

Decreto 576/1993

Obras Sociales

Reglamentación del sistema de Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Buenos Aires, 1º de Abril de 1993; Boletín Oficial, 7 de Abril de 1993.

VISTO las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y los Decretos Nros. 358/90, 359/90 y 9/93, y

CONSIDERANDO:

Que los Decretos Nros. 358 y 359/90 reglamentaron respectivamente las Leyes de Obras Sociales (23.660) y de Seguro Nacional de Salud (23.661).

Que, con posterioridad, se dicta el Decreto N° 9/93 en consonancia con las políticas de desregulación dirigidas en este aspecto a la optimización de la eficiencia de los servicios asistenciales prestados por las obras sociales, atento a su básica función social.

Que por medio de dicha normativa se propicia la libertad de elección del afiliado, la mayor competencia entre las obras sociales y el control de su funcionamiento por los propios beneficiarios.

Que lo antedicho se complementa con la adecuada regulación de la fiscalización estatal de las obras sociales en tanto agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Que se sistematizan los aportes a las Obras Sociales en general y al fondo solidario de Redistribución en particular.

Que corresponde, además determinar mecanismos unificados de recaudación información, empadronamiento y afiliación.

Que, asimismo, se establecieron pautas complementarias del mencionado Sistema Nacional del Seguro de Salud y de funcionamiento de la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL).

Que, en consecuencia, corresponde el reemplazo de la normativa reglamentaria oportunamente aprobada, sustituyéndola por la que se aprueba por medio del presente Decreto.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL ha tomado la intervención de su competencia.

Que el presente se dicta en uso de las facultades emergentes del artículo 86, inciso 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Apruébase la reglamentación del sistema de Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud que, como Anexos I y II, respectivamente, forma parte del presente Decreto.

Art. 2° — Deróganse los Decretos Nros. 358 y 359/90.

Art. 3° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Julio C. Aráoz.

ANEXO I

REGLAMENTACION DE LA LEY 23.660

ARTICULO 1° — Incluye la totalidad de las obras sociales inscriptas bajo el régimen de la Ley 22.269, cualquiera fuera su origen y naturaleza y las que se autoricen como consecuencia de la legislación vigente.

a) Las obras sociales comprendidas en este inciso son aquellas que tuvieron su origen sindical, fueron reconocidas por la Ley 18.610, continuaron incorporadas al sistema en las condiciones establecidas por la Ley 22.269 y se inserten al régimen de la Ley 23.660 y cumplimenten lo previsto en los Artículos 2, 7 y 11 y concordantes de la misma.

b) Se entiende por institutos de administración mixta a aquellos que fueron caracterizados como tales por sus Leyes de creación, las que mantienen su vigencia, con sus modificaciones posteriores y las que se detallan en los Artículos 37, 38, 39 y 40 de la Ley 23.660.

Las demás entidades creadas por la Ley que en razón de su objeto principal se encuentren comprendidas en el inciso que se reglamenta, deberán adecuarse a las prescripciones de la Ley 23.660.

c) Sin reglamentar

d) Sin reglamentar

e) Las obras sociales del personal de dirección y las de las asociaciones profesionales de empresarios inscriptas bajo el régimen de la Ley 22.269 que se hallen funcionando al tiempo de entrar en vigencia la Ley 23.660 continuarán desarrollando su actividad

adecuando sus estatutos y funcionamiento a lo normado por dicha Ley, esta reglamentación y las disposiciones que dicte la DINOS.

f) La continuación de las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas quedará sujeta a lo que acuerden las partes. En el supuesto de decidirse su continuidad deberán adecuar su funcionamiento a las previsiones de las leyes 23.660, 23.661 y por esta reglamentación.

g) La DINOS establecerá los requisitos que deberán cumplimentar las entidades comprendidas en el inciso g) del Artículo 1º para incorporarse al régimen de la Ley 23.660.

h) La DINOS establecerá los requisitos que deberán cumplimentar las entidades comprendidas en el inciso h) del artículo 1º para incorporarse al régimen de la Ley 23.660.

ARTICULO 2º — Cualquiera sea el origen y la naturaleza jurídica de las obras sociales, son sujetos de derecho y obligaciones con total separación e independencia de otra persona jurídica. La autoridad de aplicación dictará normas tendientes a que las denominaciones de las obras sociales sean claras sin posibilidad de confusión con otras entidades jurídicas o gremiales.

ARTICULO 3º — Las "otras prestaciones sociales" que deben otorgar las obras sociales son aquellas no comprendidas en la cobertura médico asistencial regulada por los artículos 25, 26, 27, 28 y concordantes de la Ley 23.661. La Dirección Nacional de Obras Sociales establecerá las normas y prioridades bajo las cuales deben brindarse "otras prestaciones sociales" cuyo financiamiento deberá atenderse con el excedente de los recursos que prioritariamente se tienen que destinar a las prestaciones de los servicios de atención de salud y gastos administrativos.

Las obras sociales presentarán ante la DINOS los programas de otras prestaciones sociales que prevean conceder a sus beneficiarios consignando el costo y precisando el origen de los recursos para atenderlo.

La DINOS podrá aprobar o rechazar, total o parcialmente, las propuestas si la financiación prevista afecta los recursos que deben destinarse a las prestaciones de los servicios de salud y gastos administrativos, vulnerándose de tal modo el porcentaje establecido en los Artículos 5 y 22 de la Ley 23.660.

La calidad de agentes naturales del Sistema Nacional de Seguro de Salud que la Ley les reconoce a las Obras Sociales, preservando su individualidad jurídica, implica que deben garantizar a sus beneficiarios en los términos del Artículo 7 de la Ley 23.660, la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las normas, disposiciones y requisitos que establezcan la Secretaría de Salud y la ANSSAL.

ARTICULO 4° — Sin reglamentar.

ARTICULO 5° — Los recursos brutos aludidos en este Artículo, comprenden aquellos que perciban las obras sociales por cualquier concepto, con exclusión de:

- a) Las sumas comprendidas en el cumplimiento de cargos por donaciones en lo no referido a prestaciones de servicios de atención de salud.
- b) Las sumas provenientes de apoyos financieros otorgados.
- c) Las sumas provenientes de las prestaciones de otros servicios de carácter social.

Facúltase a la DINOS para establecer y hacer cumplir, en el término y en las condiciones que estipule, el mecanismo que garantice la aplicación de lo establecido en el 2do. párrafo del Artículo 5° de la Ley 23.660, como también para resolver las interpretaciones y/o dudas que puedan presentarse.

ARTICULO 6° — Sin reglamentar.

ARTICULO 7° — Las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones a que se refiere el Artículo serán tramitadas y aplicadas según las previsiones de la Ley 23.661 y su reglamentación, sin perjuicio de la responsabilidad personal y solidaria que corresponda a los miembros de los cuerpos directivos, en los términos del Artículo 13.

ARTICULO 8° — Los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD estarán obligados a admitir la afiliación por opción, de afiliados titulares del Sistema hasta un máximo de:

1) VEINTE POR CIENTO (20%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón, vigente al 1° de enero de 2001, durante el transcurso del referido año.

2) CUARENTA POR CIENTO (40%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón, vigente al 1° de enero de 2002, durante el transcurso del referido año.

3) SESENTA POR CIENTO (60%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón, vigente al 1° de enero de 2003, durante el transcurso del referido año.

4) OCHENTA POR CIENTO (80%) del total de sus beneficiarios titulares, calculado sobre la base de su padrón, vigente al 1° de enero de 2004, durante el transcurso del referido año.

A partir del 1° de enero de 2005, no habrá límite para la afiliación por opción, quedando obligados a admitir la afiliación de todo aquel que lo solicite.

Las obras sociales constituidas por convenio de empresa, según lo establecido en el inciso f) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 y sus modificatorias, quedan exceptuadas de la escala precedente en los DOS (2) primeros años, rigiéndose por la siguiente:

a) DIEZ POR CIENTO (10%) del total de los beneficiarios titulares de su padrón vigente al 1° de enero de 2001, durante el transcurso del referido año.

b) TREINTA POR CIENTO (30%) del total de los beneficiarios titulares de su padrón vigente al 1° de enero de 2002, durante el transcurso del referido año.

A partir del 1° de enero de 2003, las obras sociales citadas en el párrafo precedente estarán obligadas a admitir la afiliación por opción según lo previsto en la escala general del presente artículo.

Los Agentes del Seguro de Salud no podrán exceder, en ningún caso, un porcentaje de beneficiarios superior al VEINTICINCO POR CIENTO (25%) del total del padrón general de beneficiarios.

(Artículo sustituido por art. 4° del Decreto N° 1305/2000 B.O. 03/01/2001)

ARTICULO 9° — Los sujetos mencionados en los incisos a) y b) del Artículo 9° de la Ley N° 23.660 ingresan al sistema en calidad de beneficiarios no titulares. Las obras sociales quedan obligadas a admitir la afiliación de los beneficiarios y adherentes junto con la del beneficiario titular de conformidad con esta reglamentación. La condición del beneficiario no titular se mantendrá en tanto no le corresponda ser beneficiario titular. Los matrimonios en los que ambos cónyuges sean beneficiarios titulares podrán afiliarse a un único Agente del Seguro, acumulando sus aportes y contribuciones. En aquellos supuestos en que los beneficiarios no titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud figuraren a cargo de más de un beneficiario titular y éstos no hubieran unificado la cobertura, la Superintendencia de Servicios de Salud deberá asignarlos al Agente del Seguro de Salud que perciba de ellos la mayor cotización en concepto de aportes y contribuciones, salvo que los beneficiarios titulares en presentación conjunta manifestaren ante ambos Agentes del Seguro de Salud la voluntad de incluir a sus beneficiarios no titulares en el Agente del Seguro de Salud receptor de la cotización menor. Cuando beneficiarios titulares pertenecientes a las entidades mencionadas en los incisos a), b), c), d), e) y h) del artículo 1° de la Ley N° 23.660, deseen unificar su cobertura, lo podrán hacer sin restricciones de ninguna índole. Los beneficiarios no titulares gozarán de las prestaciones reconocidas al

beneficiario titular desde el momento que acrediten tal carácter y, en su caso, las demás condiciones que indica el inciso a) del artículo 9° de la Ley N° 23.660, según lo fije la autoridad de aplicación. Las personas indicadas por el inciso b) de la citada norma adquirirán el mismo derecho reconocido al beneficiario titular cuando cumplimenten los requisitos establecidos por la autoridad de aplicación, que determinará los recaudos que deberán observar las Obras Sociales para posibilitar el ingreso de otros ascendientes y descendientes por consanguinidad del beneficiario titular. Para ingresar al Sistema los adherentes deberán pagar el valor del módulo correspondiente.

(Artículo sustituido por art. 1° del Decreto N° 1608/2004 B.O. 19/11/2004).

ARTICULO 10. — La autoridad de aplicación determinar el criterio a seguir en cada uno de los casos previstos en este artículo.

ARTICULO 11. — La DINOS redactar un modelo de estatuto tipo con las condiciones mínimas a las que deberán adecuarse los estatutos de las obras sociales en los plazos que dicha Dirección determine. Los estatutos deberán prever la participación de los beneficiarios en la administración de la obra social.

ARTICULO 12. — Sin reglamentar.

ARTICULO 13. — Las personas que de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la Ley 23.660 se designen para dirigir y administrar obras sociales, previamente deberán suministrar a la DINOS la siguiente documentación.

a) Acreditación del domicilio real.

b) Certificado negativo de inhibición general de bienes expedido por el Registro de la Propiedad con jurisdicción en el domicilio del interesado.

c) Certificado negativo del Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal.

d) Declaración jurada detallando los bienes que componen su patrimonio a la fecha de presentación, en sobre cerrado y firmado.

ARTICULO 14. — La DINOS y la ANSSAL facilitarán la constitución de asociaciones de obras sociales. A tal fin intercambiarán criterios con las conducciones de las distintas obras sociales involucradas, a los efectos de demostrar las razones de carácter territorial, operativo y financiero que justifiquen el nacimiento de la asociación.

ARTICULO 15. — Sin reglamentar.

ARTICULO 16. — Los aportes y contribuciones que, por imperativo legal, se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador a favor del Sistema de Salud, le pertenecen y puede disponer de ellos para la libre elección del Agente del Seguro, pues constituyen parte de su salario diferido y solidario.

Los trabajadores y empleadores, de manera individual o colectiva, pueden pactar entre sí o con el agente del seguro respectivo un aporte adicional.

Las obras sociales podrán recibir aportes y contribuciones voluntarias adicionales.

ARTICULO 17. — Sin reglamentar.

ARTICULO 18. — Establécese que las previsiones de los párrafos tercero y cuarto del Artículo 18 de la Ley, alcanzan exclusivamente a los casos de jornadas reducidas de trabajo.

ARTICULO 19. — Cuando un beneficiario opte por otra obra social, la obra social de origen transferir al Fondo Solidario la proporción correspondiente al beneficiario de los recursos incluidos en el artículo 16 último párrafo de la Ley 23.660, excluidos legados y

donaciones, mediante los procedimientos y mecanismos que establezca la autoridad de aplicación.

ARTICULO 20. — Los Entes liquidadores de los haberes previsionales deberán transferir al Agente del Seguro que corresponda, de los haberes previsionales, los recursos pertenecientes a los beneficiarios de los incisos b) y c) del Artículo 8º, dentro de los quince (15) días corridos posteriores a cada mes vencido.

Cuando el afiliado escogiese un Agente del Seguro distinto del el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, éste deberá transferir, en igual plazo, el monto equivalente al costo del módulo de Régimen de Atención Médica Especial para pasivos, que se garantiza a todos los beneficiarios pasivos, el cual será aprobado por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Hasta tanto sea aprobado por la autoridad de aplicación el módulo especial para beneficiarios pasivos, el INSSJP transferir a las Obras Sociales elegidas, el importe de \$ 20.- por cada beneficiario.

A partir de la vigencia del módulo de régimen de atención médica especial para pasivos, se determinará su valor por resolución conjunta entre el Ministerio de Salud y Acción Social y el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos; será como mínimo el costo del módulo que determine el primero.

ARTICULO 21. — El régimen de fiscalización y verificación se regirá por las normas vigentes para el SUSS, la DINOS y la ANSSAL.

ARTICULO 22. — Sin reglamentar.

ARTICULO 23. — Sin reglamentar.

ARTICULO 24. — Facúltase a la DINOS para establecer los requisitos que deberán cumplir los certificados de deudas para su presentación judicial.

ARTICULO 25. — Sin reglamentar.

ARTICULO 26. — Sin reglamentar.

ARTICULO 27. —

1º) Las obras sociales remitirán dentro de los sesenta (60) días de cerrado el ejercicio la memoria anual y balance previstos por el inciso 1º, debidamente certificados.

2º) Sin reglamentar.

3º) La propuesta de intervención del inciso 3º se elevará través de la Secretaría de Coordinación y Administración de Salud y Acción Social del Ministerio de Salud y Acción Social.

4º) Sin reglamentar.

5º) Sin reglamentar.

6º) Sin reglamentar.

ARTICULO 28. —

a) Sin reglamentar.

b) Sin reglamentar.

c) Además de las genéricamente previstas en este inciso se consideran faltas graves especiales cuando se constate que:

I. La Obra Social no brinde las prestaciones básicas obligatorias de conformidad a lo dispuesto por la autoridad de aplicación.

II. La Obra Social no ha destinado el porcentaje que establecen los artículos 5 de la ley 23.660.

III. La Obra Social no dio cumplimiento a la remisión mensual del 70 % de lo recaudado en cada jurisdicción para atender las necesidades de salud de los beneficiarios residentes en la misma como establece el artículo 5 de la ley 23.660.

IV. La Obra Social se excede en el porcentaje destinado a gastos administrativos que fija el artículo 22 de la ley 23.660, no corrigió el mismo durante varios ejercicios fiscales o no respondía a las intimaciones de la autoridad de aplicación.

V. El rechazo injustificado de nuevos afiliados.

ARTICULO 29 al 44. — Sin reglamentar.

ANEXO II

REGLAMENTACION DE LA LEY 23.661

ARTICULO 1° — Los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud que opten de acuerdo al Decreto N° 9/93 podrán afiliarse a cualesquiera de los agentes inscriptos en el Registro Nacional de Agentes del Seguro que determina el artículo primero del decreto 9/93, sin perjuicio de lo previsto en la reglamentación del Artículo 8 de la Ley 23.660. Cada beneficiario, no puede estar afiliado a más de un (1) Agente de Seguro.

Los afiliados a las obras sociales correspondientes a las designadas en el inciso e) del artículo 1° de la Ley 23.660 podrán optar por cualesquiera de las obras sociales comprendidas en dicho inciso en iguales condiciones que las fijadas para los otros afiliados.

Los Agentes del Seguro no podrán supeditar la afiliación al cumplimiento de ningún requisito no previsto en la Ley o la reglamentación, ni efectuar discriminación alguna para acceder a la cobertura básica obligatoria.

Queda prohibido realizar examen psico-físico o equivalente, cualquiera sea su naturaleza, como requisito para la admisión.

Los Agentes del Seguro no podrán imponer períodos de carencia, salvo lo previsto en la reglamentación del inciso c) del Artículo 5 de la Ley 23.661, ni decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado.

El Ministerio de Salud y Acción Social promover la libertad en el Sistema de Obras Sociales y el Seguro Nacional de Salud manteniendo los controles que la Ley contempla a los fines que la salud de los beneficiarios sea el objetivo y fin de la política social implementada a través de la Secretaría de Salud y la ANSSAL.

ARTICULO 2° — Los agentes del seguro deberá garantizar a sus beneficiarios, como mínimo los niveles de cobertura, éstos serán especificados por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Para ser consideradas agentes del seguro, las demás entidades que no siendo obras sociales pretendan adherir al sistema, deberán tener personería jurídica y como objeto principal la provisión de las prestaciones a que se refiere la Ley 23.661.

Deberán además demostrar capacidad para brindar dichas prestaciones, debiendo inscribirse en los términos del Artículo 17 y concordantes de la Ley 23.661 y de la presente reglamentación.

El Ministerio de Salud y Acción Social determinará el valor individual (cápita) de los planes de atención médica que surjan de los niveles de cobertura. Estos valores se fijan por beneficiario (titular, integrantes de su grupo familiar primario y otras personas a su cargo).

El Ministerio de Salud y Acción Social, por resolución conjunta con los Ministerios de Economía y Obras Públicas y Trabajo y Seguridad Social, podrán modificar los sistemas de procedimiento, financiamiento y recaudación cuando lo consideren conveniente para el eficiente funcionamiento del Sistema.

En un plazo de noventa (90) días el Ministerio de Salud y Acción Social coordinará con la ANSSAL y las obras sociales los aspectos necesarios para la operatividad de esta reglamentación. Este plazo podrá ser modificado en menos o en más, por el Ministerio de Salud y Acción Social a efectos de dotar al sistema de la suficiente flexibilidad para permitir una armoniosa transición sin ocasionar perjuicios a los afiliados de las obras sociales.

ARTICULO 3° — Sin reglamentar.

ARTICULO 4° — Sin reglamentar.

ARTICULO 5° — a) Los beneficiarios comprendidos en el Artículo 8° de la Ley 23.660 podrán afiliarse a cualquiera de los agentes contemplados en el decreto 9/93 y de conformidad con esta reglamentación. La facultad de elegir el Agente del Seguro pertenecerá a cada beneficiario titular. El grupo familiar y adherentes tendrá la obra social que elija el titular. Los beneficiarios podrán cambiar de Agente del Seguro una vez por año aniversario. Una vez presentada la solicitud de cambio, el afiliado no podrá retractarse. Estas condiciones podrán ser modificadas en casos particulares cuando se acrediten causas de fuerza mayor, según lo determine la ANSSAL. La decisión recaída podrá ser recurrida por ante el Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados sólo recibirá a los beneficiarios que le corresponda por su actual legislación.

Los aportes y contribuciones al sistema se regularán conforme a los Artículos 16, 19 y 20 de la Ley 23.660, sus concordantes y reglamentarios, según el régimen aplicable, con independencia del Agente del Seguro al que se encuentren afiliados.

b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones y sus beneficiarios podrán afiliarse a un Agente del Seguro, pudiendo elegir entre cualquiera de ellos, sin perjuicio de lo dispuesto en la reglamentación del Artículo 8° de la Ley 23.660. A tal fin acreditarán encontrarse debidamente inscriptos en la ANSES y estará al día con el pago de sus obligaciones previsionales al momento de su afiliación al Agente del Seguro.

El monto mínimo a aportar por los trabajadores autónomos que se afilien equivaldrá al valor de la prestación básica más lo que corresponda aportar para el Fondo Solidario de Redistribución.

c) Las personas previstas por el Artículo 5 inciso c) podrán afiliarse a cualquier Agente del Seguro, sin perjuicio de lo dispuesto en la reglamentación del Artículo 8° de la Ley 23.660. Deberán efectuar al menos un aporte equivalente al valor de la prestación básica más lo correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución. Los Agentes del Seguro, en estos casos, sólo podrán instrumentar períodos de carencia para la primera afiliación.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados sólo recibirán a quienes les corresponda por su actual legislación.

Las personas comprendidas en el Programa Nacional de Asistencia a carenciados se incorporarán en el Seguro Nacional de Salud según las condiciones y modalidades que fije la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en oportunidad

de instrumentarse el mencionado programa, con los fondos que a dichos fines aporte el Tesoro Nacional, conforme a la previsión que se efectúe en el Presupuesto General de la Nación.

ARTICULO 6° — Sin reglamentar.

ARTICULO 7° — Sin reglamentar.

ARTICULO 8° — Sin reglamentar.

ARTICULO 9° — Sin reglamentar.

ARTICULO 10. — Los directores serán designados por la Secretaría de Salud de la Nación, en forma directa para los representantes del Estado, a propuesta de la C.G.T., los representantes de los trabajadores organizados, el del Consejo Federal de Salud a propuesta del mismo, y a propuesta de las organizaciones que nuclean a los demás sectores, de acuerdo con el procedimiento que la propia Secretaría de Salud establezca.

ARTICULO 11. — Sin reglamentar.

ARTICULO 12. — Sin reglamentar.

ARTICULO 13. — Sin reglamentar.

ARTICULO 14. — El Ministerio de Salud y Acción Social determinar las normas para la constitución y oportunidad de funcionamiento del Consejo Asesor de la ANSSAL.

ARTICULO 15. — Sin reglamentar.

ARTICULO 16. — Las entidades mutuales de la Ley 20.321 podrán integrarse al Seguro Nacional de Salud, siempre que sus estatutos, reglamentos e inscripciones se hallen

debidamente aprobados por la autoridad competente de acuerdo a la legislación aplicable. En este caso sólo gozarán de la exención de tasas y contribuciones que establece el Artículo 39 de la Ley 23.661.

Todos los agentes del seguro deberán garantizar estatutariamente la participación de los beneficiarios en su administración.

ARTICULO 17. — A los fines de obtener la inscripción en el Registro Nacional de Agentes del Seguro, aquellas entidades que obligatoriamente deban inscribirse en el registro de Obras Sociales previsto en el artículo 27 inciso 4 de la ley 23.660, deberán presentar la constancia de dicha inscripción y suministrarán la siguiente información:

1 Padrón actualizado de beneficiarios discriminando titulares, carga familiar primaria, personas a cargo, adherentes y personas comprendidas en el artículo 5 incisos b y c de la ley 23.661, con indicación de sexo, fecha de nacimiento, nacionalidad, documento de identidad y domicilio.

2 Distribución territorial por jurisdicción de los beneficiarios de la cobertura prestacional brindada por el agente del seguro.

3 Padrón de empleadores con domicilios y número de inscripción en la ANSES y en la Dirección General Impositiva.

4 Composición del patrimonio e inventario de los bienes.

5 Cobertura prestacional-Médico-asistencial, Planes de extensión de coberturas y programas, otras prestaciones.

6 Estatuto, convenio de adhesión, estructura orgánico-funcional, y estructura de gastos administrativos.

La ANSSAL fijará un plazo de hasta 180 días contados a partir de la fecha de la presentación de la solicitud de inscripción dentro del cual cada agente del seguro deberá completar la información antes detallada. Durante ese lapso la inscripción revestirá el carácter de provisoria.

La información suministrada deberá ser actualizada con la periodicidad que establezca la ANSSAL.

Las obras sociales y las asociaciones de obras sociales actualmente inscriptas, deberán reinscribirse en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de la ANSSAL en los plazos y condiciones previstos en la presente reglamentación.

El Directorio de la ANSSAL establecerá la información a requerir para la inscripción en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de las asociaciones de obras sociales, así como también a las obras sociales no comprendidas en la Ley N° 23.660 que adhieran al Sistema Nacional de Seguro de Salud.

El Directorio de la ANSSAL podrá disponer las cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de aquellos que no se ajusten a las disposiciones de la ley 23.660 en lo concerniente a la aplicación de sus recursos brutos de conformidad a lo dispuesto por los artículos 5 y 22 del citado cuerpo legal.

El Directorio de la ANSSAL podrá disponer las cancelaciones en el Registro Nacional de Agentes del Seguro a pedido de los mismos. También podrá disponer cancelaciones cuando se den los presupuestos previstos en los respectivos convenios de adhesión en el acto de la inscripción, los Agentes del Seguro comprendidos en la Ley 23.660 deberán manifestar expresamente si harán uso de la facultad de delimitar el ámbito de funcionamiento a la que se refiere la reglamentación del Artículo 8° de la Ley 23.660.

Los prestadores de los servicios a que se refiere la Ley no podrán constituirse en Agentes del Seguro con excepción de las Obras Sociales que tengan servicios médico-asistenciales propios.

ARTICULO 18. — Para el cumplimiento de lo establecido por el artículo 4 de la ley 23.660, las obras sociales se ajustarán a lo dispuesto por el Artículo 18 de la ley 23.661.

ARTICULO 19. — Sin reglamentar.

ARTICULO 20. — Sin reglamentar.

ARTICULO 21. — Sin reglamentar.

ARTICULO 22. — Sin reglamentar.

ARTICULO 23. — La recaudación y fiscalización de los aportes, contribuciones y recursos de otra naturaleza al Fondo Solidario de Redistribución se hará a través de las normas que dicte la autoridad de aplicación.

ARTICULO 24. — a) Establécese que por aplicación del artículo 24 inciso b) punto 2 de la Ley N° 23.661 y sin perjuicio de lo establecido por el artículo 2° de la Ley N° 24.465, los beneficiarios del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, declarados a través del SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES en el Régimen Nacional de Obras Sociales, tendrán derecho a la Distribución por Ajuste de Riesgo de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en caso que los titulares de afiliación pertenezcan al Cuarenta por Ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar. La nómina de titulares de afiliación será suministrada por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

b) Los recursos a que se refiere el inciso anterior se distribuirán en base a cada individuo integrante de un grupo familiar encabezado por un titular cotizante al Sistema Nacional de

Obras Sociales, de manera tal que los recursos por individuo sean distribuidos respetando en todo momento, la proporcionalidad detallada en la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo de los beneficiarios de las Obras Sociales que se aprueba por el apartado c) del presente Artículo, de manera automática, por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA y de acuerdo con la información proporcionada por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS.

c) Apruébase la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo.

GRUPO ETARIO	VALOR ASIGNADO
EDAD	MASCULINO
0 A 14	\$ 159
15 A 49	\$ 250
50 A 64	\$ 294
65 EN ADELANTE	\$ 650

(Valores actualizados por art. 1° del Decreto N° 921/2016 B.O. 10/8/2016. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.)

d) Se entenderá por recursos totales por individuo integrante de grupo familiar a los aportes y contribuciones por miembro de un grupo familiar encabezado por un titular cotizante, más el subsidio proveniente del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBICION si correspondiere, de acuerdo a la normativa definida en el presente decreto.

e) Los subsidios que forman parte del SUBSIDIO AUTOMATICO NOMINATIVO DE OBRAS SOCIALES "SANO" serán utilizados exclusivamente para completar la diferencia, si esta fuere mayor que cero (0), entre el total de aportes y contribuciones de cada individuo titular del grupo familiar y la sumatoria de los valores definida en el inciso c).

f) Cuando los aportes y contribuciones correspondientes a cada trabajador titular sean insuficientes para cubrir la Contribución Total Ajustada por Riesgo por Individuo del grupo familiar cuya Matriz se define en el inciso c), el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION integrará la diferencia en forma automática, a partir de una remuneración básica equivalente a TRES (3) MOPRES. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA con información provista por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP).

Respecto de los agentes del seguro de salud incluidos en el inciso e) del artículo 1° de la Ley N° 23.660, la integración se efectuará a partir de una remuneración base de QUINCE (15) MOPRES.

g) El MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, deberá establecer los sistemas de información y modelos informáticos y de gestión necesarios para el efectivo cumplimiento de las disposiciones del presente Decreto.

h) Facúltase a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para requerir toda información necesaria y hacer cumplir dicho requerimiento de cualquier entidad de la Administración Pública Nacional y del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

i) En el supuesto que la recaudación mensual destinada al FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION no alcance a satisfacer los montos mínimos de Ajuste por Riesgo establecidos en el presente artículo, la integración se efectivizará hasta el total de recursos disponibles, cuidando siempre que se mantenga la proporcionalidad de los fondos de acuerdo a la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo aprobada por el inciso c) para la población definida en el inciso a).

(Artículo sustituido por art. 2° del Decreto N° 1901/2006 B.O. 20/12/2006. Por art. 4° del mismo Decreto se establece que la distribución prevista en el presente artículo, se utilizará

el padrón de beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud que confecciona la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Vigencia: a partir del 1º de setiembre de 2006.)

ARTICULO 25. — Sin reglamentar.

ARTICULO 26. — Sin reglamentar.

ARTICULO 27. —

I) De conformidad con lo establecido por el Decreto 9/93, los Obras sociales no podrán suscribir contratos prestacionales directa o indirectamente con entidades que tengan competencia en el control de la matrícula profesional o ejerzan funciones deontológicas o gremiales que agrupen tanto a profesionales como prestadores institucionales.

II) Déjense sin efecto todas las restricciones que limiten la libertad de contratación entre prestadores y Obras Sociales, así como aquellas que regulen aranceles prestacionales de cualquier tipo.

III) Queda prohibida toda forma directa o indirecta de administración o cobro centralizado de retribuciones por las instituciones a que hace referencia el inc. I) y II) del presente Artículo, con excepción de los correspondientes a matrícula, cuotas sociales o conceptos análogos.

IV) Los contratos que se celebren entre Obras Sociales y prestadores deberán cumplir las normas del programa nacional de garantía de calidad e incluir criterios de acreditación.

(Nota Infoleg: Por art. 23 del Decreto N° 486/2002 B.O. 13/03/2002, se dejan sin efecto las restricciones que limitan la libertad de contratación a las entidades comprendidas por los incisos 1), 2) y 3) del presente artículo.)

ARTICULO 28. — Corresponderá a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social actualizar las prestaciones obligatorias previstas en el Artículo tercero del decreto 9/93. Los agentes podrán pactar con sus afiliados prestaciones adicionales sobre las obligatorias. El Ministerio de Salud y Acción Social podrá establecer modalidades de contratación.

ARTICULO 29. — La Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social dictará las normas que establezcan los requisitos a cumplir por los prestadores para su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, conforme a las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales que disponga la misma Secretaría, de conformidad con el Artículo 31 de la Ley N° 23.661.

ARTICULO 30. — La Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social queda facultada para dictar las normas que establezcan las condiciones para incorporar al Seguro Nacional de Salud, en calidad de prestadores, a los hospitales y demás centros asistenciales a que hace referencia este artículo. Asimismo coordinará con las provincias la inserción de los hospitales provinciales al Sistema de Salud.

ARTICULO 31. — Sin reglamentar.

ARTICULO 32. — Sin reglamentar.

ARTICULO 33. — Sin reglamentar.

ARTICULO 34. — Las modalidades, nomencladores y valores retributivos establecidos por el artículo 34 de la ley 23.661, no serán de carácter obligatorio, teniendo una finalidad exclusivamente indicativa para los Agentes y prestadores del seguro, salvo aquellos que la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social determine de carácter obligatorio.

ARTICULO 35. — Sin reglamentar.

ARTICULO 36. — Sin reglamentar.

ARTICULO 37. — Sin reglamentar.

ARTICULO 38. — Sin reglamentar.

ARTICULO 39. — Sin reglamentar.

ARTICULO 40. — Sin reglamentar.

ARTICULO 41. — Sin reglamentar.

ARTICULO 42. — Se considerarán de máxima gravedad aquellas infracciones cometidas por los Agentes del Seguro referidas a la prestación de los servicios. El incumplimiento de la cobertura asistencial mínima para el conjunto de los beneficiarios, al igual que la existencia de un déficit financiero que pueda comprometer tal cobertura, serán sancionadas con la cancelación de la inscripción en el Registro de Agentes del Seguro. Los prestadores que cometieran fraude en los requisitos para la categorización y acreditación serán excluidos del Registro de Prestadores, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales a que dieran lugar.

ARTICULOS 43 a 52. — Sin reglamentar.

Antecedentes Normativos

- Anexo II, artículo 24 inc. c), valores actualizados por art. 3° del Decreto N° 488/2011 B.O. 27/04/2011;

- Anexo II, artículo 24 inciso c), valores actualizados por art. 3° del Decreto N° 330/2010 B.O. 09/03/2010. Ver aplicación del decreto, art. 4° de la norma de referencia;

- Anexo II, artículo 24 inciso c), valores actualizados por art. 1° de la Resolución N° 1765/2008 del Ministerio de Salud B.O. 24/12/2008. Vigencia: a partir del 1 de diciembre de 2008;
- Anexo II, artículo 24, cotizaciones mínimas mensuales sustituidas por art. 1° de la Decisión Administrativa N° 281/2004 B.O. 28/6/2004. Vigencia: a partir del primer día del mes siguiente al de su publicación;
- Anexo II, artículo 24, cotización mínima mensual para los beneficiarios comprendidos en los incisos a) y b) del artículo 9° de la ley 23.660 sustituida por art. 1° de la Decisión Administrativa N° 51/2003 B.O. 19/5/2003. Vigencia: a partir del primer día del mes siguiente a su publicación.)
- Artículo 24 sustituido por art. 1° del Decreto N° 741/2003 B.O. 01/04/2003. Vigencia: a partir del primer día del mes posterior a su publicación.;
- Anexo II, artículo 24, por art. 1° del Decreto N° 1867/2002 B.O. 19/09/2002, se suspenden sus disposiciones , durante el lapso que dure la emergencia sanitaria declarada por el Decreto N° 486/02;
- Anexo II, Artículo 24 sustituido por art. 5° del Decreto N° 1140/2000 B.O. 05/12/2000;
- Anexo II, Artículo 24 sustituido, por art. 1° del Decreto N° 1359/98 B.O. 27/11/1998 con vigencia a partir del 1° de enero de 1999.
- Anexo II, Artículo 24 sustituido, por art. 3° del Decreto N° 492/95 B.O. 26/09/1995;
- Anexo II, Artículo 24 sustituido por art. 3° del Decreto N° 292/95 B.O. 17/08/1995;