

RESOLUCIÓN SSN N.° 258/2026: SEGUROS DE SALUD PRESTACIONALES

RESOLUCIÓN SSN N.º 258/2026: SEGUROS DE SALUD PRESTACIONALES

Fundación FESAL — Buenos Aires, agosto de 2026

1. Introducción y objeto de estudio

El presente informe examina, con rigor conceptual y jurídico, la Resolución SSN N.º 258/2026 (en adelante, "la Resolución"), dictada por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) el 19 de junio de 2026 y publicada en el Boletín Oficial bajo el número RESOL-2026-258-APN-SSN#MEC. La norma modifica el Reglamento General de la Actividad Aseguradora (RGAA, t.o. Resolución SSN N.º 38.708/2014) y habilita, por primera vez desde 2011, la comercialización de seguros de salud bajo modalidad prestacional, es decir, coberturas cuyo beneficio consiste en la prestación directa de servicios médicos a través de una red de prestadores, superando el paradigma indemnizatorio o de reembolso que había caracterizado tradicionalmente al ramo Salud del mercado asegurador argentino.

El objeto del presente estudio es doble. En primer lugar, se analiza el contenido normativo de la Resolución en su literalidad —fundamentos, considerandos y articulado— a partir del texto oficial publicado en el Boletín Oficial. En segundo lugar, se sistematiza comparativamente un corpus de seis documentos de naturaleza heterogénea —periodística, académico-institucional, técnico-sectorial y de opinión especializada— que abordan la norma desde perspectivas jurídicas, económicas y actuariales complementarias. La integración metodológica de ambas fuentes permite identificar, con precisión analítica, los nudos críticos de implementación que condicionarán la viabilidad del nuevo segmento de mercado.

La hipótesis central que articula el informe sostiene que la Resolución 258/2026 constituye una apertura regulatoria significativa que remueve una restricción histórica del sector asegurador, pero que no resuelve —por exceder su rango normativo— las asimetrías estructurales de orden fiscal, actuarial y de acceso a la seguridad social que condicionan la viabilidad comercial efectiva de los productos de seguro de salud

prestacional. Esta hipótesis se desarrolla y fundamenta en las secciones subsiguientes mediante evidencia normativa, cuantitativa y documental.

2. Marco normativo: génesis, fundamentos y articulado de la Resolución 258/2026

2.1. Antecedente regulatorio derogado

Con anterioridad a la Resolución 258/2026, el punto 1 del apartado A.2.1 y el punto 2 del apartado A.2.3 del Anexo del punto 23.2 inc. a) del RGAA prohibían la comercialización de coberturas de salud cuyo beneficio consistiera en una prestación directa de actores de servicios de salud sujetos al control de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) o de otros prestadores sanitarios. Dicha restricción, vigente desde la reforma de 2011, respondía a un criterio regulatorio de distinción funcional entre el mercado asegurador y el sistema de salud organizado, orientado a prevenir superposiciones prestacionales y a preservar la solvencia técnica de las entidades aseguradoras.

2.2. Fundamentos invocados por la autoridad de aplicación

Los considerandos de la Resolución sustentan la reforma en cuatro argumentos principales: (i) la coexistencia de coberturas prestacionales dentro del ámbito asegurador amplía el acceso poblacional a servicios de salud; (ii) la incorporación de un nuevo actor al sector implica una visión complementaria que fortalece el ecosistema prestacional existente mediante competencia saludable; (iii) la medida se enmarca en una política de simplificación y desburocratización sostenida por la SSN; y (iv) la reforma recepta propuestas formuladas por cámaras y asociaciones representativas del sector asegurador, que identificaron el segmento prestacional como un área de oportunidad para la expansión del mercado.

2.3. Contenido dispositivo

El Artículo 1° elimina el punto 1 del apartado A.2.1 del Anexo, removiendo así la prohibición genérica de comercialización de coberturas prestacionales. El Artículo 2° sustituye el apartado A.2.3 ("Salud") por un nuevo texto que establece dos reglas sustantivas. La primera obliga a la aseguradora, en las coberturas bajo modalidad

prestacional, a garantizar la continuidad asistencial de los asegurados que se encuentren bajo tratamiento médico o cuenten con diagnóstico confirmado, disponiendo que la modificación, sustitución o baja de prestadores de la red no podrá afectar la zona de cobertura de las pólizas vigentes ni impedir el acceso efectivo a las prestaciones, debiendo la aseguradora asumir los costos adicionales que dicha modificación pudiera generar. La segunda regla habilita, en atención a las características particulares de estos seguros, la exclusión contractual de enfermedades preexistentes, tanto en pólizas colectivas como individuales.

Precisión conceptual — la formulación del Artículo 2° combina, en una misma norma, una obligación de tracto sucesivo de alcance indeterminado (la continuidad asistencial) con una facultad de exclusión de riesgo de alcance determinado (la exclusión de preexistencias). Esta combinación normativa constituye, como se desarrolla en la Sección 5, el punto de mayor tensión técnica de la Resolución.

3. Fundamentación técnico-actuarial: dos lógicas de cobertura irreductibles

El análisis comparado del corpus documental permite identificar, con consenso transversal entre las seis fuentes relevadas, una tensión estructural entre dos lógicas de cobertura sanitaria cualitativamente distintas. La primera, propia del seguro, se organiza en torno al riesgo delimitado, la suma asegurada, las reservas técnicas —de riesgo en curso (RRC) y de siniestros ocurridos y no reportados (IBNR)— y el reaseguro, de modo que la prima se calcula sobre un riesgo cuantificado ex ante. La segunda, propia de la medicina prepaga y la seguridad social, opera bajo una lógica de flujo de caja corriente ("pay as you go"), sin techos prestacionales explícitos, en la que el excedente se reinvierte en infraestructura física.

Dimensión	Lógica aseguradora	Lógica de salud (prepaga / seguridad social)
Base técnica	Suma asegurada y riesgo delimitado ex ante	Cobertura abierta, sin techo prestacional explícito
Modelo financiero	Reservas técnicas (RRC, IBNR), capital mínimo, reaseguro	Flujo de caja corriente ("pay as you go")

Dimensión	Lógica aseguradora	Lógica de salud (prepaga / seguridad social)
Marco regulatorio de cobertura	Definición contractual de límites y exclusiones	Programa Médico Obligatorio (PMO), cobertura prácticamente sin techo
Acceso a financiamiento	Prima calculada según riesgo, sin acceso a aportes de la seguridad social	Acceso al 9 % de la masa salarial en concepto de aportes y contribuciones
Tratamiento fiscal (IVA)	21 %	0 % o 10,5 % según el caso

Esta tensión no reviste naturaleza meramente técnica, sino ontológica: el seguro requiere un límite cuantificado para ser actuarialmente viable, mientras que el derecho a la salud, en su interpretación judicial predominante en la República Argentina, tiende a relativizar los límites contractuales cuando se encuentran en juego la vida o la integridad física del asegurado. La resolución de esta tensión —por vía reglamentaria o jurisprudencial— constituirá, según coinciden las fuentes analizadas, el factor determinante de la viabilidad del nuevo segmento.

4. Dimensión económica: magnitudes del mercado y estructura de incentivos

La cuantificación del contexto económico en el que se inserta la Resolución resulta indispensable para evaluar su alcance práctico. El gasto total en salud de la República Argentina se estima en aproximadamente USD 66.000 millones, equivalentes a cerca del 10 % del Producto Bruto Interno (PBI), mientras que las inversiones del sector asegurador ascienden a aproximadamente USD 15.000 millones, del orden del 3 % del PBI. Esta disparidad de magnitud ilustra tanto el atractivo del sector salud como mercado de destino para el capital asegurador como la escala relativamente marginal que, en una primera etapa, cabría esperar de la participación aseguradora en el financiamiento sanitario agregado.

El interés sectorial en la apertura regulatoria se explica, adicionalmente, por el estancamiento del mercado asegurador argentino: la producción de primas reales no ha registrado crecimiento en los últimos once años, y el sector ha operado con

resultados técnicos negativos durante los últimos cinco. En este contexto, el segmento de seguros de salud prestacionales representa, desde la perspectiva de la oferta, una vía de diversificación de cartera y de recomposición de rentabilidad.

Un factor adicional de relevancia cuantitativa es el retraso arancelario acumulado por el sistema de medicina prepaga y seguridad social: se estima que, en un período de catorce años, se registraron veinticuatro meses de cuotas no percibidas en términos reales respecto de la evolución del Índice de Precios al Consumidor (IPC), lo que evidencia la insostenibilidad estructural del modelo de financiamiento por flujo de caja frente a los ciclos inflacionarios.

Con relación a los nichos de complementariedad genuina identificados por las fuentes relevadas, se destacan: la población sin cobertura formal de salud (estimada en el 40 % de la población total), las localidades de menos de 5.000 habitantes, la odontología, los servicios de traslado sanitario y las coberturas de naturaleza estrictamente indemnizatoria. La delimitación de la oferta aseguradora a estos segmentos constituye, según el análisis comparado, la estrategia de menor riesgo regulatorio y de mayor sostenibilidad técnica en el corto plazo.

5. Nudos críticos identificados en el análisis comparado

5.1. La zona gris del artículo 2.1: continuidad asistencial indeterminada

El requisito de "continuidad de los tratamientos en curso" constituye, con consenso entre las fuentes académicas, técnicas y sectoriales relevadas, el punto más vulnerable de la Resolución. La norma no define un límite temporal ni cuantitativo a dicha continuidad, lo que genera incertidumbre sobre su interacción con la suma asegurada: en tanto la suma asegurada delimita el riesgo económico asumido por la aseguradora, la obligación de continuidad asistencial —de no mediar precisión reglamentaria adicional— podría ser interpretada judicialmente como una obligación de cobertura de facto ilimitada. La propia autoridad de aplicación ha reconocido públicamente la posibilidad de modificar la norma en caso de advertirse un error de diseño regulatorio, lo que constituye un reconocimiento oficial de la imperfección normativa señalada.

5.2. Asimetría fiscal y de acceso a la seguridad social

Existe consenso transversal en que las diferencias impositivas —alícuota del Impuesto al Valor Agregado (IVA) del 21 % para las aseguradoras frente al 0 % o 10,5 % aplicable a las prepagas y obras sociales— y la exclusión del sector asegurador del régimen de aportes y contribuciones de la seguridad social (equivalente al 9 % de la masa salarial) constituyen barreras estructurales que la Resolución, por su rango normativo, no puede remover. Su superación requiere, según coinciden las fuentes, una reforma de jerarquía legislativa.

5.3. Riesgo de selección adversa (descrame)

Un tercer nudo crítico refiere al riesgo de selección adversa o "descrame": la posibilidad de que los individuos jóvenes y de menor riesgo sanitario migren hacia seguros prestacionales de prima inferior, deteriorando la composición de riesgo de las carteras de obras sociales y prepagas, que quedarían con una concentración relativamente mayor de pacientes crónicos y de alto costo. Las fuentes relevadas coinciden en identificar este riesgo, si bien difieren en su ponderación: mientras algunas lo caracterizan como una posibilidad latente sujeta a la evolución del mercado, otras lo presentan como una consecuencia estructural casi inevitable de la ausencia de una canasta mínima obligatoria equivalente y de una prohibición clara de selección de riesgos.

5.4. Riesgo de judicialización y déficit de capacidades de gestión clínica

Finalmente, se identifica un riesgo de judicialización derivado de la eventual aplicación, por parte de los tribunales, de los criterios jurisprudenciales desarrollados en materia de cobertura sanitaria obligatoria a un instrumento —el contrato de seguro— técnicamente concebido bajo una lógica de riesgo delimitado. A ello se suma un déficit de capacidades de gestión clínica, auditoría médica y trazabilidad prestacional por parte de las compañías aseguradoras, que carecen de trayectoria operativa en la gestión directa de redes de prestadores de salud.

6. Corolario de aplicación práctica

A partir del análisis normativo, técnico-actuarial y comparado desarrollado en las secciones precedentes, se sistematizan a continuación las líneas de acción

recomendables para cada uno de los actores institucionales involucrados en la implementación de la Resolución 258/2026.

Actor	Líneas de acción recomendadas
Compañías aseguradoras	Diseñar productos con sumas aseguradas y sublímites explícitos incorporados a la definición contractual de la cobertura; desarrollar capacidades propias de gestión clínica y auditoría médica; focalizar la oferta en los nichos de complementariedad genuina identificados; monitorear activamente la jurisprudencia temprana sobre el artículo 2.1; evaluar alianzas estratégicas con prestadores consolidados.
Agentes del Seguro de Salud (obras sociales y prepagas)	Monitorear el fenómeno de desceme y su impacto sobre la composición de cartera; explorar productos de complementariedad inversa (franquicias, topes); fortalecer la gestión de la continuidad asistencial como ventaja competitiva; participar activamente en el debate reglamentario, dado el carácter modificable de la norma.
Reguladores (SSN y SSSalud)	Reglamentar con precisión el alcance temporal y cuantitativo del artículo 2.1; establecer estándares mínimos de suficiencia de red, tiempos de respuesta y calidad prestacional; coordinar competencias entre el control financiero (SSN) y el control clínico-sanitario (autoridad de salud); promover la armonización fiscal del sector.
Poder Legislativo	Debatir la armonización de la alícuota de IVA y el eventual acceso del sector asegurador a los aportes de la seguridad social; evaluar la creación de una agencia de evaluación de tecnología sanitaria que sustraiga las decisiones de costo-efectividad del ámbito exclusivamente judicial; avanzar en una reforma integral del sistema de salud.
Usuarios y sociedad civil	Exigir transparencia en la comercialización, evitando la confusión terminológica entre "seguro de salud" y "Agente del Seguro de Salud"; diferenciar entre cobertura nominal y cobertura efectiva al momento de contratar; monitorear la evolución de la litigiosidad como indicador de la calidad regulatoria del segmento.

7. Conclusiones

Primera. La Resolución SSN 258/2026 constituye una apertura regulatoria significativa que remueve una prohibición vigente desde 2011, pero no resuelve, por exceder su competencia normativa, las asimetrías fiscales, de acceso a la seguridad social y de

arquitectura actuarial que condicionan la viabilidad comercial efectiva de los productos de seguro de salud prestacional.

Segunda. Existe consenso técnico transversal, verificado en la totalidad del corpus documental analizado, respecto de la irreductibilidad de la tensión entre la lógica del seguro —riesgo delimitado y suma asegurada— y la lógica del sistema de salud —cobertura abierta fundada en el derecho fundamental a la salud—, la cual constituye el principal desafío de implementación de la norma.

Tercera. El artículo 2.1 de la Resolución, referido a la continuidad de los tratamientos en curso, representa el punto normativo de mayor vulnerabilidad técnica y el epicentro previsible del riesgo de judicialización, extremo reconocido públicamente por la propia autoridad de aplicación.

Cuarta. Las posiciones documentadas oscilan entre una valoración favorable centrada en las oportunidades de crecimiento y diversificación del mercado asegurador y una valoración crítica que advierte sobre el riesgo de profundización de la segmentación y la inequidad de acceso, divergencia que refleja concepciones institucionales distintas sobre el rol del mercado en la garantía del derecho a la salud.

Quinta. La viabilidad del nuevo segmento de mercado dependerá, en definitiva, de tres factores concurrentes: la precisión reglamentaria del alcance de la continuidad asistencial; la orientación que adopte la evolución jurisprudencial respecto de la suma asegurada y los límites contractuales; y la eventual armonización fiscal y previsional del sector asegurador, cuestión que excede la competencia de la SSN y requiere reforma de jerarquía legislativa.

Sexta. La implementación operativa de la Resolución exigirá a las compañías aseguradoras el desarrollo de capacidades de gestión clínica, auditoría médica y trazabilidad prestacional actualmente ausentes en el sector, condición sin la cual el riesgo de traslado de la incertidumbre clínica hacia el paciente o hacia el juez resulta elevado.

Fundación FESAL — Buenos Aires, agosto de 2026.