

● **OBRAS SOCIALES:**

Ley N° 23.660

Régimen de aplicación

Sancionada: Diciembre 29 de 1988.

Promulgada: Enero 5 de 1989

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA REUNIDOS EN CONGRESO, ETC. SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

Artículo 1° — Quedan comprendidos en las disposiciones de la presente ley:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación;
- c) Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados; (Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 23890 B.O. 30/10/90).
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;
- e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2° inciso g) punto 4 de la ley 21.476;
- g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación;
- h) Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley.

Art. 2° — Las obras sociales comprendidas en los incisos c), d) y h) del artículo 1 funcionarán como entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa y tendrán el carácter de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas jurídicas; las obras sociales señaladas en los incisos a), e) y f) de dicho artículo funcionarán con individualidad administrativa, contable y financiera y tendrán el carácter de sujeto de derecho con el alcance que el Código Civil establece en el inciso 2 del segundo apartado del artículo 33.

Las obras sociales señaladas en el inciso b) del artículo 1, creados por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, mantendrán sus modalidades administrativas, contables y financieras conforme a las leyes que le dieron origen, con las salvedades especificadas en los artículos 37, 38, 39 y 40 de la presente ley.

Art. 3° — Las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud. Deberán, asimismo, brindar otras prestaciones sociales.

En lo referente a las prestaciones de salud formarán parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud -en calidad de agentes naturales del mismo- sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan.

Art. 4° — Las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza y forma de administración presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del seguro, la siguiente documentación ante la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL):

- a) Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- b) Presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento y la ejecución del programa;
- c) Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior;
- d) Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de confeccionar un registro de los mismos.

Art. 5° — Las obras sociales deberán destinar como mínimo el ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado en jurisdicción de la ANSSAL, a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro, a sus beneficiarios.

Las obras sociales que recauden centralizadamente deberán remitir mensualmente el setenta por ciento (70%) de lo recaudado en cada jurisdicción para atender las necesidades de salud de sus beneficiarios residentes en la misma jurisdicción. Asimismo asegurarán en sus estatutos mecanismos de redistribución regional solidaria que asegure el acceso de sus beneficiarios a los servicios de salud sin discriminaciones de ningún tipo.

Art. 6° — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley, como agentes del Seguro de Salud, deberán inscribirse en el registro que funcionará en el ámbito de la ANSSAL y en las condiciones que establezca la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su decreto reglamentario.

El cumplimiento de este requisito será condición necesaria para aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud.

Art. 7° — Las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación y la ANSSAL, en ejercicio de las funciones, atribuciones y facultades otorgadas por la legislación, serán de cumplimiento obligatorio para las obras sociales, exclusivamente en lo que atañe a su condición de agentes del Seguro de Salud.

Art. 8° — Quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus organismos autárquicos y descentralizados;

en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; (Inciso sustituido por Art. 2° de la Ley N° 23.890 B.O. 30/10/1990).

- b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

Art. 9° — Quedan también incluidos en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;
- b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1.5%) por cada una de las personas que se incluyan.

Art. 10. — El carácter de beneficiario otorgado en el inciso a) del artículo 8 y en los incisos a) y b) del artículo 9 de esta ley subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador, con las siguientes salvedades:

- a) En caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores que se hubieran desempeñado en forma continuada durante más de tres (3) meses mantendrán su calidad de beneficiarios durante un período de tres (3) meses, contados de su distracto, sin obligación de efectuar aportes;
- b) En caso de interrupción del trabajo por causa de accidente o enfermedad inculpable, el trabajador mantendrá su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes;
- c) En caso de suspensión del trabajador sin goce de remuneración, éste mantendrá su carácter de beneficiario durante un período de tres (3) meses. Si la suspensión se prolongare más allá de dicho plazo, podrá optar por continuar manteniendo ese carácter, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador;
- d) En caso de licencia sin goce de remuneración por razones particulares del trabajador, éste podrá optar por mantener durante el lapso de la licencia la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones de aportes a su cargo y contribución a cargo del empleador;

e) Los trabajadores de temporada podrán optar por mantener el carácter de beneficiarios durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo cumpliendo durante ese período con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley. Este derecho cesará a partir del momento en que, en razón de otro contrato de trabajo, pasen a ser beneficiarios titulares en los términos previstos en el artículo 8 inciso a) de la presente ley;

f) En caso que el trabajador deba prestar servicio militar obligatorio por llamado ordinario, movilización o convocatorias especiales, durante el período que aquél no perciba remuneración por esta causa mantendrá la calidad de beneficiario titular, sin obligación de efectuar aportes;

g) La mujer que quedare en situación de excedencia podrá optar por mantener su calidad de beneficiaria durante el período de la misma, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley;

h) En caso de muerte del trabajador, los integrantes de su grupo familiar primario mantendrán el carácter de beneficiarios, por el plazo y en las condiciones del inciso a) de este artículo. Una vez vencido dicho plazo podrán optar por continuar en ese carácter, cumpliendo con los aportes y contribuciones que hubieren correspondido al beneficiario titular. Este derecho cesará a partir del momento en que por cualquier circunstancia adquieran la calidad de beneficiarios titulares prevista en esta ley.

En los supuestos de los incisos precedentes, el mantenimiento de la calidad de beneficiario del trabajador en relación de dependencia se extiende a su respectivo grupo familiar primario.

La autoridad de aplicación facultada para resolver los casos no contemplados en este artículo, como también los supuestos y condiciones en que subsistirá el derecho al goce de las prestaciones, derivados de los hechos ocurridos en el período durante el cual el trabajador o su grupo familiar primario revestían la calidad de beneficiarios, pudiendo ampliar los plazos de las coberturas cuando así lo considere.

Art. 11. — Cada obra social elaborará su propio estatuto conforme con la presente ley y las normas que se dicten en consecuencia, el que presentará ante la Dirección Nacional de Obras Sociales para su registro.

Art. 12. — Las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley serán administradas conforme con las siguientes disposiciones:

a) Las obras sociales sindicales son patrimonio de los trabajadores que las componen. Serán conducidas y administradas por autoridad colegiada que no supere el número de cinco (5) integrantes, cuyos miembros serán elegidos por la asociación sindical con personería gremial signataria de los convenios colectivos de trabajo que corresponda, a través de su secretariado nacional, consejo directivo nacional o asamblea general de delegados congresales, conforme al estatuto de la obra social sindical. No existirá incompatibilidad en el ejercicio de cargos electivos entre las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley y la correspondiente asociación sindical;

b) Las obras sociales e institutos de administración mixta, creados por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, continuarán desarrollando sus funciones conforme a las disposiciones legales que le dieron origen, con las salvedades especificadas en los artículos 37, 38, 39 y 40 de la presente ley;

c) Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y de sus organismos autárquicos y descentralizados serán conducidas y administradas por un presidente propuesto por la Subsecretaría de Salud de la Nación, cuatro (4) vocales en representación del Estado propuestos por el respectivo organismo autárquico o descentralizado que corresponda y cuatro (4) vocales en representación de los beneficiarios que serán propuestos por la asociación sindical, con personería gremial pertinente. Todos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social; (Inciso sustituido por Art. 3° de la Ley N° 23.890 B.O. 30/10/1990).

d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado serán conducidas y administradas por un directorio integrado según las normas del inciso c). En estos casos la mitad de los vocales estatales serán designados a propuesta de la respectiva empresa. El presidente será designado por el Ministerio de Salud y Acción Social;

e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios serán administradas por una autoridad colegiada de hasta cinco (5) miembros en representación de los beneficiarios designados conforme a lo establecido en sus respectivos estatutos;

f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas -a la fecha de la presente ley- serán administradas de conformidad con lo dispuesto en los respectivos acuerdos o disposiciones mientras dure su vigencia;

g) Las asociaciones de obras sociales serán conducidas y administradas por cuerpos colegiados que no superen el número de siete (7) miembros elegidos por las obras sociales integrantes de la asociación;

h) Las obras sociales que adhieran a la presente ley mantendrán su propio régimen de administración y gobierno.

Art. 13. — Los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las obras sociales deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades e incompatibilidades civiles ni penales, su mandato no podrá superar el término de cuatro (4) años y podrán ser reelegidos.

Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de dichas entidades.

Art. 14. — Las obras sociales podrán constituir asociaciones de obras sociales que abarquen los beneficiarios residentes en el ámbito de funcionamiento de la asociación e integren sus recursos a fin de otorgar las prestaciones médico-asistenciales que corresponda a su calidad de agentes del Seguro de Salud.

Constituida la asociación tendrá la misma capacidad, derechos y obligaciones que las obras sociales en cuanto actúan en calidad de agentes del Seguro de Salud.

Art. 15. — Cuando la Administración Nacional del Seguro de Salud realice tareas de control y fiscalización en las obras sociales, en ejercicio y dentro de las facultades comprendidas por los artículos 7, 8, 9, 21 y concordantes de la Ley del Seguro Nacional de Salud, aquéllas facilitarán el personal y elementos necesarios para el cumplimiento de la aludida misión.

Art. 16. — Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales según la presente ley:

a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al cinco por ciento (5 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia; (Inciso sustituido por art. 23 de la Ley N° 25.239 B.O. 31/12/1999). (Nota Infoleg: por art. 80 de la Ley N° 25.565 B.O. 21/3/2002, se restituye al (6 %) la alícuota en concepto de contribución patronal al Sistema de Obras Sociales)

b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3%) de su remuneración. Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el artículo 9 último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1.5%) de su remuneración;

c) En el caso de las sociedades o empresas del Estado, la contribución para el sostenimiento de la obra social no podrá ser inferior, en moneda constante, al promedio de los doce (12) meses anteriores a la fecha de promulgación de la presente ley.

Asimismo, mantendrán su vigencia los aportes de los jubilados y pensionados y los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales determinados por leyes, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares.

Mantienen su vigencia los montos o porcentajes de los actuales aportes y/o contribuciones establecidos en las convenciones colectivas de trabajo u otras disposiciones, cuando fueren mayores que los dispuestos en la presente ley, como así también los recursos de distinta naturaleza a cargo de las mismas partes o de terceros, destinados al sostenimiento de las obras sociales.

Art. 17. — Las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza que se mencionan en el artículo anterior no podrán ser aumentados sino por ley.

Art. 18. — A los fines del artículo 16 de la presente ley, se entiende por remuneración la definida por las normas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia.

A los efectos de establecer los aportes y contribuciones, la remuneración no podrá ser inferior a la fijada en disposiciones legales o convenios colectivos de trabajo o a la retribución normal de la actividad de que se trate.

Establécese que, a los efectos de los beneficios que otorga la presente ley, los aportes y contribuciones deberán calcularse para los casos de jornadas reducidas de trabajo, sobre una base mínima igual a ocho horas diarias de labor calculadas conforme a la categoría laboral del beneficiario titular y en base al convenio colectivo de trabajo de la actividad de que se trate, aplicándose sobre veintidós (22) días mensuales de dicha jornada mínima, para el personal jornalizado.

Para el personal mensualizado, los aportes y contribuciones mínimos serán calculados sobre las remuneraciones establecidas en los convenios colectivos de trabajo para la actividad y de acuerdo a la categoría laboral del trabajador, en base a la cantidad de doscientas horas mensuales, salvo autorización legal o convención colectiva de trabajo que permita al empleador abonar una retribución menor.

Art. 19. — Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes en su carácter de agentes de retención deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener -al personal a su cargo-, dentro de los quince (15) días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración:

a) A la orden de la Obra Social que corresponda, el NOVENTA POR CIENTO (90%) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta Ley, cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta PESOS UN MIL (\$ 1.000.-) inclusive, y del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) cuando dichas remuneraciones superen los PESOS UN MIL (\$ 1.000.-). Para el caso de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, dicho porcentaje será del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta PESOS UN MIL (\$ 1.000.-) inclusive, y del OCHENTA POR CIENTO (80%) cuando superen ese tope; (Inciso sustituido por art. 21 del Decreto Nacional N° 486/2002 B.O. 13/2/2002)

b) Conforme los niveles remunerativos mencionados, el DIEZ POR CIENTO (10%) o el QUINCE POR CIENTO (15%), respectivamente, de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta Ley, y cuando se trate de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, el QUINCE POR CIENTO (15%) o el VEINTE POR CIENTO (20%), respectivamente, de la suma a depositarse se destinarán al Fondo Solidario de Redistribución, a la orden de las cuentas recaudadoras que determine la reglamentación. (Inciso sustituido por art. 21 del Decreto Nacional N° 486/2002 B.O. 13/2/2002)

c) El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16, a la orden de la obra social correspondiente;

d) El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16 a la orden de la ANSSAL, en los mismos términos que los indicados en el inciso b) precedente;

e) Cuando las modalidades de la actividad laboral lo hagan conveniente, la autoridad de aplicación podrá constituir a entidades en agentes de retención de contribuciones y aportes calculados sobre la producción, que equivalgan y reemplacen a los calculados sobre el salario, a cuyo efecto aprobará los convenios de corresponsabilidad suscriptos entre dichas entidades y las respectivas obras sociales.

Art. 20. — Los aportes a cargo de los beneficiarios mencionados en los incisos b) y c) del artículo 8 serán deducidos de los haberes jubilatorios de pensión o de prestaciones no contributivas que les corresponda percibir, por los organismos que tengan a su cargo la liquidación de dichas prestaciones, debiendo transferirse a la orden de la respectiva obra social en la forma y plazo que establezca la reglamentación.

Art. 21 — Para la fiscalización y verificación de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los responsables y obligados, los funcionarios e inspectores de la Dirección Nacional de Obras Sociales y de las obras sociales tendrán, en lo pertinente, las facultades y atribuciones que la ley asigna a los de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional.

Las actas de inspección labradas por los funcionarios e inspectores mencionados en el párrafo anterior hacen presumir, a todos los efectos legales, la veracidad de su contenido.

Art. 22. — Las obras sociales destinarán a sus gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicio, hasta un ocho por ciento (8%) de sus recursos brutos deducidos

los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado por la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud. La reglamentación establecerá el plazo dentro del cual las obras sociales deberán ajustarse a esa proporción de gastos administrativos.

Art. 23. — Los fondos previstos por la presente ley como también los que por cualquier motivo correspondan a las obras sociales deberán depositarse en instituciones bancarias oficiales nacionales, provinciales o municipales y serán destinados exclusivamente a la atención de las prestaciones y demás obligaciones de las mismas y de los gastos administrativos que demande su funcionamiento.

Las reservas y disponibilidades de las obras sociales sólo podrán ser invertidas en operaciones con las instituciones bancarias mencionadas en el párrafo anterior y/o en títulos públicos, con garantía del Estado, que aseguren una adecuada liquidez conforme a lo que determine la reglamentación.

Art. 24. — El cobro judicial de los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualizaciones adeudados a las obras sociales, y de las multas establecidas en la presente ley se hará por la vía de apremio prevista en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por las obras sociales o los funcionarios en que aquéllas hubieran delegado esa facultad.

Serán competentes los Juzgados Federales de Primera Instancia en lo Civil y Comercial. En la Capital Federal será competente la Justicia Nacional del Trabajo.

Las acciones para el cobro de los créditos indicados en el párrafo anterior prescribirán a los diez (10) años.

Art. 25. — Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social -Secretaría de Coordinación de Salud y Acción Social- la Dirección Nacional de Obras Sociales que actuará como autoridad de aplicación de la presente ley, con jurisdicción sobre las obras sociales del artículo 1°.

Art. 26. — La Dirección Nacional de Obras Sociales tendrá como fin promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales en todo aquello que no se encuentren obligadas por la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Actuará también como organismo de control para los aspectos administrativos y contables de las obras sociales.

Art. 27. — Para el cumplimiento de estos fines tendrá las siguientes atribuciones:

1° Requerirá y aprobará la memoria anual y balances de las obras sociales.

2° Requerirá y suministrará información adecuada para el mejor contralor de las obras sociales a la Dirección Nacional de Recaudación Previsional y a la ANSSAL.

3° Propondrá al Poder Ejecutivo Nacional la intervención de las obras sociales cuando se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento.

En este caso, cuando la denuncia provenga de la ANSSAL, por incumplimiento de sus obligaciones como agentes del seguro, se instrumentarán mecanismos sumarios para asegurar las prestaciones de salud garantizadas por la ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

4° Llevará un Registro de Obras Sociales en el que deberán inscribirse todas las obras sociales comprendidas en la presente ley, con los recaudos que establezca la autoridad de aplicación.

5° A los efectos de la verificación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley y demás normas complementarias, la Dirección Nacional de Obras Sociales podrá solicitar de las obras sociales la información necesaria, su ampliación y/o aclaraciones. Sin perjuicio de ello podrá requerir a la ANSSAL la colaboración de su sindicatura para que, constituida en la entidad, constate y/u obtenga la información que expresamente le recabe la Dirección Nacional de Obras Sociales.

6° Resolver los conflictos sobre encuadramiento de los beneficiarios de las obras sociales, determinando el destino de los aportes y contribuciones.

Art. 28. — Las violaciones a las disposiciones legales y reglamentarias o las que establezca el órgano de aplicación harán pasibles a las obras sociales de las siguientes sanciones, sin perjuicio de las que pudieren corresponder por otras leyes:

a) Apercibimiento;

b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, hasta cien (100) veces el monto del haber mínimo de dicha jubilación vigente al momento de hacerse efectiva la multa;

c) Intervención.

El órgano de aplicación dispondrá las sanciones establecidas en los incisos a) y b), graduándolas conforme a la gravedad y reiteración de las infracciones y la prevista en el inciso c) será dispuesta por el Poder Ejecutivo Nacional.

La intervención de la obra social implicará la facultad del interventor de disponer de todos los fondos que le correspondan en virtud de esta ley y se limitará al ámbito de la misma.

Art. 29. — Solamente serán recurribles las sanciones previstas en los incisos b) y c) del artículo 28 de esta ley dentro de los diez (10) días hábiles de notificadas por el órgano de aplicación o desde la publicación del acto pertinente por el Poder Ejecutivo Nacional, en su caso, ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Federal y Contencioso Administrativo o la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo de la Capital Federal a opción del recurrente. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del término aludido ante el órgano de aplicación, el que remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

En las jurisdicciones provinciales, será competente la Cámara Federal con jurisdicción en el domicilio del sancionado.

La sanción prevista en el artículo anterior, inciso c), será recurrible al solo efecto devolutivo.

Art. 30. — Los bienes pertenecientes a la administración central del Estado, organismos descentralizados, empresas y sociedades del Estado, para estatales o de administración mixta afectados a la prestación de los servicios médico-asistenciales del Seguro Nacional de Salud, serán transferidos a la obra social correspondiente.

Art. 31. — Dispónese la condonación de la deuda que las obras sociales y las asociaciones de obras sociales mantienen con el Instituto Nacional de Obras Sociales (Fondo de Redistribución) por los conceptos enumerados en el artículo 21 inciso c) de la ley 18610 y artículo 13 incisos a) y b) de la ley 22.269, contraída hasta el último día del mes inmediato anterior al de la fecha de promulgación de la presente.

Art. 32. — Los bienes afectados al funcionamiento de las obras sociales cuyo dominio pertenezca a una asociación sindical de trabajadores continuarán en el patrimonio de la asociación, pero las respectivas obras sociales no reconocerán usufructos a título oneroso por la utilización de dichas instalaciones, quedando a cargo de la obra social los gastos de mantenimiento, administración y funcionamiento.

Art. 33. — Las obras sociales del régimen de la ley 22.269 actualmente existente, cualquiera sea su naturaleza jurídica, continuarán en su desenvolvimiento durante el período de la adecuación a las disposiciones de la presente ley.

Art. 34. — Las obras sociales deberán adecuarse al régimen de la presente ley dentro del plazo de un (1) año a contar de la fecha de su vigencia. Este plazo podrá ser prorrogado por el Poder Ejecutivo Nacional si las circunstancias lo hicieren necesario.

Art. 35. — Durante el período comprendido entre la entrada en vigencia de esta ley y la normalización de las obras sociales, la administración de las mismas será:

a) En las obras sociales sindicales correspondientes a sindicatos que estén normalizados, dichos sindicatos designarán un administrador que será reconocido por la Dirección Nacional de Obras Sociales como representante legal de la obra social.

Del mismo modo se procederá a medida que las demás asociaciones sindicales completen su normalización institucional;

b) Las obras sociales constituidas por leyes especiales se normalizarán conforme a lo dispuesto por esta ley, dentro de los cien (100) días corridos contados a partir del siguiente al de su promulgación.

c) Las obras sociales de la administración central del Estado nacional sus organismos autárquicos y descentralizados y del Poder Judicial serán conducidas por una comisión normalizadora conformada de acuerdo con lo establecido en el inciso c) del artículo 12 de esta ley y presidida por un representante del Estado;

d) En las obras sociales del personal de dirección, las actuales autoridades serán las encargadas de continuar con la administración debiendo cumplimentar los recaudos de esta ley.

Art. 36. — Las autoridades provisionales a que hace referencia el artículo anterior procederán a elaborar los estatutos de la obra social, que elevarán para su registro a la Dirección Nacional de Obras Sociales, de acuerdo con las normas que ésta dicte.

Art. 37. — Sustitúyese el artículo 5° de la ley 19.772, el que queda así redactado:

Artículo 5° - La dirección y administración de la obra social estará a cargo de un directorio, designado por el Ministerio de Salud y Acción Social, con observancia de los recaudos previstos en el artículo 7° de la presente ley, integrado por un presidente, un vicepresidente y cuatro directores, todos ellos a propuesta de la Confederación General de Empleados de Comercio de la República Argentina y dos directores en representación del Estado. El Ministerio de Salud y

Acción Social deberá designar a los integrantes del directorio conforme al párrafo anterior, dentro del término de treinta (30) días de recibida la propuesta.

Art. 38. — Sustitúyese el artículo 4° de la ley 18.299, el que quedará redactado así:

Artículo 4° - La administración del Instituto estará a cargo de un consejo de administración el que será integrado por un presidente propuesto por el consejo de administración, seis (6) vocales en representación del personal de la industria del vidrio y sus actividades afines, cinco (5) de los cuales provendrán del sindicato obrero y uno (1) por el sindicato de empleados, dos (2) vocales en representación de los empleadores, que serán propuestos por entidades suficientemente representativas de la industria del vidrio y afines y dos (2) vocales en representación del Estado, propuestos por la Secretaría de Estado de Salud de la Nación.

Todos ellos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Los vocales podrán ser reemplazados por sus representados, en cuyo caso el nuevo vocal ejercerá su mandato hasta la finalización del período que le correspondiere al sustituido.

Art. 39. — Sustitúyese el artículo 5° de la ley 19.032, modificada por sus similares 19.465; 21.545; 22.245 y 22.954, el que queda así redactado.

Artículo 5° - El gobierno y administración del Instituto estarán a cargo de un directorio integrado por un presidente en representación del Estado y doce (12) directores, cuatro (4) en representación de los beneficiarios, dos (2) en representación de los trabajadores activos y seis (6) en representación del Estado, designados todos ellos por el ministerio de Salud y Acción Social.

La designación de los directores en representación de los beneficiarios se hará a propuesta de las entidades representativas y deberán ser jubilados o pensionados del Régimen Nacional de Previsión.

La designación de los directores en representación de los trabajadores activos, se hará a propuesta de la Confederación General del Trabajo de la República Argentina.

El presidente y los directores durarán cuatro (4) años en sus funciones, pudiendo ser reelegidos y gozarán de la remuneración que establezca el Presupuesto.

Art. 40. — Sustitúyese los artículos 5° y 7° de la ley 19.518, los que quedan así redactados:

Artículo 5° - El Instituto será dirigido y administrado por un directorio integrado por un (1) presidente, un (1) vicepresidente, doce (12) directores y un (1) síndico.

Artículo 7° - Los directores del Instituto serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de las siguientes entidades: uno (1) por la Asociación Argentina de Compañías de Seguros, uno (1) por la Asociación de Cooperativas y Mutualidades de Seguro, uno (1) por la Asociación Argentina de Sociedades de Capitalización, uno (1) por la Asociación de Aseguradores Extranjeros en la Argentina, seis (6) por la asociación profesional de trabajadores con personería gremial representativa de las actividades comprendidas y dos (2) en representación del Estado, a propuesta de la Secretaría de Salud de la Nación.

El síndico será designado por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de la ANSSAL.

Art. 41. — Las obras sociales por convenio a que se refiere el artículo 1° inciso f), existentes en la actualidad, continuarán desarrollando su actividad dentro del sistema de la presente ley, salvo

que dentro del plazo de noventa (90) días cualquiera de las partes denunciara el respectivo acuerdo ante la Dirección Nacional de Obras Sociales.

Art. 42. — A partir de la fecha de promulgación de la presente ley las funciones y atribuciones previstas para la Dirección Nacional de Obras Sociales serán asumidas por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), hasta tanto se reglamente esta ley y comience a funcionar el nuevo organismo.

El personal del Instituto Nacional de Obras Sociales tendrá garantizada su continuidad laboral en el ámbito de la Administración Pública Nacional.

Art. 43. — Los integrantes de los directorios de las obras sociales comprendidas en el inciso b) del artículo 1' de la presente ley podrán o no ser confirmados en sus cargos por las autoridades constitucionales que asuman en el año 1989. Tanto los confirmados como los reemplazantes completarán los períodos legales que en cada caso corresponda.

Art. 44. — Deróganse las leyes 18.610, 22.269, decretos y toda otra disposición que se oponga a lo regulado por la presente ley.

Art. 45. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTINUEVE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO. — JUAN CARLOS PUGLIESE. — VICTOR H. MARTINEZ. — Carlos A. Bravo. — Antonio J. Macris.

● MEDICINA PREPAGA

Ley 26.682

Marco Regulatorio de Medicina Prepaga.

Sancionada: Mayo 4 de 2011

Promulgada: Mayo 16 de 2011

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPAGA

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º — *Objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas en la presente ley las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial 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 sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores

propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa. En todas aquellas actividades que resulten ajenas a dicho objeto continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan.

(Artículo sustituido por art. 1° del [Decreto N° 1991/2011](#) B.O. 01/12/2011. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la [Resolución N° 132/2018](#) de la Superintendencia de Servicios de Salud B.O. 25/10/2018 se establece un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos de publicada la norma de referencia como plazo límite para que aquellos sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 (modificado por Decreto N° 1991/11) que hubieren iniciado actividades con anterioridad a la fecha de publicación de la Resolución N° 55/2012-SSSALUD, puedan iniciar el trámite de inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.).)

ARTÍCULO 2º — Definición. A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten 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 sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

ARTÍCULO 3º — Limitaciones. No pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta ley:

- 1) Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550;
- 2) Los inhabilitados judicialmente para ejercer cargos públicos;
- 3) Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno o administración de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley.

CAPÍTULO II

DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 4º — Autoridad de Aplicación. Es Autoridad de Aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda.

ARTÍCULO 5º — Objetivos y Funciones. Son objetivos y funciones de la Autoridad de Aplicación:

- a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- b) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;

- c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;
- d) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto;
- e) Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);
- f) Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8º de la presente ley;
- g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1º;
- h) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente;
- i) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, 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 por cada una de ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;
- j) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;
- k) Establecer un sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley así como los establecimientos y prestadores propios o contratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados;
- l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la ley 19.550;
- m) Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscriptos en el Registro que cuenten con similar modalidad de cobertura de salud y cuota. La transferencia se acordará en el marco del Consejo Permanente de Concertación definido en el artículo 27 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario.

ARTÍCULO 6º — *Comisión Permanente.* Créase como órgano de articulación de las funciones fijadas en la presente ley una Comisión Permanente que estará constituida por tres (3) representantes del Ministerio de Salud y tres (3) del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

CAPÍTULO III

DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 7º — Obligación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente;
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;
- c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la presente ley.

Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación.

En todos los planes de cobertura médico asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

CAPÍTULO IV

DE LOS CONTRATOS

ARTÍCULO 8º — Modelos. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 9º — Rescisión. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

ARTÍCULO 10. — Carencias y Declaración Jurada. Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a

partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

ARTÍCULO 11. — *Admisión Adversa.* La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

ARTÍCULO 12. — *Personas Mayores de 65 Años.* En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

ARTÍCULO 13. — *Fallecimiento del Titular.* El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato.

ARTÍCULO 14. — *Cobertura del Grupo Familiar.*

a) Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

ARTÍCULO 15. — *Contratación Corporativa.* El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días.

ARTÍCULO 16. — *Contratos Vigentes.* La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes.

ARTÍCULO 17. — *Cuotas de Planes.* La Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

CAPÍTULO V

DE LOS PRESTADORES

ARTÍCULO 18. — *Aranceles.* La Autoridad de Aplicación debe fijar los aranceles mínimos obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores públicos y privados. La falta de cumplimiento de aranceles o la mora en el pago a los prestadores hace pasibles, a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley de las sanciones previstas en el artículo 24 de la presente.

ARTÍCULO 19. — *Modelos de Contrato.* Los modelos de contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los prestadores deben adecuarse a los modelos que establezca la Autoridad de Aplicación.

CAPÍTULO VI

DE LAS OBLIGACIONES

ARTÍCULO 20. — *Hospitales Públicos.* Aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud.

Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres (3) días para su validación posterior.

En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector, puede requerirse la intervención de la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 21. — *Capital Mínimo.* Las Empresas de Medicina Prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un Capital Mínimo, que es fijado por la Autoridad de Aplicación.

Los Agentes de Seguro de Salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 22. — *Información Patrimonial y Contable.* Los Agentes del Seguro de Salud que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.

ARTÍCULO 23. — *Planes de Adhesión y Fondo Solidario de Redistribución.* Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que

comercialicen los Agentes del Seguro de Salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales.

CAPITULO VII

DE LAS SANCIONES

ARTÍCULO 24. — *Sanciones.* Toda infracción a la presente ley será sancionada por la Autoridad de Aplicación conforme a lo siguiente:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa cuyo valor mínimo es equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30%) de la facturación del ejercicio anterior;
- c) Cancelación de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la ley 19.549 de procedimientos administrativos.

Toda sanción puede ser apelada ante la Cámara Nacional de Apelaciones, en lo Contencioso Administrativo Federal. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, quien remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.

CAPÍTULO VIII

DEL FINANCIAMIENTO

ARTÍCULO 25. — *Recursos.* Los recursos del Ministerio de Salud con relación a la presente ley, están constituidos por:

- a) Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación;
- b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley a la Autoridad de Aplicación;
- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

CAPÍTULO IX

DISPOSICIONES ESPECIALES

ARTÍCULO 26. — *Derecho de los Usuarios.* Sin perjuicio de los que establezcan las demás normas de aplicación, los usuarios gozan de los siguientes derechos:

- a) Derecho a las prestaciones de emergencia: los usuarios tienen derecho, en caso de duda, a recibir las prestaciones de emergencia, correspondiendo en forma posterior resolver si se encuentran cubiertas por el plan contratado;

b) Derecho a la equivalencia: los usuarios tienen derecho a una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual.

ARTÍCULO 27. — Créase como órgano consultivo un Consejo Permanente de Concertación, integrado ad-honorem por representantes del Ministerio de Salud, de la Autoridad de Aplicación de la ley 24.240, de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de los usuarios y de las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Ministerio de Salud dictará el reglamento de funcionamiento del citado consejo.

ARTÍCULO 28. — *Orden Público.* La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 29. — *Reglamentación.* El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

ARTÍCULO 30. — Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tendrán un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

ARTÍCULO 31. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, EL DIA CUATRO DE MAYO DEL AÑO DOS MIL ONCE.

— REGISTRADO BAJO EL Nº 26.682 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

● SALUD PÚBLICA. PLAN MÉDICO OBLIGATORIO

Ministerio de Salud

Resolución 201/2002

Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660.

Bs. As., 9/4/2002

VISTO las Leyes 23.660 y 23.661, los Decretos Nros. 576/93, 865/00, 486/02 y las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 939/00, 1/01 y 45/01; y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto Nº 486/02 declaró la Emergencia Sanitaria en todo el país, a los efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la Conservación de la salud de todos los habitantes de la Nación.

Que en el mencionado decreto faculta al Ministerio de Salud para definir en un plazo de TREINTA (30) días, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución Nº

939/00 del citado Ministerio y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria.

Que a esos fines se consideran prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia.

Que de este modo el Sistema Nacional del Seguro de Salud, debe tender a garantizar la equidad, la universalidad y la solidaridad para todos sus beneficiarios.

Que la caída de los recursos financieros del sector salud han motivado la ruptura de la cadena de pagos, con el consiguiente riesgo para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud de no recibir las prestaciones básicas esenciales que garanticen el cuidado de la salud.

Que la normativa que aprobó el Programa Médico Obligatorio y sus modificatorias, no garantiza las prestaciones básicas indispensables, porque no jerarquiza relación costo–efectividad ni la medicina basada en evidencia por lo que al dispersar el recurso económico no premia la eficiencia ni la eficacia.

Que la falta de inversión en los programas de atención primaria de la salud y la prevención sobre los grupos vulnerables provocan mayores gastos en enfermedades catastróficas y mayor morbimortalidad sobre afecciones evitables.

Que, de no realizar acciones concretas, la pérdida de financiamiento llevará a la eventual desaparición de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, que aun siendo viables en esta emergencia corren riesgo cierto de desaparecer.

Que la caída en la consulta médica, la falta de medidas de prevención y la no provisión de medicamentos e insumos, hacen necesario generar mecanismos para que las obras sociales garanticen las prestaciones básicas a sus beneficiarios y esto se manifieste en mejor calidad de vida.

Que existe discordancia entre las prestaciones a las que se obliga a los Agentes del Sistema Nacional Seguro de Salud a través de la Resolución N° 939/00 y los recursos humanos y materiales para sustentarla.

Que en la Resolución N° 939/00 se admite la cobertura de prácticas y procedimientos no avalados por la evidencia científica.

Que debe asegurarse en una situación de emergencia sanitaria como la presente un Conjunto de Prestaciones Básicas Esenciales que permitan mantener el espíritu solidario del sistema y solucionar los problemas más frecuentes en la práctica médica.

Que se deben priorizar las políticas de prevención de la enfermedad por sobre las acciones curativas basadas en las distintas características sociodemográficas que tienen cada una de las poblaciones de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud

Que asegurar la provisión de tecnología adecuada a un costo que el sistema pueda afrontar es vital, como lo indica la Declaración de Alma Ata.

Que es un deber normatizar la utilización de aquellas prestaciones de alto costo que se corresponden a patologías de baja incidencia, con el objeto de garantizar una utilización racional, dado que la sobreutilización provoca un fuerte impacto económico negativo en

detrimento de prácticas y procedimientos de probada efectividad clínica ante iguales circunstancias.

Que en la Emergencia Sanitaria se debe garantizar el acceso a la salud de todos y en especial la protección de la salud de los grupos más vulnerables como embarazadas, niños en edad escolar, mayores de SESENTA Y CINCO 65 años y otros reglamentados por leyes especiales.

Que, de acuerdo a lo establecido por el Decreto Nº 486/02 se le ha dado intervención al INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.

Que dado el carácter dinámico que tiene la evolución de la ciencia médica, y la crítica situación en la que se encuentra el país, surge por tanto la necesidad de actualizar periódicamente este instrumento para lo cual la misma Resolución Nº 939/00 sentó las bases para la conformación del trabajo de la Comisión de Seguimiento Permanente del Programa Médico Obligatorio.

Que para ello ha sido necesario a su vez no sólo generar consensos a través de los integrantes de la Comisión de referencia, sino también el apoyo continuo de un grupo de evaluación de tecnología a fin de brindar soporte a dicha Comisión.

Que es necesario mantener coherencia conceptual entre los distintos anexos que integran el PMO, así como con las normativas generales existentes, tales como las emanadas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad Médica.

Que en el Anexo II de la Resolución Nº 939/00 y sus modificatorias se estableció un Catálogo de Prestaciones del PMO y se hace necesario explicitar sus alcances, así como también dar cuenta de una serie de prácticas establecidas como de alta complejidad, a las cuales la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se había comprometido a normatizar.

Que debe depender la obligatoriedad de su cobertura de una correcta indicación médica, acorde a los principios establecidos en el modelo de abordaje de medicina basada en la evidencia.

Que en el proceso de normatizar prácticas se arriba a conclusiones que inicialmente descartan la indicación de éstas en determinadas condiciones, lo cual no implica que existan potenciales indicaciones no consideradas en esta resolución pero pasibles de actualización a partir de la Comisión de referencia.

Que este Programa Médico Obligatorio fue sometido a consideración de distintos actores del sector dentro del marco del Diálogo Argentino, en la Mesa Sectorial de Salud, donde se establecieron como objetivos generales: sostener y mejorar el sistema de salud para evitar el impacto sanitario de la crisis socioeconómica, priorizar la prevención y la atención de la salud maternoinfantil, recomponer el acceso al medicamento así como el insumo crítico para la atención médica y asegurar la continuidad de los servicios de la Seguridad Social.

Que las causales de interés público precedentemente expuestas habilitan asimismo al suscripto para que, de oficio y mediante resolución fundada, suspenda legítimamente la ejecución del Programa Médico Obligatorio vigente.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en el marco de las atribuciones acordadas por el artículo 18 del Decreto Nº 486/02 y el artículo 12 de la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos Nº 19.549.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE

Artículo 1º — Aprobar el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley 23.660, detalladas en los Anexos I, II, III y IV que forman parte de la presente Resolución y que en lo sucesivo se denominaran Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).

Art. 2º — Disponer que los Agentes del Seguro deberán adaptar todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos a los efectos de garantizar el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) a todos sus beneficiarios.

Art. 3º — Establecer que este Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) entrará en vigencia a partir de la publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4º — Disponer que el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) tendrá vigencia mientras dure la Emergencia Sanitaria, debiendo la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD conformar una Comisión de revisión del Programa Médico Obligatorio definitivo, a ser presentado para su aprobación antes del 31 de Diciembre de 2002.

Art. 5º — Suspender los efectos de las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 939/00; 1/01; 45/01 y todas aquellas que se opongan a la presente, mientras subsista la Emergencia Sanitaria.

Art. 6º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.
— Ginés M. González García.