



UN NUEVO INTERROGANTE PARA EL SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD

Consideraciones sobre la Resolución N° 258/2026:

A la delicada situación financiera que atraviesan las Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud (desarrollada en nuestro informe anterior sobre la crisis advertida por la CGT) se suma ahora un nuevo cambio regulatorio que merece ser analizado con especial atención por su potencial impacto sobre el financiamiento y la organización del sistema sanitario argentino.

Mediante la reciente Resolución N° 258/2026 publicada en el Boletín Oficial el día 22 de junio de 2026, la Superintendencia de Seguros de la Nación modificó el Reglamento General de la Actividad Aseguradora y habilitó la comercialización de seguros de salud con cobertura prestacional, eliminando la restricción histórica que impedía a las entidades aseguradoras ofrecer este tipo de coberturas mediante redes propias de prestadores.

Analizada de manera aislada, la Resolución N.º 258/2026 podría interpretarse como una modificación puntual del mercado asegurador. Sin embargo, considerada en el contexto de las sucesivas reformas implementadas desde fines de 2023, plantea nuevos interrogantes y riesgos sobre la evolución futura del sistema solidario de salud.

La resolución incorpora además institutos tradicionalmente vinculados al derecho sanitario, tales como la continuidad asistencial de los tratamientos en curso, la garantía de acceso efectivo a las prestaciones, determinadas obligaciones respecto de la continuidad de las redes prestacionales y la posibilidad de excluir enfermedades preexistentes a pólizas individuales o colectivas. Ello abre una nueva etapa en la regulación de la cobertura privada de salud.

En términos estrictamente regulatorios, la incorporación de nuevos actores al mercado puede interpretarse como una ampliación de la oferta disponible para los usuarios. Sin embargo, este cambio se produce en un contexto particularmente delicado para el sistema solidario de salud.

Como se expuso en el informe anterior, las obras sociales nacionales atraviesan un proceso de creciente tensión financiera. El costo estimado del Programa Médico Obligatorio (PMO) supera actualmente el promedio de aportes y contribuciones que ingresan al sistema, evidenciando una brecha cada vez mayor entre la recaudación y el costo real de la cobertura. A ello se suma la pérdida del poder adquisitivo de los salarios, la caída de aproximadamente doscientos mil puestos de trabajo registrados, y la reducción de 742.000 personas con cobertura privada o de seguridad social entre diciembre de 2023 y mayo de 2026, conforme último documento elaborado por la CGT en mayo de 2026.



En ese escenario, la aparición de seguros de salud con reglas regulatorias diferentes abre una serie de interrogantes que exceden el ámbito asegurador y alcanzan de lleno al futuro del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Uno de los principales escenarios que merece ser evaluado es la posibilidad de que estos nuevos productos incentiven un nuevo proceso de segmentación o “descreme” del sistema.

A diferencia de las reformas implementadas con posterioridad al DNU 70/23, que favorecieron principalmente una segmentación vinculada a la capacidad contributiva de los afiliados y facilitaron la migración de cientos de miles de beneficiarios desde Obras Sociales hacia entidades de medicina prepaga, el nuevo fenómeno podría producirse desde otra lógica: la segmentación según el nivel de utilización de las prestaciones.

Las personas jóvenes, sanas y que utilizan poco los servicios de salud podrían encontrar en los seguros prestacionales una alternativa más atractiva que contratar coberturas complementarias dentro de las propias obras sociales. En otras palabras, quienes menos utilizan hoy el sistema serían precisamente quienes tendrían mayores incentivos para migrar hacia estos nuevos esquemas de cobertura.

Si ello ocurriera, las obras sociales continuarían percibiendo los aportes y contribuciones obligatorios previstos por la ley, pero podrían perder una fuente relevante de financiamiento proveniente de afiliados que hoy optan por planes superadores o coberturas adicionales. Paralelamente, seguirían obligadas a garantizar el Programa Médico Obligatorio, las prestaciones de discapacidad y el resto de las obligaciones propias de la seguridad social para una población cada vez más envejecida, con mayor carga de enfermedad y mayor utilización del sistema.

El efecto de ese proceso no sería únicamente económico. También modificaría la composición del universo de beneficiarios sobre el cual descansa el principio solidario de la seguridad social, debilitando el equilibrio solidario que históricamente permitió que quienes menos utilizan el sistema contribuyan al financiamiento de quienes requieren una mayor atención médica .

En otras palabras, el riesgo no consistiría únicamente en recaudar menos, sino en que el sistema solidario concentre progresivamente a quienes más necesitan atención médica, precisamente cuando los aportes y contribuciones promedio ya resultan insuficientes para financiar el costo real de las prestaciones.

También corresponde analizar la posibilidad de que esta reforma facilite el desarrollo de grupos empresarios integrados que ya participan simultáneamente en el mercado asegurador y en el de medicina privada, así como el eventual ingreso de aseguradoras internacionales con amplia capacidad financiera y experiencia en modelos de seguros de salud segmentados por riesgo.



Este escenario adquiere especial relevancia si se analiza conjuntamente con las restantes modificaciones regulatorias implementadas en los últimos años. Si bien cada medida puede justificarse individualmente, consideradas en su conjunto permiten advertir una transformación progresiva del sistema de salud que merece ser evaluada desde una perspectiva integral, atendiendo especialmente a sus efectos sobre el financiamiento y la sustentabilidad del modelo solidario. Precisamente por ello, resulta indispensable evaluar no sólo cada medida en forma aislada, sino también el efecto acumulativo que producen sobre el funcionamiento del sistema.

Naturalmente, también existen hipótesis alternativas. Los nuevos seguros podrían constituirse en herramientas complementarias para financiar determinados riesgos de alta complejidad, desarrollar mecanismos de coaseguro o ampliar opciones de cobertura para determinados sectores de la población. El verdadero impacto dependerá de la forma en que el mercado adopte estos productos y de la evolución del marco regulatorio.

Ahora bien, quizás el interrogante institucional más relevante sea otro.

¿La Resolución N° 258/2026 forma parte de una política sanitaria integral respecto del futuro del sistema de salud argentino? ¿O constituye una decisión adoptada exclusivamente dentro del ámbito regulatorio de la Superintendencia de Seguros de la Nación, sin una coordinación explícita con el Ministerio de Salud y/o Superintendencia de Servicios de Salud y con las restantes autoridades competentes en materia sanitaria?

La respuesta a esa pregunta resulta determinante. Las decisiones que modifican los incentivos económicos dentro del sistema de salud producen inevitablemente efectos sobre las obras sociales, las empresas de medicina prepaga, los prestadores, los hospitales públicos y, en definitiva, sobre el financiamiento general de la atención médica. Ello exige políticas públicas coordinadas y una visión integral que contemple el funcionamiento del sistema en su conjunto.

Existe además un antecedente reciente que aconseja analizar con prudencia los efectos de esta reforma. La reglamentación de la Ley de Medicina Prepaga habilitó hace varios años la posibilidad de comercializar planes parciales o coberturas limitadas -art. 7) 2do. párrafo decreto reglamentario 1993/2011-. Sin embargo, ese modelo prácticamente no logró desarrollarse de manera significativa.

Ello obedece, en gran medida, a la intensa judicialización que caracteriza al derecho a la salud en nuestro país. Los tribunales argentinos han sostenido reiteradamente que el Programa Médico Obligatorio constituye un piso mínimo de cobertura y no un techo prestacional, ampliando en numerosos casos las obligaciones de cobertura cuando se encuentran comprometidos derechos fundamentales protegidos por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional.

En ese contexto, cabe preguntarse hasta qué punto las exclusiones de cobertura, las enfermedades preexistentes o las limitaciones contractuales previstas en las pólizas de



seguros podrán prevalecer frente a la interpretación que históricamente ha realizado la Justicia sobre el alcance del derecho a la salud. La respuesta que los tribunales brinden a estos interrogantes probablemente resulte tan relevante como la propia reglamentación administrativa para definir el verdadero alcance de este nuevo modelo de cobertura.

La incorporación de nuevos actores puede ampliar opciones para determinados sectores de la población y generar nuevas herramientas de cobertura. Sin embargo, también exige evaluar cuidadosamente sus efectos sobre un sistema que ya atraviesa una situación de fragilidad financiera extrema.

Hasta el momento, las sucesivas reformas implementadas sobre el sistema de salud no parecen haber resuelto los problemas estructurales de ninguno de sus principales actores. Las obras sociales continúan enfrentando dificultades financieras; las empresas de medicina prepaga sostienen que el incremento de sus ingresos resulta insuficiente para afrontar el crecimiento de los costos; los afiliados manifiestan crecientes dificultades para sostener sus coberturas; los prestadores reclaman por atrasos en los pagos; y el sistema público absorbe una demanda cada vez mayor.

No debe perderse de vista que detrás de cada modificación regulatoria existen millones de trabajadores y sus familias que depositan en el sistema de seguridad social la expectativa de acceder a una atención médica oportuna y de calidad. La discusión sobre el financiamiento y la organización del sistema no constituye un debate meramente técnico o económico, sino que impacta directamente sobre el ejercicio efectivo del derecho a la salud

Desde la Secretaría de Acción Social de la Confederación Argentina de Trabajadores del Transporte entendemos que todo cambio regulatorio debe preservar los principios de solidaridad, universalidad, equidad y sustentabilidad que históricamente caracterizaron al sistema de seguridad social argentino, respetando los principios y garantías consagrados por la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, y evitando profundizar procesos de segmentación que puedan comprometer el financiamiento de las obras sociales sindicales y el acceso efectivo a la salud de millones de trabajadores y sus familias.

La construcción de un sistema de salud más eficiente y sostenible no puede lograrse debilitando los mecanismos de solidaridad que históricamente garantizaron la cobertura sanitaria de millones de trabajadores argentinos.

Mariano Vilar
Secretario de Acción Social

Horacio Calculli
Secretario de Prensa

Juan Carlos Schmid
Secretario General