

INFORME ACADÉMICO

LA RESOLUCIÓN 258/2026 DE LA
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Y LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA ASEGURADOR
AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.

FUNDACION FESAL

INFORME ACADEMICO

LA RESOLUCION 258/2026 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN Y LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA ASEGURADOR AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

ÍNDICE

1. Resumen ejecutivo
2. Introducción, contexto y metodología
3. Marco jurídico-normativo del sistema asegurador argentino
4. La Resolución 258/2026: contenido, alcance y limitaciones
5. Arquitectura financiera y actuarial comparada: seguro vs. sistema de salud
6. Asimetrías normativas, fiscales y de la seguridad social
7. El sistema de salud argentino: segmentación, PMO y judicialización
8. Diagnóstico de la crisis de financiamiento sectorial
9. Análisis FODA del sector asegurador frente a la salud prestacional
10. Nichos de mercado y modelos de complementariedad
11. Riesgos sistémicos y demagogia sanitaria
12. Propuestas de reforma estructural y hoja de ruta
13. Hallazgos más relevantes (síntesis crítica)
14. Corolario de aplicación práctica
15. Conclusiones
16. Glosario técnico detallado
17. Anexo metodológico y fuentes

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe académico integra y sistematiza, de modo coherente y sin superposiciones, el contenido de dos fuentes primarias convergentes sobre la Resolución 258/2026 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), norma que habilita por primera vez a las compañías de seguros a ofrecer coberturas prestacionales de salud, actividad tradicionalmente reservada a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga. La primera fuente reconstruye la Mesa de Controversia organizada en el marco de la Maestría en Gerenciamiento de Sistemas de Salud de la Fundación Guemes, con la participación del Superintendente de Seguros (Guillermo Plate), la Gerente de Coordinación de la SSN (Valeria Hirzon), los referentes sectoriales Aldo Álvarez (ADEAA) y Gustavo Trías (AACS), y el Superintendente de Servicios de Salud (Claudio Stivelman). La segunda fuente reconstruye el diálogo televisivo entre el Lic. Hugo Magonza (CEMIC — Unión Argentina de Salud) y, nuevamente, el Dr. Aldo Álvarez (ADEAA), lo que permite —dada la intervención común de Álvarez en ambos espacios— contrastar la consistencia de sus argumentos y verificar la solidez conceptual del análisis en dos contextos discursivos distintos.

Desde el punto de vista conceptual, el informe identifica una tensión estructural irreductible entre dos lógicas de financiamiento de la salud: (i) la lógica aseguraticia, fundada en la técnica actuarial, la suma asegurada, el sistema de reservas técnicas (RRC, siniestros pendientes, IBNR) y la transferencia de riesgo mediante reaseguro; y (ii) la lógica de la medicina prepaga y de la seguridad social, fundada en un esquema de "cash flow" o "pay as you go", sin techos prestacionales explícitos, con expansión continua de la canasta obligatoria por vía normativa y judicial (el PMO como "piso y no techo"), y con una inversión patrimonial volcada a infraestructura física ("fierros y ladrillos") antes que a reservas líquidas.

Desde el punto de vista jurídico, el informe documenta el entramado normativo aplicable —Ley 17.418 (Contrato de Seguro), Ley 20.091 (Entidades de Seguros y su Control), Ley 22.400 (Productores Asesores de Seguros), Ley 22.682 (Agentes del Seguro Nacional de Salud) y la propia Resolución 258/2026— y releva las asimetrías impositivas (IVA del 21% para el seguro frente al 0% o 10,5% de obras sociales y prepagas) y de

acceso a los aportes y contribuciones de la seguridad social (9% de la masa salarial, del cual el sector asegurador está excluido), que condicionan la viabilidad competitiva de cualquier producto asegurativo de salud.

El informe concluye que la Resolución 258/2026 constituye una apertura regulatoria significativa pero jurídicamente incompleta: habilita la prestación directa por parte de aseguradoras bajo dos condiciones (continuidad asistencial y existencia de prestadores en la zona geográfica de emisión de la póliza), pero no resuelve las asimetrías fiscales y de la seguridad social que determinan, en la práctica, la viabilidad comercial del producto. Se identifican además riesgos de judicialización derivados de la redacción del artículo 2.1 de la resolución (referido a la "continuidad de los tratamientos en curso"), que podría ser interpretado por la magistratura en clave de cobertura ilimitada, en contradicción con el principio actuarial de suma asegurada. El informe cierra con un corolario de aplicación práctica orientado a entidades de la seguridad social que deben monitorear esta apertura regulatoria tanto como oportunidad de complementariedad (traslados, odontología, indemnizatorios, localidades de baja densidad poblacional) cuanto como frente de eventual competencia y de litigiosidad análoga a la ya existente en el sistema de obras sociales y prepagas.

2. INTRODUCCIÓN, CONTEXTO Y METODOLOGÍA

La Resolución 258/2026 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) autoriza, por primera vez de manera expresa y general, a las compañías de seguros a ofrecer coberturas de salud de tipo prestacional —es decir, con prestación directa de servicios médicos— y no meramente indemnizatorio. Esta apertura regulatoria se produjo en el marco de la política de desregulación y promoción de la competencia impulsada por el Ministerio de Salud (bajo la conducción del ministro Lugones) y la SSN, y vino a remover una restricción vigente desde una resolución de 2011 que prohibía a las aseguradoras brindar prestaciones médicas directas, no obstante lo cual en la práctica ya existían antecedentes sectoriales acotados en materia de riesgos del trabajo (ART) y accidentes personales.

El presente informe tiene por objeto sistematizar, con rigor conceptual y jurídico, dos debates públicos que abordaron esta norma desde perspectivas institucionales complementarias: por un lado, una mesa académica multiactoral que reunió a los reguladores de ambos sistemas (seguros y salud) junto con representantes empresariales del sector asegurador; por otro, un diálogo televisivo entre un prestador/financiador de salud de gran escala (CEMIC) y un experto en seguros con siete lustros de trayectoria en el cruce entre ambos sectores (ADEAA). La coincidencia del Dr. Aldo Álvarez como orador en ambas fuentes permite verificar la estabilidad y consistencia interna de los conceptos actuariales expuestos, lo que refuerza la fiabilidad del análisis conceptual que aquí se sistematiza.

Metodológicamente, el informe integra el contenido íntegro de ambas fuentes primarias, evitando la yuxtaposición mecánica y privilegiando una fusión temática: los conceptos técnico-actuariales, las asimetrías normativo-fiscales, los datos de la crisis de financiamiento sectorial y las propuestas de reforma se presentan de forma unificada, señalando expresamente cuándo un dato o cifra proviene de una u otra fuente y resaltando las coincidencias y divergencias entre los oradores. El informe incorpora asimismo un glosario técnico ampliado, un apartado de hallazgos más relevantes y un corolario de aplicación práctica orientado a los operadores del sistema de seguridad social en salud.

Advertencia metodológica: el presente documento reconstruye y sistematiza intervenciones orales registradas en dos espacios de debate público (una mesa académica y un programa periodístico). Las citas textuales se reproducen conforme fueron documentadas en las fuentes de origen; no constituyen transcripciones taquigráficas oficiales ni dictámenes con valor normativo.

3. MARCO JURÍDICO-NORMATIVO DEL SISTEMA ASEGURADOR ARGENTINO

3.1. El seguro como actividad financiera regulada

El Superintendente de Seguros de la Nación, Guillermo Plate, situó a la actividad aseguradora dentro del sistema financiero, junto con la actividad bancaria y el mercado de capitales, aunque con una lógica temporal inversa: el asegurado paga una prima por anticipado para que, ante la eventual ocurrencia de un siniestro futuro, la compañía indemnice o preste el servicio comprometido. Esta estructura de prestación diferida en el tiempo exige que la regulación estatal se concentre, prioritariamente, en garantizar la solvencia de la entidad aseguradora. En palabras del propio Plate: "No hay contrato de seguro sin solvencia"; sin ese respaldo patrimonial, la actividad se asimilaría a una maniobra defraudatoria.

La regulación de solvencia protege, en última instancia, el ahorro público representado por las primas ya percibidas y aún no aplicadas a siniestros, lo que explica por qué las compañías de seguros tienen vedado el acceso al crédito en los términos ordinarios de otras empresas: "ya le deben al asegurado". Esta arquitectura regulatoria conservadora es estructuralmente distinta de la que rige a los financiadores de salud tradicionales.

3.2. Corpus normativo aplicable

Norma	Objeto	Relevancia para el cruce seguro-salud
Ley 17.418	Ley de Contrato de Seguro. Regula la relación jurídica entre asegurador y asegurado.	Es el estatuto que, según sostiene Álvarez, la Corte Suprema reconoce sistemáticamente como marco rector de los contratos de seguro, incluidos los de salud prestacional.
Ley 20.091	Ley de Entidades de Seguros y su Control. Establece el control estatal de solvencia, capitales mínimos y reservas.	Fundamento del régimen de reservas técnicas (RRC, siniestros pendientes, IBNR) que diferencia estructuralmente al seguro de la prepaga.
Ley 22.400	Régimen de Productores Asesores de Seguros (agentes intermediarios).	Estructura la red de distribución profesional y regulada que el sector asegurador identifica como fortaleza competitiva.
Ley 22.682	Denomina a las obras sociales nacionales "agentes del seguro nacional de salud" y delimita nichos en los que el seguro puede operar en salud (traslados, emergencia, odontología, localidades de menos de 5.000 habitantes).	Es objeto de crítica terminológica por Magonza ("nombre equívoco", pues las obras sociales no operan bajo lógica aseguraticia) y a la vez es la base legal preexistente de los nichos que la Resolución 258/2026 amplía.

Resolución 258/2026 (SSN)	Habilita la cobertura prestacional de salud por parte de aseguradoras, derogando en los hechos la restricción de la resolución de 2011.	Objeto central del presente informe (desarrollado en la Sección 4).
---------------------------	---	---

3.3. Solvencia, reservas técnicas y el concepto de IBNR

El sistema de reservas es el eje técnico-jurídico que distingue al seguro de cualquier otro esquema de financiamiento de la salud. Ambas fuentes coinciden en la caracterización de tres institutos:

- Reserva de Riesgo en Curso (RRC): cuando se vende una póliza fraccionada (por ejemplo, en diez cuotas) y se percibe la primera, las nueve cuotas restantes constituyen un pasivo que debe estar respaldado por activos líquidos disponibles, con independencia de que el ingreso de caja aún no se haya producido.
- Reserva de Siniestros Pendientes: todo siniestro ocurrido y denunciado debe ser valuado y provisionado en forma inmediata, aun cuando su pago efectivo se extienda varios años en el tiempo (el ejemplo paradigmático es el paciente oncológico, cuyo costo total del tratamiento debe reservarse desde el momento del diagnóstico).
- Reserva IBNR (Incurred But Not Reported): es un pasivo "sin dueño conocido", estimado estadísticamente, que provisiona siniestros ya ocurridos pero todavía no denunciados a la aseguradora.

A este sistema de reservas se suma el capital mínimo exigido por la Ley 20.091, que opera como colchón adicional frente a desviaciones en la estimación actuarial del riesgo. El cálculo de estas reservas requiere intervención actuarial profesional (función ejercida, en el caso de la SSN, por Valeria Hirzon), lo que evidencia la sofisticación técnica exigida al sector para operar con solvencia.

3.4. Rol macroeconómico y régimen de inversiones del sector asegurador

Las primas no utilizadas para el pago de siniestros constituyen una masa de inversión institucional relevante: aproximadamente USD 15.000 millones (equivalentes a cerca del 3% del PIB argentino), que financian infraestructura, créditos hipotecarios y el mercado de capitales. Plate destacó el contraste con Chile, donde el desarrollo de los seguros de

vida y retiro ha llevado las inversiones aseguradoras a USD 90.000 millones, y sostuvo que "no hay nación que se haya desarrollado sin una industria de seguros fuerte". El sector paga en la Argentina aproximadamente USD 8.000 millones en siniestros por año y, según Plate, "protege al 97% del PBI restante".

4. LA RESOLUCIÓN 258/2026: CONTENIDO, ALCANCE Y LIMITACIONES

4.1. Origen y motivación desreguladora

La resolución surgió de una reunión celebrada a comienzos de 2026 entre el sector asegurador y el sector salud, convocada por el Ministerio de Salud. En esa instancia se constató que una resolución de 2011 impedía a las aseguradoras brindar prestaciones médicas directas, restricción que la SSN decidió remover en línea con su política declarada de "desregulación", "competencia" y confianza en "los privados". Plate sintetizó la orientación de la norma en la fórmula "más seguro, menos Estado": que el sector privado asuma, mediante mecanismos de mercado, riesgos que de otro modo recaerían sobre el sistema público.

4.2. Complementariedad declarada, no competencia

Tanto Plate como Hirzon insistieron en que la finalidad de la norma no es que el seguro compita con el sistema de medicina prepaga u obras sociales, sino que lo complemente, ofreciendo productos para nichos poblacionales sin cobertura o prestaciones adicionales a las del sistema obligatorio. Plate empleó la metáfora de "dibujar la cancha" para que las partes se complementen. Esta misma conclusión —complementariedad y no sustitución— es corroborada de manera independiente por Magonza y Álvarez en la segunda fuente, lo que refuerza su carácter de consenso sectorial, más allá de que subsistan visiones distintas sobre la extensión real de esa complementariedad.

4.3. Requisitos normativos: continuidad asistencial y cobertura geográfica

Valeria Hirzon detalló los dos lineamientos centrales que la resolución exige a las pólizas de cobertura prestacional:

- Continuidad asistencial: si un prestador se retira de la red, la aseguradora debe garantizar que el asegurado continúe recibiendo el servicio contratado.
- Existencia de prestadores en la zona geográfica de emisión: la cobertura ofrecida debe poder efectivizarse en el lugar donde se contrata la póliza.

A diferencia del régimen de obras sociales y prepagas, la resolución no establece una cobertura mínima obligatoria equivalente al Programa Médico Obligatorio (PMO): cada aseguradora puede diseñar productos modulares según el riesgo y el nicho que decida cubrir. Esta ausencia de un piso prestacional uniforme constituye, simultáneamente, una ventaja de flexibilidad comercial y un riesgo de judicialización, según se desarrolla en el punto siguiente.

4.4. El nudo crítico del artículo 2.1: continuidad de tratamientos en curso

En el debate abierto al público de la Mesa de Controversia, un asistente advirtió que el artículo 2.1 de la resolución menciona expresamente la "continuidad de los tratamientos en curso", formulación que podría interpretarse judicialmente como una obligación de cobertura ilimitada una vez iniciada la prestación, en contradicción directa con el principio actuarial de suma asegurada que estructura todo el negocio asegurador. Ante esta observación, Plate respondió con apertura regulatoria expresa: "Si cometimos un error en la resolución, se cambia rápido. Las resoluciones son públicas, trabajamos con el mercado. Si la pide el mercado, no me pongo colorado en hacer una modificación". Esta declaración, relevante desde el punto de vista de la técnica normativa, revela que la propia autoridad de aplicación reconoce la existencia de una tensión textual no resuelta entre el principio de suma asegurada (art. 3.1 de este informe) y la cláusula de continuidad asistencial, y anticipa la probable necesidad de una reglamentación complementaria o de una modificación de la resolución.

4.5. Deslinde de competencias: lo que la Resolución 258/2026 no resuelve

Del análisis conjunto de ambas fuentes surge que la Resolución 258/2026 habilita la actividad (remueve la prohibición de 2011) pero no modifica ni puede modificar, por su rango normativo y por la competencia del órgano emisor: (i) el tratamiento impositivo diferencial del IVA entre seguros y prepagas/obras sociales, materia reservada al

Congreso de la Nación; (ii) el régimen de aportes y contribuciones de la seguridad social, que continúa canalizándose exclusivamente hacia obras sociales y prepagas conforme la Ley 22.682 y la normativa del Sistema Nacional del Seguro de Salud; y (iii) el estándar judicial de interpretación del derecho a la salud como derecho fundamental, que —según señaló el propio Stivelman— ha llevado a la Corte Suprema a calificar al PMO como "un piso y no un techo".

5. ARQUITECTURA FINANCIERA Y ACTUARIAL COMPARADA: SEGURO VS. SISTEMA DE SALUD

5.1. Negocio de reservas vs. negocio de "cash flow"

Aldo Álvarez —único orador presente en ambas fuentes— ofreció la caracterización más precisa de esta dicotomía, replicada con matices propios por Magonza. El seguro es, en su definición, un "negocio de reservas": la compañía acumula pasivos que debe respaldar con activos líquidos disponibles en todo momento. El financiador de salud (obra social o prepaga), en cambio, opera como un "negocio de cash flow" o, en la fórmula que emplea Álvarez retomando la tradición del mercado asegurador inglés, un esquema de "pay as you go": cobra cuotas mensuales y paga prestaciones con ese flujo corriente de caja. El excedente, cuando existe, no se reserva técnicamente sino que se reinvierte en infraestructura física: "Si sobra un poco de plata, compramos un tomógrafo nuevo; si sobra más, hacemos un consultorio; si sobra mucho más, compramos otra institución".

Magonza corrobora esta caracterización desde la perspectiva del prestador: CEMIC (dos hospitales, ocho centros ambulatorios, más de 1.000 profesionales y 2.200 empleados) mantiene una parte relevante de su patrimonio inmovilizado en "fierros y ladrillos", lo que constituye simultáneamente un activo de escala y una rigidez estructural que dificulta la salida ordenada del mercado cuando los números dejan de cerrar.

5.2. Suma asegurada, franquicia y coseguro como mecanismos actuariales de contención de la demanda

El seguro trabaja necesariamente con una suma asegurada: un tope máximo de indemnización o de cobertura, indispensable para el cálculo actuarial de la prima. Álvarez

fue categórico: "El producto asegurativo necesita una suma asegurada. Si no, es imposible hacer un precio. Esta idea de cubrirnos todo por un precio fijo se da de patadas con el criterio asegurador". La medicina prepaga, en cambio, no reconoce topes explícitos: la cobertura es abierta, lo que impide el cálculo de riesgo en los términos actuariales tradicionales. Álvarez planteó el interrogante crítico: "¿Qué pasa con una suma asegurada cuando esa suma asegurada se agota y al paciente no se le acabó su tratamiento?", identificando allí un desafío estructural aún no resuelto por el sector.

A la suma asegurada se suman otros dos mecanismos actuariales de contención de la demanda ausentes o debilitados en el sistema de salud tradicional: la franquicia (la porción del siniestro que el asegurado asume a su cargo, funcionando como desincentivo natural al uso excesivo del servicio) y el coseguro (el porcentaje del siniestro que el asegurado abona luego de aplicada la franquicia). En el sistema de obras sociales y prepagas, el copago existe de manera excepcional y es culturalmente resistido ("mal visto, casi inexistente"), lo que —según ambas fuentes— elimina el freno económico a la sobredemanda.

5.3. El concepto de "siniestro" como barrera cultural y técnica

Una de las observaciones más agudas del diálogo Magonza-Álvarez refiere a la diferencia semántica entre "siniestro" (evento discreto, identificable y con causa determinada, propio del lenguaje asegurador: un choque, el diagnóstico de una enfermedad) y la lógica de consumo de servicios de salud bajo cobertura prepaga, donde el usuario accede al sistema "porque lo tiene gratis", sin un evento disparador claramente delimitado: "¿Cómo hacés en un sistema donde vos determinás cuál es el siniestro? Voy al médico porque lo tengo gratis... no hay freno".

5.4. Tabla comparativa consolidada

Variable	Compañía de seguros	Medicina prepaga / Obra social
Lógica de negocio	Reservas técnicas (RRC, siniestros pendientes, IBNR)	Cash flow / "pay as you go"
Suma asegurada	Existe, es obligatoria y estructura el cálculo de la prima	No existe; cobertura abierta

Mecanismo de contención de demanda	Franquicia y coseguro de (desincentivan el uso excesivo)	Copago excepcional y culturalmente resistido
Reaseguro	Cadena de transferencia de riesgo a nivel global (asegurado → asegurador → reasegurador → retrocesionario)	No existe como mecanismo estructural; solo acuerdos eventuales
Cálculo de la prima / cuota	Actuarial: riesgo + gastos + margen	Político: regulado administrativamente, históricamente por debajo del IPC
Naturaleza de los activos	Líquidos: bonos, efectivo, plazos fijos	Físicos: infraestructura, equipamiento ("fierros y ladrillos")
IVA aplicable	21%	0% o 10,5% según el caso
Aportes de la seguridad social (9% de la masa salarial)	No recibe (constituye un sobre costo para el usuario)	Recibe (6% empleador + 3% empleado)
Régimen de inversión	Restringido: el regulador exige liquidez para el pago de siniestros	Libre inversión en infraestructura y equipamiento

6. ASIMETRÍAS NORMATIVAS, FISCALES Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL

6.1. La barrera del IVA

Ambas fuentes coinciden, con formulaciones prácticamente idénticas, en que la asimetría en el tratamiento del Impuesto al Valor Agregado constituye una de las principales barreras de entrada del seguro al negocio de la salud: las primas de seguro tributan IVA a la alícuota general del 21%, mientras que las cuotas de medicina prepaga y los aportes a obras sociales tributan a la alícuota reducida del 10,5% o están directamente exentos (0%), según el caso. Álvarez fue explícito: para que el sector asegurador compita en pie de igualdad, sería necesario armonizar esta carga impositiva, lo cual excede la competencia de la SSN y requiere una reforma legislativa de fondo a cargo del Congreso de la Nación.

6.2. La exclusión del régimen de aportes y contribuciones

La segunda asimetría, de mayor peso relativo según ambos oradores, refiere a los aportes y contribuciones de la seguridad social: las obras sociales y las prepagas (mediante la derivación de aportes que habilita el sistema de obras sociales) reciben el 9% de la masa salarial (6% a cargo del empleador y 3% a cargo del empleado), mientras

que el sector asegurador, al no revestir la condición de agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud en los términos de la Ley 22.682, no accede a esa fuente de financiamiento. La consecuencia práctica es que, para un trabajador ya cubierto por una obra social, la contratación de un seguro de salud privado representa un sobre costo neto y no una alternativa sustitutiva de costo comparable. En palabras de Álvarez: "Si nosotros, los aseguradores, tenemos que armar un producto y competir contra este esquema, que no nos derivaría aporte de la Seguridad Social, sería un sobre costo".

6.3. Restricciones al régimen de inversiones en infraestructura

Una tercera asimetría, de naturaleza regulatoria antes que fiscal, refiere al régimen de inversiones. El marco de control de la SSN (Ley 20.091) exige a las aseguradoras mantener un alto grado de liquidez para hacer frente al pago de siniestros, lo que restringe su capacidad de inmovilizar capital en infraestructura sanitaria propia (clínicas, hospitales, equipamiento de diagnóstico). Los financiadores tradicionales de salud, en cambio, invierten libremente en activos físicos. Esta asimetría limita estructuralmente la capacidad de las aseguradoras para construir una red propia de prestadores, obligándolas a contratar servicios de los mismos prestadores que ya atienden a sus competidores (obras sociales y prepagas), lo que genera un potencial conflicto de intereses y, según la normativa vigente, encuentra además el límite adicional de la prohibición de integración vertical financiador-prestador.

6.4. Los "cuatro jinetes del apocalipsis" del riesgo sistémico estatal

Álvarez identificó, en el diálogo con Magonza, cuatro factores históricos de intervención estatal que han erosionado la capacidad de acumulación de reservas de largo plazo del sector asegurador argentino, y que condicionan la credibilidad de cualquier producto de seguro de salud de largo aliento:

- Confiscación de las AFJP: el traspaso compulsivo de los fondos de capitalización individual (entre ellos, el fondo de Máxima, de origen asegurador) al sistema de reparto administrado por ANSES, eliminando de facto un negocio de seguro de vida con ahorro de largo plazo.

- Litigación: los amparos judiciales que, según Álvarez, contribuyeron a licuar el sistema de riesgos del trabajo (ART).
- Inflación, defaults, canjes y reperfilamientos de deuda soberana: factores que impactan directamente sobre la solvencia de las reservas denominadas en moneda local.
- Inestabilidad monetaria: cinco signos monetarios distintos y catorce devaluaciones en las últimas décadas, que erosionan la capacidad de planificación actuarial a más de uno o dos años.

7. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: SEGMENTACIÓN, PMO Y JUDICIALIZACIÓN

7.1. Segmentación de la cobertura (datos aportados por la Superintendencia de Servicios de Salud)

Claudio Stivelman, Superintendente de Servicios de Salud, desagregó la cobertura sanitaria de la población argentina del siguiente modo:

Segmento	Población (aprox.)
Cobertura pública exclusiva (hospitales públicos)	16 millones
Obras sociales sindicales o nacionales	14 millones
PAMI (INSSJP)	5,7 millones
Obras sociales provinciales	7 millones
Planes voluntarios de medicina prepaga	2,2 millones
Otros regímenes especiales (Poder Judicial, Congreso, Fuerzas Armadas, etc.)	2,2 millones
Población con doble cobertura (p. ej., obra social + prepaga)	≈10 millones

Stivelman calificó este panorama fragmentado, con múltiples subsistemas que no dialogan entre sí, como un "galimatías" generador de ineficiencias y sobrecostos estructurales, diagnóstico que resulta convergente con la caracterización de Magonza sobre un sistema "quebrado" por inercia.

7.2. El PMO como "PM Todo": expansión normativa y judicial de la canasta prestacional

Ambas fuentes documentan, con cifras coincidentes, la expansión sostenida del Programa Médico Obligatorio (PMO) por vía normativa: más de 100 (según Magonza) o más de 110 (según Stivelman) leyes, resoluciones y dictámenes han ampliado la canasta prestacional original desde su creación. A esta expansión normativa se suma la judicialización: la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha establecido que el PMO constituye "un piso y no un techo", habilitando por vía de amparo la incorporación de coberturas no previstas originalmente, frecuentemente sin sustento actuarial ni evaluación de impacto en la masa de afiliados. Stivelman destacó, no obstante, un fallo reciente de la Corte que, por primera vez, limitó la cobertura de un medicamento importado frente a una alternativa nacional de menor costo, calificándolo como un hito de moderación jurisprudencial.

7.3. El caso testigo de la geriatría

Magonza expuso el caso de la cobertura de geriatría como ejemplo paradigmático de expansión judicial sin respaldo actuarial: ante el cambio del patrón de cuidado familiar de los adultos mayores (dado que los grupos familiares hoy trabajan hasta edades avanzadas), la vía del amparo judicial y la medida cautelar ha derivado en la imposición de cobertura de institucionalización geriátrica con costos mensuales del orden de los 5 a 6 millones de pesos por afiliado, sin que la obra social o prepaga haya presupuestado ese gasto ni pueda trasladarlo a la cuota, que permanece regulada administrativamente.

7.4. Hacia una canasta explícita y líneas de cuidado

Stivelman anunció que el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud avanzan en una reforma orientada a sustituir el listado abierto de prestaciones por una canasta explícita, con líneas de cuidado definidas, reforma que —a diferencia de la Resolución 258/2026— requiere modificación legislativa. Magonza y Álvarez proponen, en sentido convergente, la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria que dictamine con criterio técnico-económico qué medicamentos, prótesis y procedimientos resultan costo-efectivos, como mecanismo para evitar que la definición de la canasta quede librada a la determinación de jueces sin formación médica ni actuarial.

8. DIAGNÓSTICO DE LA CRISIS DE FINANCIAMIENTO SECTORIAL

8.1. Magnitud comparada de los recursos administrados

Sector	Magnitud (aprox.)
Sector asegurador (total de inversiones administradas)	USD 15.000 millones ($\approx 3\%$ del PIB)
Sector salud, gasto total	USD 66.000 millones ($\approx 10\%$ del PIB)
— de los cuales, subsector público	$\approx 30\%$ ($\approx$ USD 24.000 millones)
— de los cuales, subsector privado (obras sociales y prepagas)	$\approx 70\%$ ($\approx$ USD 42.000-43.000 millones)
Siniestros pagados por el sector asegurador (todas las ramas), por año	$\approx$ USD 8.000 millones
Participación actual del seguro en el negocio de salud	$\approx 0,2\%$ del negocio asegurador total
Población sin cobertura formal o en informalidad laboral	$\approx 40\%$ (Álvarez/Trías) a 50% (Trías, en referencia al trabajo informal)

8.2. El retraso arancelario: el "dato bomba" de Magonza

El aporte cuantitativo más contundente de la segunda fuente es el cálculo de Hugo Magonza sobre el retraso sistemático de las cuotas de medicina prepaga respecto de la inflación general: "En 14 años, la cuota estuvo por debajo del IPC. 24 cuotas por debajo del índice en 14 años, lo que equivale a 2 años. La gente pagó 12 años por 14 años de cuota que tendría que haber pagado solamente al índice de costo de vida". La interpretación de este dato —que además no incorpora la inflación específica del sector salud, sistemáticamente superior a la inflación general— es que los afiliados abonaron, en términos reales, el equivalente a 12 años de cuotas por 14 años de prestación efectiva, generando un déficit acumulado equivalente a 24 meses de cuotas no percibidas por el sistema. Este dato constituye, en el marco del presente informe, uno de los hallazgos cuantitativos más relevantes para comprender la insostenibilidad estructural del modelo de cash flow bajo un régimen de precios regulados administrativamente.

8.3. Endeudamiento fiscal del sector prestador y financiador

Magonza señaló que aproximadamente 6.000 empresas del sector salud mantienen deudas con el fisco (ARCA/AFIP), situación que la emergencia sanitaria —vigente hasta

hace un año y medio respecto de la fecha del debate— solo postergó sin resolver. Si bien existe una resolución de ARCA que extiende la ejecutabilidad de esas deudas, Magonza advirtió que, de no encontrarse un mecanismo de resolución antes de fin de año, un número relevante de entidades del sector podría verse obligado a "entregar su llave", es decir, a cesar su actividad. Complementariamente, señaló que el costo prestacional y la financiación disponible prácticamente se equilibran en el sector: "No hay organizaciones extremadamente rentables. Todo lo que ingresan lo destinan al pago de prestaciones", aun cuando los prestadores (clínicas, hospitales) reciben con frecuencia pagos que no cubren sus costos reales de producción del servicio.

9. ANÁLISIS FODA DEL SECTOR ASEGURADOR FRENTE A LA SALUD PRESTACIONAL

El siguiente análisis FODA, formulado originalmente por Aldo Álvarez en la Mesa de Controversia, se presenta enriquecido con los elementos convergentes aportados por la segunda fuente.

9.1. Fortalezas

- Expertise consolidado en la suscripción y el pricing técnico de riesgos.
- Reservas técnicas y respaldo de capital que garantizan solvencia de largo plazo.
- Red de productores asesores de seguros (Ley 22.400) distribuida en todo el territorio nacional: canal de distribución profesional y regulado.
- Uso intensivo de tecnología y de grandes volúmenes de datos para el análisis de riesgo.
- Cultura de prevención y de gestión activa del siniestro.
- Acceso al reaseguro internacional como mecanismo de transferencia y dilución del riesgo.

9.2. Debilidades

- Ausencia de infraestructura prestacional propia (no son propietarios de clínicas ni hospitales).

- Inexperiencia en gestión clínica y en auditoría médica.
- Carga tributaria diferencial: IVA del 21% frente al 0% o 10,5% de los financiadores tradicionales.
- Participación marginal actual en el segmento salud: apenas 0,2% del negocio asegurador total.
- Restricciones regulatorias a la inversión en infraestructura física (Sección 6.3).

9.3. Oportunidades

- Cerca del 40% de la población sin cobertura formal (exclusivamente pública o en informalidad).
- Productos segmentados para nichos: jóvenes, profesionales, coberturas parciales (terapia intensiva, traslados, odontología).
- Telemedicina y diagnóstico a distancia como frentes de innovación.
- Productos indemnizatorios complementarios que atiendan el estrés económico familiar derivado de un siniestro de salud grave.
- Desarrollo de productos modulares, con selección de coberturas a cargo del usuario.
- Convenios de gestión privada de infraestructura pública ociosa (propuesta de Magonza, Sección 12.3).

9.4. Amenazas

- Aportes cautivos: la mayoría de los trabajadores formales ya deriva sus aportes a obras sociales, lo que convierte al seguro en un gasto adicional no sustitutivo.
- Saturación de la capacidad instalada: los prestadores actuales ya operan al límite de la demanda existente.
- Judicialización: los amparos pueden extender la cobertura contratada más allá de sus límites técnicos (suma asegurada).
- Competencia estructuralmente desigual mientras no se equiparen las condiciones fiscales y el acceso a los aportes de la seguridad social.

- Riesgo sistémico derivado de la inestabilidad macroeconómica argentina (Sección 6.4).

10. NICHOS DE MERCADO Y MODELOS DE COMPLEMENTARIEDAD

10.1. El estado estancado del mercado asegurador y su búsqueda de nuevos negocios

Gustavo Trías, presidente de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS), aportó el dato de contexto que explica el interés sectorial en la apertura de la Resolución 258/2026: en los últimos 11 años el mercado asegurador no ha crecido en primas a valores constantes, e incluso ha decrecido entre 2 y 3 puntos porcentuales en los períodos más recientes; en los últimos 5 años el sector ha venido perdiendo dinero, lo que erosiona la solvencia agregada y desalienta la capitalización de nuevas compañías. En este contexto, el sector se encuentra "ávido de nuevos negocios" y percibe en la salud una oportunidad de diversificación y crecimiento.

10.2. Nichos habilitados por la Ley 22.682 y ampliados por la Resolución 258/2026

- Traslados y emergencias médicas.
- Odontología.
- Localidades de menos de 5.000 habitantes, donde la oferta de prestadores tradicionales es escasa o inexistente.
- Productos indemnizatorios sobre un listado cerrado de patologías (aproximadamente 600, según Álvarez), donde el asegurado percibe una suma dineraria fija al ocurrir el siniestro (por ejemplo, el reemplazo de cadera), con libre disponibilidad del monto percibido ("te podés comprar la prótesis alemana o te puedes ir de vacaciones").
- Cobertura de tratamientos de alta complejidad en el exterior, en centros de referencia internacional (v. gr., Clínica Mayo, hospitales de San Pablo).

- Sistema de depósito de pólizas (destacado por Trías), que permite lanzar productos sin autorización previa de la SSN en tanto se cumplan pautas mínimas, facilitando la innovación y la segmentación de la oferta.

10.3. El modelo de complementariedad propuesto por Magonza: plan parcial + seguro con franquicia

El aporte propositivo más específico de la segunda fuente es el modelo de Magonza de un producto híbrido: un plan parcial de medicina prepaga combinado con un seguro complementario con franquicia y límite explícito. Bajo este esquema, el asegurador asume un riesgo acotado y perfectamente calculable en términos actuariales (por encima de la franquicia y hasta el límite de la suma asegurada), lo que permite reducir el costo total de la cobertura para el afiliado y, simultáneamente, introducir un techo prestacional ausente en el modelo de prepaga integral tradicional.

10.4. El seguro indemnizatorio como paliativo del estrés económico familiar

Álvarez destacó que, incluso cuando la prepaga u obra social cubre integralmente un siniestro de salud grave, la familia del afiliado suele sufrir un impacto económico colateral (alteración del nivel de ingresos, gastos de escolaridad, adecuación de la vivienda, entre otros) que la cobertura prestacional no contempla. El seguro indemnizatorio complementario —que abona una suma fija al asegurado, con independencia del costo médico efectivamente incurrido— puede paliar ese impacto, constituyendo así un producto genuinamente complementario y no competitivo respecto del sistema de salud tradicional.

11. RIESGOS SISTÉMICOS Y DEMAGOGIA SANITARIA

11.1. Judicialización como riesgo sistémico irreductible

En el debate abierto de la Mesa de Controversia, un abogado con cuatro décadas de ejercicio profesional planteó una objeción de fondo: a diferencia de un siniestro patrimonial (el ejemplo dado fue un capó abollado en un siniestro automotor), la salud involucra bienes jurídicos especialmente tutelados —la vida y la integridad física—, frente

a los cuales los tribunales tienden a priorizar el derecho a la salud por sobre la letra estricta del contrato. Álvarez respondió que la actividad aseguradora se rige por la Ley 17.418 y que la Corte Suprema ha sostenido sistemáticamente ese marco como rector de los contratos de seguro, aunque reconoció que los tribunales de primera instancia y las cámaras de apelaciones aplican en ocasiones criterios propios que generan incertidumbre. Concluyó que la justicia constituye un riesgo sistémico con el que el sector debe aprender a convivir, apreciación que Plate matizó destacando fallos recientes de moderación jurisprudencial (Sección 7.2) como indicio de una tendencia positiva.

11.2. La "demagogia sanitaria" y la ilusión de la cobertura ilimitada

Magonza acuñó, en la segunda fuente, la expresión "ilusión mágica de la cobertura" para describir el fenómeno por el cual la clase política argentina ha instalado en el imaginario colectivo la idea de que la salud constituye un derecho absoluto, gratuito e ilimitado, sin explicitar quién financia ese compromiso. Su formulación es contundente: "La gente no puede pretender que la cobertura de salud sea absolutamente ilimitada y gratuita en todo. Alguien paga: una parte por impuestos, otra por aportes, otra por bolsillo". Álvarez complementa esta idea con una lectura cultural: "Acá nos gobiernan los tonos grises y los barquinazos. No es que la gente piensa que tiene derecho a la salud... Es lo que las autoridades le dicen que puede hacer", e ilustra el riesgo de la judicialización sin sustento técnico con la imagen de un juez sin formación médica ordenando "pagale 5 millones por día por tal cosa".

11.3. Rol de las sociedades científicas y de las universidades en la certificación profesional

En el debate abierto, una representante de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología planteó el interrogante sobre el lugar que ocuparían los médicos en el nuevo esquema asegurativo, sugiriendo que las sociedades científicas podrían regular el desempeño de los profesionales contratados por las aseguradoras. Trías respondió con cautela, reconociendo el desconocimiento actual del sector sobre las particularidades del mercado médico y comprometiendo el trabajo bajo los más altos estándares para evitar riesgos reputacionales. Stivelman, por su parte, abogó por que sean las universidades

—y no las sociedades científicas ni cursos de corta duración— las únicas habilitadas para el otorgamiento de títulos de especialización médica, con el objeto de estandarizar la calidad y reducir la fragmentación regulatoria, eliminando lo que calificó como "clubes de amigos" que ofrecen certificaciones sin rigor académico.

11.4. Riesgo de saturación de la capacidad instalada

Un riesgo transversal a ambas fuentes es la eventual saturación de la red de prestadores existente: si las aseguradoras contratan a los mismos prestadores que ya atienden a las obras sociales y prepagas, el ingreso de nueva demanda asegurada podría colapsar una capacidad instalada que, según Álvarez, ya opera al límite. La solución propuesta por Magonza —analizada en la Sección 12.3— consiste en generar capacidad prestacional adicional mediante la incorporación de infraestructura pública ociosa bajo gestión privada, antes que redistribuir la demanda existente sobre la misma oferta.

11.5. Descreme (selección adversa) como riesgo latente

Si bien no fue objeto de un desarrollo extenso en ninguna de las dos fuentes, el fenómeno de descreme (skimming) —la selección por parte del asegurador de los perfiles de menor riesgo, dejando en el sistema público o en las prepagas a la población de mayor siniestralidad esperada— constituye un riesgo estructural inherente a la introducción de un actor con capacidad de suscripción de riesgo individualizada en un sistema que, en sus otros subsectores, se rige por principios de solidaridad intergeneracional y de riesgo compartido. Este informe lo incorpora como riesgo latente a monitorear en el diseño reglamentario que eventualmente complemente la Resolución 258/2026, dado que su materialización podría profundizar la fragmentación y el subfinanciamiento del sistema público y de la seguridad social.

12. PROPUESTAS DE REFORMA ESTRUCTURAL Y HOJA DE RUTA

12.1. El modelo de atención primaria como filtro de acceso

Magonza propone un rediseño del sistema orientado a evitar el colapso financiero, estructurado en torno a cinco elementos: (i) el médico de cabecera como puerta de

entrada obligatoria al sistema; (ii) una canasta prestacional definida y con límites explícitos; (iii) copagos y coseguros concebidos no solo como mecanismo de cofinanciación sino como "contenedor del uso", es decir, como desincentivo a la demanda innecesaria; (iv) una Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria que dictamine con criterio técnico qué prestaciones son costo-efectivas, evitando que esa determinación quede librada a la decisión judicial caso por caso; y (v) la incorporación de un mecanismo de stop loss —tope máximo de gasto de bolsillo del afiliado— tomado del modelo estadounidense de seguros de salud.

12.2. Seguridad jurídica como condición de posibilidad

El punto más enfáticamente reiterado por Magonza a lo largo del diálogo es la necesidad de un marco normativo estable, predecible y sostenible en el tiempo, condición sin la cual ni el seguro, ni la medicina prepaga, ni las obras sociales pueden operar de manera sustentable. En sus palabras: "El sistema de salud claramente tiene soluciones estructurales bajo un modelo ordenado. Pero ni el seguro, ni la medicina prepaga, ni las obras sociales pueden funcionar sin un marco normativo estable, predecible y sostenible. Cualquiera que prometa otra cosa, simplemente les está mintiendo".

12.3. Gestión privada de hospitales públicos como fuente de nueva capacidad prestacional

Una de las propuestas más innovadoras del debate consiste en el traspaso de la gestión de hospitales públicos al sector privado, sin que ello implique su privatización patrimonial. A título de ejemplo, se señaló que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 36 hospitales públicos; se sugirió evaluar si estos podrían habilitarse para proveer servicios a los nuevos financiadores (las aseguradoras) fuera del esquema convencional de atención pública gratuita, permitiendo así aprovechar infraestructura estatal ociosa o subutilizada, inyectar eficiencia de gestión privada y generar capacidad prestacional adicional para la demanda asegurada sin saturar la red existente que hoy atiende a obras sociales y prepagas (Sección 11.4).

12.4. Síntesis de recomendaciones de política pública (fuente conjunta)

13. HALLAZGOS MÁS RELEVANTES (SÍNTESIS CRÍTICA)

A partir del análisis integrado de ambas fuentes, el presente informe identifica los siguientes hallazgos como los de mayor relevancia conceptual, jurídica y de política pública:

Hallazgo 1 — La apertura regulatoria antecede a la reforma fiscal necesaria

La Resolución 258/2026 remueve una barrera de habilitación (la prohibición de 2011) sin remover las barreras estructurales de viabilidad económica (IVA diferencial y exclusión del régimen de aportes). El propio sector asegurador reconoce que, en el estado actual de la asimetría fiscal, cualquier producto de seguro de salud dirigido a población ya cubierta por obra social constituye un sobre costo, no una alternativa competitiva. La apertura, por lo tanto, solo resulta comercialmente viable en los nichos donde no existe superposición con cobertura preexistente (población informal, localidades pequeñas, prestaciones no cubiertas).

Hallazgo 2 — El artículo 2.1 de la resolución contiene una tensión textual no resuelta

La cláusula de "continuidad de los tratamientos en curso" es potencialmente incompatible con el principio de suma asegurada que estructura toda la técnica actuarial del seguro. La propia autoridad de aplicación (Plate) reconoció en público la posibilidad de una modificación reglamentaria, lo que constituye una admisión oficial de imperfección normativa infrecuente y jurídicamente relevante para cualquier análisis de riesgo regulatorio sobre productos que se lancen al amparo de esta norma.

Hallazgo 3 — Consistencia inter-fuente de los conceptos actuariales expuestos por Aldo Álvarez

La coincidencia del Dr. Álvarez como orador en ambos espacios de debate permite verificar que la caracterización del seguro como "negocio de reservas" (frente al "cash flow" de la prepaga), la centralidad de la suma asegurada y la crítica a la asimetría fiscal se mantienen sustancialmente idénticas en dos contextos discursivos distintos (una mesa académica regulatoria y un programa periodístico de opinión), lo que refuerza la

solidez conceptual de estos argumentos como diagnóstico técnico y no como mera posición retórica coyuntural.

Hallazgo 4 — El dato del retraso arancelario cuantifica la insostenibilidad del modelo de cash flow

El cálculo de Magonza (24 meses de cuotas no percibidas en 14 años por retraso respecto del IPC) constituye, dentro de las dos fuentes analizadas, el hallazgo cuantitativo más contundente para explicar por qué el modelo de "cash flow" de la medicina prepaga se encuentra, en palabras de Álvarez, "actuarialmente quebrado": la regulación administrativa de precios por debajo de la inflación erosiona la capacidad de acumulación de reservas y de inversión en infraestructura, generando una espiral de subfinanciamiento que la judicialización de la canasta prestacional (Hallazgo 5) agrava en sentido inverso —incrementando obligaciones mientras se contraen los ingresos reales.

Hallazgo 5 — El PMO como "piso y no techo" constituye el principal desincentivo a la entrada del seguro

La doctrina judicial que interpreta al PMO como cobertura mínima ampliable, sin techo, es identificada por Stivelman mismo como un obstáculo para que el seguro —estructuralmente incapaz de asumir obligaciones sin límite— pueda desarrollar productos de cobertura prestacional plena. La complementariedad declarada como objetivo de la Resolución 258/2026 (Sección 4.2) requiere, en consecuencia, que los productos de seguro se construyan sobre nichos y sumas aseguradas acotadas, y no como sustitutos de la cobertura obligatoria de obras sociales y prepagas.

Hallazgo 6 — Convergencia sectorial en torno a la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria

Tanto el sector asegurador (Álvarez) como el sector prestador/financiador de salud (Magonza) coinciden, de manera independiente, en proponer la creación de un organismo técnico de evaluación de tecnología sanitaria con capacidad de dictaminar la costo-efectividad de prestaciones, medicamentos y procedimientos, como mecanismo para sustraer estas decisiones del ámbito de discrecionalidad judicial caso por caso. Esta

convergencia, verificada en dos fuentes independientes, constituye un indicio relevante de consenso técnico transversal a los distintos subsectores del sistema de salud argentino.

14. COROLARIO DE APLICACIÓN PRÁCTICA

Para una entidad de la seguridad social, y para su entidad de producción académica y legal asociada (Fundación FESAL), la apertura regulatoria analizada en este informe habilita las siguientes líneas concretas de trabajo:

14.1. Monitoreo normativo y jurisprudencial

- Incorporar el seguimiento de la Resolución 258/2026 y de su eventual reglamentación complementaria (particularmente respecto del artículo 2.1) a los reportes de monitoreo jurisprudencial y normativo que FESAL ya produce.
- Relevar los primeros pronunciamientos judiciales que interpreten el alcance de la "continuidad de los tratamientos en curso" en pólizas de salud, dado su potencial valor analógico para la litigiosidad en amparos de salud que ya afecta a las obras sociales.

14.2. Evaluación de riesgos de competencia y de litigiosidad análoga

- Evaluar si la eventual oferta de productos de seguro de salud en el mercado dirigido a monotributistas y profesionales independientes representa un riesgo de sustitución parcial de la afiliación, particularmente en los nichos de traslados, odontología y coberturas indemnizatorias.
- Anticipar que la judicialización de productos aseguradores de salud podría, con el tiempo, generar estándares jurisprudenciales de interpretación del derecho a la salud aplicables por analogía a los amparos que hoy afectan a las obras sociales, lo que amerita su incorporación al monitoreo de litigiosidad ya desarrollado por FESAL.

14.3. Oportunidades de complementariedad institucional

- Explorar, en el mediano plazo, la eventual conveniencia de productos de seguro complementario (bajo la modalidad de plan parcial + seguro con franquicia descrita en la Sección 10.3) que permitan ofrecer coberturas adicionales sin asumir el riesgo actuarial correspondiente, tercerizándolo mediante convenios con aseguradoras habilitadas por la Resolución 258/2026.
- Considerar el desarrollo de informes técnico-legales específicos, en la línea de los ya producidos por FESAL, que analicen el impacto de la eventual equiparación fiscal (IVA, aportes) sobre el sistema de obras sociales, en caso de que el Congreso avance en una reforma legislativa de armonización.

15. CONCLUSIONES

La Resolución 258/2026 constituye un punto de inflexión regulatorio que remueve una restricción histórica sin resolver las asimetrías estructurales —fiscales, de acceso a la seguridad social y de arquitectura actuarial— que condicionan la viabilidad comercial real de los productos de seguro de salud. Su desarrollo efectivo dependerá de la capacidad del sector asegurador para posicionarse en nichos de complementariedad genuina, de la voluntad del Congreso para avanzar en la armonización fiscal, y de la evolución jurisprudencial en torno al artículo 2.1 y al principio de suma asegurada.

16. GLOSARIO TÉCNICO DETALLADO

Agentes del Seguro Nacional de Salud: Denominación legal establecida por la Ley 22.682 para las obras sociales nacionales, cuestionada conceptualmente por Hugo Magonza por no responder a una lógica aseguraticia real (ausencia de reservas técnicas, de suma asegurada y de cálculo actuarial de la cuota).

ART (Aseguradora de Riesgos del Trabajo): Entidad aseguradora que cubre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, combinando prestaciones médicas directas con prestaciones dinerarias; constituye el antecedente sectorial más próximo a la cobertura prestacional de salud habilitada por la Resolución 258/2026.

Canasta explícita / líneas de cuidado: Modelo de definición de la cobertura obligatoria de salud basado en un listado cerrado y técnicamente fundado de prestaciones,

organizadas por proceso de atención (línea de cuidado), en contraposición al listado abierto y de expansión judicial que caracteriza al PMO vigente.

Coseguro: Porcentaje del costo de un siniestro que el asegurado debe afrontar de su bolsillo luego de superada la franquicia, y hasta el límite de la suma asegurada; opera, junto con la franquicia, como mecanismo de contención de la demanda.

Contrato de Seguro (Ley 17.418): Marco legal que regula los derechos y obligaciones recíprocas entre el asegurador y el asegurado, incluyendo la definición del riesgo cubierto, la prima, la suma asegurada y las causales de exclusión de cobertura.

Depósito de pólizas: Mecanismo regulatorio que permite a las aseguradoras lanzar nuevos productos sin autorización previa individualizada de la SSN, en tanto cumplan con pautas mínimas preestablecidas, agilizando la innovación y segmentación de la oferta.

Descreme (skimming / selección adversa): Práctica o efecto por el cual un asegurador selecciona preferentemente los riesgos de menor siniestralidad esperada, dejando la población de mayor riesgo en el sistema público o en otros financiadores regidos por principios de solidaridad de riesgo.

Franquicia: Monto o porcentaje del siniestro que el asegurado asume a su exclusivo cargo antes de que comience a operar la cobertura del asegurador; funciona como desincentivo económico al uso excesivo o innecesario del servicio.

IBNR (Incurred But Not Reported): Reserva técnica que estima, sobre bases estadísticas, el costo de los siniestros ya ocurridos pero aún no denunciados a la aseguradora; constituye un pasivo "sin dueño conocido" que debe estar respaldado por activos disponibles.

Integración vertical: Modelo organizacional en el cual una misma entidad concentra las funciones de financiador y de prestador de servicios de salud; se encuentra normativamente restringida para las aseguradoras bajo la Resolución 258/2026, lo que las obliga a contratar prestadores independientes.

Judicialización de la salud: Fenómeno por el cual la vía del amparo judicial (y, en su caso, la medida cautelar) se utiliza para exigir coberturas médicas no previstas contractual o normativamente, con base en la interpretación del derecho a la salud como derecho fundamental de aplicación preferente.

PMO (Programa Médico Obligatorio): Conjunto mínimo y obligatorio de prestaciones que deben garantizar las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, interpretado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación como un "piso" ampliable y no como un "techo" cerrado de cobertura.

Prima: Contraprestación dineraria que el asegurado paga por anticipado a la compañía aseguradora a cambio del compromiso de indemnización o de prestación futura ante la ocurrencia del riesgo cubierto.

Productor Asesor de Seguros: Intermediario habilitado bajo la Ley 22.400 para la comercialización y el asesoramiento en materia de seguros, cuya red de distribución constituye una de las fortalezas competitivas identificadas para el sector asegurador en su ingreso al mercado de salud.

Reaseguro: Contrato mediante el cual el asegurador transfiere una porción del riesgo asumido a otra entidad (el reasegurador), en una cadena que puede extenderse a un retrocesionario; permite diluir riesgos de gran magnitud a escala internacional.

Reserva de Riesgo en Curso (RRC): Pasivo técnico que representa la porción no devengada de una prima cobrada por anticipado (por ejemplo, en una póliza pagadera en cuotas), y que debe estar respaldado por activos líquidos disponibles con independencia del ingreso efectivo de caja.

Reserva de Siniestros Pendientes: Provisión técnica que refleja el costo total estimado de los siniestros ya ocurridos y denunciados, aun cuando su pago efectivo se extienda en el tiempo (por ejemplo, un tratamiento oncológico de curso prolongado).

Resolución 258/2026 (SSN): Norma de la Superintendencia de Seguros de la Nación que habilita a las compañías de seguros a ofrecer coberturas de salud de tipo prestacional, sujeta a los requisitos de continuidad asistencial y de existencia de prestadores en la zona geográfica de emisión de la póliza.

Siniestro: En sentido técnico-asegurador, evento discreto, identificable y con causa determinada que activa la cobertura contratada (por ejemplo, un accidente o el diagnóstico de una enfermedad), en contraposición a la lógica de consumo continuo de servicios que caracteriza a la medicina prepaga.

Solvencia: Capacidad patrimonial de una entidad aseguradora para hacer frente, en todo momento, a sus obligaciones presentes y futuras derivadas de los contratos de seguro vigentes; constituye el bien jurídico central protegido por la Ley 20.091.

Stop Loss: Mecanismo de tope máximo de gasto de bolsillo que debe afrontar el asegurado, superado el cual la cobertura pasa a financiar el 100% de los costos subsiguientes; de uso extendido en el modelo de seguros de salud estadounidense.

Suma Asegurada: Monto máximo que la compañía aseguradora se compromete a pagar o a prestar ante la ocurrencia del siniestro cubierto; constituye el parámetro indispensable para el cálculo actuarial de la prima y el elemento estructural que distingue al seguro de la cobertura abierta de la medicina prepaga.

Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN): Organismo de control y regulación del mercado asegurador argentino, con competencia sobre la solvencia, el capital mínimo, las reservas y los productos comercializados por las compañías de seguros.

Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud): Organismo de control y regulación de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga, con competencia sobre el cumplimiento del PMO y la fiscalización de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

17. NOTA METODOLÓGICA

El presente informe fusiona el contenido íntegro de las dos fuentes primarias identificadas en la sección de Referencias por eje temático (marco jurídico, arquitectura actuarial, asimetrías fiscales, panorama del sistema de salud, crisis de financiamiento, nichos de mercado, riesgos sistémicos y propuestas de reforma), evitando la mera yuxtaposición secuencial de los documentos originales. Se han preservado las citas textuales de los oradores, identificándolos nominalmente, y se ha señalado

expresamente el origen de cada dato cuantitativo relevante. No se han incorporado fuentes externas a los dos documentos primarios provistos; toda cifra o afirmación normativa mencionada en este informe proviene exclusivamente de las declaraciones de los oradores citados en las Referencias.

Las fuentes reconstruyen intervenciones orales de un debate académico y de un programa periodístico, no transcripciones taquigráficas oficiales ni normas o dictámenes con valor jurídico autónomo.

REFERENCIAS

Plate, G., Hirzon, V., Álvarez, A., Trías, G., & Stivelman, C. (2026). Mesa de Controversia: Análisis de la Resolución 258/2026 y el cruce entre el sistema asegurador y el sistema de salud argentino [Mesa de debate académico]. Maestría en Gerenciamiento de Sistemas de Salud de la Fundación Guemes.

Magonza, H., & Álvarez, A. (2026, agosto). Seguros y salud: la (im)posible integración de las compañías de seguros al sistema de salud argentino [Diálogo televisivo]. En Polémica en el Business.