

## ANEXO I

### NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMOS

#### 1. NORMAS GENERALES

- 1.1. Se instaura un procedimiento sumarísimo de formulación y solución de reclamos frente a hechos o actos de los Agentes del Seguro de Salud (ASS) y de las Entidades de Medicina Prepaga (EMP), que afecten o que puedan afectar la normal prestación médico asistencial de los usuarios comprendidos en el marco legal vigente (Leyes Nros. 23.660; 23.661; 26.682 y normas complementarias y modificatorias).
- 1.2. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD) adoptará las acciones ordenadoras necesarias para la celeridad, economía, sencillez y eficacia del procedimiento administrativo.
- 1.3. Queda garantizado a los usuarios y a los ASS y EMP el derecho al debido proceso adjetivo, que comprende: derecho a ser oído, derecho a ofrecer y producir prueba, y derecho a una decisión fundada.
- 1.4. El procedimiento de reclamos será gratuito para los usuarios titulares y/o personas del grupo familiar a su cargo y/o apoderado y/o gestor oficioso.
- 1.5. El reclamo podrá ser presentado por:
  - 1.5.1. El usuario titular de un Agente del Seguro o Entidad de Medicina Prepaga por sí, o en representación de los miembros del grupo familiar a su cargo.
  - 1.5.2. Apoderado con mandato suficiente expedido en legal forma.
  - 1.5.3. En caso de urgencia se podrá actuar mediante gestor oficioso (art. 1781 y concs. del Código Civil y Comercial de la Nación). Dicha actuación deberá ser ratificada en los treinta (30) días siguientes por el usuario titular.
- 1.6. La presentación del reclamo deberá contener los siguientes recaudos:
  - 1.6.1. Nombre/s y apellido/s, domicilio real, número de CUIT/CUIL.
  - 1.6.2. Domicilio constituido.
  - 1.6.3. Teléfono fijo y/o celular, correo electrónico, número de fax.

- 1.6.4. Breve descripción del reclamo, y, si se considera pertinente, el derecho en que funda su petición.
  - 1.6.5. La petición, concretada en términos claros y precisos.
  - 1.6.6. Ofrecimiento de toda prueba de que ha de valerse, acompañando la documentación en que funde su derecho.
  - 1.6.7. Firma del usuario, representante, apoderado o gestor oficioso.
- 1.7. Los reclamos podrán ser presentados a través de la concurrencia personal en:
- 1.7.1. La sede regional del Agente del Seguro de Salud o Entidad de Medicina Prepaga correspondiente al domicilio del usuario.
  - 1.7.2. La sede de la SSSALUD sita en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las Delegaciones Regionales habilitadas y las que a futuro se establezcan en el resto del país.
  - 1.7.3. También podrán ser presentados por correspondencia, fax, correo electrónico, Sistema de Tramitación a Distancia (TAD).
- 1.8. Documentación que deberá presentarse:
- 1.8.1. Copia de DNI del usuario titular y del grupo familiar.
  - 1.8.2. Constancia de CUIT/CUIL.
  - 1.8.3. Carnet de afiliación de Obra Social y/o Entidad de Medicina Prepaga.
  - 1.8.4. Últimos tres recibos de haberes - últimos tres pagos de monotributo y/o régimen del servicio doméstico - últimos tres pagos de cuota plan de adherente y/o superador.
  - 1.8.5. Diagnóstico médico (original y copia).
  - 1.8.6. Prescripción actualizada expedida por el médico tratante.
  - 1.8.7. Toda otra documentación que haga a su derecho.
- 1.9. La SSSALUD mantendrá en reserva los datos sensibles que se pudieran derivar de caso y adoptará las medidas que resulten pertinentes con el fin de evitar cualquier clase de discriminación arbitraria en contra del usuario que inicie el reclamo.
- 1.10. Sin perjuicio de lo indicado precedentemente, la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud ratificará en el Padrón de Beneficiarios de la SSSALUD los datos aportados por el usuario al momento de efectuar el correspondiente reclamo.

## 2. RECLAMO PRESENTADO ANTE LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD Y ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

2.1. Los ASS y EMP deberán desarrollar un proceso de recepción, registro, estudio, solución y comunicación de los reclamos que se realicen ante la sede regional correspondiente. A tal efecto, pondrán a disposición de los usuarios el “Formulario de Reclamo – Resolución 075/98”-SSSALUD”, cuyo modelo obra en Anexo II de la presente Resolución.

2.2. Será obligatorio para los ASS y EMP entregar al presentante copia sellada y firmada por persona autorizada del “Formulario de Reclamo – Resolución 075/98”-SSSALUD”, en el cual conste el número de registro asignado al mismo.

2.3. Los ASS y EMP deberán crear un “Registro de Reclamos – Resolución Nº 075/98-SSSALUD” donde se asignará un número correlativo de reclamo y la apertura de un expediente, que deberá contener:

2.3.1. Registración numérica, alfabética, cronológica y sistematizada.

2.3.2. Datos del reclamante, apoderado o gestor oficioso (Nombre, apellido, DNI o CUIL, domicilio, teléfono y correo electrónico).

2.3.3. Indicación de los hechos que fundamentan el reclamo.

2.3.4. Documentación acompañada.

2.3.5. Dictamen y/o Resolución a través del cual se dio respuesta al reclamo.

2.4. Los ASS y EMP deberán mantener un archivo de expedientes de reclamos, cuyo proceso haya finalizado. Los reclamos permanecerán en guarda y a disposición de los usuarios y de la SSSALUD para su consulta o desarchivo por un plazo mínimo de DOS (2) años contados desde la fecha de su finalización.

2.5. La información contenida en el “Registro de Reclamos – Resolución Nº 075/98-SSSALUD”, deberá ser remitida mensualmente en soporte magnético a la SSSALUD, sin perjuicio que también podrá ser requerida por la Sindicatura del Organismo.

2.6. Iniciado el reclamo, la Auditoría Médica de la entidad que corresponda deberá calificar en forma inmediata al reclamo como:

2.6.1. TRÁMITE URGENTE: Serán calificados como TRÁMITE URGENTE aquellos casos en que la normal tramitación del procedimiento pudiera afectar la vida y/o salud del usuario,

y por lo cual se deben tomar medidas inmediatas. En estos supuestos, los ASS y EMP deberán brindar un informe de solución inmediata al caso, el cual no deberá exceder los dos (2) días corridos.

2.6.2. TRÁMITE ESPECIAL: Serán calificados como TRÁMITE ESPECIAL aquellos casos en los cuales existe un requerimiento inminente de cobertura en razón de la situación o patología que pudiere afectar al usuario, que si bien no pudiere resultar necesariamente mortal, la demora en su atención puede ocasionar complicaciones mayores. En estos supuestos, los ASS y EMP deberán brindar un informe de solución al caso que no deberá exceder de los CINCO (5) días corridos.

Serán considerados como TRÁMITE ESPECIAL:

- a) Tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes.
- b) Tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes.
- c) Tratamiento oncológico.
- d) Internación.
- e) Embarazo.
- f) Atención del recién nacido y hasta el primer año de vida.

2.6.3. TRÁMITE NORMAL: Los casos que no encuadren dentro de la calificación como TRÁMITE URGENTE o TRÁMITE ESPECIAL, serán considerados como TRÁMITE NORMAL. En estos supuestos, los ASS y EMP deberán brindar un informe de solución al caso que no deberá exceder los DIEZ (10) días corridos.

2.7. Las notificaciones de las comunicaciones e informes que se produzcan deberán contener la pertinente motivación y el texto íntegro de su parte resolutive y se dirigirán al domicilio constituido por el usuario o, en su defecto, al domicilio real. Los informes deberán ser fundados y suscriptos por la Auditoría Médica o máxima autoridad de los ASS y EMP. Los usuarios podrán manifestar su consentimiento por escrito a fin que las notificaciones sean realizadas a la casilla de correo electrónico denunciada en dicho Formulario.

- 2.8. Vencido los plazos previstos en los apartados 2.6.1, 2.6.2 y 2.6.3. sin respuesta al usuario se presumirá la existencia de resolución denegatoria y el incumplimiento implicará para los ASS y EMP el inicio del procedimiento sumarial vigente.
- 2.9. En el informe de solución se deberá dejar expresa constancia que los usuarios podrán insistir con la pretensión de su reclamo ante la SSSALUD.

### 3. RECLAMO PRESENTADO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

- 3.1. Los reclamos podrán ser presentados ante la SSSALUD, debiéndose cumplir para ello con las pautas indicadas en el punto 1 del presente ANEXO. No es requisito haber agotado la instancia administrativa previa ante los ASS y EMP.
- 3.2. Previo a iniciar la tramitación del reclamo, la SSSALUD deberá verificar que el mismo sea materia de su competencia, conforme las Leyes Nros. 23.660, 23.661, 26.682, normas modificatorias y complementarias.
- 3.3. Una vez admitida la tramitación del reclamo, el sistema informático del Organismo asignará automáticamente el número de reclamo "Gestión Documental Electrónica" (GEDO) que identificará al *"Formulario de Reclamo – Resolución 075/98-SSSALUD"*.
- 3.4. Al momento de efectuarse la carga en el sistema informático, el receptor del reclamo deberá clasificarlo como TRÀMITE URGENTE, TRÀMITE ESPECIAL o TRÀMITE NORMAL, según las indicaciones formuladas en los puntos
- 3.5. En el procedimiento administrativo será utilizada la notificación electrónica como medio de notificación fehaciente para los ASS y EMP. A partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, las entidades comprendidas contarán con un plazo de TREINTA (30) días corridos para suscribir el convenio de adhesión que establece el Anexo II de la Resolución N° 1422/14-SSSALUD, constituyendo en el mismo un domicilio electrónico. Ello, bajo apercibimiento de iniciar el procedimiento sancionatorio previsto en la normativa vigente.
- 3.6. Dentro del plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas de iniciado el reclamo, la SSSALUD correrá traslado a los ASS y EMP a fin que efectúen el descargo en cumplimiento del debido proceso. En los supuestos previstos en el Punto 2.6.1. el reclamo deberá ser enviado inmediatamente al Agente del Seguro de Salud o a la Entidad de Medicina Prepaga, con la indicación del carácter de TRÀMITE URGENTE.

3.7. Conferido el traslado pertinente, los ASS y EMP deberán presentar el descargo en soporte papel en un plazo que no exceda los DIEZ (10) días corridos administrativos para los reclamos clasificados como TRÁMITE NORMAL, mientras que en aquellos clasificados como TRÁMITE ESPECIAL o TRÁMITE URGENTE, el plazo se reducirá a CINCO (5) y DOS (2) días corridos, respectivamente.

3.8. En esta instancia, intervendrá la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud que:

3.8.1. Supervisará la notificación fehaciente del reclamo a los usuarios, ASS y EMP.

3.8.2. Analizará el reclamo con las constancias documentales aportadas por las partes.

3.8.3. Requerirá -en caso de corresponder- un informe a las asesorías técnicas de la Gerencia.

3.8.4. Evaluará por razones de oportunidad, mérito y conveniencia realizar audiencias entre las partes involucradas a efectos de posibilitar una resolución alternativa y de forma voluntaria al reclamo, garantizando la celeridad del procedimiento administrativo.

3.8.5. Emitirá un informe de solución al reclamo o formará expediente a solicitud de la parte interesada a fin de iniciar el circuito administrativo y dando por concluido el procedimiento sumarisimo de formulación y solución de reclamos previsto en la presente Resolución.

3.9. Tratándose de los supuestos calificados como TRÁMITE URGENTE y, en caso de corresponder, se intimará a los ASS y EMP a brindar cobertura médico asistencial indicando para el supuesto de negativa la derivación a su cargo al Hospital Público de Autogestión o a otra Obra Social del Sistema o Empresa de Medicina Prepaga. Todo ello bajo apercibimiento de aplicar el régimen sancionatorio de las Leyes N° 23.661 y N° 26.682, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que pudieran corresponder a sus autoridades.

#### 4. DISPOSICIONES COMUNES

4.1. Para aquellas cuestiones que no se encuentren previstas en esta Resolución, será de aplicación la Ley de Procedimientos Administrativos N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/72, (t.o. 2017).





República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** EX 2018-45913343 APN-SAUSS#SSS Anexo modificatorio IF 2018-52561318-APN-SGSUSS#SSS

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.