



SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 1725/2025

RESOL-2025-1725-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 18/09/2025

VISTO el Expediente N° EX-2025-103433734- -APN-SSS#MS, la CONSTITUCIÓN NACIONAL, las Leyes N° 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 N° 576 del 1° de abril de 1993 y sus modificatorios, 1993 del 30 de noviembre de 2011 y sus modificatorios, y 63 del 19 de enero de 2024, la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 2214 del 18 de julio de 2025, las Resoluciones de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400 del 28 de noviembre de 2023, 2155 del 2 de septiembre de 2024 y N° 3934 del 25 de octubre de 2024, y

CONSIDERANDO

Que la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400/2023 aprobó las cláusulas mínimas que debían contener los contratos de planes de cobertura integral entre Entidades de Medicina Prepaga y usuarios, comprendiendo previsiones relativas al objeto del contrato, cobertura prestacional, períodos de carencia, preexistencias, prescripción de medicamentos, incrementos de cuota por franjas etarias, imputación de aportes y contribuciones de la seguridad social, derechos de continuidad y rescisión.

Que, asimismo, dicha resolución reguló aspectos vinculados a la posibilidad de incorporar otras cláusulas contractuales, a la utilización de la declaración jurada de salud como único instrumento para identificar preexistencias, a la rescisión por falseamiento de datos y a la obligación de poner a disposición de los usuarios los modelos contractuales para su conocimiento previo a la contratación.

Que diversas previsiones contenidas en la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400/2023 resultan incompatibles con la normativa vigente, en particular aquellas que permiten considerar a favor de las entidades los aportes y contribuciones de la seguridad social, en abierta contradicción con lo dispuesto en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 y en el Decreto N° 576/1993.

Que el decreto citado establece que los aportes y contribuciones conservan su naturaleza de salario diferido, integran el patrimonio del trabajador y deben acompañarlo en su decisión de afiliación.

Que, conforme surge de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, los aportes, contribuciones, cotizaciones y subsidios destinados a la seguridad social en salud integran un sistema solidario y de afectación específica, cuyo objeto es financiar prestaciones a favor de los beneficiarios, no pudiendo ser considerados recursos propios disponibles de las entidades receptoras.



Que, en este sentido, lo dispuesto en el punto 12 del Anexo de la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400/2023 resulta manifiestamente incompatible con la normativa mencionada y con el espíritu de protección del patrimonio de los beneficiarios, generando exceso en las facultades reglamentarias y un apartamiento del principio de transparencia y trazabilidad que debe regir en la administración de los recursos de la seguridad social.

Que esta inconducta normativa tuvo correlato en la práctica, tal como surge del Informe Técnico de la GERENCIA DE CONTROL ECONÓMICO FINANCIERO, en el que se constató que una amplia mayoría de las entidades intimadas no imputan correctamente a las cuotas de los afiliados los aportes, contribuciones, cotizaciones y subsidios automáticos del Fondo Solidario de Redistribución, o bien carecen de respaldo documental para demostrarlo, interpretando erróneamente que dichos recursos pertenecen a las entidades.

Que el informe referenciado demuestra que la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400/2023 fue errada en su redacción.

Que los resultados de dicho informe también evidencian la necesidad de avanzar con un esquema de cuota transparente, que asegure, de aquí en más, a cada afiliado la plena trazabilidad de los aportes y contribuciones, cotizaciones y subsidios que provienen de la seguridad social, reflejándolos en su factura mensual y en un Estado de Cuenta obligatorio, de modo que el beneficiario visualice la reducción efectiva en el monto a pagar y el destino de los recursos que le pertenecen.

Que la implementación de un modelo uniforme de factura y estado de cuenta permitirá garantizar la trazabilidad de los aportes, contribuciones, cotizaciones y subsidios, reflejando mensualmente su imputación en beneficio exclusivo del usuario.

Que dichos recursos deberán imputarse al valor de la cuota del plan prestacional y, cuando su monto supere el valor de la cuota del plan contratado, el excedente deberá aplicarse a los conceptos facturables en los meses subsiguientes, reforzando así los principios de transparencia y rendición de cuentas.

Que, por su parte, en lo atinente al valor de las cuotas, la resolución citada subordina su aumento a la autorización de la autoridad de aplicación, cuando el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 derogó el inciso g) del artículo 5° de la Ley N° 26.682, eliminando esa atribución y liberando la determinación de los precios, sustituyendo además el artículo 17 de la ley, que ahora regula únicamente la diferenciación de precios por franjas etarias con una variación máxima de TRES (3) veces entre la primera y la última franja.

Que, a su vez, el artículo 17 del Decreto N° 1993/2011 fue modificado por el Decreto N° 102/2025 para adecuar la reglamentación a la nueva redacción legal, estableciendo pautas claras en materia de franjas etarias y eliminando toda previsión sobre aumentos de cuotas.

Que, adicionalmente, diversos aspectos regulados en la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400/2023 han quedado cubiertos por normas específicas más recientes: la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2155/2024 reguló el régimen de facturación y desglose de cuotas; la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 3934/2024 estableció las





condiciones de modificación de cartillas y continuidad de tratamientos; el Decreto N° 63/2024 reglamentó la prescripción por nombre genérico; y la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 2214/2025 instituyó el sistema de receta electrónica.

Que, en lo referente al fallecimiento del titular, tanto el artículo 13 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación, como el inciso h) del artículo 10 de la Ley N° 23.660, establecen que dicho evento no provoca la caducidad de los derechos del grupo familiar comprendido en el contrato.

Que, en lo que respecta a los aspectos no regulados por normas especiales, corresponde señalar que los contratos alcanzados por la Ley N° 26.682 se encuentran sujetos a los principios generales de buena fe, razonabilidad en el ejercicio de los derechos y conservación de los actos jurídicos, que aseguran la estabilidad y equidad de las relaciones jurídicas sin necesidad de regulaciones redundantes.

Que, al exceder los límites de la potestad reglamentaria, la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400/2023 alteró la esencia de los aportes de la seguridad social que pertenecen como salario diferido a los beneficiarios.

Que, además, el derecho constitucional a la salud, reconocido en el artículo 42 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL constituye un marco superior que robustece la protección de los afiliados y beneficiarios.

Que, en consecuencia, corresponde derogar la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 2400/2023, como paso imprescindible para adecuar la regulación a los estándares actuales, asegurar de aquí en adelante la protección patrimonial de los beneficiarios y proyectar un sistema de salud más equitativo y transparente.

Que resulta necesario dictar un nuevo marco normativo que establezca cláusulas mínimas contractuales compatibles con la legislación vigente en lo que atañe a los planes individuales de cobertura médica, incorpore un modelo uniforme de factura y estado de cuenta que garantice la trazabilidad de los aportes, contribuciones, cotizaciones y subsidios, y disponga mecanismos claros de adecuación y fiscalización, reforzando así la transparencia, la seguridad jurídica y la tutela efectiva de los derechos de los beneficiarios.

Que, a tal fin, corresponde actualizar dichas cláusulas mínimas para incorporar expresamente disposiciones en materia de preexistencias, declaración jurada de salud, carencias, prescripción de medicamentos, ajustes de cuota, facturación transparente, continuidad de cobertura en caso de fallecimiento, condiciones de rescisión, derecho de equivalencia en las cartillas de prestadores, incorporación del grupo familiar, progresividad de derechos, continuidad y cambios de plan, y procedimientos de reclamos, en consonancia con las leyes y reglamentaciones vigentes, asegurando un marco contractual claro, equilibrado y tutelar de los derechos de los usuarios.

Que la GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS tomó 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 440 del 27 de junio de 2025.





Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Apruébase como Anexo I (IF-2025-103729133-APN-GAJ#SSS) de la presente resolución las Cláusulas Mínimas que deberán contener los contratos de planes de cobertura individuales entre Entidades de Medicina Prepaga y usuarios, y Agentes del Seguro de Salud y beneficiarios.

ARTÍCULO 2°.- Las Entidades de Medicina Prepaga y los Agentes del Seguro de Salud podrán incorporar cláusulas adicionales a los contratos siempre que no contradigan las establecidas en el Anexo I.

ARTÍCULO 3°.- Apruébase como Anexo II (IF-2025-103723667-APN-GAJ#SSS) de la presente resolución el modelo tipo de Factura y Estado de Cuenta – Cuota Transparente, de utilización obligatoria por las Entidades de Medicina Prepaga y los Agentes del Seguro de Salud.

ARTÍCULO 4°.- Establécese un plazo de TREINTA (30) días, a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, para que las Entidades de Medicina Prepaga y los Agentes del Seguro de Salud adecuen los contratos, facturas y estados de cuenta a las previsiones descriptas en los Anexos I y II.

ARTÍCULO 5°.- Cumplido el plazo estipulado en el artículo anterior, las Entidades de Medicina Prepaga y los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar los contratos actualizados a través de un aplicativo que estará disponible en el sitio web institucional de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 6°.- Instrúyese a la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN a desarrollar e implementar el aplicativo referido en el ARTÍCULO 5°.

ARTÍCULO 7°.- Instrúyese a las áreas técnicas de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que, en el ámbito de sus competencias, continúen las tareas de fiscalización tendientes a asegurar la correcta imputación de los aportes, contribuciones, cotizaciones y subsidios, conforme la naturaleza que les otorga la Ley N° 23.660 y el Decreto N° 576 del 1° de abril de 1993 y sus modificatorios.

ARTÍCULO 8°.- Derógase en todos sus términos la Resolución N° 2400 del 28 de noviembre de 2023 de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 9°.- La presente Resolución entrará en vigencia desde el día de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 10.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

Claudio Adrián Stivelman





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

e. 19/09/2025 N° 69318/25 v. 19/09/2025

Fecha de publicación 19/09/2025

