

MARCO JURÍDICO DE LAS TRANSFERENCIAS DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

INFORME DEL MARCO JURÍDICO DE LAS TRANSFERENCIAS DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

Sistematización normativa del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) y los mecanismos SANO, SUMA, SUMARTE, SUMA 65, Mecanismo de Integración, Sistema Único de Reintegros (SUR/SURGE) y Sistema de Compra Consolidada de Medicación para Hemofilia

1. Introducción

El presente informe sistematiza, de modo ordenado y coherente, el contenido normativo relevado respecto del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y de los principales mecanismos de distribución automática y de reintegro que administra la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) en el marco del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a saber: el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para Mayores de Sesenta y Cinco Años (SUMA 65), el Mecanismo de Integración, el Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) y su sucesor, el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE), y el Sistema de Compra Consolidada de Medicación para Hemofilia (Factor VIII).

Asimismo, se incluye la reseña normativa de creación, organización y funciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo de aplicación de la totalidad de los mecanismos reseñados.

2. Fondo Solidario de Redistribución (FSR)

2.1. Creación, naturaleza y administración del Fondo

El artículo 22 de la Ley N° 23.661 crea el Fondo Solidario de Redistribución como una cuenta especial que funciona bajo la administración de la entonces Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), actualmente Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD) por sucesión normativa. El Fondo constituye un patrimonio de afectación con recursos públicos de la seguridad social, destinado exclusivamente a financiar los fines solidarios y redistributivos del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Su naturaleza jurídica es la de un fondo público con afectación específica, carente de personalidad jurídica propia, cuyos recursos son administrados por el Estado nacional a través de la autoridad de aplicación, con la obligación legal de destinarlos a los objetivos previstos en la ley.

2.2. Composición de los recursos y mecanismos de recaudación

El Fondo se integra con una multiplicidad de fuentes normativamente establecidas en el artículo 22: los aportes y contribuciones previstos en la Ley N° 23.660; el cincuenta por ciento (50%) de los recursos del artículo 16 de dicha ley; los reintegros de préstamos y apoyos financieros revocados; el producido de multas; las rentas de inversiones; subsidios,

legados y donaciones; los aportes del Presupuesto General de la Nación; y los aportes convenidos con jurisdicciones provinciales y entidades adheridas.

La recaudación y fiscalización de estos recursos, conforme al artículo 23, corresponde a la ANSSAL (hoy SSSALUD), la cual puede ejercerla directamente o a través de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, con facultades de control y fiscalización directa sobre los obligados al pago, estableciéndose incluso sanciones penales en el artículo 41 para el caso de omisión maliciosa en el depósito de los importes destinados al Fondo.

2.3. Destino de los recursos y finalidad redistributiva

El artículo 24 establece los destinos específicos del Fondo Solidario de Redistribución, que constituyen su núcleo teleológico: a) atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud en un porcentaje máximo del tres por ciento (3%) de los recursos del Fondo; b) subsidiar automáticamente a los beneficiarios de menores ingresos para equiparar sus niveles de cobertura obligatoria; c) cubrir prestaciones médicas especiales de alta complejidad, elevado costo y baja frecuencia, así como las de discapacidad, con una distribución automática de un monto mínimo de un peso (\$1) mensual por beneficiario a los agentes del seguro que lo soliciten y cumplan los requisitos; d) constituir reservas líquidas para afrontar desequilibrios financieros por mora en aportes; y e) destinar los excedentes a permanecer en el Sistema.

El Fondo, en definitiva, opera como el mecanismo central de solidaridad inter-obra social, corrigiendo asimetrías estructurales entre agentes con poblaciones de distinto perfil de riesgo y capacidad contributiva, y financiando prestaciones de alto costo que exceden la capacidad individual de cada agente, todo ello en consonancia con el principio de justicia distributiva consagrado en el artículo 2° de la ley.

2.4. Reglamentación general: Decreto N° 576/93

El Decreto N° 576/93, en su reglamentación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, sistematiza los aportes destinados al Fondo Solidario de Redistribución y determina mecanismos unificados de recaudación, información, empadronamiento y afiliación, complementando la fiscalización estatal de las obras sociales en tanto agentes del sistema y propiciando la libertad de elección del afiliado y la competencia entre las obras sociales en el marco de su función social.

Entre sus disposiciones más relevantes, el Decreto N° 576/93 establece que, cuando un beneficiario opta por cambiar de obra social, la entidad de origen debe transferir al Fondo la proporción de los recursos del artículo 16 de la Ley N° 23.660 que correspondan al beneficiario (art. 19 del Anexo I); que el 20% de los aportes adicionales por planes prestacionales debe integrarse al Fondo (art. 19 bis del Anexo I); que la recaudación y fiscalización de los recursos del Fondo se realizará según las normas que dicte la autoridad de aplicación (art. 23 del Anexo II); y que se establece un mecanismo de Subsidio Automático Nominativo (SANO) con una Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo, mediante el cual el Fondo integra automáticamente la diferencia cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador son insuficientes para cubrir la contribución ajustada por riesgo de su grupo familiar, utilizando el padrón de beneficiarios de la SSSALUD (art. 24

del Anexo II, según Decreto N° 1901/2006), siendo considerada falta grave especial el incumplimiento de la integración del porcentaje sobre aportes adicionales (art. 28 del Anexo I).

El Decreto N° 576/93 reemplazó íntegramente la reglamentación de las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 que había sido aprobada por los Decretos N° 358/90 y N° 359/90, respectivamente, sistematizando y actualizando la normativa reglamentaria del Sistema Nacional del Seguro de Salud y de las Obras Sociales, en consonancia con las políticas de desregulación y libre elección de afiliados propiciadas por el Decreto N° 9/93.

El Decreto N° 576/93 ha sido objeto de un extenso y continuo proceso de modificación y complementación a lo largo de más de treinta años, que incluye la sustitución de su artículo 24 por los Decretos N° 292/95, N° 492/95, N° 1359/98, N° 1140/00, N° 741/03 y N° 1901/06 (este último incorporó la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo y el Subsidio Automático Nominativo SANO); la modificación del artículo 9° del Anexo I por el Decreto N° 1608/04; la actualización de valores de la matriz por los Decretos N° 330/10, N° 488/11 y N° 921/16; la implementación de mecanismos de distribución automática del FSR (Decreto N° 741/03); la creación de subsidios como el SUMA y SUMARTE (Decretos N° 1609/12 y N° 1368/13); el establecimiento del régimen excepcional de distribución del FSR y la afectación de recursos a la Cobertura Universal de Salud y al Fondo de Asistencia y Emergencia (Decreto N° 908/16); la modificación integral de los Anexos I y II por el Decreto N° 171/24; y la incorporación de las entidades de medicina prepaga como agentes del seguro mediante el Decreto N° 600/24.

2.5. Evolución histórica de la reglamentación del Decreto N° 576/93

2.5.1. Primeras modificaciones y regulación del Fondo Solidario (1995-1998)

El Decreto N° 576/93 fue objeto de sus primeras modificaciones sustanciales mediante los Decretos N° 292/95, que estableció la distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución y la reducción de contribuciones patronales, y N° 492/95, que instituyó el Programa Médico Obligatorio (PMO) y redujo aportes. La Resolución Conjunta N° 94/96 y 105/96 fijó el régimen de aportes y contribuciones mínimas, mientras que la Resolución N° 5108/96 de la ANSSAL creó una sección especial en el Registro de Agentes del Seguro de Salud, y la Resolución N° 650/97 estableció la obligatoriedad de mantener actualizados los padrones de beneficiarios. El Decreto N° 1359/98 modificó el Decreto N° 492/95, y las Resoluciones N° 37/98 y N° 195/98 de la SSSALUD regularon la opción de cambio de obra social y los requisitos de los planes de salud, respectivamente.

2.5.2. Modificaciones en el contexto de emergencia y redistribución (2000-2003)

El Decreto N° 1140/00 modificó el Decreto N° 446/00 en materia de obras sociales, mientras que el Decreto N° 1305/00 reglamentó dicha norma. El Decreto N° 1400/01 estableció disposiciones sobre el registro de datos, el Fondo Solidario de Redistribución, el derecho de opción del beneficiario y la garantía de continuidad de cobertura en crisis de obras sociales. El Decreto N° 486/02 declaró la Emergencia Sanitaria Nacional, y el Decreto N° 1867/02 suspendió las disposiciones del artículo 24 del Decreto N° 576/93 durante el lapso que durara dicha emergencia. La Resolución N° 433/02 creó el Registro de Entidades de Cuidado de Salud. El Decreto N° 741/03 estableció un mecanismo de distribución

automática del Fondo Solidario de Redistribución utilizando el Padrón de Beneficiarios de la SSSALUD, modificando los Decretos N° 576/93, N° 1400/01 y N° 1867/02. La Decisión Administrativa N° 51/03 y la Ley N° 25.827 (Presupuesto 2004) complementaron el régimen con disposiciones presupuestarias.

2.5.3. Perfeccionamiento del régimen económico-financiero y sancionatorio (2004-2006)

El Decreto N° 213/04 estableció el monto de reintegro por revocación de subsidios a agentes del seguro de salud. El Decreto N° 643/04 dispuso que la aplicación de sanciones pecuniarias se haría efectiva mediante débito automático de la cuenta de la obra social sancionada, con intervención de la AFIP. La Decisión Administrativa N° 281/04 modificó la cotización mínima mensual para beneficiarios de los incisos a) y b) del artículo 9° de la Ley N° 23.660. La Resolución Conjunta N° 13700/04 APE y N° 822/04 SSSALUD estableció que los agentes del seguro cuyas autoridades no tuvieran reconocimiento formal no podrían realizar presentaciones ante la SSSALUD. El Decreto N° 1608/04 sustituyó el artículo 9° del Anexo I del Decreto N° 576/93, especificando que los matrimonios en los que ambos cónyuges sean beneficiarios titulares podrán afiliarse a un único agente acumulando aportes y contribuciones.

2.5.4. Incorporación del Subsidio Automático Nominativo (SANO) y la Matriz de Ajuste por Riesgo (2006-2008)

El Decreto N° 1901/06 sustituyó íntegramente el artículo 24 del Anexo II del Decreto N° 576/93, estableciendo la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo y el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO). Mediante este mecanismo, el Fondo Solidario de Redistribución integra automáticamente la diferencia cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador titular son insuficientes para cubrir la Contribución Total Ajustada por Riesgo por Individuo de su grupo familiar, a partir de una remuneración básica equivalente a tres MOPRES (quince para agentes del inciso e). La Resolución N° 854/06 estableció que la SSSALUD comunicaría mensualmente a la AFIP el importe máximo a distribuir del FSR, modificada por la Resolución N° 102/07. La Resolución N° 1765/08 del Ministerio de Salud actualizó los valores de la matriz, estableciendo su vigencia a partir del 1° de diciembre de 2008.

2.5.5. Delegaciones, control prestacional y actualizaciones de valores (2009-2013)

La SSSALUD dispuso la apertura de delegaciones en las provincias de Misiones (Res. N° 658/09), Chaco (Res. N° 728/09), Jujuy (Res. N° 729/09), Corrientes (Res. N° 730/09), Formosa (Res. N° 731/09) y otras mediante la Resolución N° 733/09. La Resolución N° 1025/09 estableció que la modificación de la Cartilla de Prestadores no podría afectar la continuidad de tratamiento de prácticas asistenciales en curso. La Resolución N° 219/10 creó un mecanismo de reconocimiento de autoridades con mandato vencido. Los Decretos N° 330/10 y N° 488/11 actualizaron los valores de aportes y contribuciones para el cálculo de la base de aportes de obra social. La Resolución Conjunta N° 705/12, 1047/12 y 1941/12 fijó el valor de la cápita para atención médica en el INSSJP. La Resolución N° 3344/13 fijó el monto a unificar por parte del beneficiario pasivo en caso de unificación entre trabajadores activos y pasivos, conforme al artículo 13 del Decreto N° 292/95.

2.5.6. Creación de los subsidios SUMA y SUMARTE, y régimen excepcional del FSR (2012-2019)

Los Decretos N° 1609/12 y N° 1368/13 instituyeron el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) y el SUMARTE para el Régimen de Trabajo Especial, respectivamente, destinados a complementar la financiación de los agentes del seguro mediante distribución automática de un porcentual del FSR. El Decreto N° 908/16 estableció un régimen excepcional de distribución de los recursos acumulados en el FSR al 28 de julio de 2016, afectando \$8.000.000.000 a la Cobertura Universal de Salud (CUS) y \$4.500.000.000 al Fondo de Asistencia y Emergencia, e invirtiendo el remanente en bonos del Estado. El Decreto N° 921/16 actualizó los valores del artículo 24 inciso c) del Decreto N° 576/93, estableciendo su ajuste automático según la Ley N° 26.417, y sustituyó el artículo 3° del Decreto N° 1609/12. Las Resoluciones N° 758/19 y N° 3368/19 de la Secretaría de Gobierno de Salud determinaron nuevos valores de la Matriz de Ajuste por Riesgo.

2.5.7. Reforma integral por Decretos N° 171/24 y N° 600/24, y actualizaciones recientes

El Decreto N° 171/24 introdujo una modificación integral de los Anexos I y II del Decreto N° 576/93, sustituyendo múltiples artículos (arts. 1°, 6°, 9°, 13, 21, 24 y 28 del Anexo I; arts. 1°, 2°, 5°, 17, 18, 29, 30 y 34 del Anexo II) y derogando otros (arts. 5°, 8°, 11, 14 y 27 inc. 3 del Anexo I; arts. 10, 14 y 28 del Anexo II), incorporando el artículo 19 bis que establece que el 20% de los aportes adicionales por planes prestacionales debe destinarse al FSR. La Resolución N° 232/24 de la SSSALUD modificó la denominación del Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS) por la de Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS). El Decreto N° 600/24 (DNU) incorporó a las entidades de medicina prepaga como agentes del seguro (inciso i del art. 1° de la Ley N° 23.660), unificó montos de aportes y modificó las Leyes N° 23.660 y N° 26.682. Finalmente, la Resolución N° 1/25 de la Unidad Gabinete de Asesores dispuso la derivación directa de los aportes y contribuciones, mientras que los Decretos N° 1063/20, 911/24, 912/24, 1118/24 y 230/25 dispusieron intervenciones sobre diversas obras sociales.

3. Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)

3.1. Fundamento jurídico y creación del organismo

El Decreto N° 1615/96, dictado en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 99, incisos 1) y 2) de la Constitución Nacional y los artículos 7°, 8° y concordantes de la Ley N° 24.629, crea la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD) como un organismo descentralizado en la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social. La norma se fundamenta en la facultad del Poder Ejecutivo Nacional de reorganizar la Administración Pública Nacional para lograr mayor eficiencia, eliminando aquellos organismos que presentaban objetivos, competencias, funciones y responsabilidades superpuestas, duplicadas o manifiestamente innecesarias, en el marco de un proceso de desregulación progresiva.

3.2. Fusión administrativa y sucesión de derechos y obligaciones

El artículo 1° del Decreto N° 1615/96 dispone la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), creando así la Superintendencia de Servicios de Salud. Conforme al artículo 2°, el nuevo organismo se constituye como un ente descentralizado de la Administración Pública Nacional, dotado de personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Por disposición de los artículos 3° y 4°, la SSSALUD asume la totalidad del personal, activo y pasivo, competencias, objetivos, funciones, facultades, derechos y obligaciones de los entes fusionados, manteniendo el personal transferido sus niveles, grados y adicionales de revista vigentes al 31 de diciembre de 1996, con la única excepción de lo establecido en el artículo 10 (posteriormente derogado por el Decreto N° 53/98).

3.3. Funciones de control asignadas por el Decreto N° 1615/96

El artículo 5° asigna a la SSSALUD la fiscalización del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO); el artículo 6° el control del Hospital Público de Autogestión (HPA) conforme al Decreto N° 578/93; el artículo 7° la fiscalización del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; y el artículo 8° la supervisión del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios para la libre elección de obras sociales.

3.4. Gobierno, financiamiento y organización operativa

El artículo 9° (sustituido por el Decreto N° 27/2000) estableció que la máxima autoridad estaría a cargo de un Directorio integrado por un Superintendente, quien ejerce la Presidencia, y cuatro Directores en representación de los Ministerios de Salud, Economía, Trabajo y Desarrollo Social, todos designados por el Poder Ejecutivo Nacional. La SSSALUD se financia con los recursos previstos para los entes fusionados (art. 11), debiendo presentar en el plazo de noventa (90) días la propuesta de estructura organizativa del primer nivel operativo conforme a la normativa vigente (art. 13). Se ordena la comunicación del acto administrativo a la Comisión Mixta de Reforma del Estado (art. 15), y se derogaron los artículos 10 y 14 por normas posteriores.

3.5. Evolución normativa posterior del Decreto N° 1615/96

El Decreto N° 1615/96 ha sido objeto de un extenso y continuo proceso de modificación y complementación a lo largo de los años, que incluye la designación de sus autoridades (Decretos N° 177/97, 856/01, 1034/09, entre otros), la aprobación de estructuras organizativas transitorias y definitivas (Decretos N° 405/98, 1576/98, 1305/03 y 2710/12), la creación y posterior absorción de la Administración de Programas Especiales (Decretos N° 53/98, 366/12 y 1198/12), la modificación de su gobierno (Decreto N° 27/00, que sustituyó el Directorio por un Superintendente con rango de Secretario), el establecimiento de nuevas funciones en materia de control prestacional y fiscalización del Fondo Solidario de Redistribución (Decretos N° 904/16 y 908/16), la creación de registros especiales (Res. 409/16 de Amparos en Salud), la implementación de plataformas digitales (Res. 1800/25 para medicamentos de alto costo) y la regulación de aspectos internos (Res. 179/19 de Ceremonial y Protocolo).

3.6. Misión y marco normativo vigente

La Superintendencia de Servicios de Salud es el organismo de regulación y control de los Agentes del Seguro de Salud, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población beneficiaria, así como la efectiva realización del derecho a acceder a las prestaciones de salud establecidas en la legislación vigente. Esto se regula en el marco de las Leyes N° 23.660, 23.661, 24.754 y 26.682; los Decretos N° 1.615/96, 1.141/96, 762/97, 405/98, 1.305/03, 1.547/07, 366/12, 1.198/12, 70/23, 170/24 y 172/24; la Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud; las Resoluciones N° 2.621/2013, 841/2015, 952/2015, 126/2016, 407/2016, 409/2016, E 268/2017, 144/2018 y 1.463/2024 de la SSSALUD; la Decisión Administrativa N° 356/2015; y otras normas complementarias.

3.7. Objetivos institucionales

Para el cumplimiento de su misión, la Superintendencia de Servicios de Salud tiene, entre otros, los siguientes objetivos: regular y supervisar los servicios de salud; promover el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social; dictar normas reglamentarias de sus actividades de regulación y control; controlar el funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, cooperativas, mutuales, asociaciones civiles, fundaciones y demás entidades prestadoras o financiadoras); aprobar las solicitudes de ingreso al Sistema y dar de baja a las entidades cuando corresponda; elaborar el Programa Médico Obligatorio; garantizar y controlar la libertad de elección de obras sociales y empresas de medicina prepaga; realizar anualmente una Audiencia Pública de rendición de lo actuado; controlar el cumplimiento de obligaciones éticas y desarrollar mecanismos contra el fraude y la corrupción; verificar la ejecución del Plan Estratégico y los planes operativos anuales; y desarrollar programas de prevención de patologías de alto impacto económico y de promoción de la salud.

3.8. Objetivos políticos generales — Ejercicio 2026

En función de su misión y objetivos, la Superintendencia de Servicios de Salud ha establecido, entre otros, los siguientes objetivos políticos generales para el ejercicio 2026: fiscalizar el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio y del Programa Nacional de Garantía de Calidad; fiscalizar en los ámbitos administrativo, financiero, contable, prestacional y social el desempeño de las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga, fortaleciendo el control sobre los fondos administrados y las obligaciones con el Fondo Solidario de Redistribución, evaluando permanentemente la solvencia de los agentes; garantizar el acceso a la información de los beneficiarios; asegurar el respeto y la promoción de sus derechos, incluida la libre opción de cambio entre obras sociales y EMP; desarrollar instrumentos de integración del Sistema y programas de prevención de enfermedades; administrar los Registros Nacionales (prestadores, obras sociales y EMP) y el padrón de beneficiarios; continuar con el monitoreo permanente de la distribución del Fondo Solidario de Redistribución; proseguir con la asistencia financiera para patologías de alto costo, baja incidencia y patologías crónicas; continuar financiando campañas de

prevención; y proseguir con la ejecución de compras de medicamentos, dispositivos e insumos médicos.

3.9. Metas físicas de asistencia

Denominación	Unidad de medida	Cantidad
Asistencia Integral al Drogadependiente	Subsidio mensual	364
Asistencia para Prestaciones de Alta Complejidad	Paciente asistido	14.504
Asistencia para Tratamiento Prolongado con Medicamentos	Subsidio mensual	88.244
Asistencia para Tratamiento de Afectados por VIH/SIDA	Subsidio mensual	101.004
Asistencia para Tratamiento de Pacientes Hemofílicos	Subsidio mensual	388
Atención al Discapacitado	Subsidio mensual	6.912

4. Mecanismos de Distribución Automática del Fondo Solidario de Redistribución

4.1. Circuito administrativo general de liquidación

El circuito de los subsidios automáticos (SANO, SUMA, SUMARTE y SUMA 65) comienza con la publicación, por parte de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), en la web e-ventanilla de la Superintendencia, de los archivos de liquidación correspondientes. Luego, la Gerencia de Gestión Estratégica (GGE), a través de la Subgerencia de Estadísticas en Salud (SES), controla y valida las liquidaciones de los subsidios SUMA, SUMARTE y SUMA 65, mientras que la Gerencia de Sistemas de la Información valida el SANO. El circuito continúa con la Gerencia de Administración (GA), que notifica y autoriza a AFIP para que realice el pago a los Agentes del Seguro de Salud del subsidio SANO y del distracto laboral del período, así como de los subsidios SUMA, SUMARTE y SUMA 65. Conforme fuera oportunamente recomendado por la Unidad de Auditoría Interna (UAI), fue implementado un expediente único para tramitar los subsidios automáticos por GDE, que permite la carga, el monitoreo y el intercambio de información entre las áreas, de manera coordinada e integral, período tras período.

4.2. SANO — Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (Decreto N° 1.901/06)

Las obras sociales tienen derecho a la Distribución por Ajuste de Riesgo de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en caso de que los titulares de afiliación pertenezcan al cuarenta por ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar. La nómina de titulares de afiliación es suministrada por la AFIP. Los recursos se distribuyen en base a cada individuo integrante de un grupo familiar encabezado por un titular cotizante al Sistema Nacional de Obras Sociales, respetando la proporcionalidad detallada en la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo, de manera automática. El pago es por cuenta de la SSSalud, a través del Banco de la Nación Argentina.

Los subsidios que forman parte del SANO se utilizan exclusivamente para completar la diferencia, cuando esta es mayor a cero, entre el total de aportes y contribuciones de cada individuo titular del grupo familiar y la sumatoria de los valores definidos en la Matriz de Ajuste por Riesgo. Dichos valores se ajustan automáticamente de manera trimestral conforme al índice de movilidad jubilatoria, según el artículo 2° del Decreto N° 921/2016 y la Resolución SGS N° 3.368/19. Para los aportes y contribuciones en "rezago" que resultara imposible asignar de modo nominativo, la distribución se realiza trimestralmente (abril, julio, octubre y enero) entre todas las obras sociales nacionales, en un 50% según la población beneficiaria total y en un 50% conforme a la liquidación percibida por SANO en el trimestre anterior.

El Decreto N° 1901/2006 complementa el mecanismo de distribución automática del FSR establecido por el Decreto N° 741/03, introduciendo el sistema de ajuste por riesgo, y regula específicamente la asignación de los recursos recaudados conforme a los artículos 19, incisos a) y b), de la Ley N° 23.660 y 22, inciso a), de la Ley N° 23.661, con exclusión expresa de los montos afectados a los gastos operativos de la SSSalud (artículo 24, inciso b, apartado 1, de la Ley N° 23.661) y de las partidas de la ex Administración de Programas Especiales (APE). La norma establece que la asignación de los recursos debe basarse en una estimación del gasto conforme a grupos demográficos con características epidemiológicas similares, aplicando una fórmula de ajuste per cápita que pondera el riesgo por edad, sexo y nivel de ingreso, con el fin de prevenir la selección adversa de riesgos, garantizar la accesibilidad al sistema y eliminar la discrecionalidad en la distribución de los recursos.

El decreto excluye de este mecanismo a los pequeños contribuyentes del Régimen Simplificado y a los empleados del servicio doméstico, cuya regulación se difiere a una resolución conjunta, y dispone que la liquidación del subsidio automático sea definitiva a los treinta días, entrando en vigencia a partir del 1° de septiembre de 2006.

4.3. SUMA — Subsidio de Mitigación de Asimetrías (Decreto N° 1.609/12)

El SUMA se instituye para complementar la financiación de los Agentes del Seguro de Salud (ASS) mediante la distribución automática de una parte del Fondo Solidario de Redistribución previsto por el artículo 22 de la Ley N° 23.661. Es distribuido por la AFIP en forma automática y a mes vencido entre los ASS, del siguiente modo: a) un 20% del total del 3% de la recaudación mensual de los aportes y contribuciones de los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 se distribuye en partes iguales entre los ASS con más de 5.000 afiliados; b) un 80% del total del 3% se distribuye en forma directamente proporcional al número de afiliados de cada ASS; y c) los ASS de menos de 5.000 afiliados cuyo ingreso mensual promedio por afiliado resulte inferior al promedio del sistema reciben, además, una compensación económica para alcanzar dicho promedio, financiada con parte del saldo del FSR.

El monto del subsidio que reciban los ASS de más de 100.000 afiliados no puede ser menor al 1,5% ni superior al 8,5% del total de su recaudación por los incisos a) y b) del artículo 16. A partir de la modificación introducida por el Decreto N° 355/24, la distribución del subsidio pasó a ser exclusivamente en forma directamente proporcional a la cantidad de afiliados.

El Decreto N° 1609/2012 busca corregir las marcadas desigualdades en la asignación de recursos del sistema, donde el cinco por ciento de las obras sociales concentraba el cincuenta y cuatro por ciento de los afiliados, mientras que las que atendían al treinta por ciento de los afiliados contaban con el cincuenta por ciento de los recursos. Se dicta en el marco de las Leyes N° 23.660 y 23.661, en ejercicio de la facultad conferida por el artículo 24, inciso b, punto 3, de la Ley N° 23.661, que autoriza al Poder Ejecutivo a destinar recursos del FSR para apoyar financieramente a los agentes del seguro mediante subvenciones y subsidios.

El Decreto N° 1609/2012 ha sido objeto de sucesivas modificaciones: la Resolución N° 1227/2012 y su modificatoria Resolución N° 1/2013 establecieron los mecanismos de información que la SSSalud debe suministrar a la AFIP; el Decreto N° 1368/2013 creó el SUMARTE y modificó los artículos 2° y 3° del SUMA, elevando la base de cálculo del 5% al 6% de la recaudación y aumentando de 50.000 a 100.000 el umbral de afiliados para la aplicación de los topes mínimo y máximo; el Decreto N° 921/2016 actualizó los valores del artículo 24 del Decreto N° 576/93; el Decreto N° 554/2018 redujo transitoriamente el porcentaje al tres por ciento para seis liquidaciones consecutivas, con prórroga automática hasta nueva aprobación; la Resolución N° 1961/2019 creó la Unidad de Gestión de Subsidios Automáticos; y el Decreto N° 355/2024 sustituyó el artículo 2° y derogó el artículo 3°, consolidando la versión vigente del subsidio con distribución directamente proporcional al número de afiliados.

4.4. SUMARTE — Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (Decreto N° 1.368/13)

El SUMARTE complementa la financiación de los ASS respecto de los afiliados incluidos en el Régimen de Trabajo Especial, integrado por los trabajadores de casas particulares y los pequeños contribuyentes adheridos al monotributo (en sus variantes general, social y agropecuario). Es distribuido por la AFIP en forma automática y a mes vencido, asignando el 1,5% de la recaudación mensual de los aportes y contribuciones del artículo 16 de la Ley N° 23.660, en forma proporcional al número de afiliados incluidos en dicho régimen.

Se dispone la unificación de los aportes de los beneficiarios titulares del Régimen de Trabajo Especial que a la vez sean afiliados a otro ASS por su condición de titular en relación de dependencia, o por ser familiar a cargo de un titular en relación de dependencia, hacia el ASS que reciba los aportes del Régimen General, tarea a cargo de la AFIP. Es requisito para el cobro del SUMARTE que, al momento de la liquidación, el ASS no posea reclamos pendientes de solución ante la SSSalud por negativa de afiliación o cobertura.

El Decreto N° 1368/2013 fue dictado para corregir las asimetrías que generaban un alto porcentaje de reclamos por negativa de afiliación y cobertura (casi el 60% de los expedientes en trámite), pese a que estos beneficiarios representaban solo alrededor del 9% de los afiliados del sistema. La misma norma creó, además, el Subsidio para Mayores de Setenta Años (SUMA 70), con un 0,70% de la recaudación, para los agentes que posean afiliados de 70 años o más, con exclusión del INSSJP, y modificó el SUMA original elevando su base de cálculo del 5% al 6% de la recaudación mensual y el umbral de afiliados para la aplicación de los topes mínimo y máximo de 50.000 a 100.000.

El Decreto N° 1368/2013 complementa el Decreto Reglamentario N° 806/2004, al precisar que para el cálculo del período de acceso progresivo a la cobertura de salud de los beneficiarios del Régimen de Trabajo Especial se computarán los meses de aportes con independencia de la fecha de afiliación al agente. Ha sido complementado y modificado por la Resolución N° 2973/2013 (mecanismo de información a la AFIP), el Decreto N° 554/2018 (modificación sustancial de la distribución automática), la Resolución N° 373/2019 (Régimen de Compensación) y la Resolución N° 1961/2019 (Unidad de Gestión de Subsidios Automáticos).

4.5. SUMA 65 — Subsidio para Mayores de Sesenta y Cinco Años (Decreto N° 1.368/13)

El SUMA 65 complementa la financiación de los ASS en relación con los beneficiarios jubilados de 65 años o más, mediante la distribución automática de un porcentual del FSR. Es distribuido por la AFIP en forma automática y a mes vencido, asignando el 1,2% de la recaudación mensual de los aportes y contribuciones de los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 y sus modificatorias, en forma proporcional al número de afiliados de 65 años o más, identificados con el Código 02 del Anexo I de la Resolución N° 370/2010 de la SSSalud. Se excluye de este subsidio al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

Es requisito para el cobro del SUMA 65 que, al momento de la liquidación, el ASS no posea reclamos pendientes de solución ante la SSSalud por falta de cobertura o negativa de afiliación de quienes, al obtener el beneficio previsional, opten por continuar con el mismo ASS. La AFIP debe detraer de la base de cálculo a los beneficiarios titulares y su grupo familiar primario que no cuenten con aportes durante los últimos seis meses.

4.6. Cuadro normativo — Subsidios Automáticos de Distribución

Tipo	Número / Nombre	Descripción / Mención
Ley	N° 23.661	Artículos 22 y 24 (Sistema Nacional del Seguro de Salud)
Decreto	N° 576/1993	Reglamentación de las Leyes N° 23.660 y N° 23.661
Decreto	N° 741/2003	Modifica los Decretos N° 576/1993, 1400/2001 y 1867/2002 — establece mecanismo de distribución automática del FSR
Decreto PEN	N° 1901/2006	Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO); compensación automática con cargo al FSR; ajuste por riesgo
Resolución	N° 854/2006-SSSALUD	Comunicación mensual a AFIP del importe máximo a distribuir (art. 24, inc. a y c, Anexo II del Decreto 576/93)
Resolución	N° 102/2007-SSSALUD	Modifica el art. 3° de la Resolución N° 854/2006
Decreto	N° 1609/2012	Instituye el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA)
Resolución	N° 1227/2012-SSSALUD	Provee a AFIP la información para determinar los universos de los arts. 2° y 6° del Decreto 1609/2012
Decreto	N° 1368/2013	Define el Régimen de Trabajo Especial e instituye el SUMARTE
Resolución	N° 1/2013-SSSALUD	Modifica la Resolución N° 1227/12 — establece topes mínimos y máximos (1,5% y 8,5%) para agentes con más de 50.000 afiliados

Resolución	N° 2973/2013-SSSALUD	Provee a AFIP la información para los universos de los arts. 3° y 8° del Decreto 1368/2013
Decreto	N° 921/2016	Actualiza los valores del inc. c) del art. 24 del Anexo II del Decreto 576/93; ajuste automático del SANO según la Ley N° 26.417
Resolución E	N° 19/2018-SSSALUD	Sustituye el art. 2° de la Resolución N° 1.227/2012 y el art. 2° de la Resolución N° 2973/2013
Decreto	N° 554/2018	Modifica la distribución automática del SUMA (Decreto 1609/2012) y del SUMARTE (Decreto 1368/2013)

Otras menciones internas relevadas: artículo 24, incisos a) y c), del Anexo II del Decreto N° 576/1993; artículos 2° y 6° del Decreto N° 1609/2012; artículos 3° y 8° del Decreto N° 1368/2013; Ley N° 26.417 (actualización automática de valores).

4.7. Liquidación de subsidios automáticos — Ejercicio 2023

A lo largo de 2023, el Fondo Solidario de Redistribución recaudó un total de \$428.139 millones, mientras que el monto total distribuido en concepto de subsidios automáticos alcanzó los \$141.676 millones, equivalente al 33,1% de la recaudación anual.

Período	Recaudación FSR (+)	SUMA	SUMARTE	SUMA65	SANO	Distracto	Total subsidios
ene-23	33.738.850.366	3.769.456.127	1.707.097.639	1.365.678.111	417.565.623	36.058.774	7.295.856.274
feb-23	23.862.935.997	5.704.453.241	2.592.227.561	2.073.782.049	354.094.380	39.116.154	10.763.673.386
mar-23	25.542.607.363	4.459.090.305	2.031.493.498	1.625.194.799	242.369.407	34.280.817	8.392.428.826
abr-23	27.433.726.883	4.766.161.247	2.172.208.826	1.737.767.061	475.811.620	56.757.652	9.208.706.407
may-23	29.276.773.717	5.208.813.334	2.349.198.931	1.879.359.145	402.235.835	68.006.867	9.907.614.111
jun-23	29.530.762.277	5.495.339.945	2.492.512.739	1.994.010.192	534.158.494	67.970.766	10.583.992.136
jul-23	41.530.720.411	5.705.634.221	2.606.734.950	2.085.387.960	440.338.354	59.375.109	10.897.240.153
ago-23	35.724.787.012	8.641.033.635	3.933.999.103	3.147.199.282	351.335.591	76.172.680	16.149.740.290
sep-23	37.543.935.438	6.943.622.747	3.162.577.407	2.530.061.926	278.950.945	76.349.606	12.991.562.630
oct-23	48.565.025.745	7.221.147.322	3.264.308.391	2.611.446.713	491.721.862	94.052.513	13.682.676.801
nov-23	45.285.879.839	7.965.963.983	3.586.300.571	2.869.040.457	358.666.623	95.191.021	14.875.162.655
dic-23	50.103.378.337	8.973.068.552	4.026.902.324	3.221.521.859	603.439.525	103.271.396	16.928.203.656
Total	428.139.383.386	74.853.554.218	33.925.561.940	27.140.449.552	4.950.688.260	806.603.353	141.676.857.324

Nota: los importes se expresan en pesos, redondeados a la unidad, a efectos de la presentación tabular.

El total anual se reparte principalmente entre SUMA (\$74.853 millones, 17,5% de la recaudación), SUMARTE (\$33.925 millones, 7,9%), SUMA 65 (\$27.140 millones, 6,3%) y SANO (\$4.950 millones, 1,2%), mientras que el Distracto tuvo una participación marginal (\$806 millones, 0,19%). En términos globales, por cada 100 recaudados, el sistema destinó 33,1 a estos mecanismos de redistribución automática.

Los subsidios totales mostraron una clara tendencia ascendente, pasando de \$7.295 millones en enero a \$16.928 millones en diciembre, aunque con volatilidad significativa influenciada por los vaivenes de la recaudación. Se destacan dos meses atípicos: febrero, donde a pesar de una fuerte caída en los ingresos del FSR (\$23.862 millones), los subsidios treparon a \$10.763 millones (45,1% de lo recaudado); y agosto, que registró el pico máximo mensual de subsidios (\$16.149 millones), impulsado por un salto extraordinario en SUMA

y SUMARTE que prácticamente duplicaron sus valores respecto de julio, aun cuando la recaudación cayó en ese período.

Los pilares del sistema, SUMA y SUMARTE, crecieron de manera sostenida mes a mes (SUMA de \$3.769 millones a \$8.973 millones; SUMARTE de \$1.707 millones a \$4.026 millones), reflejando su rol central en la mitigación de asimetrías. SUMA 65 presentó picos notables en junio y diciembre (\$534 millones y \$603 millones), mientras que SANO mantuvo una evolución relativamente estable, con su mayor desembolso en diciembre (\$603 millones). El Distracto fue residual y sin incidencia significativa en la masa distribuida. En promedio, el sistema transfirió \$11.806 millones por mes, esquema de fuerte asistencia automática que, en meses críticos, llegó a superar el 45% de los ingresos corrientes del FSR.

4.8. Observaciones de control — Auditoría del ejercicio 2024

De la evaluación de las acciones desarrolladas por las áreas intervinientes en el circuito de liquidación de los subsidios automáticos, se ha detectado que no se ha conformado la Unidad de Gestión de Subsidios Automáticos, creada por la Resolución SSSalud N° 1.961/2019, bajo la coordinación conjunta de la Gerencia de Gestión Estratégica (GGE) y de la Gerencia de Administración (GA), cuyo objetivo era contribuir a la consolidación y sistematización de datos estadísticos y establecer mecanismos de coordinación con otros organismos intervinientes en el proceso de liquidación de subsidios. Esta situación se encuentra sujeta al proceso de disolución de la Gerencia de Gestión Estratégica y a la modificación de la estructura del organismo, pasando el procedimiento de control de la liquidación de subsidios automáticos a otras áreas con competencia en la materia.

5. Mecanismo de Integración (Decreto N° 904/2016)

El Mecanismo de Integración, creado por el Decreto N° 904/2016, fue diseñado como un instrumento de financiamiento directo del Fondo Solidario de Redistribución a favor de los Agentes del Seguro de Salud, para solventar prestaciones básicas a personas con discapacidad. Busca brindar eficiencia, transparencia, trazabilidad y celeridad al proceso de asignación y utilización de fondos, en línea con los principios de equidad y modernización del sistema de salud.

Su sustento jurídico se apoya en la Ley N° 23.660, que establece el marco general del funcionamiento de las obras sociales; la Ley N° 24.901, que consagra el derecho a una cobertura integral en rehabilitación y habilitación para personas con discapacidad; y la Ley N° 23.661, que regula la conformación y utilización del FSR. El Decreto N° 904/2016 facultó a la SSSalud a regular la operatividad del mecanismo y actualizar los procedimientos mediante herramientas digitales.

La Resolución SSSalud N° 406/2016 reglamentó la apertura obligatoria de la "Cuenta Discapacidad" en el Banco Nación y aprobó el uso de plataformas digitales y firma electrónica para el circuito de carga y validación prestacional y económica. La Resolución SSSalud N° 887/2017 instituyó el procedimiento operativo y los requisitos documentales para acceder al financiamiento, así como la trazabilidad de fondos, la obligatoriedad de

auditorías, la presentación de legajos individualizados por beneficiario y los criterios técnicos de evaluación de cada prestación.

La Resolución SSSalud N° 360/2022 sustituyó los Anexos I, II y III de la Resolución N° 887/17, introduciendo nuevos requisitos documentales con mayor rigor técnico y formal. La Resolución SSSalud N° 2484/2023 incorporó la Plataforma de Gestión Integral del Mecanismo Integración y un Aplicativo de Registración, Geolocalización y Validación de Prestaciones, orientados a mejorar la trazabilidad, eficiencia y control en la validación de prestaciones antes de la solicitud de fondos. Finalmente, la Resolución SSSalud N° 1743/2024 derogó la Resolución N° 360/22 y restableció la vigencia de la Resolución N° 887/2017, con reemplazo integral de sus Anexos I a V.

5.1. Cuadro normativo — Mecanismo de Integración

Tipo	Número / Nombre	Descripción / Mención
Ley	N° 23.660	Régimen de Obras Sociales
Ley	N° 23.661	Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud
Ley	N° 22.431	Sistema de Protección Integral de los Discapacitados
Ley	N° 24.901	Sistema de Prestaciones Básicas a favor de las Personas con Discapacidad
Decreto Reglamentario	N° 576/1993	Reglamentación de las Leyes N° 23.660 y 23.661
Decreto Reglamentario	N° 1193/1998	Aprueba la reglamentación de la Ley N° 24.901
Resolución	N° 428/1999-MS	Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad
Decreto	N° 904/2016	Instituye el Mecanismo de Integración — pago directo a los ASS por el gasto en cobertura de discapacidad
Resolución	N° 406/2016-SSSALUD	Apertura de la cuenta especial "Cuenta Discapacidad" en el Banco Nación
Resolución E	N° 36/2017-SSSALUD	Asignación de recursos — informe mensual a AFIP del giro a cada agente
Resolución E	N° 887/2017-SSSALUD	Aprueba procedimientos y requisitos para solicitar fondos (Anexos I a V)
Resolución E	N° 276/2018-SSSALUD	Modifica el art. 4° de la Resolución N° 887/2017 — desde 1/1/2019 solo aplica a prestaciones de discapacidad
Resolución E	N° 728/2018-SSSALUD	Aclara alcance de la Resolución N° 276/2018 respecto de carpetas de mayo y junio de 2018
Resolución	N° 360/2022-SSSALUD	Sustituye los Anexos I, II y III de la Resolución N° 887/17
Resolución	N° 2484/2023-SSSALUD	Incorpora la Plataforma de Gestión Integral del Mecanismo Integración
Resolución	N° 1743/2024-SSSALUD	Deroga la Resolución N° 360/22 y restablece la Resolución N° 887/2017 con reemplazo integral de sus Anexos I a V

6. Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) y Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE)

6.1. Creación del Sistema Único de Reintegros

La Resolución N° 1200/2012 de la Superintendencia de Servicios de Salud, dictada en uso de las facultades conferidas por los Decretos N° 1615/96 y N° 1008/12, crea el Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) como mecanismo de apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud para el reconocimiento de prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico, así como de tratamiento prolongado (enfermedades catastróficas). Su creación se fundamenta en el artículo 24 de la Ley N° 23.661, que destina recursos del FSR a tales fines, y se enmarca en el proceso de absorción de la Administración de Programas Especiales (APE) dentro de la estructura de la SSSALUD dispuesto por el Decreto N° 1198/12.

El artículo 1° de la Resolución N° 1200/2012 limita la vigencia temporal de las más de cuarenta normas de la ex-APE dictadas entre 2002 y 2011 —entre ellas, la Resolución N° 500/04-APE y sus numerosas modificatorias—, disponiendo que continuarán aplicándose únicamente para la tramitación de reintegros correspondientes a prestaciones realizadas con anterioridad a la publicación de la nueva resolución. El artículo 2° crea el S.U.R. como nuevo mecanismo para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los ASS, aprobando nuevos listados de patologías (Anexo III), de medicamentos (Anexo IV) y de valores máximos a reintegrar (Anexo V), y derogando toda vía de excepción en la tramitación de los reintegros (art. 6°).

6.2. Reformulación y objetivos del sistema

La norma reformula el programa original de la Resolución N° 500/04-APE, enfatizando objetivos orientados hacia el beneficiario como sujeto de derecho que padece una enfermedad catastrófica, de modo que los reintegros no solo subvencionen a los Agentes de Salud sino que fundamentalmente aseguren servicios de salud a las personas que cursan las enfermedades incluidas en el programa. Ordena las prestaciones y medicamentos por patología, con fundamento en evidencia científica, efectividad, costo-efectividad y en las normas y autorizaciones de los organismos nacionales regulatorios (ANMAT, entre otros). El S.U.R. establece dos listados diferenciados: uno para solicitud de reintegro de medicamentos y otro para el resto de las prestaciones médicas.

6.3. Procedimiento operativo y condiciones para el otorgamiento

El sistema SUR opera a través de una plataforma web (<http://sur.sssalud.gov.ar>), a la cual los Agentes de Salud deben ingresar con credenciales específicas para efectuar las solicitudes de reintegros y turnos. La solicitud requiere la carga de datos del beneficiario (CUIL/CUIT, número de afiliado), la indicación de la patología, los conceptos por prestaciones o medicación y los datos de los comprobantes contables. La SSSALUD valida la información con el Padrón de Beneficiarios, el Registro de Prestadores, el Registro de autoridades con mandato vigente y la información aportada por ANSES, AFIP y ANMAT.

El otorgamiento del apoyo financiero se realiza según las disponibilidades presupuestarias y razones de oportunidad, mérito y conveniencia; el Agente de Salud solicitante reconoce que el apoyo no es obligatorio y que su denegatoria no genera derecho alguno, acepta el valor máximo que disponga la SSSALUD, reconoce ser el único obligado frente al

beneficiario y asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial iniciada contra la SSSALUD por motivo del pedido. Los Agentes deben acreditar no solo el efectivo pago de la prestación sino también su efectivo cumplimiento, y la SSSALUD se reserva el derecho de auditar en sede o en terreno las prestaciones efectuadas, debiendo los prestadores estar inscriptos en el Registro de Prestadores y cumplir, en el caso de medicamentos, con la trazabilidad establecida por la Resolución N° 594/11.

6.4. Desarrollo y ampliación del S.U.R. (2012-2023)

La Resolución N° 1200/2012 fue objeto de una inmediata suspensión de su entrada en vigencia mediante la Resolución N° 1310/2012, que amplió la vigencia temporal de las normas de la ex-APE hasta el 30/11/2012. Posteriormente, el sistema se desarrolló mediante normas que crearon subsistemas específicos: la Resolución N° 1511/2012 estableció el S.U.R. para prestaciones a personas con discapacidad; la Resolución N° 1561/2012 creó el procedimiento para autorización de reintegros del Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes (Resolución N° 621/2006); y las Resoluciones N° 406/2014 y N° 407/2014 modificaron aspectos procedimentales y de plazos.

El sistema se fue ampliando con la incorporación de nuevas patologías y procedimientos: la Resolución N° 453/2014 estableció los requisitos para reintegros por prestaciones a personas con VIH-SIDA; la Resolución N° 444/2014 sustituyó el Anexo I de la Resolución N° 1511/2012; la Resolución N° 1048/2014 aprobó normas generales y de procedimiento; la Resolución N° 1709/2014 incluyó las Técnicas de Reproducción Médicamente Asistidas; la Resolución N° 1711/2014 creó el Programa para la Atención Integral de Personas con Diabetes Mellitus; y la Resolución N° 965/2015 estableció el procedimiento de auditoría para hemofilia, VIH y discapacidad.

La Resolución N° 400/2016 constituyó un hito al aprobar los requisitos generales, específicos, coberturas, medicamentos y valores máximos a reintegrar, con vigencia desde el 1° de noviembre de 2016. Posteriormente se dictaron protocolos específicos para cáncer de colon (Res. N° 309/2019), esclerosis múltiple (Res. N° 344/2019), artritis reumatoidea (Res. N° 972/2019), asma severo (Res. N° 1409/2019) y VIH (Res. N° 123/2021). Durante la pandemia de COVID-19 se adoptaron medidas excepcionales mediante las Resoluciones N° 281/2020, N° 324/2020, N° 420/2020 y N° 466/2020, que establecieron procedimientos de pago a cuenta. Finalmente, la Resolución N° 731/2023 creó el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades, y la Resolución N° 1784/2023 aprobó nuevos valores máximos de reintegro, mientras que múltiples resoluciones (N° 1444/2013, 78/2019, 99/2020, 210/2021, 792/2021, 2245/2021, 186/2023) prorrogaron sucesivamente los plazos para la presentación de solicitudes.

6.5. Creación del Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE)

La Resolución N° 731/2023 de la Superintendencia de Servicios de Salud, dictada en uso de las facultades conferidas por los Decretos N° 1615/96, N° 2710/12 y N° 307/21, crea el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE) como actualización integral del Sistema Único de Reintegros creado por la Resolución N° 1200/2012. Esta reforma se fundamenta en el objetivo institucional de la SSSALUD de administrar los

recursos del FSR para la cobertura de subsidios por reintegros de prestaciones de alto impacto económico y demanda prolongada, en el marco de las Leyes N° 23.660 y N° 23.661.

La norma adopta un enfoque de gestión de enfermedades que reemplaza el anterior sistema de listados por patologías aisladas, sustentado en la evaluación de tecnologías sanitarias (drogas, dispositivos, procedimientos) en términos de seguridad, eficacia, efectividad y equidad. Implementa un procedimiento digital y remoto para la tramitación de los reintegros, en consonancia con el Plan de Modernización del Estado aprobado por el Decreto N° 434/16.

Las solicitudes de apoyo financiero se realizan exclusivamente a través del sistema informático SURGE, distinguiendo entre Tecnologías de uso único (prestaciones con inicio y fin determinados) y Tecnologías de uso crónico (prestaciones continuas sin fecha predeterminada de finalización). El plazo para la presentación de solicitudes es de dieciocho (18) meses contados desde el mes siguiente al último mes de prestación. La SSSALUD realiza validaciones automáticas con el Padrón de Beneficiarios, el Registro de Prestadores, ANSES, AFIP, ANMAT, INCUCAI y RENAPER, y las solicitudes deben ser certificadas por el presidente del ASS mediante clave fiscal de AFIP. Para los medicamentos se exige el cumplimiento de la normativa de trazabilidad (Resolución N° 362/12-SSSALUD), con verificación del GTIN seriado en el Sistema Nacional de Trazabilidad de ANMAT.

En su artículo 5°, la Resolución N° 731/2023 deroga expresamente las Resoluciones N° 1200/2012, N° 1561/2012 y N° 1048/2014, así como todas las normas que las modificaron o complementaron, y establece que los nuevos procedimientos y requisitos serán de aplicación para las solicitudes cuyas prestaciones se hayan brindado a partir del 1° de enero de 2024. El artículo 6° mantiene la vigencia de las Resoluciones N° 400/2016, N° 46/2017, N° 37/2019, N° 309/2019, N° 344/2019, N° 692/2019, N° 972/2019, N° 1056/2019, N° 1409/2019, N° 1689/2019 y N° 597/2020 para las solicitudes de prestaciones brindadas hasta el 31 de diciembre de 2023. La resolución mantiene, asimismo, la vigencia de las Resoluciones N° 1711/14, N° 465/21, N° 2206/21, N° 781/22 y N° 405/23 para las solicitudes de reintegros de prestaciones brindadas hasta el 31 de marzo de 2023. El artículo 1° establece que el SURGE reemplaza al SUR creado por la Resolución N° 1200/2012, y sus anexos han sido posteriormente actualizados (Anexo I sustituido por la Resolución N° 665/2024).

6.6. Cuadro normativo — Sistema Único de Reintegros

Tipo	Número / Nombre	Descripción / Mención
Resolución	N° 1200/2012-SSSALUD	Crea el Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) para prestaciones de baja incidencia, alto impacto económico y tratamiento prolongado (Anexos I y II)
Resolución	N° 1310/2012-SSSALUD	Suspende la entrada en vigencia de la Res. 1200/2012 hasta el 30/11/2012; amplía la vigencia de resoluciones de la ex APE
Resolución	N° 1511/2012-SSSALUD	Crea el S.U.R. para prestaciones por discapacidad
Resolución	N° 1561/12-SSSALUD	Crea el procedimiento de reintegros del Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes (Res. 621/2006); rectifica anexos de la Res. 1200/2012

Resolución	N° 406/2014-SSSALUD	Sustituye el punto 1.IV (Plazos) del Anexo II de la Res. 1561/2012
Resolución	N° 407/2014-SSSALUD	Delegación de facultades para suscribir solicitudes de reintegro; sustituye el punto VI del Anexo I de la Res. 1200/2012
Resolución	N° 453/2014-SSSALUD	Aprueba procedimientos para reintegros por prestaciones a personas con VIH-SIDA
Resolución	N° 444/2014-SSSALUD	Sustituye el Anexo I de la Res. 1511/2012
Resolución	N° 1709/2014-SSSALUD	Incluye las Técnicas de Reproducción Médicamente Asistidas en el S.U.R.
Resolución	N° 1444/2013-SSSALUD	Prorroga la presentación de solicitudes de reintegros por medicamentos
Resolución	N° 1048/2014-SSSALUD	Aprueba normas generales y de procedimiento (Anexos I y II), aplicable desde el 1/6/2014
Resolución	N° 1711/2014-SSSALUD	Crea el Programa para la Atención Integral de Personas con Diabetes Mellitus
Resolución	N° 361/2015-SSSALUD	Aprueba pautas, requisitos y condiciones para acceder al mecanismo de reintegro (Anexos I y II)
Resolución	N° 965/2015-SSSALUD	Procedimiento de auditoría por muestreo aleatorio (hemofilia, VIH y discapacidad)
Resolución	N° 400/16-SSSALUD	Aprueba requisitos, coberturas, medicamentos y valores máximos (vigencia 1/11/2016; Hepatitis C desde 1/1/2016)
Resolución	N° 547/2016-SSSALUD	Sustituye el art. 4° de la Res. 1711/2014 — valor máximo mensual por diabetes: \$1.200
Resolución	N° 46/17-SSSALUD	Sustituye los Anexos I a V de la Res. 400/2016
Resolución	N° 262/2018-SSSALUD	Excluye del S.U.R. la profilaxis de hemofilia A severa e inmunotolerancia con Factor VIII
Resolución	N° 347/2018-SSSALUD	Prorroga hasta el 4/6/2018 las fechas de la Res. 262/2018
Resolución	N° 37/2019-SSSALUD	Guía de tratamiento de cáncer de mama metastásico (Anexo I)
Resolución	N° 731/2023-SSSALUD	Crea el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE), en sustitución del S.U.R.

Menciones adicionales relevadas: numerosas resoluciones de la ex Administración de Programas Especiales (APE) prorrogadas o derogadas por la Resolución N° 1200/2012 (entre ellas, N° 500/04, 1276/02, 999/03, 6080/03, 7800/03, 8970/03, 9486/03, 5656/04, 5700/04, 7700/04, 10060/04, 11300/04, 17562/2004, 5867/2005, 6200/05, 9000/05, 9500/05, 9800/05, 13333/2005, 15000/05, 16200/2005, 16300/05, 350/06, 186/06, 5000/06, 9494/06, 1100/2007, 6592/2007, 16565/2007, 18621/07, 19133/07, 223/2008, 6313/2008, 24028/2008, 16890/2009, 2299/10, 6800/2010, 1915/2010, 13453/10, 20658/10, 25300/10, 1650/2011, 5876/2011, 24750/11 y 10800/2004, entre otras); la Resolución N° 621/2006-SSSALUD (Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes); y la Resolución N° 400/99-APE.

7. Sistema de Compra Consolidada de Medicación para Hemofilia

El sistema de compra consolidada de medicación para el tratamiento de la hemofilia se estableció mediante la Resolución N° 262/2018-SSSALUD, que dispuso que a partir del 2/5/2018 los Agentes del Seguro de Salud debían solicitar al Ministerio de Salud la provisión de Factor VIII para pacientes de hasta 18 años en tratamiento de profilaxis e

inmunotolerancia de Hemofilia A Severa, centralizando la adquisición y distribución del fármaco.

La Resolución E N° 1004/2017-SSSALUD aprobó la suscripción del "Convenio Marco de Colaboración entre el Ministerio de Salud de la Nación, el INSSJP, el IOMA y la SSSALUD", y la Resolución E N° 17/2018-SSSALUD aprobó el "Convenio Específico" entre las mismas entidades, celebrado el 28/12/2017 (Anexo I). La Resolución N° 144/2018-SSSALUD creó la Comisión Asesora Técnica de Compra Conjunta de Medicamentos e Insumos en el ámbito de la Coordinación Operativa de la SSSALUD. Las Resoluciones N° 347/2018 y N° 470/2018-SSSALUD prorrogaron sucesivamente las fechas establecidas en los artículos 1 y 2 de la Resolución N° 262/2018, hasta el 4/6/2018 y el 2/7/2018, respectivamente.

7.1. Cuadro normativo — Sistema de Compra Consolidada de Medicación para Hemofilia

Tipo	Número / Nombre	Descripción / Mención
Resolución E	N° 1004/2017-SSSALUD	Aprueba la suscripción del "Convenio Marco de Colaboración" entre el Ministerio de Salud de la Nación, el INSSJP, el IOMA y la SSSALUD
Resolución E	N° 17/2018-SSSALUD	Aprueba el "Convenio Específico" entre las mismas entidades (celebrado el 28/12/2017) — Anexo I
Resolución	N° 144/2018-SSSALUD	Crea la Comisión Asesora Técnica de Compra Conjunta de Medicamentos e Insumos
Resolución	N° 262/2018-SSSALUD	Establece que desde el 2/5/2018 los ASS deben solicitar al Ministerio de Salud la provisión de Factor VIII para pacientes de hasta 18 años
Resolución	N° 347/2018-SSSALUD	Prorroga hasta el 4/6/2018 las fechas de los arts. 1 y 2 de la Res. 262/2018
Resolución	N° 470/2018-SSSALUD	Prorroga hasta el 2/7/2018 las fechas de los arts. 1 y 2 de la Res. 262/2018