



## SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

### Resolución 2407/2023

#### RESOL-2023-2407-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 28/11/2023

VISTO el Expediente N° EX-2022-16120419- -APN-SSS#MS, la Ley N° 26.682, los Decretos N° 1991 del 29 de noviembre de 2011, N° 1993 del 30 de noviembre de 2011, y N° 66 del 22 de enero de 2019, las Resoluciones N° 419 del 17 de mayo de 2012, y N° 163 del 24 de octubre de 2018, de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y

#### CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26.682 establece el marco regulatorio de la Medicina Prepaga, alcanzando a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

Que el artículo 4° del Decreto N° 1993/2011, reglamentario de dicha Ley, determina que el MINISTERIO DE SALUD es la autoridad de aplicación de la Ley N° 26.682, a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo descentralizado de su jurisdicción.

Que, en uso de las facultades otorgadas a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, corresponde regular aspectos vinculados a la aplicación del artículo 17 de la Ley N° 26.682, desde el momento de su entrada en vigencia, conforme lo reglado por los Decreto N° 1993/11 y N° 66/19, conformando de tal manera el marco regulatorio del supuesto abarcado por la norma.

Que la edad de los usuarios y usuarias no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión conforme lo determina en forma expresa y categórica el artículo 11 de la Ley N° 26.682.

Que la autoridad de aplicación se encuentra obligada a controlar los modelos de contratos en los términos del inciso f del artículo 5°, como así también revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones, conforme lo previsto en el inciso g del mismo artículo.

Que el valor de las cuotas debe ser fiscalizado por la autoridad de aplicación garantizando su razonabilidad en los distintos planes prestacionales, tal como lo impone la primera parte del artículo 17 de la Ley N° 26.682.

Que, en lo que respecta a la edad de los usuarios y usuarias, la cuestión ha sido regulada en la Ley y su normativa reglamentaria, prohibiendo que la edad sea causal de rechazo o admisión adversa (artículo 11), admitiendo la



posibilidad de establecer precios diferenciales del valor de cuota según franjas etarias (artículo 17, última parte) y prohibiendo la posibilidad de aplicar aumentos en razón de la edad a los mayores de SESENTA Y CINCO (65) años que tengan más de DIEZ (10) años de antigüedad en la misma entidad.

Que el artículo 17, último párrafo, de la Ley N° 26.682 determina que las Entidades de Medicina Prepaga pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias, con una variación máxima de TRES (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

Que el artículo 12 de la Ley N° 26.682 dispone que, en el caso de las personas mayores de SESENTA Y CINCO (65) años, si poseen una antigüedad mayor a DIEZ (10) años en la misma Entidad de Medicina Prepaga, no se les puede aplicar aumentos en razón de su edad.

Que, en consecuencia, se les puede aplicar aumentos de cuota por franja etaria a las personas menores de SESENTA Y CINCO (65) años, con los límites impuestos por el artículo 17 de la misma ley, en tanto y en cuanto ello haya sido expresamente previsto y establecido al momento de la contratación.

Que la reglamentación del artículo 17 de la Ley N° 26.682 admitió los cambios de categoría de cuota por franja etaria, en tanto y en cuanto dichos cambios de categoría se encontraran expresamente previstos y establecidos en el contrato de afiliación, manteniéndose que la relación de precio entre la primera franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de TRES (3) veces.

Que, paralelamente, la reglamentación del artículo 12 del Decreto N° 1993/2011 (actualizada cfr. Decreto N° 66/2019), estableció que para los supuestos previstos en la primera parte del artículo 12 de la Ley N° 26.682, la autoridad de aplicación definirá una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo.

Que de lo expuesto se colige que, una vez ingresado el usuario a la entidad, el valor de cuota deberá permanecer inalterable durante toda la vigencia de la afiliación, incrementándose por los aumentos autorizados de conformidad con el artículo 17 de la Ley N° 26.682, párrafo segundo, o bien por el cambio de categoría de cuota al alcanzar el usuario la edad correspondiente a las distintas franjas etarias establecidas, siempre y cuando se encuentren debidamente informadas al momento de contratar.

Que los incrementos del valor de cuota por aumento de edad del usuario con posterioridad a su ingreso a la entidad deben contener los parámetros de razonabilidad impuestos por la norma del artículo 17 de la Ley N° 26.682 y, además, en forma clara y categórica, haberse informado al momento de la afiliación.

Que la última parte del artículo 17 de la Ley N° 26.682 impone, para esta modalidad de contratación, un límite en el incremento de precio, aunque deja librado a las Entidades de Medicina Prepaga la/s oportunidad/es en la/s que se incrementarán los valores de cuota por la edad.

Que, por todo lo expuesto, corresponde regular el modo de establecer las diversas franjas etarias y sus correspondientes aumentos de valor de cuota para los planes de cobertura ofrecidos por las Entidades de Medicina Prepaga, así como también establecer la matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo para la cobertura de afiliados mayores de SESENTA Y CINCO (65) AÑOS.



Que, a su vez, corresponde regular adecuadamente los valores de cuota por franja etaria que corresponderá aplicar en los supuestos en que un usuario o usuaria adheridos por contratación grupal o corporativa hubiesen cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley N° 26.682.

Que las Gerencias de Gestión Estratégica, de Control Económico Financiero, de Asuntos Jurídicos y la Gerencia General han tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615 del 23 de diciembre de 1996, N° 2710 del 28 de diciembre de 2012 y N° 307 del 7 de mayo de 2021.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Los planes que ofrezcan las Entidades de Medicina Prepaga alcanzadas por la Ley N° 26.682 deberán admitir la afiliación de usuarios y usuarias de cualquier edad, sin excepción. De conformidad con lo prescripto por la Ley N° 26.682 y su reglamentación, podrán establecer valores diferenciales de cuota dentro de un mismo plan, en función de franjas etarias, siempre y cuando se encuentre cumplimentado el deber de información al usuario al momento de su contratación, en forma explícita y completa.

ARTÍCULO 2º.-En los casos en que el plan de cobertura no posea distintas franjas etarias, de conformidad con lo previsto en el artículo anterior, abarcará todas las edades de la persona desde su nacimiento. En los casos en que el plan de cobertura posea franjas etarias definidas al momento de su contratación, no habrá límites para la cantidad de franjas siempre que se respete lo previsto en artículo 17, último párrafo, de la Ley N° 26.682.

ARTÍCULO 3º.-Cuando el afiliado cambie de franja etaria dentro de su plan de cobertura, sólo podrá aplicarse el valor de cuota previsto para la nueva franja etaria si el porcentaje o monto de incremento fue debidamente informado al usuario o usuaria. Durante la vigencia del contrato de afiliación, los valores aplicables a cada franja etaria sólo podrán ser actualizados por los aumentos expresamente autorizados por la autoridad de aplicación de acuerdo con el artículo 17 de la Ley N° 26.682.

ARTÍCULO 4º.-Podrán otorgarse al usuario o usuaria bonificaciones del valor de cuota al momento de la afiliación, sea que se las exprese en forma nominal o en un porcentaje sobre dicho valor, siempre que, durante toda la relación contractual el valor efectivamente abonado por el afiliado respete lo establecido en el artículo 17, último párrafo, de la Ley N° 26.682, con la única salvedad de las promociones de ingreso que se pudieren fijar por un plazo no superior a los primeros SEIS (6) meses de afiliación. No podrá exigirse al usuario o usuaria el cambio de plan por haber ingresado en una franja etaria determinada ni reducirse, limitarse y/o afectarse de cualquier modo las prestaciones y/o prestadores incluidos y ofrecidos dentro de su plan como consecuencia del cambio de franja etaria.



ARTÍCULO 5º.-Para los usuarios y usuarias que superen los SESENTA Y CINCO (65) años de edad encontrándose ya afiliados a la entidad, con más de DIEZ (10) años de antigüedad continua en ella, será de aplicación lo previsto en el segundo párrafo del artículo 12 de la Ley N° 26.682.

ARTÍCULO 6º.-A los afiliados y afiliadas que superen los SESENTA Y CINCO (65) años de edad y no cuenten con DIEZ (10) años de antigüedad continua en la misma entidad, sólo se les podrá aplicar los aumentos previstos en la presente reglamentación. En tales supuestos, las Entidades de Medicina Prepaga alcanzadas por la Ley N° 26.682 se encontrarán facultadas a incrementar el valor de las cuotas, como máximo, conforme la siguiente matriz:

Años de antigüedad	65 a 69 años de edad (30%)	70 a 74 años de edad (30%)	75 años de edad en adelante (40%)
Menos de 6 meses	30%	60%	100%
1 año	27%	54%	90%
2 años	24%	48%	80%
3 años	21%	42%	70%
4 años	18%	36%	60%
5 años	15%	30%	50%
6 años	12%	24%	40%
7 años	9%	18%	30%
8 años	6%	12%	20%
9 años	3%	6%	10%

ARTÍCULO 7º.-A los efectos del cálculo previsto en el artículo anterior, se computará como año completo de afiliación la fracción mayor de SEIS (6) meses y la antigüedad a contemplar para la aplicación de la matriz será, en todo momento, la que el usuario o usuaria poseía al momento de cumplir los SESENTA Y CINCO (65) años. Ésta determinará el porcentaje máximo de aumento a aplicar sobre el valor de cuota vigente al momento de cumplir el afiliado los SESENTA Y CINCO (65) años de edad, el que se podrá incrementar en las TRES (3) franjas etarias indicadas en la matriz transcrita, hasta los porcentajes máximos que en cada una de ellas se señala, calculándose siempre sobre el valor de cuota vigente al momento de cumplir el afiliado los SESENTA Y CINCO (65) años de edad, actualizado por los porcentajes de aumento autorizados en función del artículo 17 de la Ley N° 26.682.

ARTÍCULO 8º.-En ningún caso los aumentos de cuota previstos por aplicación del artículo 6º podrán determinar una cuota superior a la que correspondería pagar a un nuevo usuario o usuaria que desee afiliarse a la entidad en el mismo plan de cobertura.

ARTÍCULO 9º.-Toda cláusula incluida en los contratos de Medicina Prepaga, vigente a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución, que se oponga a lo establecido en ella, deberá considerarse limitada a los términos y alcances de la presente Resolución.

ARTÍCULO 10º.-Sustitúyese el artículo 6º de la Resolución N° 163 del 24 de octubre de 2018, el que quedará redactado de la siguiente manera: "ARTÍCULO 6º.- El valor de cuota aplicable en dichos supuestos será el equivalente al de la cuota de ingreso que, al momento de la elección, se halle fijada para un nuevo ingresante situado en la franja etaria que corresponda a la edad que tenía el afiliado grupal o corporativo al momento de su



afiliación originaria al plan del que proviene, con más las variaciones que por franja etaria le hubiesen correspondido conforme plan de afiliación directa hasta la edad de incorporación como afiliado directo. Asimismo, podrán adicionarse los impuestos que por ley correspondan”.

ARTÍCULO 11.-Derógase la Resolución N° 419 del 17 de mayo de 2012.

ARTÍCULO 12.-La presente Resolución entrará en vigencia el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 13.-Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Daniel Alejandro Lopez

e. 29/11/2023 N° 97089/23 v. 29/11/2023

**Fecha de publicación 29/11/2023**

