

Legislación Nacional

DECRETO 576/1993 OBRAS SOCIALES Sistema de Obras Sociales. Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Reglamentación del 01/04/1993; publ. 07/04/1993 Visto las leyes 23660 y 23661 y los decretos 358/1990, 359/1990 y 9/1993, y Considerando: Que los decretos 358 y 359/1990 reglamentaron respectivamente las Leyes de Obras Sociales (23660) y de Seguro Nacional de Salud (23661). Que, con posterioridad, se dicta el decreto 9/1993 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 Administración Nacional del Seguro de Salud (A.N.S.Sal.). 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 Dirección General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud y Acción Social ha tomado la intervención de sus competencias. Que el presente se dicta en uso de las facultades emergentes del art. 86, inc. 2) de la Constitución Nacional. Por ello, **El presidente de la Nación Argentina decreta:** **Art. 1.º** 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.º** Deróganse los decretos 358 y 359/1990. **Art. 3.º** Comuníquese, etc. Menem - Aráoz **Anexo I REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 23660** **Art. 1.-** Incluye la totalidad de las Obras Sociales inscriptas bajo el régimen de la ley 22269, 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 18610, continuaron incorporadas al sistema en las condiciones establecidas por la ley 22269 y se inserten al régimen de la ley 23660 y cumplan lo previsto en los arts. 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 arts. 37, 38, 39 y 40 de la ley 23660. 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 23660. 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 22269 que se hallen funcionando al tiempo de entrar en vigencia la ley 23660 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 23660, 23661 y por esta reglamentación. g) La Dinos establecerá los requisitos que deberán cumplimentar las entidades comprendidas en el inc. g) del art. 1 para incorporarse al régimen de la ley 23660. h) La Dinos establecerá los requisitos que deberán cumplimentar las entidades comprendidas en el inc. h) del art. 1 para incorporarse al régimen de la ley 23660. **Art. 2.-** 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. **Art. 3.-** Las "otras prestaciones sociales" que deben otorgar las Obras Sociales son aquellas no comprendidas en la cobertura médico-asistencial regulada por los arts. 25, 26, 27, 28 y concordantes de la ley 23661. 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 arts. 5 y 22 de la ley 23660. 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 art. 7 de la ley 23660, la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las normas, disposiciones y requisitos que establezcan la Secretaría de Salud y la A.N.S.Sal. **Art. 4.-** Sin reglamentar. **Art. 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 párr. 2 del art. 5 de la ley 23660, como también para resolver las interpretaciones y/o dudas que puedan presentarse. Art. 6.- Sin reglamentar. Art. 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 23661 y su reglamentación, sin perjuicio de la responsabilidad personal y solidaria que corresponda a los miembros de los cuerpos directivos, en los términos del art. 13. Art. 8.- (Texto según decreto 1305/2000, art. 4). 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 inc. f) del art. 1 de la ley 23660 y sus modifs., 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. Art. 8.- (Texto originario). Las Obras Sociales están obligadas a admitir la afiliación de cualquier beneficiario de los comprendidos en el art. 8 de la ley 23660 y los demás beneficiarios del Sistema del Seguro Nacional de Salud incluidos en el art. 5 de la ley 23661 hasta un máximo del 20% del total de sus afiliados en esta primera etapa. Los beneficiarios titulares tienen en todos los casos la opción de renunciar a la Obra Social que les corresponda. Ningún beneficiario podrá estar afiliado a más de una Obra Social o Agente de Seguro ya sea como beneficiario titular o no titular. El porcentaje obligatorio de aceptación podrá ser modificado por resolución del Ministerio de Salud y Acción Social. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados sólo recibirá a quienes les corresponda por su actual legislación. Todo jubilado o pensionado podrá optar entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y cualquier otra obra social. Si estuviere inscripto en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y en otra Obra Social, deberá optar por una Obra Social. Art. 9.- (Texto según decreto 1608/2004, art. 1) Los sujetos mencionados en los incisos a) y b) del art. 9 de la ley 23660 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 art. 1 de la ley 23660, 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 art. 9 de la ley 23660, 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. Art. 9.- (Texto originario) Los sujetos mencionados en los incs. a) y b) del art. 9 de la ley 23660 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. 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 inc. a), según lo fije la Dinos. Las personas indicadas por el inc. b) adquirirán el mismo derecho reconocido al beneficiario titular cuando cumplimenten los requisitos establecidos por la Dinos. La Dinos 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. Art. 10.- La titularidad de aplicación determinará el criterio a seguir en cada uno de los casos previstos en este artículo. Art. 11.- La Dinos redactará 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. Art. 12.- Sin reglamentar. Art. 13.- Las personas que de acuerdo con lo establecido en el art. 12 de la ley 23660 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. Art. 14.- La Dinos y la A.N.S.Sal. 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. Art. 15.- Sin reglamentar. Art. 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. Art. 17.- Sin reglamentar. Art. 18.- Establécese que las previsiones de los párrs. 3 y 4 del art. 18 de la ley, alcanzan exclusivamente a los casos de jornadas reducidas de trabajo. Art. 19.- Cuando un beneficiario opte por otra Obra Social, la Obra Social de origen transferirá al Fondo Solidario la proporción correspondiente al beneficiario de los recursos incluidos en el art. 16 último párrafo de la ley 23660, excluidos legados y donaciones, mediante los procedimientos y mecanismos que establezca la autoridad de aplicación. Art. 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 incs. b) y c) del art. 8, dentro de los quince (15) días corridos posteriores a cada mes vencido. Cuando el afiliado escogiese un Agente del Seguro distinto del 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 I.N.S.S.J.P. transferirá 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. Art. 21.- El régimen de fiscalización y verificación se regirá por las normas vigentes para el S.U.S.S., la Dinos y la A.N.S.Sal. Art. 22.- Sin reglamentar. Art. 23.- Sin reglamentar. Art. 24.- Facúltase a la Dinos para establecer los requisitos que deberán cumplir los certificados de deudas para su presentación judicial. Art. 25.- Sin reglamentar. Art. 26.- Sin reglamentar. Art. 27.- 1) Las Obras Sociales remitirán dentro de los sesenta (60) días de cerrado el ejercicio la memoria anual y balance previstos por el inc. 1, debidamente certificado. 2) Sin reglamentar. 3) La propuesta de intervención del inc. 3 se elevará a través de la Secretaría de Coordinación y Administración de Salud y Acción Social del Ministerio de Salud y Acción Social. 4) Sin reglamentar. 5) Sin reglamentar. 6) Sin reglamentar. Art. 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 arts. 5 de la ley 23660. 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 art. 5 de la ley 23660. IV. La Obra Social se excede en el porcentaje destinado a gastos administrativos que fija el art. 22 de la ley 23660, no corrigió el mismo durante varios ejercicios fiscales o no respondió a las intimaciones de la autoridad de aplicación. V. El rechazo injustificado de nuevos afiliados. Arts. 29 al 44.- Sin reglamentar. **Anexo II** REGLAMENTACIÓN DE LA

LEY 23661 Art. 1.- Los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud que opten de acuerdo al decreto 9/1993 podrán afiliarse a cualesquiera de los agentes inscriptos en el Registro Nacional de Agentes del Seguro que determina el art. 1 del decreto 9/1993, sin perjuicio de lo previsto en la reglamentación del art. 8 de la ley 23660. Cada beneficiario, no puede estar afiliado a más de un (1) Agente del Seguro. Los afiliados a las Obras Sociales correspondientes a las designadas en el inc. e) del art. 1 de la ley 23660 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 inc. c) del art. 5 de la ley 23661, ni decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado. El Ministerio de Salud y Acción Social promoverá 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 A.N.S.Sal. Art. 2.- Los Agentes del Seguro deberán 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 23661. Deberán además demostrar capacidad para brindar dichas prestaciones, debiendo inscribirse en los términos del art. 17 y concordantes de la ley 23661 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 fijarán 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 A.N.S.Sal. 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. Art. 3.- Sin reglamentar. Art. 4.- Sin reglamentar. Art. 5.- a) Los beneficiarios comprendidos en el art. 8 de la ley 23660 podrán afiliarse a cualquiera de los agentes contemplados en el decreto 9/1993 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 A.N.S.Sal. 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 arts. 16, 19 y 20 de la ley 23660, 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 art. 8 de la ley 23660. A tal fin acreditarán encontrarse debidamente inscriptos en la A.N.Se.S. y estar 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 art. 5 inc. c) podrán afiliarse a cualquier Agente del Seguro, sin perjuicio de lo dispuesto en la reglamentación del art. 8 de la ley 23660. 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 recibirá 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. Art. 6.- Sin reglamentar. Art. 7.- Sin reglamentar. Art. 8.- Sin reglamentar. Art. 9.- Sin reglamentar. Art. 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. Art. 11.- Sin reglamentar. Art. 12.- Sin reglamentar. Art. 13.- Sin reglamentar. Art. 14.- El Ministerio de Salud y Acción Social determinará las normas para la constitución y oportunidad de funcionamiento del Consejo Asesor de la A.N.S.Sal. Art. 15.- Sin reglamentar. Art. 16.- Las entidades mutuales de la ley 20321 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 art. 39 de la ley 23661. Todos los Agentes del Seguro deberán garantizar estatutariamente la participación de los beneficiarios en su administración. Art. 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 art. 27 inc. 4 de la ley 23660, 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 art. 5 incs. b) y c) de la ley 23661, 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. Estatutos, convenio de adhesión, estructura orgánico-funcional, y estructura de gastos administrativos. La A.N.S.Sal. 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 este lapso la inscripción revestirá el carácter de provisoria. La información suministrada deberá ser actualizada con la periodicidad que establezca la A.N.S.Sal. Las Obras Sociales y las asociaciones de Obras Sociales actualmente inscriptas, deberán reinscribirse en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de la A.N.S.Sal. en los plazos y condiciones previstos en la presente reglamentación. El Directorio de la A.N.S.Sal. 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 23660 que adhieran al Sistema Nacional de Seguro de Salud. El Directorio de la A.N.S.Sal. podrá disponer las cancelaciones en el Registro Nacional de Agente del Seguro de aquellos que no se ajusten a las disposiciones de la ley 23660 en lo concerniente a la aplicación de sus recursos brutos de conformidad a lo dispuesto por los arts. 5 y 22 del citado cuerpo legal. El Directorio de la A.N.S.Sal. 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 23660 deberán manifestar expresamente si harán uso de la facultad de delimitar el ámbito de funcionamiento a la que se refiere la reglamentación del art. 8 de la ley 23660. 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. Art. 18.- Para el cumplimiento de lo establecido por el art. 4 de la ley 23660, las Obras Sociales se ajustarán a lo dispuesto por el art. 18 de la ley 23661. Art. 19.- Sin reglamentar. Art. 20.- Sin reglamentar. Art. 21.- Sin reglamentar. Art. 22.- Sin reglamentar. Art. 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. Art. 24.- (Texto según decreto 741/2003, art. 1) (*). Establécese que por aplicación del art. 24 inc. b) pto. 2 de la ley 23661 y sin perjuicio de lo establecido por el art. 2 de la ley 24465, todos los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, contarán con una cotización mínima mensual de *veintidos (\$ 22) (**)* por beneficiario titular y *pesos veinte (\$ 20) (***)* por los comprendidos en los incs. a) y b) del art. 9 de la ley 23660, incluidos los del último párrafo de dicho artículo. Cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador titular sean insuficientes para cubrir el total de la cotización mensual según la composición de su grupo familiar, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia de manera automática, a partir de una remuneración base de 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 Nación Argentina, con información provista por la Administración Federal de Ingresos Públicos. El valor de la cotización mínima mensual podrá ser modificado por decisión administrativa del jefe de Gabinete de Ministros, tomando en cuenta las disponibilidades del sistema, las coberturas en concepto de alta complejidad, leyes especiales y el gasto administrativo de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales. (*) El art. 7 del decreto 741/2003 establece: "El presente decreto tendrá vigencia a partir del primer día del mes posterior a su publicación". (**) Texto según decisión administrativa 281/2004 J.G.M., art. 1 ; texto anterior: "veinte (\$20)" El art. 2 de la decisión administrativa 281/2004 J.G.M. establece: "La presente Decisión Administrativa comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al de su publicación". (***) Texto según decisión administrativa 281/2004 J.G.M., art. 1 ; texto anterior según decisión administrativa 51/2003 J.G.M., art. 1 : "diecisiete (\$17); texto originario: "quince (\$15)". El art. 2 de la decisión administrativa 281/2004 J.G.M. establece: "La presente decisión administrativa comenzará a regir a partir del primer día del

mes siguiente al de su publicación".Art. 24.- (Texto según decreto 1400/2001, art. 13) (*). Atento lo prescripto por el art. 24, inc. b), pto. 2 a partir del 1 de enero de 2002, los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sean titulares o no titulares en los términos de los incs. a) y b) del art. 9 de la ley 23660, con exclusión de los beneficiarios del último párrafo de dicho artículo, contarán con una cotización mínima mensual de pesos veinte (\$ 20). Cuando los aportes y contribuciones de los trabajadores beneficiarios titulares sean insuficientes para cubrir el total de la cotización antes mencionada, según la composición de su grupo familiar, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia: dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la Superintendencia de Servicios de Salud a través del Banco de la Nación Argentina, con información provista por la Administración Federal de Ingresos Públicos. El valor de la cotización mínima mensual deberá ser modificado mediante resolución conjunta de los Ministros de Salud y de Economía, de modo de agotar la totalidad de los recursos disponibles en el Fondo Solidario de Redistribución, previa deducción de los recursos asignados por la Ley de Presupuesto a gastos administrativos de la Superintendencia de Servicios de Salud y a las prestaciones de alta complejidad. Transitoriamente, hasta tanto el Fondo Solidario de Redistribución vea incrementados sus recursos y composición, de acuerdo con las metas de crecimiento de la actividad económica y con las modificaciones que establezca el Congreso de la Nación, los valores mencionados en el párr. 1 del presente artículo serán de veinte pesos (\$ 20) para el beneficiario titular y de doce pesos (\$ 12) para los beneficiarios no titulares. La Liquidación del subsidio automático será definitiva a partir de los noventa (90) días corridos posteriores al vencimiento del período devengado. Para la cobertura de prestaciones médicas especiales de alta complejidad, o de elevado costo y baja frecuencia, y las de discapacidad, los Agentes del Seguro de Salud que cuenten con un número superior a cincuenta mil (50.000) beneficiarios percibirán de manera automática, un monto de pesos uno con cincuenta centavos (\$ 1,50) mensual por beneficiario, siempre que así lo soliciten. Esto se realizará de manera automática por cuenta de la Superintendencia de Servicios de Salud a través del Banco de la Nación Argentina, con información provista por la Administración Federal de Ingresos Públicos. La opción por este sistema significará la renuncia expresa e irrevocable, de pleno derecho, a percibir de la Administración de Programas Especiales cualquier tipo de subsidio o compensación por los mencionados conceptos, sin perjuicio de las solicitudes en curso y deudas pendientes a la fecha del dictado del presente decreto. La suma antes indicada podrá ser modificada mediante resolución conjunta de los Ministros de Economía y de Salud. Instrúyese a la Superintendencia de Servicios de Salud a difundir públicamente, de manera mensual, la información detallada sobre los recursos y gastos del Fondo Solidario de Redistribución. A tal fin, la Administración Federal de Ingresos Públicos (A.F.I.P.) informará mensualmente a la Superintendencia de Servicios de Salud la imputación de los fondos realizada de acuerdo a los mecanismos previstos en el presente artículo. La Administración Federal de Ingresos Públicos (A.F.I.P.) podrá debitar en forma automática una suma no superior al treinta por ciento (30%) de los montos correspondientes al Fondo Solidario de Redistribución a ser transferidos a cada Agente del Seguro de Salud hasta saldar la deuda exigible que registrasen para con el Sistema Único de la Seguridad Social, debiendo para ello dictar la correspondiente normativa en el término de treinta (30) días desde la vigencia del presente decreto. (*) El art. 1 del decreto 1867/2002 establece: "Suspéndense las disposiciones del art. 24, del anexo II, del decreto 576/1993, sustituido por el art. 13 del decreto 1400 del de noviembre de 2001, durante el lapso que dure emergencia sanitaria declarada por el decreto 486/2002". Posteriormente derogado por decreto 741/2003, art. 6. Art. 24.- (Texto según decreto 1140/2000, art. 5). Todos los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud tendrán garantizada una cotización mínima mensual de pesos veinte (\$ 20) por beneficiario. Cuando los aportes y contribuciones por cada beneficiario sean inferiores a dicha cotización, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia. Art. 24.- (Texto según decreto 292/1995, art. 3, modificado por decreto 1359/1998, art. 1) (*). Atento lo prescripto por el art. 24, inc. b), pto. 2, sin perjuicio de lo establecido por el art. 2 de la ley 24465, todos los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a excepción de los comprendidos en las obras sociales del art. 1, inc. e) de la ley 23660, tendrán garantizada una cotización mínima mensual de pesos veintidós con cuarenta centavos (\$ 22,40) por beneficiario titular y pesos once con cincuenta centavos (\$ 11,50) por los comprendidos en los incs. a) y b) del art. 9 de la ley 23660. Cuando los aportes y contribuciones de los trabajadores beneficiarios titulares sean inferiores al total de la cotización resultante de la composición de cada grupo familiar, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la Superintendencia de Servicios de Salud a través del Banco de la Nación Argentina, con información provista por la Administración Federal de Ingresos Públicos. El Fondo Solidario de Redistribución se constituirá con el total de los recursos genuinos, incluyendo los de distinta naturaleza a que se hace referencia en el art. 16 de la ley 23660. El valor de la cotización mensual podrá ser modificado mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Acción Social, de Economía y Obras y Servicios Públicos y de Trabajo y Seguridad Social, tomando en cuenta las disponibilidades del sistema, las coberturas en concepto de alta complejidad a financiar por la Administración de Programas Especiales y el gasto administrativo de este último organismo y de la Superintendencia de Servicios de Salud. (*) El art. 1 del decreto 60/1999 establece: "Suspéndese la vigencia del decreto 1359 de fecha 24 de noviembre de 1998". Art. 24.- (Texto según

decreto 292/1995, art. 3 ; modificado por decreto 492/1995, art. 3). Atento lo prescripto por el art. 24 inc. b) pto. 2, y sin perjuicio de lo establecido por el art. 2 de la ley 24465, todos los trabajadores beneficiarios titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a excepción de los comprendidos en las obras sociales del art. 1 inc. e) de la ley 23660, tendrán garantizada una cotización mínima mensual de pesos cuarenta (\$ 40). Cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador sean inferiores a dicha cotización, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la Administración Nacional del Seguro de Salud a través del Banco de la Nación Argentina, con información provista por la Dirección General Impositiva. El Fondo Solidario de Redistribución se constituirá con el total de los recursos genuinos, incluyendo los de distinta naturaleza a que se hace referencia en el art. 16 de la ley 23660. El valor de la cotización mensual podrá ser modificado mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Acción Social, de Economía y Obras y Servicios Públicos y de Trabajo y Seguridad Social, tomando en cuenta las disponibilidades del sistema, las coberturas en concepto de alta complejidad a financiar por la Administración Nacional del Seguro de Salud y su gasto administrativo. Art. 24.- (Texto según decreto 292/1995, art. 3). Atento lo prescripto por el art. 24 inc. b) pto. 2, y sin perjuicio de lo establecido por el art. 1 de la ley 24465, todos los trabajadores beneficiarios titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a excepción de los comprendidos en las obras sociales del art. 1 inc. e) de la ley 23660, tendrán garantizada una cotización mínima mensual de treinta pesos (\$ 30). Cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador sean inferiores a dicha cotización, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la Administración Nacional del Seguro de Salud a través del Banco de la Nación Argentina, con información provista por la Dirección General Impositiva. El Fondo Solidario de Redistribución se constituirá con el total de los recursos genuinos, incluyendo los de distinta naturaleza a que se hace referencia en el art. 16 de la ley 23660. El valor de la cotización mensual podrá ser modificado mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Acción Social, de Economía y Obras y Servicios Públicos y de Trabajo y Seguridad Social, tomando en cuenta las disponibilidades del sistema, las coberturas en concepto de alta complejidad a financiar por la Administración Nacional del Seguro de Salud y su gasto administrativo. Art. 24.- (Texto originario). En los términos del art. 24 inc. b) acápite 2, el Fondo Solidario de Redistribución financiará: a) A quienes opten por elegir otra Obra Social que la que le corresponde y cuya contribución a la Obra Social en función de la ley 23660 sea inferior al necesario para cubrir en forma conjunta el valor de las cápitas de él como titular y su grupo familiar, hasta completar el importe del módulo básico. b) A las Obras Sociales cuyo promedio de ingresos en concepto de aportes y contribuciones sea menor al módulo básico sobre la base de padrones actualizados reconocidos por la A.N.S.Sal. y los recursos disponibles. c) Para financiar la transformación del Sistema requiriendo resolución del Ministerio de Salud y Acción Social. d) Para financiar los demás supuestos establecidos en el inc. b) del art. 24 de la ley 23661. e) La A.N.S.Sal. deberá informar mensualmente, con un atraso no mayor de 30 días, sobre el destino de los fondos al Ministerio de Salud y Acción Social. f) La autoridad de aplicación en cuanto lo permita el diseño del mecanismo de control sobre los obligados, instrumentado por la Dirección General Impositiva, implementará la distribución automática de los subsidios. Art. 25.- Sin reglamentar. Art. 26.- Sin reglamentar. Art. 27.- I) (*) De conformidad con lo establecido por el decreto 9/1993 , las 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 aquéllas 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. (*) El art. 23 del decreto 486/2002 establece: "Déjense sin efecto las restricciones que limitan la libertad de contratación a las entidades comprendidas por los arts. 5 y 7 del decreto 9 del 7 de enero de 1993, e incs. 1), 2) y 3) del art. 27 del anexo II del decreto 576 del 1 de abril de 1993". Art. 28.- Corresponderá a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social actualizar las prestaciones obligatorias previstas en el art. 3 del decreto 9/1993. Los agentes podrán pactar con sus afiliados prestaciones adicionales sobre las obligatorias. El Ministerio de Salud y Acción Social podrá establecer modalidades de contratación. Art. 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 art. 31 de la ley 23661. Art. 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.Art. 31.- Sin reglamentar.Art. 32.- Sin reglamentar.Art. 33.- Sin reglamentar.Art. 34.- Las modalidades, nomencladores y valores retributivos establecidos por el art. 34 de la ley 23661, 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.Art. 35.- Sin reglamentar.Art. 36.- Sin reglamentar.Art. 37.- Sin reglamentar.Art. 38.- Sin reglamentar.Art. 39.- Sin reglamentar.Art. 40.- Sin reglamentar.Art. 41.- Sin reglamentar.Art. 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.Arts. 43 a 52.- Sin reglamentar.Referencias: **Const. Nac.**18--3 - **L 18610**1970-A-214 - **L 20321**19-A-623 - **L 22269**: LA 1980-B-1523 - **L 23660**: LA -A-51 - **L 23661**: LA -A-58 - **D 358/1990** (reglamentario de la ley **23660**): LA 1990-A-164 - **D 359/1990** (reglamentario de la ley **23661**): LA 1990-A-169 - **D 9/1993**: LA 19-A-117.