponible en la plataforma de Trámites A Distancia (TAD), con una antelación mínima de NOVENTA (90) días antes del comienzo de cada ejercicio económico, a fin de encontrarse habilitados para ser



seleccionados en el ejercicio del derecho de opción de cambio.

ARTÍCULO 3º.- La Gerencia de Control Prestacional verificará las cartillas que fueran presentadas de conformidad con lo previsto en el artículo 2º y se encontrará facultada para requerir las adecuaciones que estime necesarias en caso de que su contenido no se ajuste a lo previsto en el artículo 1º. Si no se cumplieren con las observaciones, en el plazo que se determine en cada caso, podrá inhabilitarse al Agente del Seguro de Salud incumplidor para ser seleccionado en el ejercicio del derecho de opción de cambio, hasta tanto regularice la cuestión.

Las cartillas prestacionales presentadas se publicarán en la página web institucional del organismo a fin de que puedan ser consultadas por los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud.

ARTÍCULO 4º.- Sin perjuicio de cualquier presentación previa que hubieran realizado, los Agentes del Seguro de Salud deberán efectuar la presentación de las cartillas prestacionales de conformidad con lo previsto en esta Resolución, hasta el 31 de mayo de 2022.

#### ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

ARTÍCULO 5º.- Las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) deberán completar y generar, antes del 31 de mayo de 2022, 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 V (IF-2021-120151664-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 los CUATRO (4) Anexos del 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. De ser así, remitirá el expediente a la Gerencia de Control Económico Financiero a los efectos de que evalúe los cuadros tarifarios. Ambas Gerencias se encontrarán facultadas para realizar las observaciones que estimen pertinentes y requerir las adecuaciones necesarias a la entidad presentante.

Cumplido ello, se remitirán las actuaciones al Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) para que registre el plan junto con el cuadro tarifario en el Legajo de la entidad.

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 (EMP) 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.

En caso de discontinuar la comercialización de un plan oportunamente registrado, deberán comunicarlo a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, informando la fecha en que se dejó de comercializar y el padrón de usuarios que lo contrataron previamente y permanecen afiliados a dicho plan.

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.- Deróganse las Resoluciones N° 560 del 25 de junio de 2012, N° 1403 del 17 de agosto de 2021 y N° 1550 del 14 de septiembre de 2021, todas 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. 24/12/2021 N° 100530/21 v. 24/12/2021

**Fecha de publicación 24/12/2021**