

## MINISTERIO DE SALUD

## Resolución 1975-E/2017

Ciudad de Buenos Aires, 27/10/2017

VISTO el Expediente N° 2017-24637793-APN-SSS#MS del Registro del MINISTERIO DE SALUD, y la Ley N° 26.682, los Decretos N° 1991, de fecha 29 de noviembre de 2011 y N° 1993 de fecha 30 de noviembre de 2011, la Resolución MS N° 1050 E de fecha 31 de julio de 2017, y

## CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26.682 establece el Marco Regulatorio de Medicina Prepaga, alcanzando a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten, 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 sistemas 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 4º del Decreto Nº 1993/2011, reglamentario de la citada Ley, establece que el MINISTERIO DE SALUD es la autoridad de aplicación de la misma, a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo descentralizado de su jurisdicción.

Que el artículo 17º de la referida Ley, prevé que la Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales de las Empresas de Medicina Prepaga y autorizará el aumento de las mismas, cuando dicho aumento esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgo.

Que, de acuerdo al artículo 5º, entre otros objetivos y funciones, la Autoridad de Aplicación, debe autorizar y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones.

Que el inciso g) del artículo 5º del Decreto Nº 1993/2011 establece que las cuotas que deberán abonar los usuarios se autorizarán conforme las pautas establecidas en el artículo 17º del mismo y que, al respecto se señala que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades; con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente del incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en aquella reglamentación, consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados.

