



Resolución Nro 469/25

General Roca, 19 Febrero de 2025

VISTO:

La Resolución 352/20, el Acta de Directorio N° 58 del año 1974, y otras resoluciones posteriores.

Y CONSIDERANDO:

- Que por Acta del Directorio N° 58 del año 1974 se creó un servicio médico gratuito para los afiliados a la Caja, bajo el título "OBRA SOCIAL".
- Que resoluciones posteriores de distintos Directorios ampliaron las prestaciones, entre ellas: RES. 19/83, RES. 29/90, RES. 39/94, RES. 40/94, RES. 44/95, RES. 47/97, RES. 57/00, RES. 68/04, RES. 77/06, RES. 80/06, RES. 83/07, RES. 85/08, RES. 97/11, RES. 98/11. Que mediante la Resolución 352/20 de la Caja Forense se derogaron las resoluciones mencionadas y se estableció un Sistema Asistencial de Obra Social arancelado para responder a las demandas de prestaciones asistenciales de salud de los afiliados. Esta resolución estableció, en el Art. 5, los montos correspondientes al 23% del Art. 15, inc. b), y dispuso el pago de una cuota mensual para los usuarios del sistema, el arancelamiento de las prestaciones médicas, los bonos de consulta y los copagos por prestaciones.
- Que la Caja Forense cuenta con un total de 1.675 afiliados, de los cuales solo 392 (y sus adherentes) son usuarios activos del sistema de salud, lo que representa un 23,4% de la totalidad de los afiliados de la Institución.
- Que los recursos destinados a los fines sociales (23% del Art. 15, inc. b, de la Ley 869) debieran destinarse a atender jubilaciones, subsidios, gastos de sepelios.
- Que el elevado déficit del sistema de salud ha agotado los recursos destinados a los fines sociales, desestabilizando la estructura financiera de la Caja y afectando su sostenibilidad.
- Que la Caja Forense no está registrada como obra social ni como entidad prepaga, por lo que no está alcanzada por las leyes 23.660 y 23.661, y no puede acceder a los reintegros del Sistema Único de Reintegro (SUR), lo que limita su capacidad de financiamiento.
- Que se ha determinado un quebranto continuo en el sistema de salud en perjuicio de los fondos previsionales afectando las jubilaciones y el punto de quiebre del sistema previsional.
- Que la decisión de subsidiar al sistema de salud en su conjunto, generó inequidades evidentes toda vez que, la totalidad de los afiliados de la Caja Forense, subsidian a un pequeño universo de afiliados que cuentan con recursos para afrontar el gasto que el sistema médico demanda. Asimismo, se destaca que, no es el espíritu del Art. 2 de la Ley 869 el subsidio generalizado al sistema, sino el subsidio particular para aquel que es solicitado por el afiliado.
- Que actualmente las cuotas mensuales para los afiliados titulares son de 3 JUS, y para los afiliados adherentes un 30% superior a las de los titulares. Los coseguros establecidos y el análisis actuarial sugieren que una segmentación basada en la edad ayudará a reducir el déficit del sistema.
- Que las cuotas cobradas a los afiliados cubren aproximadamente el 50% del costo de las prestaciones del sistema en su conjunto.
- Que en función de lo antedicho se han analizado los balances desde el año 2018
- Que surge del balance 2024 un quebranto del sistema de salud por Pesos quinientos millones (\$500.000.000) que debió ser subsidiado por el fondo destinado a fines sociales constituido con el aporte de la totalidad del universo de afiliados de la institución.
- Que el sistema de salud registra un saldo deudor acumulado desde el año 2018 para con el sistema previsional de más de Pesos dos mil millones (\$2.000.000.000)



- Que se ha encargado un informe actuarial respecto del sistema de salud y del sistema previsional.
- Que, según las conclusiones de los informes actuariales, el sistema de salud seguirá siendo cada vez más deficitario en los próximos 10 años, a pesar de las medidas de financiamiento dispuestas por la Resolución 352/20.
- Que el informe actuarial informa que la eliminación del déficit del sistema de salud y la capitalización del excedente del fondo para fines sociales extiende el punto de quiebre de la caja en un 100%.
- Que se ha encargado a la gerencia el análisis e informe del sistema de salud y su déficit. Que el informe realizado por la gerencia requiere un aumento de las cuotas que se abonan por el servicio de salud y que a efectos de hacerlo más equitativo se proceda a la segmentación de las cuotas, tomando en cuenta la edad de los usuarios. Que a tal fin se han analizado los esquemas remitidos por otros prestadores médicos a la Superintendencia de Salud.
- Que el aumento de las cuotas y la segmentación eliminará el déficit del sistema y permitirá su autofinanciamiento.
- Que, a pesar de las medidas de control implementadas sobre los prestadores, tales como auditorías intensivas, arancelamiento, incremento de cuotas y limitación de reintegros, el gasto del sistema sigue en aumento debido a la ampliación de coberturas vía PMO y los mayores costos en tratamientos y medicamentos.
- Que resulta necesario modificar el sistema actual para garantizar la autosustentabilidad del sistema de salud mediante la segmentación de las cuotas, de acuerdo con la edad de los beneficiarios.
- Que se ha solicitado a la Gerencia realizar un esquema de segmentación de las cuotas en función de la edad, tomando como referencia los importes cobrados para cada rango etario por las empresas de medicina prepaga.
- Que tras el relevamiento realizado por la Gerencia sobre valores de medicina prepaga, se constató que los importes que abonan los usuarios del sistema de la Caja Forense son considerablemente menores.
- Que se consideró necesario suspender el acceso de nuevos usuarios al sistema de salud de la Caja.

POR ELLO, EL DIRECTORIO EN USO DE SUS ATRIBUCIONES DISPONE:

PRIMERO: Modificar el artículo 6 de la Resolución 352/20, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTÍCULO 6º: ARANCELES: Para tener derecho a la prestación del Sistema Asistencial de Salud, se establecen los siguientes aranceles según el tramo etario de los beneficiarios:



Propuesta Segmentación - MIX						
	Tit/Jub	Adh/Pens	Titular	Adherente (30% más)	Titular	Adherente
1 - 10	0	15	1,06	1,38	\$ 53.090,00	\$ 69.017,00
11 - 20	0	49	1,06	1,38	\$ 53.090,00	\$ 69.017,00
21 -30	0	19	1,90	2,47	\$ 95.480,00	\$ 124.124,00
30 - 35	9	1	1,90	2,47	\$ 95.480,00	\$ 124.124,00
36 - 40	11	6	2,26	2,93	\$ 113.174,00	\$ 147.126,20
41 - 45	34	4	2,26	2,93	\$ 113.174,00	\$ 147.126,20
46 - 50	36	11	2,94	3,82	\$ 147.467,00	\$ 191.707,10
51 - 55	56	16	3,67	4,78	\$ 184.330,00	\$ 239.629,00
56 - 60	58	14	3,93	5,11	\$ 197.144,52	\$ 256.287,88
61 - 65	36	15	7,24	9,41	\$ 363.011,65	\$ 471.915,15
66 - 70	27	23	7,24	9,41	\$ 363.011,65	\$ 471.915,15
71 - 75	42	16	7,24	9,41	\$ 363.011,65	\$ 471.915,15
76 - 80	27	19	7,24	9,41	\$ 363.011,65	\$ 471.915,15
81 <	20	16	7,24	9,41	\$ 363.011,65	\$ 471.915,15

El monto del arancel será actualizado trimestralmente en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, tomando el valor promedio entre los planes publicados en la Superintendencia de Salud de la Nación correspondiente a tres prepagas de primer nivel a elección del Directorio al primer día de cada uno de dichos meses. Los aranceles deberán abonarse mensualmente entre el día 1 y el día 10 de cada mes, en concordancia con lo dispuesto de la Resolución 463/25. Los afiliados que perciban haber jubilatorio o pensión tendrán el arancel correspondiente descontado de su liquidación previsional. El presente cuadro tarifario entrará en vigencia con el cobro de la cuota del mes de abril de 2025.

SEGUNDO: Disponer el cierre definitivo de nuevas afiliaciones al sistema de salud de la Caja para nuevos usuarios. Los afiliados que requieran de un servicio médico cuentan a partir del día de la fecha con los beneficios de los convenios corporativos que la Caja Forense tiene suscriptos con empresas de medicina prepaga. Sin que ello implique participación alguna de la Caja Forense en el servicio que contrate el afiliado.

TERCERO: Establecer un sistema de subsidios que cubrirá hasta un máximo del cincuenta por ciento (50%) del valor mensual de la cuota del titular, para todos aquellos afiliados que no puedan afrontar



el costo del nuevo cuadro tarifario. Para el acceso a dicho beneficio, los afiliados deberán acreditar sumariamente los siguientes extremos:

- Certificación de ingresos y egresos que demuestren la incapacidad económica para afrontar el costo del sistema de salud (certificados contables, resúmenes de tarjetas de crédito, facturas de servicios, informes de bienes inmuebles y vehículos, informes bancarios, etc.).
- No contar con otra obra social o empresa de medicina prepaga.

CUARTO: A fin de garantizar la autosustentabilidad del sistema, y evitar que el mismo tenga que ser subsidiado nuevamente, las cuotas en su conjunto no podrán ser inferiores al gasto en su conjunto.

QUINTO: Para el caso de existir excedentes económicos mensuales se conformará un fondo de contingencia con el que se atenderán gastos extraordinarios.

SEXTO: Regístrese, publíquese y archívese.