



SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 951/2025

RESOL-2025-951-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 10/06/2025

VISTO el Expediente N° EX-2025-56739157- -APN-SSS#MS, las Leyes Nros. 19.549 y sus modificaciones, 23.660 y sus modificaciones, 23.661 y sus modificaciones, 26.682 y sus modificaciones, el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70 del 20 de diciembre de 2023, los Decretos Nros. 1759 del 3 de abril de 1972 y sus modificatorios, 576 del 1° de abril de 1993 y sus modificatorios, 1993 del 30 de noviembre de 2011 y sus modificatorios, las Resoluciones de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Nros. 75 del 3 de julio de 1998 y su modificatoria, 607 del 21 de abril de 2022 y su modificatoria, y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 75/1998 se estableció un procedimiento para la tramitación de reclamos que, con el paso de los años, resultó ineficaz, dado que se caracterizó por ser excesivamente largo y burocrático.

Que el procedimiento referido no logró cumplir con los principios fundamentales de celeridad, accesibilidad y eficiencia, lo que ocasionó demoras significativas y un retraso en la resolución de las situaciones planteadas por los beneficiarios/usuarios, afectando la garantía de sus derechos y el acceso oportuno a la justicia administrativa.

Que, por otro lado, la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 607/2022 introdujo un procedimiento sumarial para investigar infracciones a las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y 26.682 que prolongaba innecesariamente los plazos de tramitación, lo que resultó en un proceso poco ágil y dificultó la fiscalización efectiva de los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga.

Que, si bien, la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 711/2024, modificatoria de la mencionada en el párrafo anterior, logró acortar los plazos del proceso sancionatorio y clarificar los criterios de aplicación de multas, el proceso continúa sin lograr la agilidad pretendida.

Que, si bien los tiempos de gestión del proceso sancionatorio han mejorado, el número de denuncias recibidas ha aumentado significativamente y aún existen expedientes en trámite sin resolver, lo que deriva en demoras que afectan directamente el acceso oportuno a las prestaciones de los beneficiarios/usuarios y genera un impacto negativo en la atención, ocasionando una mayor carga administrativa, el incremento de solicitudes de pronto despacho y la reiteración de quejas por la falta de respuesta en los plazos establecidos.

Que estas deficiencias afectaron la transparencia y la eficiencia de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en su labor de control y fiscalización de las entidades de salud, contraviniendo los principios establecidos



por el derecho administrativo.

Que, en consecuencia, resulta necesario establecer un procedimiento simplificado general de denuncias, faltas formales y sanciones, con el objeto de dotar de coherencia, previsibilidad y sistematicidad a los diversos circuitos actualmente vigentes para el tratamiento de hechos que puedan configurar incumplimientos por parte de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga, optimizando el uso de los recursos públicos.

Que dicho procedimiento no implica la fusión de los mencionados circuitos –los cuales continuarán siendo tramitados por las gerencias con competencia específica en la recepción y análisis de denuncias o de las faltas formales detectadas-, sino que establece un marco procesal común que regula los principios, plazos, presunciones, instancias y responsabilidades aplicables desde el inicio de cada trámite hasta la eventual resolución sancionatoria.

Que, por otra parte, el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023, que modifica las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y 26.682, establece nuevas exigencias para la mejora continua de sistemas y procesos. En este contexto, la simplificación de los procedimientos administrativos, el establecimiento de plazos claros, presunciones legales y sanciones progresivas resultan alineados con dicho objetivo.

Que, a su vez, el principio de celeridad administrativa, consagrado en la Ley de Procedimiento Administrativo, exige que los procedimientos se desarrollen con transparencia, garantizando la tutela administrativa efectiva, la simplificación de trámites y una gestión eficiente, evitando dilaciones indebidas, lo que ratifica la necesidad de simplificar aún más el proceso sancionatorio y el proceso de gestión de denuncias de este organismo.

Que la reforma introducida por la “Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos” a la norma citada precedentemente, refuerza los objetivos descriptos al eliminar obstáculos formales innecesarios y establecer mecanismos que persigan agilizar y simplificar los trámites administrativos, promoviendo una gestión más eficiente y transparente, evitando dilaciones indebidas y promoviendo una administración más accesible y eficaz.

Que, conforme a los principios generales del derecho administrativo, como la juridicidad, la razonabilidad, la proporcionalidad, la buena fe y la confianza legítima, consagrados en el artículo 1° bis de la Ley N° 19.549, es procedente establecer presunciones legales y la inversión de la carga de la prueba en los procedimientos administrativos, especialmente cuando la información necesaria para acreditar el cumplimiento de las obligaciones se encuentra en poder exclusivo de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga.

Que, en este sentido, la inversión de la carga de la prueba constituye un mecanismo adecuado para garantizar la tutela efectiva de los beneficiarios/usuarios, ya que los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga cuentan con una mejor posición técnica y documental para acreditar el cumplimiento de sus obligaciones.

Que, de esta manera, se reduciría la asimetría existente entre las partes y se minimizaría la posibilidad de decisiones arbitrarias, asegurando mayor equidad y transparencia en los procedimientos.

Que lo expuesto anteriormente se fundamenta en criterios de razonabilidad y equidad, y en el principio de facilidad y disponibilidad probatoria, que impone la carga de la prueba a la parte que se encuentra en mejores condiciones de aportarla. Teniendo en cuenta que, tanto la Administración como los administrados, deberán obrar con buena fe



y lealtad en el trámite de los procedimientos.

Que el establecimiento de presunciones ante la inacción de los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga busca corregir prácticas dilatorias y fortalecer el poder fiscalizador de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, permitiendo adoptar decisiones fundadas en elementos objetivos y en la conducta procesal de las partes.

Que dichas presunciones encuentran su fundamento en el principio de buena fe y colaboración en el procedimiento administrativo, en virtud del cual las partes deben actuar con diligencia y transparencia en la producción de pruebas.

Que esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en su carácter de organismo descentralizado bajo la órbita del MINISTERIO DE SALUD, tiene la responsabilidad de fiscalizar y controlar el cumplimiento de las obligaciones legales por parte de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga, incluyendo la presentación en tiempo y forma de documentación obligatoria como cartillas, padrones y demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

Que el cumplimiento de estas obligaciones formales es esencial para garantizar la correcta información a los beneficiarios/usuarios y el adecuado funcionamiento del Sistema de Salud consagrando la celeridad, economía, sencillez, eficacia y eficiencia en los trámites.

Que la aplicación de sanciones ante la falta de respuesta o incumplimiento de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga constituye una herramienta indispensable para asegurar el acatamiento de la normativa y disuadir incumplimientos reiterados.

Que, siendo vital asegurar la tutela efectiva del ejercicio del Derecho a la Salud de los beneficiarios/usuarios del Sistema, se propone la estandarización de los procesos de denuncia y faltas formales junto con el de aplicación de sanciones a los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga.

Que, sin perjuicio de las facultades de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para proponer la intervención de las entidades comprendidas en la Ley N° 23.660, cuando existan fundadas sospechas de graves irregularidades o deficiencias en su gestión y funcionamiento, este Organismo podrá disponer medidas inmediatas y de carácter institucional, orientadas a salvaguardar la continuidad de las prestaciones de salud garantizadas por el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Que, por su naturaleza, estas medidas no requieren la tramitación previa de un procedimiento reglado en el marco de esta resolución, sin perjuicio del debido resguardo de los derechos de los sujetos alcanzados y del interés comprometido.

Que, en el ámbito de la Administración Pública Nacional y con el objetivo de garantizar la protección integral de la salud de los beneficiarios/usuarios, es esencial contar con plazos ágiles en los procedimientos administrativos vinculados a cuestiones de salud.





Que la unificación y reducción de los plazos responde a la necesidad de una resolución rápida de cada etapa procesal, para evitar dilaciones que puedan afectar la oportunidad en la atención de los beneficiarios/usuarios.

Que, en este sentido, se reconoce que, en situaciones de urgencia o riesgo de vida, el criterio médico debe prevalecer para justificar la reducción de plazos y garantizar la inmediata intervención de este organismo, que cuenta con la facultad de establecer un plazo más corto cuando las circunstancias médicas lo ameriten, dado que la rapidez en estos casos es crucial para la salvaguarda de la salud de los beneficiarios/usuarios.

Que es necesario registrar y evaluar la reincidencia y la conducta de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga, promoviendo la mejora continua en el servicio brindado a los beneficiarios/usuarios, para lo cual se propicia la implementación de un ranking que asegure la publicidad y el seguimiento de las sanciones que se apliquen en el marco de este procedimiento.

Que, en consecuencia, es necesario que dicho registro sea público, accesible y permita la trazabilidad de las acciones llevadas a cabo, en concordancia con el principio de rendición de cuentas del Estado.

Que, además, se considera relevante que las partes interesadas puedan tener acceso a esta información, lo que contribuirá a la confianza pública en el sistema y fomentará la responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga.

Que, en cuanto a los trámites en curso, se reconoce la necesidad de garantizar que los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigencia de la presente norma no queden afectados por los cambios introducidos, permitiendo que continúen su curso conforme a las disposiciones anteriores, salvo que se adapten a las nuevas disposiciones, garantizando así una gestión más efectiva.

Que el SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD es el facultado para suscribir los actos administrativos que se emitan en el marco de sus competencias, a fin de cumplir con lo establecido en el artículo 8° de la Ley de Procedimiento Administrativo.

Que, para garantizar un proceso eficiente y justo, se implementará un nuevo procedimiento ágil que respeta el debido proceso, asegurando que todas las partes involucradas tengan la oportunidad de ser oídas, ofrecer y producir pruebas, obteniendo una decisión fundada en un plazo razonable con impulsión e instrucción de oficio, sin perjuicio de la participación de los interesados en las actuaciones.

Que, asimismo, para optimizar la implementación, seguimiento y evaluación del presente procedimiento se recomiendan lineamientos básicos que promueven la mejora continua del procedimiento.

Que, en consecuencia, corresponde derogar las Resoluciones de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Nros. 075/1998, 155/2018, 607/2022, 721/2024 y sus modificatorias, con sustento en las razones explicitadas en los Considerandos que anteceden.

Que la UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA y la GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS tomaron la intervención de su competencia.





Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos Nros. 1615 del 23 de diciembre de 1996, 2710 del 28 de diciembre de 2012 y 83 del 24 de enero de 2024.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. - Apruébase el Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, que como ANEXO I - Descripción del Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones (IF-2025-60975193-APN-SG#SSS) y ANEXO II Diagrama de Flujo del Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones (IF-2025- 60403661-APN-SG#SSS), forman parte integrante de la presente resolución.

El procedimiento alcanza a los siguientes DOS (2) procesos:

A. Proceso de Denuncias: Las personas beneficiarias podrán presentar denuncias por incumplimientos de las normas aplicables por parte de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga.

B. Proceso de Faltas Formales: La Superintendencia llevará a cabo un proceso de gestión de faltas formales incurridas por los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga, a fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias correspondientes, detectadas en consecuencia del desarrollo de tareas de fiscalización y control.

Ambos procesos serán gestionados bajo un mismo marco normativo simplificado de denuncias, faltas formales y sanciones, que garantizará la transparencia, la eficiencia y el cumplimiento de los plazos establecidos, favoreciendo la tutela efectiva de los derechos de los beneficiarios/usuarios y del Sistema de Salud. La Superintendencia procederá a la recepción, análisis y resolución de dichos procesos, conforme a los plazos y condiciones establecidos en los mencionados ANEXO I y ANEXO II de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°. - Establécense las siguientes presunciones aplicables al presente procedimiento:

a. En el marco del proceso de denuncias, la ausencia de respuesta, la contestación insuficiente, evasiva o carente de fundamento, así como también la falta de acreditación fehaciente del cumplimiento de la obligación en el plazo previsto, por parte de los Agentes del Seguro de Salud o de las Entidades de Medicina Prepaga, genera la presunción de incumplimiento de la obligación denunciada y otorga verosimilitud a los hechos relatados por la parte denunciante.

b. En los supuestos de faltas formales, cuando la obligación surja de manera expresa de una norma y no se acredite fehacientemente su cumplimiento en el marco del proceso correspondiente, se presume su incumplimiento. Esta presunción solo cede si los Agentes del Seguro de Salud o las Entidades de Medicina Prepaga demuestran de manera fehaciente haber cumplido en tiempo y forma o justifican, con fundamentos suficientes, que la obligación no les resulta exigible.





La resolución del caso se adoptará en función de las constancias obrantes en el expediente. No obstante, cuando la complejidad del asunto lo justifique, podrá requerirse al área competente de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD la elaboración de un análisis técnico y la emisión del informe correspondiente.

ARTÍCULO 3°. - Apruébase la clasificación y graduación de las sanciones aplicables en el marco del presente procedimiento, que como ANEXO III - Nomenclador de Sanciones y graduaciones por reincidencia - Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones (IF-2025-60971971-APN-SG#SSS) forma parte de la presente, según los siguientes criterios:

a. Multas por incumplimiento: Se prevé la aplicación de sanciones en aquellos casos en los que se verifique:

i) El incumplimiento de requerimientos formales emitidos en tiempo y forma por la autoridad competente, que impliquen una obligación legal de responder o actuar dentro de un plazo determinado

ii) La existencia de incumplimientos formales detectados en el ejercicio de las funciones de fiscalización de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD; y

iii) La inobservancia de las obligaciones que los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga deben garantizar a los beneficiarios/usuarios. El régimen sancionatorio se orienta a preservar el cumplimiento efectivo de las normas que regulan el sistema y la protección de los derechos de los beneficiarios/usuarios.

b. Graduación de sanciones: La determinación de las sanciones se realizará considerando la gravedad del incumplimiento, su impacto en los derechos y prestaciones de los beneficiarios/usuarios, y la reiteración o reincidencia en conductas infractoras. Las sanciones podrán ser:

i) Concurrentes, cuando correspondan a distintas infracciones verificadas;

ii) Complementarias, cuando se apliquen en forma acumulativa por una misma infracción, a fin de garantizar el cumplimiento efectivo de la normativa vigente.

c. Reincidencia y sanciones agravadas: En los casos en que se verifique la reiteración de un mismo tipo de incumplimiento, se aplicará un régimen de sanciones progresivas, conforme lo previsto en el ANEXO III de la presente resolución.

d. Equivalencias de las multas: Las sanciones de multa impuestas en virtud de la presente norma serán cuantificadas en cantidad de módulos. Cada módulo será equivalente al monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones para trabajadores en relación de dependencia, vigente al momento de hacerse efectivo el pago de la multa.

ARTÍCULO 4°. - Determinase que será responsabilidad del Agente del Seguro de Salud y de la Entidad de Medicina Prepaga acreditar en forma fehaciente el cumplimiento de las obligaciones que les son exigibles. La falta de dicha acreditación habilitará la aplicación de las sanciones previstas en el ANEXO III de la presente resolución.





ARTÍCULO 5°. - Determinánse las siguientes medidas institucionales excepcionales: La aprobación del Nomenclador de Sanciones y Graduaciones que se incorpora como ANEXO III, no limita las facultades de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para disponer otras acciones previstas en la normativa vigente orientadas a garantizar la continuidad de las prestaciones de salud y el adecuado funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En aquellos casos en que existan fundadas sospechas de graves irregularidades o deficiencias en la gestión o el funcionamiento de los Agentes del Seguro de Salud, podrán adoptarse medidas institucionales urgentes, conforme lo establecido en el artículo 27 de la Ley N° 23.660, su normativa complementaria y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 6°. - Establécense los siguientes plazos:

- a. Plazo general: El Agente del Seguro de Salud y la Entidad de Medicina Prepaga deberán responder los requerimientos de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en un plazo máximo de CINCO (5) días corridos a partir del día inmediato siguiente de recibida la notificación fehaciente del traslado. La respuesta debe ser completa, clara y ajustada a los hechos.
- b. Casos de urgencia o riesgo de vida: La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá, según criterio médico y debidamente fundamentado, reducir el plazo de respuesta cuando la situación implique urgencia médica o riesgo de vida.
- c. Plazo de resolución: El procedimiento deberá resolverse en un plazo no mayor a TREINTA (30) días hábiles desde la notificación fehaciente del traslado conferido al Agente del Seguro o a la Entidad de Medicina Prepaga.
- d. Notificación electrónica: Las notificaciones realizadas por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD serán plenamente válidas desde su emisión, y el plazo de respuesta comenzará a correr a partir del día inmediato siguiente a la recepción de la misma.

ARTÍCULO 7°. - Créase el Ranking de Cumplimiento de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga, en el ámbito de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con el objetivo de promover la transparencia y la competencia en el sector.

Los criterios y alcances del Ranking podrán ser reglamentados por esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y constituirá una herramienta de difusión institucional orientada a facilitar la toma de decisiones informadas por parte de los beneficiarios/usuarios y a promover el cumplimiento normativo en el sector.

ARTÍCULO 8°. - Instrúyase a la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN para que adopte las medidas necesarias tendientes al cumplimiento de los requerimientos establecidos en el ARTÍCULO 7° de la presente resolución, garantizando la correcta gestión y actualización de la información registrada.

ARTÍCULO 9°. - Apruébase el ANEXO IV - Recomendaciones para la Mejora Continua e Indicadores Sugeridos para el Procedimiento General de Denuncias, Faltas Formales y Sanciones (IF-2025-60983026- APN-SG#SSS) que





forma parte integrante de la presente resolución, el cual establece lineamientos destinados a optimizar la implementación, seguimiento y evaluación del presente procedimiento.

ARTÍCULO 10. - Apruébase la siguiente Cláusula Transitoria - Los trámites de denuncia, faltas formales y sanciones que se encuentren en curso al momento de la entrada en vigencia de la presente resolución continuarán su tramitación conforme a las disposiciones de los procedimientos anteriores, garantizando el debido proceso conforme a la normativa vigente. No obstante, aquellos trámites que, por su estado procesal, puedan adaptarse a las nuevas disposiciones sin afectar derechos ni garantías, previo acuerdo de las áreas involucradas, podrán ser reconducidos al nuevo procedimiento a fin de optimizar su gestión y resolución.

ARTÍCULO 11.- Deróguense las Resoluciones de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Nros. 75 del 3 de julio de 1998, 155 del 24 de octubre de 2018, 607 del 21 de abril de 2022, 711 del 24 de mayo de 2024 y 721 del 30 de mayo de 2024.

ARTÍCULO 12.- Entre en vigencia la presente resolución, a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 13.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y vincúlese al Expediente Electrónico de referencia.

Gabriel Gonzalo Oriolo

NOTA: El/los Anexo/s que integra/n este(a) Resolución se publican en la edición web del BORA
-www.boletinoficial.gob.ar-

e. 12/06/2025 N° 40622/25 v. 12/06/2025

Fecha de publicación 12/06/2025

