



**MINISTERIO DE SALUD**

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**Resolución Nº 560/2012**

Bs. As., 25/6/2012

VISTO el Expediente Nº 210.991/12 del Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, la Ley Nº 26.682, la Resolución Nº 201/02-MS y sus modificatorias y complementarias, y

**CONSIDERANDO:**

Que mediante la Ley Nº 26.682 se estableció el marco regulatorio de la medicina prepaga, disponiéndose en su artículo 4º 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 Nº 1993/2011, el PODER EJECUTIVO NACIONAL ha dispuesto la reglamentación de la Ley Nº 26.682, estableciendo expresamente en el artículo 4º 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 Nº 26.682 (modificada por Decreto Nº 1991/93), por lo cual se reconoce como ente de fiscalización, regulación y control de los sujetos comprendidos en el artículo 1º 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 Nº 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 7º de la Ley Nº 26.682, los sujetos comprendidos en el artículo 1º 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 Nº 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 7º de la Ley 26.682 como “planes de cobertura parcial”.

Que en este sentido, corresponde exigir a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682 (modificada por Decreto Nº 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 Nº 1615/96, 1034/09 y 1993/11,

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTICULO 1º — Dispónese que los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682 (modificada por el Decreto Nº 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 7º de la Ley Nº 26.682 (planes de cobertura parcial).

ARTICULO 2º — 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.

ARTICULO 3º — El Plan Básico exigido deberá ser el menos oneroso de los ofrecidos en cada uno de los rangos etarios.

ARTICULO 4º — Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682 (modificada por el Decreto Nº 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 1º precedente.

ARTICULO 5º — Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán de cumplimiento obligatorio para los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 26.682



(modificada por el Decreto Nº 1991/11) y requisito indispensable para obtener la inscripción definitiva en el REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P.).

ARTICULO 6º — Regístrese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y, oportunamente, archívese. — Dr. RICARDO E. BELLAGIO, Superintendente, Superintendencia de Servicios de Salud.