

INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

FRANCO CAVIGLIA
DANIEL ROGGERO

CAPÍTULO I

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

OBRAS SOCIALES Y MEDICINA PREPAGA

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo se propone analizar de manera integral la estructura y el funcionamiento de los dos principales mecanismos de cobertura de salud en Argentina, las Obras Sociales y la medicina prepaga, tal como se configuraban hasta el año 2023, inmediatamente antes de las reformas estructurales posteriores.

Para ello, se adopta como marco de referencia el informe de la Oficina de Presupuesto del Congreso de la Nación publicado en 2021, lo que asegura un análisis sistemático, coherente y comparable. La exposición se organiza examinando los fundamentos normativos, los mecanismos de financiamiento y las modalidades de prestación de ambos subsistemas, reconociendo al mismo tiempo su diversidad institucional y su distribución territorial.

Comprender esta configuración histórica resulta esencial para evaluar las fortalezas, las debilidades y los desafíos que motivaron las transformaciones subsiguientes, dado que estos componentes atienden a una porción significativa de la población y representan una parte sustancial del gasto sanitario nacional.

MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

DEFINICIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES

Para abordar adecuadamente el sistema de cobertura de salud es fundamental partir de una definición integral, según la cual la salud constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social que trasciende la mera ausencia de enfermedad. Desde esta perspectiva, el bienestar depende de una serie de determinantes sociales fundamentales como el acceso a agua potable, una

vivienda digna, alimentación sana, un ambiente protegido y condiciones laborales saludables. En consecuencia, la responsabilidad estatal en materia de salud excede ampliamente la simple provisión médica para abarcar políticas de saneamiento, vivienda y desarrollo social. Es dentro de este marco más amplio donde los sistemas de cobertura, representados por las Obras Sociales y las prepagas, funcionan como mecanismos específicos destinados a garantizar el acceso a la atención sanitaria.

ACCIONES ESTATALES PARA GARANTIZAR LA SALUD

Las acciones que el Estado despliega para garantizar el derecho a la salud se clasifican conceptualmente en tres niveles interrelacionados. En primer lugar, la promoción de la salud, que busca mejorar la calidad de vida mediante la creación de entornos sostenibles, como la construcción de redes de agua potable o espacios verdes, y cuya responsabilidad primaria recae en el Estado, con un rol muy limitado de las Obras Sociales y prepagas. En segundo término, la prevención de la salud, que se enfoca en evitar la pérdida de salud mediante controles, vacunación y promoción de hábitos, nivel en el cual las Obras Sociales y prepagas asumen responsabilidades significativas al garantizar prestaciones preventivas a sus afiliados. Finalmente, la atención de la salud, que se activa cuando la salud se ha perdido y consiste en la prestación de servicios médicos como consultas o internaciones, constituyendo este el nivel de actividad principal de ambos subsistemas de cobertura.

CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La seguridad social en salud se fundamenta en el principio de solidaridad contributiva, mediante el cual la sociedad organiza mecanismos de financiamiento colectivo para proteger a sus miembros contra las privaciones económicas derivadas de la enfermedad. A diferencia de los seguros privados de lógica puramente actuarial, el seguro social incorpora una redistribución implícita de riesgos: los trabajadores de mayores ingresos aportan proporcionalmente más, los jóvenes y sanos financian la atención de quienes tienen mayores necesidades, y todos contribuyen independientemente del tamaño de su grupo familiar. Esta lógica solidaria y obligatoria es lo que diferencia conceptualmente de manera crucial a las

Obras Sociales, como expresión del seguro social, de las entidades de medicina prepaga, que operan bajo esquemas de contratación voluntaria, teniendo esta distinción profundas implicancias para la equidad del sistema en su conjunto.

MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

El derecho a la salud encuentra un robusto amparo en la arquitectura constitucional argentina. El artículo 14 bis establece los beneficios de la seguridad social, mientras que el artículo 75 inciso 22 otorga jerarquía constitucional a tratados internacionales de derechos humanos que reconocen explícitamente el derecho a la salud. A ello se suman los artículos 41, que consagra el derecho a un ambiente sano, y 42, que protege la salud en el marco de los derechos del consumidor. Si bien, conforme al artículo 121, la responsabilidad primaria en salud recae en las provincias, el Estado nacional ha asumido un rol central en la regulación de los sistemas de cobertura a través de dos leyes fundamentales. Por un lado, la Ley 23.661, que creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud y estableció los principios y obligaciones de las Obras Sociales. Por otro lado, la Ley 26.682, que reguló el funcionamiento de las entidades de medicina prepaga, obligándolas a garantizar como mínimo las prestaciones del Programa Médico Obligatorio y las destinadas a personas con discapacidad.

ESTRUCTURA TRIPARTITA DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud argentino se organiza mediante una estructura tripartita donde coexisten y se superponen tres subsistemas. El primero es el subsistema público, una red de establecimientos estatales de acceso universal y gratuito financiada por recursos presupuestarios bajo la modalidad de subsidio a la oferta. El segundo es el subsistema de seguridad social, operado por las Obras Sociales, que brindan cobertura obligatoria a trabajadores formales y sus familias mediante un esquema de aportes y contribuciones, debiendo garantizar el Programa Médico Obligatorio. El tercero es el subsistema privado, integrado por las entidades de medicina prepaga que ofrecen cobertura mediante contratación voluntaria financiada con las cuotas de los afiliados, y que también están obligadas a cubrir el PMO. Esta configuración tripartita genera una inevitable fragmentación, duplicación y superposición de coberturas, lo que presenta tanto oportunidades, como flexibilidad

y una red de contención, como serios desafíos en términos de ineficiencia y dificultades de coordinación. Frente a este escenario, el Estado nacional ejerce roles diferenciados: un rol subsidiario en el subsistema público, un rol central de regulación en la seguridad social y un rol fiscalizador en el ámbito privado.

EL SUBSISTEMA PÚBLICO DE SALUD

PRINCIPIOS FUNDACIONALES

El subsistema público de salud constituye la expresión más directa de la responsabilidad estatal y se fundamenta en dos principios rectores que definen su naturaleza. El principio de universalidad implica que cualquier persona puede acceder a sus servicios sin importar su condición laboral, económica o migratoria, respondiendo así al reconocimiento constitucional del derecho a la salud como un derecho humano fundamental. Complementariamente, el principio de gratuidad establece que las prestaciones se brindan sin costo directo para el paciente, eliminando barreras económicas y financiándose mediante recursos provenientes de la recaudación tributaria general, lo que distribuye el costo entre toda la sociedad. Este subsistema comprende la extensa red de hospitales y centros de atención primaria dependientes de la nación, las provincias y los municipios, organizándose de acuerdo con el diseño federal del país, donde las provincias retienen la responsabilidad primaria en la materia.

FINANCIAMIENTO Y MECANISMOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

El financiamiento primario del subsistema público proviene de asignaciones presupuestarias que cada jurisdicción destina a sus establecimientos según su estructura y capacidad instalada, modelo conocido como subsidio a la oferta. Este mecanismo otorga estabilidad para la planificación, pero también introduce rigideces, ya que los recursos no se ajustan automáticamente a las variaciones en la demanda de servicios. Para complementar estos fondos, los establecimientos públicos generan ingresos mediante la facturación a terceros pagadores, es decir, cuando atienden a pacientes con cobertura de Obra Social o medicina prepaga, siendo el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) el principal contratante de servicios en este ámbito. Adicionalmente, las transferencias del gobierno nacional a las provincias, ya sea a través de la

coparticipación federal o de programas específicos como Sumar o Incluir Salud, constituyen otra fuente significativa de financiamiento para el sostenimiento de la red pública.

ESTRUCTURAS DEL SUBSISTEMA PÚBLICO

A pesar de sus principios fundacionales, el subsistema público enfrenta limitaciones estructurales que condicionan severamente su capacidad para garantizar un acceso equitativo y de calidad. Una de las más relevantes es la ausencia de un plan de prestaciones homogéneo a nivel nacional, a diferencia de lo que ocurre en el subsistema de seguridad social con el PMO, por lo que la oferta de servicios en cada hospital depende directamente de la disponibilidad contingente de recursos. Esta situación se manifiesta en demoras significativas para obtener turnos con especialistas o para realizar estudios diagnósticos complejos, así como en la frecuente ausencia de ciertas especialidades médicas, particularmente en hospitales de zonas rurales o de menor densidad poblacional, lo que obliga a costosos traslados. Asimismo, la falta de insumos o medicamentos, producto de demoras en las adquisiciones o restricciones presupuestarias, afecta la calidad de la atención. Estas limitaciones, en conjunto, acentúan las asimetrías y desigualdades territoriales existentes, ya que las provincias con mayor capacidad fiscal pueden destinar más recursos a sus sistemas que aquellas con menores recursos, perpetuando así un panorama de acceso desigual.

HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA

Con el objetivo de incrementar la autonomía de gestión y mejorar el financiamiento de los establecimientos públicos, se creó mediante la Ley 24.752 de 1996 el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Este modelo, de adhesión voluntaria, busca que los hospitales puedan generar ingresos propios facturando servicios a obras sociales y prepagas, fomentar una gestión más eficiente y, con los recursos adicionales, mejorar la accesibilidad para toda la población. Los hospitales que se adhieren a este régimen adquieren facultades como celebrar convenios directos con el Sistema Nacional del Seguro de Salud, facturar a terceros pagadores y administrar con mayor autonomía los recursos así generados, pudiendo además integrarse en redes asistenciales con otros

establecimientos. No obstante, la implementación práctica de este modelo ha presentado resultados dispares en las distintas provincias, reflejando las diferentes capacidades institucionales y concepciones sobre la organización del sistema de salud que existen en el territorio nacional.

ROL DIRECTO DEL ESTADO NACIONAL EN EL SUBSISTEMA PÚBLICO

A pesar de que la mayor parte de la red pública está descentralizada en provincias y municipios, el Estado nacional conserva un rol directo en ámbitos específicos que justifican su intervención. Administra directamente establecimientos de alta complejidad y referencia nacional, como hospitales especializados en oncología o pediatría, cuya función trasciende los límites de una provincia. Asimismo, cofinancia hospitales provinciales que cumplen funciones de referencia regional, atienden a pacientes de múltiples jurisdicciones. Otra responsabilidad exclusiva es la atención de la salud del personal de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, para lo cual cuenta con su propia red de establecimientos. Además, brinda asistencia técnica y financiera a los hospitales universitarios nacionales, que combinan funciones asistenciales, docentes y de investigación, y desarrolla e implementa en todo el territorio programas nacionales de salud enfocados en poblaciones o patologías específicas, complementando así la acción provincial.

PROGRAMA SUMAR

El Programa Sumar representa una política específica de cobertura sanitaria destinada a la población que carece de acceso a otros sistemas formales de salud, evolucionando y ampliando el alcance del anterior Plan Nacer. Su mecanismo central es un innovador financiamiento por resultados y capitación, mediante el cual los establecimientos de salud reciben un monto fijo periódico por cada persona inscrita y, adicionalmente, recursos por cada prestación efectivamente realizada, lo que incentiva tanto la inscripción como la atención efectiva. El programa se estructura en dos componentes principales: los Seguros Públicos Provinciales, cofinanciados entre la Nación y cada provincia para cubrir la atención primaria y secundaria, y los Seguros Públicos Nacionales, financiados totalmente por el Estado nacional para cubrir patologías de alto costo y complejidad, como tratamientos oncológicos o trasplantes, cuyo impacto financiero sería insostenible para los

presupuestos provinciales. La implementación del programa, sin embargo, evidencia disparidades territoriales significativas en la inscripción de beneficiarios, influenciadas tanto por los distintos niveles de informalidad laboral y pobreza como por las variadas capacidades institucionales de las provincias para gestionar los procesos administrativos requeridos.

PROGRAMA INCLUIR SALUD

El Programa Incluir Salud está específicamente destinado a una población vulnerable: los titulares de Pensiones No Contributivas, que incluyen a adultos mayores sin aportes jubilatorios, personas con discapacidad y madres de muchos hijos. A diferencia del financiamiento presupuestario tradicional, este programa opera mediante un modelo de compra de servicios, estableciendo convenios directos con prestadores públicos o privados y con las propias jurisdicciones provinciales, que luego facturan al programa nacional por las prestaciones brindadas a los beneficiarios. La distribución geográfica de estos beneficiarios refleja marcadamente las desigualdades socioeconómicas del país, concentrándose en las provincias del noroeste y noreste argentino, que históricamente presentan mayores niveles de vulnerabilidad. Esta distribución desigual plantea el desafío de coordinar efectivamente la provisión de servicios entre el programa nacional y los sistemas de salud provinciales, asegurando que se cubra el amplio espectro de prestaciones que incluye, desde consultas básicas hasta tratamientos especializados para personas con discapacidad.

.EL SUBSISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: LAS OBRAS SOCIALES

FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

Las Obras Sociales constituyen el componente principal del subsistema de seguridad social en salud. Se definen como entidades que brindan prestaciones de salud a los trabajadores formales, tanto activos como pasivos, y a sus grupos familiares, operando bajo el concepto de seguro social obligatorio. La participación en este sistema es compulsiva para todos los trabajadores en relación de dependencia, quienes deben realizar aportes mensuales calculados como porcentaje de sus remuneraciones.

El financiamiento de las Obras Sociales proviene de dos fuentes principales. Por un lado, las contribuciones patronales, que constituyen un porcentaje de la masa salarial que los empleadores deben destinar al sistema. Por otro lado, los aportes personales, que se detraen automáticamente de la remuneración de cada trabajador. Este esquema de financiamiento contributivo vincula directamente la cobertura de salud con la situación laboral de las personas, estableciendo una relación estructural entre empleo formal y acceso a la seguridad social.

La distribución de la población cubierta por el subsistema de seguridad social muestra que tres de cada cuatro personas corresponden a instancias nacionales, es decir, a Obras Sociales Nacionales, al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, u otras entidades de alcance nacional. Solo una de cada cuatro personas está cubierta por Obras Sociales de ámbito provincial. Esta distribución refleja la estructura del mercado laboral argentino y la organización histórica del sistema de seguridad social.

SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

La Ley 23.661 estableció el Sistema Nacional del Seguro de Salud con objetivos fundamentales que incluyen proveer prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas a todos los beneficiarios. El sistema se estructura mediante una arquitectura institucional que distingue claramente tres componentes funcionales. La Superintendencia de Servicios de Salud actúa como órgano de contralor, supervisando y fiscalizando el funcionamiento de las Obras Sociales. Las Obras Sociales operan como agentes administradores, responsables de recaudar los aportes y organizar la provisión de servicios. Los prestadores constituyen la red de profesionales e instituciones que efectivamente brindan la atención médica a los beneficiarios.

Esta separación funcional busca garantizar controles y equilibrios en el funcionamiento del sistema. La Superintendencia de Servicios de Salud ejerce funciones de regulación, fiscalización y control sobre las Obras Sociales comprendidas en el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Entre sus atribuciones se encuentran la verificación del cumplimiento de las obligaciones de cobertura, la

autorización de planes de prestaciones, la aprobación de valores de cuotas y la administración del Fondo Solidario de Redistribución.

EL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN

El Fondo Solidario de Redistribución, administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud, cumple funciones esenciales para la equidad y sostenibilidad del sistema. Este fondo se constituye mediante aportes que realizan todas las Obras Sociales del sistema, calculados como porcentaje de sus ingresos totales. Las finalidades del fondo incluyen financiar los gastos operativos del órgano de control, subsidiar prestaciones para beneficiarios de menores ingresos cuyas Obras Sociales tienen escasa capacidad financiera, financiar tratamientos de alta complejidad que exceden las posibilidades de las Obras Sociales individuales, y atender desequilibrios financieros transitorios.

El Fondo opera mediante líneas específicas de financiamiento que responden a diferentes necesidades del sistema. El Sistema Único de Reintegro cubre prestaciones de baja incidencia pero alto impacto económico, tales como trasplantes de órganos, cirugías de alta complejidad o tratamientos oncológicos especializados. El Subsidio Automático Nominativo otorga apoyos financieros a Obras Sociales cuyos aportes promedio por beneficiario están por debajo de un piso mínimo establecido, buscando compensar las diferencias en la capacidad contributiva de sus afiliados.

El Programa de Integración para Discapacidad financia las prestaciones específicas que requieren las personas con discapacidad, reconociendo las necesidades particulares de este grupo poblacional. Los programas SUMA, SUMARTE y SUMA 65 buscan compensar desbalances estructurales entre diferentes Obras Sociales, redistribuyendo recursos desde aquellas con mayor capacidad financiera hacia las que presentan mayores dificultades. Estos mecanismos de redistribución constituyen un elemento fundamental para mantener la equidad dentro de un sistema caracterizado por la heterogeneidad de sus componentes.

EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

El Programa Médico Obligatorio constituye la canasta básica de prestaciones que todas las Obras Sociales deben garantizar a sus afiliados. Establecido mediante resoluciones del Ministerio de Salud, el PMO define un piso mínimo de cobertura que busca asegurar cierta uniformidad en las prestaciones disponibles para todos los beneficiarios del sistema, independientemente de la Obra Social a la que pertenezcan.

El carácter obligatorio del PMO opera en dos dimensiones. Por un lado, las Obras Sociales no pueden renunciar a proveer las prestaciones incluidas en el programa, estando obligadas a garantizarlas a todos sus afiliados. Por otro lado, deben destinar como mínimo un porcentaje determinado de sus ingresos al financiamiento de estas prestaciones, asegurando así la disponibilidad de recursos para su provisión efectiva.

Los componentes del PMO incluyen el Plan Materno Infantil, que garantiza atención integral durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida del niño. La cobertura odontológica abarca tanto prestaciones preventivas como curativas. La atención en salud mental comprende consultas, tratamientos ambulatorios e internaciones cuando resultan necesarias. El acceso a medicamentos esenciales se garantiza mediante la cobertura de un vademécum establecido normativamente.

La uniformidad normativa establecida por el PMO no se traduce necesariamente en uniformidad práctica en el acceso a las prestaciones. Existen diferencias significativas entre Obras Sociales en aspectos tales como los tiempos de espera para conseguir turnos, la amplitud y calidad de las redes de prestadores disponibles, la accesibilidad geográfica de los servicios, y los mecanismos administrativos para la autorización de prestaciones. Estas variaciones reflejan las diferencias en la capacidad financiera y organizativa de las distintas entidades que componen el sistema.

El financiamiento del PMO presenta desafíos importantes. No existe un cálculo actuarial oficial público del costo real de proveer todas las prestaciones incluidas en el programa. Determinados segmentos de afiliados, como los trabajadores monotributistas, realizan aportes que pueden resultar inferiores al costo estimado de las prestaciones que reciben. La situación financiera de cada Obra

Social está fuertemente condicionada por el perfil socioeconómico de sus afiliados, ya que aquellas que agrupan trabajadores de altos ingresos disponen de mayor capacidad financiera que las que nuclean trabajadores de menores remuneraciones.

RÉGIMEN DE OBRAS SOCIALES NACIONALES

La Ley 23.660 regula específicamente el funcionamiento de las Obras Sociales Nacionales, que cubren a los trabajadores del sector privado formal y del sector público nacional, junto con sus grupos familiares. La afiliación a estas entidades es compulsiva y está vinculada directamente a la actividad laboral. Cada trabajador queda automáticamente afiliado a la Obra Social correspondiente a su rama de actividad o sindicato, sin que medie una decisión individual de contratación.

El régimen establece principios generales que rigen el funcionamiento de estas entidades. La obligatoriedad del PMO constituye un requisito fundamental que todas las Obras Sociales deben cumplir. La cobertura debe extenderse a todo el territorio nacional, garantizando que los beneficiarios puedan acceder a prestaciones independientemente de su lugar de residencia. Los criterios para ser beneficiario se definen en función de la relación laboral y la realización de aportes, extendiéndose la cobertura al grupo familiar directo del trabajador.

La normativa reconoce la heterogeneidad de los agentes que componen el sistema, sin prescribir un modelo único de gestión. Las Obras Sociales pueden optar por diferentes modalidades organizativas para la provisión de servicios, ya sea mediante la contratación con prestadores externos, la conformación de redes propias, o esquemas mixtos que combinan ambas estrategias. Esta flexibilidad permite que cada entidad adapte su modelo de gestión a las características de su población beneficiaria y a las particularidades de los territorios donde opera.

LIBRE ELECCIÓN DE OBRA SOCIAL

Un decreto posterior a la sanción de la Ley 23.660 introdujo la posibilidad de libre elección de Obra Social, modificando sustancialmente el funcionamiento original del sistema. Esta política permite que los trabajadores puedan cambiar de Obra Social, trasladando sus aportes desde la entidad a la que pertenecían originalmente por su rama de actividad hacia otra de su elección. El objetivo

declarado de esta medida fue introducir elementos de competencia que incentivarán a las Obras Sociales a mejorar la calidad de sus prestaciones y la eficiencia de su gestión.

La implementación de la libre elección generó una dinámica de competencia entre Obras Sociales que tuvo efectos diferenciados según el tamaño y la capacidad financiera de las entidades. Las grandes Obras Sociales, con mayor capacidad económica y mejor oferta de servicios, lograron captar afiliados provenientes de otras entidades, fortaleciendo su posición en el sistema. Las Obras Sociales pequeñas, por el contrario, experimentaron pérdida de beneficiarios, lo que debilitó su base de financiamiento y redujo su capacidad para negociar con prestadores y mantener la calidad de sus servicios.

Una reforma normativa posterior buscó moderar los efectos de esta movilidad imponiendo un período de permanencia obligatoria. Según esta modificación, los trabajadores que ejercen su derecho a cambiar de Obra Social deben permanecer en la nueva entidad durante un año antes de poder realizar un nuevo cambio. Esta medida busca proporcionar cierta estabilidad al sistema, permitiendo a las Obras Sociales planificar sus operaciones con mayor certidumbre respecto a su base de afiliados.

OBRAS SOCIALES SINDICALES

Las Obras Sociales Sindicales constituyen el núcleo central del subsistema de seguridad social y representan la modalidad organizativa más extendida. Son instituciones de derecho público no estatal, lo que implica que no son organismos del Estado pero están sujetas a regulación pública y cumplen una función social reconocida normativamente. Su creación está vinculada a la existencia de una asociación sindical con personería gremial y un convenio colectivo de trabajo homologado.

El patrimonio de estas Obras Sociales pertenece colectivamente a los trabajadores del gremio correspondiente, no siendo propiedad del sindicato sino de la totalidad de los beneficiarios. La dirección y administración está a cargo de los sindicatos respectivos, que designan las autoridades y definen las políticas de gestión. La población cubierta incluye trabajadores del sector privado organizados

por rama de actividad, trabajadores del sector público nacional, y los grupos familiares directos de estos trabajadores.

El sistema de Obras Sociales Sindicales presenta una alta concentración. Las veinte Obras Sociales más grandes concentran dos tercios de los afiliados totales del subsistema, mientras que más de ciento noventa entidades de menor tamaño se reparten el tercio restante. Esta concentración refleja la heterogeneidad del mercado laboral argentino, donde algunos sectores de actividad son muy numerosos, como el comercio o la construcción, generando Obras Sociales grandes, mientras que múltiples sectores pequeños o especializados dan origen a entidades con bases reducidas de cotizantes.

Las Obras Sociales pequeñas enfrentan desafíos particulares derivados de su escala limitada. La reducida cantidad de afiliados implica menor capacidad de recaudación y menor poder de negociación con prestadores. Las economías de escala en la gestión administrativa favorecen a las entidades grandes, que pueden distribuir costos fijos entre una base más amplia de beneficiarios. Esta situación plantea interrogantes sobre la sostenibilidad de largo plazo de las Obras Sociales de menor tamaño y sobre los mecanismos necesarios para garantizar que sus afiliados accedan a prestaciones de calidad comparable a las de las grandes entidades.

OBRAS SOCIALES DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN

Las Obras Sociales del Personal de Dirección están destinadas específicamente al personal jerárquico de las empresas, incluyendo directivos, gerentes y otros cargos de conducción. A diferencia de las Obras Sociales Sindicales, cuya administración está a cargo de los sindicatos de trabajadores, estas entidades son administradas por Cámaras Empresarias que representan a los empleadores. La conducción se organiza mediante órganos colegiados integrados por representantes de los beneficiarios.

Este segmento del subsistema presenta una marcada concentración. Una sola Obra Social concentra la mitad de todos los afiliados a este tipo de entidades, y junto con otras dos instituciones de gran envergadura agrupan la mayor parte de la cobertura. Esta alta concentración refleja tanto las economías de escala en la

gestión como las preferencias de las empresas por contratar con pocas entidades de reconocida solvencia y capacidad de prestación.

El perfil de los afiliados a las Obras Sociales del Personal de Dirección tiende a corresponder a segmentos de mayores ingresos dentro del mercado laboral formal. Esta característica incide en la capacidad financiera de estas entidades, que generalmente disponen de aportes promedio superiores a los de las Obras Sociales Sindicales. Las prestaciones ofrecidas suelen incluir coberturas más amplias que el PMO básico, incorporando servicios adicionales y redes de prestadores de mayor prestigio.

OBRAS SOCIALES POR CONVENIO CON EMPRESAS

Estas Obras Sociales surgen por iniciativa de empresas privadas o públicas que deciden crear una entidad específica para brindar cobertura de salud a sus trabajadores. Su reconocimiento oficial se obtiene mediante la firma de un convenio con la autoridad competente, en el cual se establecen las condiciones de funcionamiento, las obligaciones de cobertura y los mecanismos de fiscalización. Presentan gran diversidad organizativa, reflejando las particularidades de las empresas que las crean y las características de sus planteles de trabajadores.

La concentración en este segmento es menos marcada que en otros componentes del subsistema de seguridad social, aunque su peso relativo en el total del sistema es menor. Ejemplos de este tipo de Obras Sociales son las creadas por grandes empresas estatales o privadas que consideran conveniente disponer de una estructura propia para atender las necesidades de salud de su personal. Esta modalidad permite a las empresas diseñar esquemas de cobertura adaptados a las características específicas de su actividad y de su fuerza laboral.

El funcionamiento de estas entidades está sujeto a la misma normativa que rige para las demás Obras Sociales en lo referente a obligaciones de cobertura, fiscalización por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, y cumplimiento del PMO. Sin embargo, la vinculación estrecha con una empresa particular puede facilitar la coordinación entre las políticas de salud ocupacional y la cobertura sanitaria general, permitiendo un abordaje más integrado de la salud de los trabajadores.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido habitualmente como PAMI, constituye la Obra Social más grande de Argentina y representa un componente fundamental del subsistema de seguridad social. Brinda cobertura a jubilados del sistema previsional argentino, pensionados por diferentes causales, trabajadores independientes que se han jubilado, y veteranos de la Guerra de Malvinas. La magnitud de su población beneficiaria refleja la estructura demográfica del país y la extensión del sistema previsional.

El PAMI se organiza como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud, con naturaleza jurídica de derecho público no estatal y autonomía financiera y administrativa. Esta estructura institucional le permite operar con cierta independencia en la gestión de sus recursos y en la definición de sus políticas, dentro del marco normativo establecido. A diferencia de otras Obras Sociales, el PAMI no está obligado a cumplir el PMO, sino que tiene su propio plan de prestaciones diseñado específicamente para atender las necesidades de salud de la población adulta mayor.

El modelo de gestión del PAMI se basa principalmente en el financiamiento de servicios, contratando prestaciones con establecimientos y profesionales externos en lugar de contar con una red propia de efectores. Este esquema permite al Instituto acceder a una red amplia y diversificada de prestadores en todo el territorio nacional, adaptándose a la distribución geográfica de sus beneficiarios. Los convenios con prestadores establecen las condiciones de atención, los valores de las prestaciones y los mecanismos de facturación y pago.

Los beneficiarios del PAMI pueden optar por permanecer en esta Obra Social o afiliarse a otra entidad inscripta en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, llevando consigo sus aportes. Esta opción permite que quienes lo deseen accedan a coberturas alternativas, introduciendo un elemento de elección dentro del sistema. Sin embargo, la mayoría de los beneficiarios permanece en el PAMI, que ofrece una cobertura integral específicamente diseñada para las necesidades de salud de los adultos mayores.

La distribución territorial de los afiliados al PAMI refleja factores demográficos relevantes. Las regiones con mayor proporción de adultos mayores en su población presentan mayor concentración de beneficiarios del Instituto. Esto incluye especialmente a provincias que han experimentado procesos de envejecimiento poblacional avanzado, fenómeno relacionado con la emigración de población joven hacia centros urbanos de mayor desarrollo económico y con patrones de natalidad diferenciados entre regiones.

OBRAS SOCIALES DEL SECTOR PÚBLICO NACIONAL

Las Obras Sociales del Sector Público Nacional brindan cobertura a los trabajadores de diversas dependencias estatales nacionales. Entre estas entidades se encuentran la Obra Social del Poder Judicial, la Obra Social del Congreso de la Nación, la Obra Social de las Universidades Nacionales, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas, y la Superintendencia de Bienestar de la Policía Federal. Cada una de estas instituciones atiende a los empleados de su respectiva jurisdicción y a sus grupos familiares.

A diferencia de otros segmentos del sistema, estas Obras Sociales no cuentan con un marco regulatorio común ni están sujetas a fiscalización centralizada por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud. Su naturaleza jurídica es pública estatal, lo que las diferencia de las Obras Sociales Sindicales y de otros componentes del subsistema de seguridad social. Cada entidad funciona según sus propias normas y criterios, establecidos mediante reglamentaciones internas y resoluciones de las autoridades respectivas.

Esta ausencia de regulación uniforme plantea particularidades en términos de coordinación con el resto del sistema. Las Obras Sociales del Sector Público Nacional no están obligadas a cumplir el PMO, aunque en general ofrecen coberturas que incluyen prestaciones equivalentes o superiores. El financiamiento proviene de aportes de los empleados públicos y de contribuciones presupuestarias de las respectivas instituciones, configurando esquemas de financiamiento que combinan elementos contributivos y presupuestarios.

OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

Cada jurisdicción provincial cuenta con Obras Sociales propias destinadas a cubrir a sus trabajadores públicos. Estas entidades están nucleadas en la Confederación de Obras Sociales y Servicios de Salud Municipales y Provinciales de Argentina, que funciona como organismo de coordinación y representación de estas instituciones. La cantidad de afiliados a cada Obra Social Provincial varía significativamente según el tamaño de la planta de empleados públicos de cada jurisdicción.

Un aspecto fundamental que caracteriza a las Obras Sociales Provinciales es que no forman parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud establecido por la Ley 23.661. Esta exclusión implica que no están fiscalizadas por la Superintendencia de Servicios de Salud y no están obligadas a garantizar el PMO. Cada provincia establece normativamente las prestaciones que su Obra Social debe brindar, lo que genera variaciones significativas en las coberturas disponibles según la jurisdicción.

Las prestaciones que ofrecen las Obras Sociales Provinciales varían según la capacidad instalada de cada jurisdicción. Las provincias con mayor desarrollo de infraestructura sanitaria pública pueden ofrecer a través de sus Obras Sociales acceso a servicios más amplios y especializados, ya que frecuentemente estos servicios se prestan en establecimientos públicos provinciales. Las jurisdicciones con menor capacidad instalada enfrentan mayores dificultades para garantizar coberturas integrales, debiendo en muchos casos derivar a sus afiliados hacia prestadores privados o hacia otras jurisdicciones.

El financiamiento de las Obras Sociales Provinciales proviene fundamentalmente de los aportes de los empleados públicos provinciales y de complementos presupuestarios que cada provincia decide asignar. A diferencia de las Obras Sociales Nacionales, que reciben transferencias del Fondo Solidario de Redistribución y participan de mecanismos nacionales de compensación financiera, las provinciales dependen exclusivamente de recursos propios de cada jurisdicción. Esta autonomía financiera genera marcadas disparidades en la capacidad económica de las distintas Obras Sociales Provinciales, reflejando las desigualdades en la capacidad fiscal de las provincias.

EL SUBSISTEMA PRIVADO: LA MEDICINA PREPAGA

MARCO LEGAL Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

La Ley 26.682 regula el funcionamiento de las entidades de medicina prepaga, definiéndolas como aquellas que ofrecen servicios de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana mediante modalidades de asociación voluntaria de sus usuarios. Esta definición establece claramente la diferencia fundamental con el sistema de seguridad social, donde la afiliación es compulsiva para los trabajadores formales. En el subsistema privado, la decisión de contratar una cobertura de salud es voluntaria y se formaliza mediante un contrato entre el usuario y la entidad prestadora.

Las características principales que definen el funcionamiento del subsistema privado incluyen varios elementos distintivos. Opera como un seguro por opción, donde los contratos son voluntarios y las primas se calculan según criterios actuariales que consideran variables como la edad, el sexo, el grupo familiar y el perfil de riesgo de los beneficiarios. Existe una cobertura mínima obligatoria que todas las entidades deben garantizar, correspondiente al PMO establecido para las Obras Sociales y a las prestaciones básicas para personas con discapacidad.

La fiscalización del subsistema privado está a cargo del Ministerio de Salud de la Nación, que la ejerce a través de la Superintendencia de Servicios de Salud. Esta estructura de control busca garantizar que las entidades cumplan con sus obligaciones de cobertura y operen dentro de parámetros de solvencia financiera que protejan los derechos de los usuarios. La normativa establece requisitos de funcionamiento que incluyen la presentación de estados contables, la acreditación de patrimonio neto mínimo, y la demostración de capacidad operativa para brindar las prestaciones comprometidas.

La Ley 26.682 introdujo disposiciones protectorias para los usuarios del subsistema privado. Prohíbe explícitamente que las entidades rechacen afiliaciones por razones de edad o por padecer enfermedades preexistentes, protegiendo así a los grupos más vulnerables que tradicionalmente enfrentaban dificultades para acceder a coberturas privadas. Esta prohibición constituye un avance significativo en términos de equidad, aunque las entidades pueden establecer períodos de

carencia de hasta un año para prestaciones que no están incluidas en el PMO, durante los cuales el afiliado no puede acceder a esas prestaciones específicas.

DERIVACIÓN DE APORTES DESDE LA SEGURIDAD SOCIAL

Un fenómeno particular del sistema argentino, que establece un puente entre el subsistema de seguridad social y el privado, es la derivación de aportes desde las Obras Sociales hacia las entidades de medicina prepaga. Este mecanismo permite que los trabajadores con Obra Social obligatoria opten por redirigir sus aportes de seguridad social hacia una entidad privada de su elección, abonando de su bolsillo la diferencia entre el valor del aporte y el costo de la cuota de la prepaga.

Las Obras Sociales pueden ofrecer planes superadores que incluyen prestaciones adicionales al PMO básico. Los afiliados que optan por esta modalidad mantienen su vínculo formal con la Obra Social pero reciben la atención efectiva a través de la entidad privada contratada. La Obra Social retiene un porcentaje de los aportes del trabajador como remuneración por la gestión administrativa y transfiere el resto a la empresa de medicina prepaga. Esta operación beneficia a ambas partes: las Obras Sociales reciben ingresos sin asumir el costo directo de las prestaciones, mientras que las empresas privadas incrementan su base de afiliados y acceden a los recursos del Fondo Solidario de Redistribución que corresponden a esos afiliados.

Este sistema de derivación de aportes ha sido objeto de análisis en cuanto a sus efectos sobre el subsistema de seguridad social. Por un lado, permite que los trabajadores accedan a coberturas más amplias si están dispuestos a complementar sus aportes obligatorios con recursos propios. Por otro lado, concentra en las entidades privadas a afiliados que generalmente corresponden a segmentos de mayores ingresos y menor riesgo sanitario, lo que puede debilitar la base financiera de las Obras Sociales al perder aportes de beneficiarios que presentan menores costos de atención.

CLASIFICACIÓN DE ENTIDADES

El subsistema privado comprende diferentes tipos de entidades según su naturaleza jurídica y finalidad. Las sociedades comerciales son empresas privadas

con fines de lucro que operan en el mercado de la salud bajo la forma de sociedades anónimas u otras figuras del derecho comercial. Las Obras Sociales con planes superadores son entidades del sistema de seguridad social que ofrecen opciones complementarias voluntarias además de las prestaciones obligatorias, operando en este segmento bajo las reglas de la medicina prepaga.

Las cooperativas son entidades sin fines de lucro basadas en principios de solidaridad mutua entre sus asociados. Se organizan según la legislación cooperativa, distribuyendo equitativamente los costos y beneficios entre sus miembros. Las mutuales constituyen asociaciones sin fines de lucro orientadas a la ayuda recíproca entre sus integrantes, funcionando bajo principios de solidaridad y autogestión. Las asociaciones civiles son entidades sin fines de lucro organizadas para el cumplimiento de objetivos de interés general. Las fundaciones se constituyen mediante aportes patrimoniales destinados al bien común, operando también sin finalidad de lucro.

Esta diversidad de formas jurídicas refleja diferentes concepciones sobre cómo organizar la cobertura de salud en el ámbito privado. Las entidades con fines de lucro buscan generar rentabilidad para sus accionistas mediante la prestación eficiente de servicios de salud. Las entidades sin fines de lucro orientan sus excedentes al mejoramiento de las prestaciones y a la reducción de costos para sus asociados. Esta heterogeneidad institucional introduce elementos de diversidad en la oferta de coberturas disponibles en el mercado.

SOCIEDADES COMERCIALES DE MEDICINA PREPAGA

Las sociedades comerciales de medicina prepaga son entidades privadas con fines de lucro que constituyen el núcleo principal del subsistema privado. Aunque persiguen objetivos comerciales, están sujetas a regulación pública en reconocimiento de que cumplen una finalidad social al brindar servicios de salud. Las primas que cobran a sus afiliados deben ser autorizadas oficialmente por la Superintendencia de Servicios de Salud, que verifica que los valores sean razonables y se correspondan con las prestaciones ofrecidas.

Existen tres modalidades principales de contratación en este segmento. La modalidad individual se basa en un contrato voluntario entre la persona y la

empresa prepaga, donde el afiliado abona directamente la totalidad de la cuota mensual. La modalidad corporativa empresarial ocurre cuando una empresa contrata la cobertura para sus trabajadores como beneficio laboral adicional al salario, asumiendo total o parcialmente el costo de las cuotas. La modalidad de derivación de seguridad social permite que afiliados a Obras Sociales redirijan sus aportes obligatorios hacia la prepaga, complementando con un pago adicional de su bolsillo.

El sector de sociedades comerciales presenta una fuerte concentración de mercado. Pocas empresas reúnen la mayoría de los afiliados, mientras que múltiples entidades de menor tamaño operan con bases reducidas de clientes. Esta concentración se explica por varios factores. Las economías de escala en la gestión administrativa permiten que las grandes empresas operen con costos unitarios menores. El poder de negociación con prestadores favorece a las entidades grandes, que pueden obtener mejores condiciones en los convenios debido al volumen de pacientes que derivan. La confianza que generan las marcas establecidas y la amplitud de las redes de prestadores constituyen ventajas competitivas que las empresas líderes han consolidado a lo largo del tiempo.

Las empresas pequeñas de medicina prepaga enfrentan dificultades para competir en este mercado altamente concentrado. La necesidad de mantener redes amplias de prestadores, los requerimientos de solvencia patrimonial establecidos normativamente, y las presiones competitivas sobre precios generan desafíos para la sostenibilidad de las operaciones a pequeña escala. Esta situación ha llevado a procesos de consolidación del sector, con fusiones y adquisiciones que profundizan la concentración del mercado.

PLANES SUPERADORES DE ADHESIÓN VOLUNTARIA

Las Obras Sociales pueden ofrecer a sus afiliados planes complementarios voluntarios que están regulados por la Ley 26.682 de manera similar a la medicina prepaga. Estos planes superadores incluyen prestaciones adicionales al PMO obligatorio, permitiendo a los afiliados acceder a coberturas más amplias mediante el pago de una cuota adicional voluntaria. La contratación de estos planes se realiza

bajo condiciones similares a las de la medicina prepaga, con períodos de carencia para determinadas prestaciones y cálculo de primas según criterios actuariales.

La diferencia jurídica fundamental entre los planes superadores ofrecidos por Obras Sociales y la medicina prepaga pura radica en la naturaleza de la entidad que los comercializa. Las Obras Sociales mantienen su carácter de instituciones de derecho público no estatal, mientras que las empresas de medicina prepaga son entidades privadas. Sin embargo, en la práctica, los planes superadores operan de manera muy similar a los productos de la medicina prepaga, ofreciendo coberturas ampliadas, acceso a redes de prestadores de mayor prestigio, y servicios adicionales que exceden el PMO básico.

Este segmento también presenta alta concentración. Una sola Obra Social concentra la gran mayoría de los afiliados a planes superadores, reflejando el dominio de ciertas entidades grandes que han desarrollado ofertas comerciales sofisticadas en este nicho del mercado. La capacidad de estas entidades para diseñar productos atractivos, mantener redes amplias de prestadores de calidad, y gestionar eficientemente la operación de estos planes les ha permitido captar la mayor parte de la demanda en este segmento.

CARACTERÍSTICAS TRANSVERSALES DEL SISTEMA

MECANISMOS DE SOLIDARIDAD Y REDISTRIBUCIÓN

El subsistema de seguridad social incorpora mecanismos explícitos de solidaridad y redistribución que buscan compensar las asimetrías entre entidades. El Fondo Solidario de Redistribución opera como instrumento principal de compensación, trasladando recursos desde las Obras Sociales con mayor capacidad financiera hacia aquellas que enfrentan mayores dificultades. Los programas específicos del Fondo, como el Subsidio Automático Nominativo y los programas SUMA, buscan garantizar que todas las Obras Sociales puedan brindar las prestaciones del PMO independientemente de la capacidad contributiva de sus afiliados.

El subsistema privado, por el contrario, opera fundamentalmente bajo lógicas de mercado con mecanismos limitados de solidaridad. La prohibición de rechazar

afiliaciones por edad o enfermedades preexistentes introduce un elemento de solidaridad al distribuir los riesgos de salud entre el conjunto de los afiliados. Sin embargo, no existen mecanismos de redistribución financiera entre entidades que compensen las diferencias en los perfiles de riesgo de sus poblaciones.

La derivación de aportes desde la seguridad social hacia el subsistema privado genera flujos financieros que vinculan ambos subsistemas. Los afiliados que derivan sus aportes acceden a los subsidios del Fondo Solidario de Redistribución que corresponden a sus aportes, lo que implica una transferencia de recursos públicos hacia el sector privado. Este mecanismo ha sido objeto de análisis en términos de sus efectos redistributivos y de sus implicancias para la sostenibilidad financiera del subsistema de seguridad social.

DESAFÍOS DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El financiamiento de las Obras Sociales presenta desafíos relacionados con la vinculación entre cobertura y empleo formal. Las variaciones en los niveles de empleo registrado afectan directamente la recaudación de aportes y contribuciones. Los períodos de contracción económica, que se traducen en reducción del empleo formal, generan presiones financieras sobre las Obras Sociales al disminuir sus ingresos mientras la demanda de prestaciones tiende a mantenerse o incluso a incrementarse.

La estructura salarial del empleo formal incide en la capacidad financiera de las diferentes Obras Sociales. Aquellas que agrupan trabajadores de sectores con remuneraciones elevadas disponen de aportes promedio superiores, lo que les permite financiar coberturas más amplias. Las Obras Sociales de sectores con salarios bajos enfrentan mayores dificultades para garantizar prestaciones de calidad con los recursos provenientes de aportes reducidos. Esta situación reproduce en el sistema de salud las desigualdades salariales existentes en el mercado laboral.

El subsistema privado enfrenta desafíos de sostenibilidad relacionados con la dinámica de los costos de salud. El envejecimiento de la población de afiliados tiende a incrementar los costos de atención, ya que las personas de mayor edad presentan mayores necesidades sanitarias. La incorporación de nuevas tecnologías

médicas, que frecuentemente son de alto costo, presiona sobre los gastos de las entidades. La tensión entre la necesidad de mantener primas competitivas para atraer afiliados y la presión de costos crecientes configura un desafío de gestión para las entidades del subsistema privado.

También impactan en el ecosistema algunas externalidades al mismo como lo son el precio de los medicamentos y el crecimiento exponencial de la judicialización.

PERSPECTIVA FEDERAL Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

VARIACIONES JURISDICCIONALES EN LA COBERTURA

La distribución territorial de las coberturas del subsistema de seguridad social y del subsistema privado presenta variaciones significativas entre jurisdicciones. Estas diferencias reflejan tanto la estructura del mercado laboral formal en cada provincia como los niveles de desarrollo económico regional. Las jurisdicciones con mayor proporción de empleo registrado presentan mayor cobertura del subsistema de seguridad social, mientras que las regiones con altos niveles de informalidad laboral muestran menor alcance de las Obras Sociales.

El subsistema privado presenta una distribución territorial aún más concentrada. Las grandes áreas urbanas, especialmente aquellas con mayores niveles de ingreso per cápita, concentran la mayor parte de los afiliados a medicina prepaga. En provincias con menor desarrollo económico o con economías menos diversificadas, la presencia del subsistema privado es limitada. Esta distribución territorial implica que en determinadas regiones del país las opciones de cobertura se restringen fundamentalmente al subsistema público y a las Obras Sociales, mientras que en otras existe una oferta más diversificada que incluye múltiples alternativas privadas.

Las Obras Sociales Provinciales presentan características diferenciadas según la capacidad instalada de cada jurisdicción. Las provincias con mayor desarrollo de infraestructura sanitaria pública pueden ofrecer a través de sus Obras Sociales acceso a servicios más amplios, ya que frecuentemente utilizan los establecimientos públicos provinciales para brindar atención a sus afiliados. Las jurisdicciones con menor capacidad instalada enfrentan mayores dificultades,

debiendo en muchos casos contratar servicios con prestadores privados o derivar pacientes hacia otras provincias para patologías de alta complejidad.

DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y PROFESIONALES

La infraestructura sanitaria disponible en cada jurisdicción incide en las posibilidades de las Obras Sociales y de las entidades privadas para brindar prestaciones. Las provincias con mayor densidad de establecimientos de salud por habitante ofrecen mejores condiciones para la contratación de servicios, mientras que aquellas con infraestructura más limitada enfrentan restricciones en la oferta disponible. La distribución de profesionales de la salud muestra también variaciones significativas, con mayor concentración en grandes centros urbanos y escasez relativa en zonas rurales o de menor desarrollo.

Estas diferencias territoriales en la disponibilidad de recursos sanitarios condicionan la calidad y accesibilidad de las prestaciones que pueden ofrecer las entidades de cobertura. En jurisdicciones con alta densidad de prestadores, las Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga pueden conformar redes amplias y diversificadas. En regiones con recursos más limitados, la conformación de redes adecuadas presenta mayores desafíos, lo que puede traducirse en menores opciones de elección para los usuarios o en necesidad de derivar pacientes hacia otras jurisdicciones.

COORDINACIÓN INTERJURISDICCIONAL

La movilidad de las personas entre jurisdicciones plantea necesidades de coordinación para garantizar la continuidad de las coberturas. El sistema de Obras Sociales Nacionales establece la obligación de cobertura en todo el territorio nacional, lo que permite que los beneficiarios accedan a prestaciones independientemente de su lugar de residencia. Sin embargo, la implementación práctica de esta cobertura nacional presenta desafíos relacionados con la conformación de redes de prestadores en todas las jurisdicciones y con los mecanismos de autorización y facturación cuando los servicios se brindan fuera de la provincia de residencia del afiliado.

Las Obras Sociales Provinciales, que no están integradas en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, operan fundamentalmente dentro de sus respectivas jurisdicciones. Esto puede generar dificultades para los empleados públicos provinciales que se trasladan temporaria o permanentemente a otras provincias, quienes pueden encontrar limitaciones en el acceso a prestaciones fuera de su provincia de origen. La coordinación entre Obras Sociales Provinciales para resolver estas situaciones depende de acuerdos bilaterales o multilaterales que no siempre están formalizados.

El subsistema privado opera con mayor flexibilidad territorial en los casos de las grandes empresas de medicina prepaga, que cuentan con redes de prestadores en múltiples provincias. Sin embargo, las entidades de menor tamaño frecuentemente tienen presencia regional limitada, lo que puede restringir el acceso a prestaciones fuera de su área de operación. La regulación establece la obligación de garantizar cobertura en todo el territorio nacional, pero la implementación práctica puede presentar variaciones según la capacidad de cada entidad para conformar redes adecuadas en diferentes jurisdicciones.

CONSIDERACIONES FINALES

El sistema de cobertura de salud en la Argentina, conformado por las Obras Sociales y la medicina prepaga, constituye un componente fundamental de la arquitectura sanitaria del país. La caracterización presentada en este capítulo evidencia la complejidad institucional del sistema, la diversidad de entidades que lo componen, y las particularidades que definen su funcionamiento.

El subsistema de seguridad social, organizado a través de las Obras Sociales, representa la principal modalidad de cobertura para los trabajadores formales y sus familias. Su estructura fragmentada, con más de doscientas entidades de características diversas, refleja la heterogeneidad del mercado laboral argentino y la organización sindical por ramas de actividad. Los mecanismos de solidaridad y redistribución incorporados en el sistema buscan compensar las asimetrías entre entidades, aunque persisten diferencias significativas en la capacidad financiera y en la calidad de las prestaciones ofrecidas.

El subsistema privado, conformado por entidades de medicina prepaga de diferentes naturalezas jurídicas, complementa la oferta de coberturas disponibles para la población. Su funcionamiento bajo esquemas de contratación voluntaria introduce elementos de mercado en el sistema de salud, permitiendo que quienes tienen capacidad de pago accedan a coberturas ampliadas. La regulación pública establece obligaciones de cobertura mínima y mecanismos de fiscalización que buscan proteger los derechos de los usuarios.

La interacción entre ambos subsistemas, particularmente a través del mecanismo de derivación de aportes, genera vinculaciones que complejizan el funcionamiento del sistema en su conjunto. La distribución territorial de las coberturas refleja las desigualdades regionales en desarrollo económico y estructura del mercado laboral. La perspectiva federal permite reconocer las particularidades jurisdiccionales que inciden en las posibilidades de acceso y en la calidad de las prestaciones disponibles.

La comprensión de estos componentes del sistema de salud argentino resulta fundamental para el análisis de las políticas sanitarias y para la gestión de las entidades que operan en el sector. El conocimiento de la estructura institucional, de los mecanismos de financiamiento, de las obligaciones de cobertura y de las particularidades territoriales proporciona las bases necesarias para abordar los desafíos que enfrenta el sistema y para diseñar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población.

CAPÍTULO II

LAS REFORMAS INCORPORADAS AL SISTEMA

INTRODUCCIÓN: EL CONTEXTO DE LA TRANSFORMACIÓN

El sistema de salud argentino ha experimentado una transformación estructural de gran alcance impulsada por un paquete normativo integral que viene a modificar la arquitectura vigente hasta 2023.

MARCO NORMATIVO ESTRUCTURAL

LA CONVERGENCIA ENTRE OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS

UN PUNTO DE INFLEXIÓN: EL DNU 70/2023 Y LA NUEVA ARQUITECTURA LEGAL

El Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023, bajo el título "Bases para la Reconstrucción de la Economía Argentina", marcó el inicio de la reforma estructural. Sus artículos 161 a 167 modificaron sustancialmente la Ley 23.660 de Obras Sociales, eliminando la asignación automática del trabajador a la obra social correspondiente a su actividad económica. A partir de esta modificación, el trabajador adquirió el derecho a elegir libremente su obra social desde el inicio mismo de la relación laboral, rompiendo así un vínculo determinado durante décadas por la rama de actividad.

Posteriormente, los artículos 168 a 172 del mismo decreto reformaron la Ley 26.682 de Empresas de Medicina Prepaga, permitiendo que los aportes y contribuciones obligatorios de los trabajadores se deriven directamente a la prepaga de su elección. Esta innovación transformó radicalmente la naturaleza de los aportes, convirtiéndolos en recursos "portables" que siguen al afiliado, lo que equipara financieramente a ambos tipos de agentes..

LA UNIFICACIÓN FINANCIERA: EL DNU 600/2024 Y EL NUEVO FONDO SOLIDARIO

Complementando esta etapa inicial de desregulación y liberalización, el DNU 600/2024 abordó específicamente el mecanismo de solidaridad financiera del sistema con el objetivo central de simplificar y unificar el esquema de aportes al Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Para ello, estableció un porcentaje fijo del 15% para todos los aportantes, sin distinción de su nivel de ingresos, reemplazando así el sistema anterior que establecía alícuotas variables entre el 15% y el 20%, calculadas según escalas salariales basadas en parámetros económicos considerados obsoletos. Esta medida buscó crear un piso solidario más claro, predecible y administrativamente menos complejo, garantizando un flujo estable de recursos para las funciones redistributivas del sistema.

El DNU modificó específicamente el artículo 19 de la Ley 23.660 para unificar el aporte, y derogó el artículo 19 bis de la misma ley. Asimismo, ajustó el Decreto 576/1993, que es el decreto reglamentario de la Ley de Obras Sociales, para autorizar expresamente a las prepagas inscriptas en el sistema a ofrecer "planes superadores" con cobertura mayor al Plan Médico Obligatorio (PMO), aplicándose en estos casos la Ley 26.682. Finalmente, modificó la Ley 26.682 en su artículo 23 para precisar que los planes de adhesión voluntaria puros no aportan al FSR, pero que si una prepaga recibe aportes de la seguridad social, sí debe contribuir al Fondo por esa porción de recursos públicos, delineando con claridad los límites de la solidaridad en el nuevo sistema mixto.

LA ADECUACIÓN REGLAMENTARIA: LOS DECRETOS ESTRUCTURALES

Paralelamente, se dictaron una serie de decretos destinados a actualizar y adecuar la normativa reglamentaria a este nuevo marco estructural. El Decreto 171/2024 modificó los Decretos 576/1993 y 1993/2011 que reglamentan aspectos operativos y administrativos de las obras sociales nacionales. El Decreto 170/2024 actualizó los Decretos 504/1998, 9/1993 y 638/1997, que regulan respectivamente el registro, los requisitos de funcionamiento y los planes de cobertura básica de los agentes del seguro de salud. El Decreto 172/2024 estableció disposiciones

generales, definiendo requisitos, obligaciones y condiciones uniformes que deben cumplir todos los agentes del seguro para operar en el sistema unificado.

Finalmente, el Decreto 955/2024 reformó el sistema de registro, modificando los Decretos 504/1998 y 1/2010 para establecer que las obras sociales y prepagas deban manifestar expresamente su voluntad de aceptar monotributistas, pasando de una obligación por defecto a un sistema de adhesión voluntaria por parte de los prestadores. Este decreto también modificó la Ley 24.977 del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo) y su decreto reglamentario 1/2010, integrando de manera plena a los monotributistas en el sistema de libre elección y derivación directa de aportes, ampliando así masivamente el universo de usuarios con poder de decisión.

REFORMAS ADMINISTRATIVAS

LA AGENCIA REGULADORA: EL ROL DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

La puesta en práctica de este nuevo modelo requirió de una intensa labor regulatoria y de modernización administrativa por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que emitió una serie de resoluciones fundamentales para reglar el funcionamiento diario del sistema bajo los nuevos principios. Una de las más significativas es la Resolución 201/2024 SSS, la cual reguló el cambio de obra social o prepaga reduciendo el plazo mínimo de permanencia a seis meses, desde los doce meses que regían anteriormente, y creando un procedimiento administrativo simplificado denominado "nueva opción". Esta medida agilizó la portabilidad, facilitando que los afiliados ejerzan su derecho a elegir con mayor frecuencia y flexibilidad.

En la misma línea de unificación y claridad, la Resolución 232/2024 SSS estableció que la única denominación oficial del registro de agentes sería "Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud", eliminando así la multiplicidad de nombres anteriores y fragmentados, lo que contribuye a la transparencia y la homologación de criterios. Otras resoluciones como la 1463/2024 SSS y la

1813/2024 SSS se encargaron de actualizar denominaciones de categorías de agentes y de aprobar reformas estatutarias de obras sociales específicas, como la Obra Social Aceros Paraná, para adecuarse a la nueva normativa.

TRANSPARENCIA Y CONTROL DE LA OFERTA: LOS PLANES DE SALUD Y LOS CONTRATOS

Para fortalecer la transparencia y el control sobre lo que se ofrece en el mercado, la Resolución 3934/2024 SSS obligó a todos los agentes del seguro de salud a presentar sus planes de salud –con detalle exhaustivo de coberturas, exclusiones, precios y condiciones generales– para su evaluación y aprobación previa a la comercialización. Esto implica un control ex-ante por parte de la autoridad de aplicación sobre la oferta disponible, asegurando que cumpla con estándares mínimos de información y equidad.

Asimismo, la protección de los afiliados en su relación contractual fue robustecida mediante la Resolución 1725/2025 SSS, que fijó cláusulas mínimas obligatorias que deben contener todos los contratos individuales. Estas cláusulas incluyen la especificación clara de derechos y obligaciones de las partes, procedimientos ágiles para la presentación de reclamos, condiciones transparentes de renovación y rescisión, la enumeración explícita de exclusiones y, de manera destacada, la garantía expresa del derecho a la portabilidad. En la misma línea, la Resolución 3284/2024 SSS delimitó con precisión qué entidades quedan comprendidas bajo la Ley 26.682 de Prepagas y cuáles bajo la Ley 23.660 de Obras Sociales, una distinción crucial para la aplicación correcta de las reglas diferenciadas, por ejemplo, en el ofrecimiento de planes superadores.

LA IMPLEMENTACIÓN OPERATIVA: LA DERIVACIÓN DIRECTA DE APORTES

La implementación concreta del mecanismo de derivación directa de aportes a prepagas, previsto en el DNU 70/2023, se materializó a través de la Resolución 1/2025 de la Unidad Gabinete del Ministerio de Salud. Esta norma estableció el procedimiento administrativo específico para que los trabajadores soliciten que sus aportes se deriven directamente a la prepaga elegida, definiendo plazos, requisitos

documentales y el formato oficial de solicitud. Posteriormente, fue actualizada y perfeccionada por la Resolución 1608/2025 de la SSS, que incorporó precisiones importantes, como la eliminación de cualquier período de permanencia mínima para los afiliados que opten por este sistema y la habilitación de un Trámite a Distancia (TAD) para que aquellos afiliados que deseen permanecer en su obra social actual puedan manifestar de manera simple esa "voluntad de permanencia", evitando así la migración automática no deseada.

DIGITALIZACIÓN Y GESTIÓN DE ALTO COSTO: LAS NUEVAS HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS

SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y RÉGIMEN SANCIONATORIO

La Resolución 102/2025 SSS creó el "Comité de Evaluación y Seguimiento" con el mandato de monitorear permanentemente el desempeño financiero, administrativo y de calidad de todos los agentes del sistema, mientras que la Resolución 112/2025 SSS otorgó la habilitación oficial a los agentes que cumplieron con los nuevos requisitos. Finalmente, la Resolución 1463/2025 SSS creó una credencial física única para todos los afiliados, con estándares de seguridad y datos unificados, completando el proceso de homologación de la identificación dentro del sistema.

INTERVENCIONES, SOSTENIBILIDAD Y NORMAS COMPLEMENTARIAS

LAS INTERVENCIONES COMO HERRAMIENTA DE TRANSICIÓN

Paralelamente, y con el fin de garantizar la sostenibilidad y la transparencia del sistema durante la transición hacia el nuevo modelo competitivo, se dictó una serie de decretos de intervención sobre obras sociales que enfrentaban crisis financieras, administrativas o de gestión. Estos incluyen el Decreto 720/2024 para el Personal Rural y Estibadores, el 880/2024 para el Personal Mosaísta, el 905/2024 para Vareadores, los decretos 911/2024 y 912/2024 para el sector ladrillero, el 1118/2024 para la Industria del Fósforo, el 129/2025 para Fotógrafos y el 230/2025 para la Industria del Chacinado.

Este proceso de intervención, guiado además por el Decreto 1045/2024 que establece una Guía de Buenas Prácticas para Interventores, buscó sanear instituciones en dificultades, reestructurarlas financieramente y prepararlas para operar en el nuevo entorno competitivo, asegurando siempre la continuidad de las prestaciones para los afiliados y evitando vacíos de cobertura. Otras intervenciones específicas se materializaron a través de resoluciones como la 1440/2024 SSS para la Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina.

NORMAS DE CONTEXTO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Otras normas complementarias completaron el panorama regulatorio y de contexto. La Resolución General 5577/2024 de la AFIP promovió la formalización laboral otorgando beneficios fiscales a aquellos empleadores que registren trabajadores no registrados, impactando positivamente en la ampliación de la base de aportantes al sistema de salud, lo cual es fundamental para su sostenibilidad financiera. En el plano penal y de cumplimiento, la Ley 27.799 (2026) reformó el régimen tributario endureciendo significativamente las penas por evasión de aportes a la seguridad social, lo que incluye específicamente los recursos destinados al financiamiento de la salud, fortaleciendo así los mecanismos de recaudación.

LOS SEIS EJES DE LA REFORMA ESTRUCTURAL

EJE 1: ELECCIÓN INDIVIDUAL Y PORTABILIDAD FINANCIERA

La reforma consagró el derecho del trabajador a elegir su prestador de salud desde el inicio de la relación laboral, habilitando la derivación de sus aportes a una prepaga elegida. Esta portabilidad financiera convierte al afiliado en el centro del sistema, determina ahora el flujo de recursos y obliga a las entidades a competir por calidad y servicio.

EJE 2: FONDO SOLIDARIO

El DNU 600/2024 unificó el aporte al Fondo Solidario de Redistribución en un porcentaje fijo del 15% para todos los aportantes, reemplazando un esquema

anterior caracterizado por su complejidad y segmentación. Esta reforma simplifica la administración, asegura un flujo predecible de recursos y establece condiciones de base equitativas para todas las entidades, manteniendo un componente redistributivo esencial bajo reglas más claras y estables.

EJE 3: FORTALECIMIENTO DEL CONTROL ESTATAL Y LA TRANSPARENCIA

Lejos de implicar un desmantelamiento del Estado, la reforma redefine su función hacia la supervisión, la regulación de estándares y la protección activa del usuario. La creación de registros unificados, la implementación de plataformas digitales y normas que exigen transparencia absoluta en la información contractual fortalecen directamente la posición del consumidor en el mercado.

EJE 4: INTERVENCIONES Y SANEAMIENTO DE ENTIDADES EN CRISIS

La extensa serie de decretos de intervención demuestra un rol activo y proactivo del Estado en garantizar la continuidad del servicio y la estabilidad durante la transición hacia el nuevo modelo competitivo, evitando que eventuales fallas de gestión pongan en riesgo la cobertura de los afiliados.

EJE 5: MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y DIGITALIZACIÓN INTEGRAL

La creación de plataformas digitales como SIGMAC, el establecimiento del Trámite a Distancia (TAD), la unificación de nomencladores y la credencial única buscan ganar eficiencia operativa, reducir la burocracia y ofrecer una experiencia más ágil y transparente para el usuario final.

EJE 6: INTEGRACIÓN UNIVERSAL DE LOS TRABAJADORES FORMALES

A través del Decreto 955/2024, se incluye de manera plena a los trabajadores independientes formales (monotributistas) en el circuito de la libre elección y la portabilidad financiera, ampliando significativamente la base de usuarios con poder de decisión y consolidando un mercado único de salud.

GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE EN LA REFORMA

Agente del Seguro de Salud: Toda entidad (obra social tradicional o empresa de medicina prepaga) que se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud (R.N.A.S.) y que provee cobertura médico-asistencial a los afiliados del sistema.

Aportes Portables: Los aportes y contribuciones obligatorios de los trabajadores que, a partir de la reforma, pueden ser derivados por el afiliado a la obra social o prepaga de su elección, siguiéndolo en caso de cambio de prestador.

Control ex-ante: Modalidad de supervisión estatal basada en la autorización previa de actos, precios o condiciones antes de que estos se lleven a cabo en el mercado.

Control ex-post: Modalidad de supervisión estatal centrada en la verificación y fiscalización posterior a la actuación de los agentes del mercado, apoyada en mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU): Norma dictada por el Poder Ejecutivo en casos de necesidad y urgencia, que tiene fuerza de ley y debe ser tratada posteriormente por el Congreso.

Fondo Solidario de Redistribución (FSR): Mecanismo financiero del sistema de salud que recibe un porcentaje de los aportes de todos los afiliados para redistribuir recursos hacia aquellas entidades con población de mayor riesgo o necesidad.

Plan Médico Obligatorio (PMO): Conjunto mínimo de prestaciones de salud que todas las obras sociales y prepagas que reciban aportes de la seguridad social deben garantizar a sus afiliados.

Planes Superadores: Planes de cobertura de salud que ofrecen prestaciones por encima del PMO, que pueden ser ofrecidos por las prepagas inscritas en el sistema y que se financian con una cuota adicional del afiliado.

Portabilidad: Derecho del afiliado a cambiar de obra social o prepaga llevándose consigo sus aportes, sin perder la continuidad en su cobertura de salud.

Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud (R.N.A.S.): Registro unificado creado por la reforma donde deben inscribirse todas las obras sociales y prepagas que operan dentro del sistema de seguridad social.

Trámite a Distancia (TAD): Procedimiento administrativo digital que permite a los ciudadanos realizar trámites ante el Estado a través de medios electrónicos, sin necesidad de presentación física.

REFERENCIAS NORMATIVAS POR CATEGORÍA

Entre las normas estructurales principales se destacan el DNU 70/2023, que establece las bases para la reconstrucción de la economía argentina, el DNU 600/2024 que modifica el Fondo Solidario de Redistribución, y la Ley 27.742 de 2024, conocida como Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos.

En el grupo de decretos reglamentarios y de adecuación figuran el Decreto 170/2024 sobre agentes del seguro de salud, el Decreto 171/2024 que modifica reglamentaciones de la Ley de Obras Sociales, el Decreto 172/2024 con disposiciones generales para agentes del seguro, y el Decreto 955/2024 que reforma el sistema de registro de agentes. Dentro de los decretos de intervención se encuentran el 720/2024 para personal rural y estibadores, el 880/2024 para mosaístas, el 905/2024 para vareadores, el 911/2024 para la industria ladrillera a máquina, el 912/2024 para personal ladrillero, el 1118/2024 para la industria del fósforo, el 1045/2024 que establece una guía de buenas prácticas para interventores, el 129/2025 para fotógrafos y el 230/2025 para la industria del chacinado.

Las resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud incluyen la 201/2024 sobre cambio de obra social, la 232/2024 sobre unificación de registros, la 3934/2024 sobre control de planes de salud, la 2155/2024 sobre aumentos de cuotas, la 2438/2024 sobre baja de entidades de medicina prepaga, la 1813/2024 sobre reformas estatutarias de la Obra Social Aceros Paraná, la 1440/2024 sobre intervención de la Obra Social de Viajantes Vendedores, además de la 1463/2024 y 1463/2025 sobre denominaciones y credenciales únicas, la 102/2025 que crea el

Comité de Evaluación y Seguimiento, la 1725/2025 sobre protección al consumidor, las 1224/2025 y 1363/2025 sobre programas voluntarios de medicamentos específicos, la 1800/2025 que implementa la plataforma digital SIGMAC, la 951/2025 sobre procedimiento sancionatorio, la 645/2025 sobre información de aumentos y la 360/2025 sobre delegación de funciones administrativas.

Entre las resoluciones de otros organismos se encuentran la 1926/2024 del Ministerio de Salud que elimina aranceles regulados, la 1/2025 de la Unidad Gabinete MSAL sobre derivación de aportes, la 27/2025 de la Secretaría de Gestión Sanitaria sobre registro de cirugía bariátrica, la Resolución General 5577/2024 de la AFIP sobre promoción del empleo registrado y la Disposición 1/2025 de ANES que crea un nomenclador único para el Hospital Posadas.

Las leyes complementarias incluyen la Ley 27.793 de 2025 sobre emergencia nacional en discapacidad y la Ley 27.799 de 2026 que reforma el régimen penal tributario. Finalmente, las normas modificadas por las reformas abarcan la Ley 23.660 de Obras Sociales, la Ley 26.682 de Empresas de Medicina Prepaga, la Ley 17.565 de Farmacias, la Ley 24.977 del Monotributo, junto con decretos reglamentarios como el 576/1993, el 9/1993, el 638/1997, el 504/1998, el 1993/2011 y el 1/2010.

CUADRO COMPARATIVO

DIMENSIÓN	MODELO VIGENTE (HASTA 2023)	NUEVO MODELO (REFORMA 2023-2026)
Libre Elección y Afiliación	Asignación automática y obligatoria según la actividad económica del empleador.	Elección libre desde el inicio. El trabajador decide su destino (Obra Social o Prepaga) como consumidor con poder de decisión.

Portabilidad de Aportes	Recursos anclados a la obra social asignada; no seguían al trabajador.	Portabilidad total. Los aportes y contribuciones siguen al afiliado hacia la entidad de su elección.
Integración de Segmentos	Segmentación estricta entre Obras Sociales (obligatorias) y Prepagas (voluntarias).	Convergencia y competencia. Las prepagas pueden recibir aportes de seguridad social, equiparándose financieramente.
Incorporación de Monotributistas	Acceso flexible con obligación de aceptación por parte de las obras sociales.	Integración plena. Aceptación voluntaria de las entidades (Dto. 955/24) con inclusión en la portabilidad financiera.
Fondo Solidario de Redistribución (FSR)	Sistema complejo de alícuotas variables (15% a 20%) según escalas salariales.	Aporte unificado y fijo (15%) para todos los aportantes, simplificando la estructura (DNU 600/24).
Movilidad Administrativa	Cambio de prestador permitido cada 12 meses (un año de permanencia mínima).	Cambio cada 6 meses. Procedimiento simplificado de "nueva opción" para mayor flexibilidad (Res. 201/24 SSS).

Control Estatal y Regulación	Control ex-ante (autorización previa). Regulación directa y uniforme de aranceles médicos.	Supervisión ex-post y protección. Eliminación de aranceles regulados; control ex-ante enfocado en transparencia de planes.
Protección al Consumidor	Información contractual y planes estandarizados.	Transparencia total. Planes comparables, aprobación previa (Res. 3934/24) y cláusulas mínimas obligatorias (Res. 1725/25).
Digitalización y Tecnología	Trámites predominantemente presenciales o con integración digital parcial.	Ecosistema digital integral. Plataforma SIGMAC, TAD, credencial única y nomencladores unificados.
Mecanismo de Precios	Precios de prestaciones regulados de forma directa y uniforme por el Estado.	Libre interacción oferta-demanda bajo un marco de competencia regulada y supervisada.
Gestión de Crisis Institucionales	Intervenciones estatales esporádicas para saneamiento.	Rol proactivo. Guía de Buenas Prácticas para Interventores (Dto. 1045/24) para garantizar la continuidad del servicio.

Registro de Agentes	Multiplicidad de registros y denominaciones de entidades.	Registro único (R.N.A.S.). Unificación y homologación de criterios para todos los agentes (Res. 232/24 SSS).
Supervisión y Evaluación	Mecanismos de supervisión tradicionales.	Monitoreo permanente. Creación del Comité de Evaluación y Seguimiento (Res. 102/25 SSS) para calidad y finanzas.