



## SÍNTESIS INFORMATIVA DEPARTAMENTO DE DERECHO CORPORATIVO

---

### Reglamentación de la Ley de Medicina Prepaga

Mediante el decreto 1991/2011 el PEN modificó el art. 1 de la ley 26.682 a fin de equiparar la situación de las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de salud con la del resto de los agentes del seguro de salud comprendidos en la primera parte del artículo 1º de la ley 26.682<sup>1</sup>.

Asimismo, mediante el decreto 1993/2011 el PEN reglamentó la ley 26.682, reglamentación que entrará en vigencia el día 9 de diciembre de 2011. A continuación, se destacan los principales aspectos de la nueva norma:

1. Establece la documentación que debe ser presentada ante la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) por los titulares, fundadores, directores, administradores, miembros del consejo de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes en forma previa a la asunción del cargo (art. 3º).
2. Dispone la creación del Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) en el que deberán inscribirse los sujetos comprendidos en el art. 1 de la ley 26.682. Al momento de inscribirse en el registro, se deberán presentar los modelos de contrato a suscribir con los usuarios para la aprobación de la SSS (art. 5º, b) 1.).
3. Estipula que las cuotas que deban abonar los usuarios deberán ser autorizadas por la SSS. Los aumentos autorizados no podrán implementarse hasta luego de transcurridos 30 días hábiles desde que fueran informados a los usuarios. Dicha notificación puede ser

---

<sup>1</sup> El nuevo ARTICULO 1º reza: "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."



efectuada incorporándola en la factura de los meses precedentes (art. 5º inc. g)). Destacamos en este punto que la norma exige que la notificación al usuario sea efectuada con 30 días hábiles de antelación, y posteriormente menciona que la notificación puede ser realizada en la factura del mes precedente, razón por la cual existe una inconsistencia entre ambas obligaciones ya que para poder notificar con 30 días hábiles de antelación, la notificación se debería incluir en la factura correspondiente a dos meses precedentes a la efectiva aplicación del aumento.

4. Los créditos que los efectores del sector público pudieran tener contra las empresas comprendidas en el art. 1 de la ley 26.682, deberán ser resueltos dentro de los 30 días hábiles de efectuado el reclamo bajo apercibimiento de la aplicación de las sanciones establecidas en la ley 26.682 (art. 5º inc. h)). La SSS estará facultada para debitar dichos importes de la cuenta especial que debe ser abierta para percibir los importes de las cuotas de los planes (art. 20).

5. Se deben presentar balances ante la SSS, el anual de cierre de ejercicio con dictamen de contador público independiente, y además estados intermedios con informe profesional a los 4 y 8 meses del inicio del ejercicio económico. Además, se debe acompañar un detalle pormenorizado de los efectores médico asistenciales que integren el pasivo y los montos adeudados (art. 5 inc. i).

6. Las empresas y prestadores deben cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) en vigencia (art. 7).

7. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin penalidad alguna. Sin perjuicio de ello, y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, solo se permite ejercer el mismo una vez por año. Sin perjuicio de ello, nada se prevé para el caso que el usuario sea dado de baja por alguna empresa de medicina prepaga por falta de pago de tres cuotas consecutivas, lo que permitiría violar la prohibición de darse de baja más de una vez por año (art. 9).

8. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por el usuario a la previa cancelación de las sumas adeudadas a las entidades comprendidas en el artículo 1º de la presente reglamentación (art. 9, 1)).

9. Los sujetos mencionados en el art. 1 de la ley 26.682 estarán obligados a rescindir el contrato por falta de pago de tres cuotas íntegras y consecutivas: será obligación notificar de inmediato la constitución en mora intimando al usuario a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de diez días hábiles (art. 9, 2)).

10. Las carencias sólo podrán establecerse para el acceso a las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, no pudiendo exceder en ningún caso de 12 meses corridos contados desde el inicio de la relación contractual (art. 10).

11. La SSS establecerá las situaciones de preexistencia (enfermedades previas al contrato con la prestadora) que podrán ser de carácter temporario, crónico o de alto costo que registrarán para todos los tipos de contratos entre las partes comprendidas en el presente decreto sin excepción (art. 10 párrafo 4).



12. Se autorizará valores diferenciales en los casos que se declaren enfermedades preexistentes debidamente justificadas y, que en el caso de las de carácter temporario, la duración del período de pago de la cuota diferencial, no podrá ser mayor a tres años consecutivos, al cabo de los cuales la cuota será del valor normal del plan acordado (art. 10 párrafo 8).
13. La SSS deberá definir una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo para definir el aumento de los costos aplicables a las personas mayores de 65 años (art. 12).
14. En caso de muerte del titular se debe garantizar a los integrantes del grupo familiar primario la cobertura del PMO durante un periodo de 2 meses en forma gratuita (art. 13).
15. Los contratos actualmente vigentes deberán ser ajustados a los modelos de contratación que autorice la SSS (art. 16).
16. Los aumentos de cuotas sólo podrán hacerse con acuerdo de la SSS y dictamen de la Secretaría de Comercio Interior. Luego, la autorización, se girará al Ministerio de Salud (art. 17).
17. El pago de las cuotas deberá ser efectuado a través la red bancaria, en una cuenta única y exclusiva habilitada únicamente para la recepción del pago de dichos conceptos. Cada entidad deberá denunciar ante la SSS, los datos de la entidad bancaria y de la cuenta recaudadora. Las respectivas entidades bancarias deberán debitar automáticamente los importes correspondientes a los artículos 24 (sanciones) y 25 (financiamiento de la SSS) de la ley 26.682, antes del giro a la cuenta individual de cada entidad. Dichos débitos deberán ser acreditados por las entidades bancarias en una cuenta especial de la SSS (art. 17 párrafo 3).
18. La diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo podrá darse al momento del ingreso del usuario al sistema. Una vez ingresado al sistema, la cuota sólo podrá modificarse por los aumentos expresamente autorizados, con excepción del régimen establecido para aquellos que alcancen los 65 años de edad y que no cuenten con 10 años de antigüedad continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación (art. 17 párrafo 4).
19. La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de tres veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa (art. 17 párrafo 5).
20. La SSS será la encargada de dictar las resoluciones que fijen las pautas a las que deberán ajustarse los modelos de contratos a implementarse entre las empresas de medicina prepaga y los prestadores y establecer las garantías y avales que deberán cumplimentar las Empresas de Medicina Prepaga (art. 19).
21. De producirse un cambio de prestador en la cartilla, el usuario tendrá derecho a seguir siendo asistido en el prestador original sin costo adicional alguno hasta el alta médica de la patología existente a la fecha de cambio del prestador (art. 26).

En caso que necesite asesoramiento al respecto o requiera despejar alguna duda por favor comuníquese con nosotros a los teléfonos abajo indicados.



BULLÓ · TASSI · ESTEBENET · LIPERA · TORASSA  
ABOGADOS

Gustavo Torassa  
[gtorassa@ebullo.com.ar](mailto:gtorassa@ebullo.com.ar)  
4320-9600, Ext. 122

Esteban Grambicka  
[egrambicka@ebullo.com.ar](mailto:egrambicka@ebullo.com.ar)  
4320-9600, Ext. 220