

Facultad de Ciencias Económicas

Sede Centro

Carrera: Contador Público

Materia: Trabajo Final

Libre elección de obras sociales en Régimen simplificado ¿Mayor libertad de elección en el Sistema de Salud o más beneficios para el sistema de Medicina prepaga? Impacto de las medidas entre (2024-Actualidad)

Alumno: Fernández Jorge Javier

Legajo: B00099816-C8

Fecha: 6/08/2026

Profesor: Virdo Alberto Nicolas

Índice

Resumen 3
Introducción 5
Justificación 7
Marco Teórico 9
Breve historia normativa del derecho a la salud y el Monotributo en Argentina 13
Estado del arte 23
Hipótesis 27
Objetivo General 28
Apartado metodológico 29
Enfoque metodológico 29
Diseño de investigación 29
Corte Temporal 30
Técnicas de recolección de información 30
Unidad de análisis 30
Categorías de análisis 31
Aspectos Éticos 35
Recolección de Datos 36
Análisis de Datos 42
Resultados 44
Conclusiones 46
Bibliografía 50
Anexos 54
Anexo A: Graficos. 54
Anexo B: Marco Normativo: 59

Resumen

Este trabajo de investigación analiza críticamente el impacto de las reformas normativas que, entre 2024 y la actualidad, habilitaron la libre elección de obras sociales para monotributistas en Argentina. A partir de los decretos 170/2024 y 955/2024, se plantea si estas medidas representan una ampliación real de derechos o si, por el contrario, favorecen la expansión del sistema de medicina prepaga en detrimento del principio de solidaridad contributiva.

La investigación adopta un enfoque mixto, combinando el análisis cualitativo de fuentes normativas con la incorporación de gráficos comparativos y estadísticas oficiales que permiten dimensionar la magnitud del fenomeno. Este abordaje posibilita interpretar significados, tensiones y prácticas institucionales, al mismo tiempo que aporta evidencia empírica sobre la migración de afiliados y la redistribución de aportes

En este contexto, el contador público cumple una función estratégica: orientar a los clientes en la interpretación de la normativa vigente, calcular el impacto financiero de cada alternativa y garantizar decisiones informadas que contemplen el acceso equitativo al sistema de salud, teniendo en cuenta su nivel socioeconómico.

Por otro lado no solo se vinculan con la capacidad económica, sino también con la demanda concreta de un sistema de salud que responda a situaciones familiares o personales específicas como tratamientos prolongados, cobertura de enfermedades crónicas, atención pediátrica o servicios de alta complejidad, lo que fortalece la importancia del asesoramiento contable para evaluar la conveniencia de optar por una obra social, una mutual o una empresa de medicina prepaga, o incluso considerar la migración hacia otro régimen tributario que garantice

mayor sostenibilidad en la cobertura o se adapte a las necesidades y conveniencia del Contribuyente.

Los resultados evidencian tensiones entre el discurso de libertad de elección y las barreras administrativas, así como la profundización de la fragmentación del sistema de salud y la mercantilización de las prestaciones. Se concluye que la libre elección, en el contexto del régimen simplificado, puede reforzar desigualdades estructurales si no se acompaña de políticas públicas que garanticen equidad, transparencia y sostenibilidad del sistema solidario.

Palabras clave: libre elección de obra social, régimen simplificado, monotributo, medicina prepaga, sistema de salud argentino, desregulación, solidaridad contributiva**.**

Introducción

El propósito de este Trabajo de Investigación, es poder determinar si las desregulaciones que se aplicaron mediante los decretos 170/2024 ,955/2025 y la Resolución 1/2025 permitieron la posibilidad de elegir libremente una obra social, que ha sido presentado como un avance hacia la democratización del acceso a la salud, esto en el marco del sistema de Régimen simplificado o comúnmente llamado Monotributo.

Esta medida, en apariencia orientada a ampliar los derechos de los monotributistas, plantea interrogantes sobre su verdadero impacto: ¿Representa una mayor libertad de elección para el afiliado o, por el contrario, favorece principalmente al sistema de medicina prepaga?

La creciente migración de afiliados desde obras sociales sindicales hacia empresas de medicina prepaga y a las Asociaciones Mutuales ha generado un cambio en la estructura del sistema de salud argentino. Este fenómeno invita a reflexionar sobre las implicancias económicas, sociales y políticas de dicha elección, así como sobre el rol del Estado en la regulación de un sistema que combina lo público, lo sindical y lo privado.

Este trabajo propone analizar críticamente la libre elección de obras sociales en el régimen simplificado, explorando sus beneficios aparentes, sus consecuencias estructurales y las tensiones que emergen entre el derecho individual y los intereses del mercado. Se buscará responder si esta libertad es realmente tal, o si encubre una estrategia de expansión del negocio de la medicina prepaga bajo el amparo de políticas públicas, esto se realizará mediante un análisis de la demanda por parte de nuevos afiliados al Régimen Simplificado a las Obras sociales , Asociaciones Mutuales y Empresas de Medicina prepaga a partir del 31 de Enero del 2025 fecha de publicación en el boletín oficial de la Resolución 1/2025 que reglamentó El

registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS) acotando la oferta de Obras sociales que pueden adherirse los monotributistas a las registradas voluntariamente en dicho registro.

Más allá de la discusión política y el análisis de la oferta y demanda de obras sociales a partir de estas medidas, se busca destacar el rol del contador público como profesional capaz de asesorar a los monotributistas en la toma de decisiones vinculadas a su cobertura de salud y a la elección de la figura tributaria más adecuada.

En este contexto, el contador no solo interpreta la normativa vigente, sino que también acompaña al cliente en el análisis de costos, beneficios asociados a cada opción. De este modo, la investigación se orienta a demostrar que la práctica contable excede el cálculo impositivo: se convierte en una herramienta de orientacion estratégica frente a reformas que afectan directamente la vida económica y social de los contribuyentes adheridos al Monotributo.

Justificación

La libre elección de obras sociales en el régimen simplificado ha sido presentada como una política de ampliación de derechos para los pequeños contribuyentes, en especial los monotributistas. Sin embargo, las reformas normativas recientes como los decretos 170/2024 y 955/2024 han reconfigurado el acceso a la salud en este sector, generando interrogantes sobre su verdadero impacto. ¿Se trata de una mayor libertad para el afiliado o de una estrategia que favorece la expansión del sistema de medicina prepaga bajo el amparo de políticas públicas?

Esta investigación se justifica por la necesidad de analizar críticamente las implicancias sociales, contables y estructurales de estas medidas en el período 2024 hasta la Actualidad, como políticas implementadas en el Gobierno del presidente de la Nación Javier Milei, en un contexto de creciente fragmentación del sistema de salud argentino. La migracion de aportes desde obras sociales sindicales hacia entidades privadas plantea desafíos para la equidad, la redistribución de recursos y la sostenibilidad del sistema solidario.

Para comprender este fenómeno, es necesario contextualizar el sistema de salud argentino en su configuración histórica. Tal como explican Luzuriaga, Zunino, Venturini y Gaiano (2021), el sistema argentino se construyó como una combinación de tres subsistemas: el sistema público, el sistema de seguridad social (obras sociales) y el sistema privado. Esta estructura híbrida refleja influencias de los modelos europeos: el modelo Beveridge, de origen británico, basado en un sistema público universal financiado por impuestos; el modelo Bismarck, de origen alemán, basado en seguros sociales obligatorios financiados por aportes laborales; y el sistema privado, que introduce una lógica de mercado que tensiona los principios de universalidad y solidaridad.

Esta coexistencia genera fragmentación, desigualdad y superposición de funciones, afectando la equidad en el acceso a la salud (Luzuriaga et al., 2021).

El trabajo busca visibilizar las experiencias de los beneficiarios, los obstáculos administrativos que enfrentan y las prácticas institucionales que condicionan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Además, se propone aportar al debate académico y político sobre el rol del Estado como garante de inclusión, frente a la mercantilización creciente de las prestaciones sanitarias. Mario Testa (1989), en *Estado y Salud*, advierte que el Estado puede habilitar formas de acceso que favorecen al mercado en detrimento del sistema solidario, lo que exige una mirada crítica sobre las políticas que promueven la "libre elección". En la misma línea, Manuel Fonseca (2025), en *Porque Salud*, sostiene que la salud debe ser concebida como un derecho colectivo, no como un servicio individual sujeto a las reglas del mercado. Según Fonseca, las reformas que promueven la libre elección pueden encubrir procesos de transferencia de recursos públicos al sector privado, debilitando el principio de solidaridad contributiva.

En este escenario, el rol del contador público adquiere especial relevancia. El profesional contable no solo interpreta la normativa vigente, sino que también asesora a los contribuyentes en la elección de la figura tributaria más adecuada por ejemplo monotributo, Régimen General o la Constitución de una sociedad Anónima Simplificada, considerando el impacto económico, previsional y sanitario de cada decisión. El contador actúa como nexo entre la complejidad normativa y la realidad práctica del afiliado, ayudando a calcular costos, beneficios y riesgos asociados a la elección de obra social, mutual o empresa de medicina prepaga. Asimismo, el asesoramiento contable permite evaluar si, en función del aumento de costos de cobertura y del nivel socioeconómico del contribuyente, resulta más conveniente continuar dentro del régimen simplificado o migrar hacia otro régimen tributario dependiendo de cada caso en particular.

Marco Teórico

El sistema de salud en Argentina ha sido abordado por diversos autores desde perspectivas críticas, históricas y normativas. En las últimas décadas, los cambios en las modalidades de contratación, el crecimiento del trabajo independiente y el surgimiento de emprendimientos como forma dominante de empleo han llevado a una expansión del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes.[1] Esta modalidad permite cumplir con obligaciones fiscales y previsionales de forma accesible, sin requerir asesoramiento técnico especializado, y habilita el acceso a ciertos derechos, entre ellos la cobertura de salud.

El recorte espacial de la investigación abarca las 24 jurisdicciones de la República Argentina, en tanto los decretos 955/2024 y 170/2024 extendieron sus efectos de manera uniforme sobre todo el territorio nacional. Estas normas habilitaron la libre elección de obra social para los monotributistas, generando un cambio sustancial en la oferta de cobertura de salud en cada provincia y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La decision de incluir a todas las jurisdicciones responde a la necesidad de analizar como la desregulación impacta en contextos diversos, donde conviven obras sociales sindicales, mutuales y empresas de medicina prepaga con diferentes grados de presencia territorial.

El recorte temporal de la investigación se establece a partir del año 2024, en el marco del gobierno del Presidente de la Nación Argentina Javier Milei, cuando se sancionaron los decretos 170/2024 y 955/2024 que modificaron de manera sustancial el régimen de obras sociales para monotributistas. La elección de este período no solo responde a la aparición de estas reformas,

[1] **Ministerio de Economía de la Nación (2024).** *Informe sobre la evolución de los monotributistas y emprendedores en Argentina (2023–2024).*

sino también al contexto de emergencia económica y sanitaria que atravesaba el país, caracterizado por la crisis de financiamiento de las obras sociales sindicales, el aumento de la informalidad laboral[2] y la presión creciente sobre el sistema público de salud. En este escenario, la desregulación y la habilitación de la libre elección de obra social reconfiguraron la oferta de cobertura en las 24 jurisdicciones, generando nuevas tensiones entre la lógica de mercado y el principio de solidaridad contributiva. De este modo, el recorte temporal permite analizar cómo las políticas impulsadas en 2024 impactaron directamente en el acceso a la salud de los monotributistas, en un contexto de ajuste fiscal y desigualdades estructurales que condicionan el ejercicio efectivo de derechos.

Uno de los motivos [3]por los que se adopta el régimen simplificado es precisamente la posibilidad de acceder a un sistema de salud distinto del sistema público. Sin embargo, el crecimiento de esta modalidad en detrimento del empleo formal pone en tensión la sostenibilidad del sistema de salud argentino, especialmente en lo que respecta al financiamiento solidario.

Desde una perspectiva crítica, Mario Testa (1989) advierte que el Estado puede habilitar nuevas formas de acceso que, lejos de fortalecer el sistema solidario, favorecen la expansión del mercado sanitario. En su obra *Estado y Salud*, plantea que las políticas públicas deben ser analizadas en función de su lógica política, ya que pueden encubrir procesos de mercantilización bajo el discurso de ampliación de derechos.

---

[2] Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2026). *Mercado de trabajo. Indicadores de informalidad laboral (EPH). Cuarto trimestre de 2024 a cuarto trimestre de 2025*. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de https://www.indec.gob.ar

[3] Los motivos de adhesión al régimen simplificados pueden ser varios entre ellos poder cumplir con el deber fiscal , contar con la posibilidad de realizar aportes previsionales y el poder contar con una obra social este ultimo es el que tratamos en esta investigación.

En esta línea, Tobar, Olaviaga y Solano (2012–2013) analizan las transformaciones del sistema de salud argentino en el marco de las reformas de las últimas décadas, destacando cómo la expansión de la medicina prepaga y la desregulación progresiva de las obras sociales han generado un proceso de segmentación y mercantilización de las prestaciones. Los autores sostienen que la lógica de mercado tiende a debilitar el principio de solidaridad contributiva, ya que los aportes se concentran en sectores de mayor capacidad de pago, mientras que las obras sociales sindicales enfrentan crecientes dificultades para sostener la cobertura universal.

En relación con el rol del contador público como asesor estrategico, Becerra Camargo (2016) sostiene que el profesional contable ha dejado de ser un mero registrador de operaciones para convertirse en un actor clave en la toma de decisiones dentro de las organizaciones. Si bien su planteo se centra en la participación del contador en la alta gerencia, su enfoque resulta aplicable al ámbito de los pequeños contribuyentes y afiliados al régimen simplificado. En este contexto, el contador actúa como asesor integral, interpretando la normativa vigente y acompañando al cliente en la evaluación de alternativas tributarias y de cobertura de salud. Así, el aporte estratégico del contador se traduce en orientar a los monotributistas sobre los costos, beneficios y riesgos de optar por una obra social sindical o una empresa de medicina prepaga, garantizando decisiones informadas que contemplen tanto la sostenibilidad económica como el acceso equitativo a la salud.

Por su parte, Luzuriaga, Zunino, Venturini y Gaiano (2021) analizan la coexistencia de tres subsistemas en el sistema de salud argentino: el público, el de seguridad social (obras sociales) y el privado (medicina prepaga). Esta estructura híbrida refleja influencias de los modelos europeos de Beveridge (sistema público universal financiado por impuestos) y Bismarck (seguros sociales financiados por aportes laborales). En Argentina, esta coexistencia

genera fragmentación, desigualdad y superposición de funciones, afectando la equidad en el acceso. La desregulación de la elección de obra social puede profundizar esta fragmentación, al permitir que los aportes se desvíen hacia entidades privadas que no participan del sistema solidario, debilitando su capacidad redistributiva.

Manuel Fonseca (2025), en *Porque Salud*, ofrece una crítica ética y política al modelo sanitario argentino, especialmente frente a las políticas de ajuste y mercantilización. Sostiene que la salud debe ser concebida como un derecho colectivo, no como un servicio individual sujeto a las reglas del mercado. Las reformas que promueven la "libre elección" pueden esconder una lógica de transferencia de recursos públicos al sector privado, debilitando el principio de solidaridad contributiva. Fonseca propone reconstruir el sistema desde lo comunitario, con participación activa y compromiso político.

En este contexto, el Decreto 170/2024 desreguló la elección de obras sociales y prepagas para los sujetos adheridos al régimen simplificado, eliminando la obligación de permanecer en la obra social correspondiente a su actividad durante un período mínimo de 12 meses. Esta medida devolvió la posibilidad de elegir libremente la obra social o prepaga al momento de la inscripción, aunque no modificó la situación de los contribuyentes ya inscriptos antes de su sanción. A primera vista, esta modificación parece representar un avance en términos de libertad de elección. Sin embargo, el Decreto 955/2024, publicado el 28 de octubre de 2024, creó el Registro de Agentes del Seguro de Salud, habilitando a las entidades que voluntariamente decidan atender a los pequeños contribuyentes. Esta nueva regulación reconfigura el mapa de prestadores y plantea interrogantes sobre la equidad, la redistribución y el rol del Estado.

En la revisión de la literatura se observa que los autores consultados coinciden en señalar la relevancia de las reformas normativas recientes y sus efectos sobre la estructura del sistema de

salud argentino. Las perspectivas analizadas, aunque provienen de distintos enfoques histórico, normativo y ético, mantienen una línea argumental convergente respecto de la fragmentación del sistema y la tensión entre la lógica solidaria y la mercantilización de las prestaciones. En este sentido, el marco teórico se construye sobre aportes que fortalecen una misma interpretación crítica, sin que se registren diferencias sustanciales en la valoración de los impactos de la libre elección de obra social en el régimen simplificado.

Breve historia normativa del derecho a la salud y el Monotributo en Argentina

El derecho a la salud en Argentina posee jerarquía constitucional y ha sido reconocido progresivamente a través de normas que lo consolidan como un derecho humano fundamental, En este apartado vemos como evolucionó la normativa en cuanto a los sistemas de Salud y como se tuvieron que adaptar cuando surgió el Régimen simplificado, esta evolución normativa permite comprender cómo las reformas recientes como los decretos 170/2024 y 955/2024, y la Resolución 1/2025 se inscriben en una tensión entre el reconocimiento formal del derecho y su implementación concreta en un sistema fragmentado.

La Constitución Nacional, reformada en 1994, establece en su artículo 42 que los consumidores y usuarios tienen derecho a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Además, impone al Estado la obligación de controlar los servicios públicos y proteger la salud , El texto dispone:

Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios

públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control. (Constitución Nacional Argentina, art. 42, 1994).

Este artículo brinda un argumento constitucional al derecho de acceso a prestaciones de salud en condiciones justas y transparentes.

Asimismo, el artículo 75 inciso 22 otorga jerarquía constitucional a tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que garantiza la protección integral de la persona. El artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional establece:

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella

reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo Nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara.

Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional.

(Constitución Nacional Argentina, 1994, art. 75 inc. 22).

Por esta vía, el derecho a la salud adquiere rango constitucional y debe ser protegido en todo el ordenamiento jurídico.

La Ley 23.660 (1989) estableció que las obras sociales se financian mediante aportes obligatorios de los trabajadores y contribuciones patronales de los empleadores. Si bien la norma no fija porcentajes específicos, estos se determinan en leyes y resoluciones complementarias del sistema previsional. El esquema se basa en el principio de solidaridad contributiva: quienes perciben mayores ingresos aportan más, permitiendo sostener la cobertura de los sectores con menores recursos o mayores necesidades sanitarias. La Superintendencia de Servicios de Salud es quien controla la administración de estos fondos, garantizando que se destinen a prestaciones médicas y sociales

El Decreto 1615/1996 representó un punto de inflexión institucional al crear la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) mediante la fusión de la ANSSal, el INOS y la DiNOS. Con esta medida, el Estado consolidó en un organismo descentralizado la función de regular **y** fiscalizar el accionar de las obras sociales y del sistema nacional del seguro de salud. La creación de la SSS fortaleció la capacidad de control y supervisión sobre los agentes del

seguro, otorgándole un rol central en la administración del Fondo Solidario de Redistribución y en la garantía de las prestaciones mínimas obligatorias.

El Decreto 504/1998, dictado durante el gobierno de Carlos Menem, introdujo un cambio significativo en el sistema de obras sociales al habilitar la libre elección de prestador por parte de los trabajadores en relación de dependencia. Hasta ese momento, la afiliación estaba determinada por la rama de actividad y el sindicato correspondiente, lo que limitaba la movilidad de los aportes y la posibilidad de optar por otra cobertura.

Este decreto permitió que los beneficiarios pudieran elegir entre distintas obras sociales sindicales, ampliando formalmente el derecho de opción y fomentando la competencia entre entidades. La medida se justificó en la necesidad de mejorar la calidad de las prestaciones y garantizar mayor transparencia en el uso de los aportes. Sin embargo, abrió la puerta a un proceso de segmentacion del sistema, ya que los trabajadores con mayores ingresos tendieron a migrar hacia obras sociales con mejor infraestructura, mientras que aquellas con menor capacidad financiera quedaron más expuestas al desfinanciamiento.

En términos normativos, el Decreto 504/1998 se inscribe como un antecedente clave en la progresiva desregulación del sistema de salud argentino, al introducir la lógica de mercado en un esquema originalmente basado en la solidaridad contributiva. Su impacto se observa en la tensión entre el derecho individual de elección y la necesidad de preservar la sostenibilidad del sistema solidario.

La Ley 24.977 (1998) crea el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo), integrando en una sola cuota los aportes impositivos y previsionales, y

extendiendo la cobertura de salud a los monotributistas y su grupo familiar. Esta ley representa un puente normativo porque permitió incorporar a los trabajadores independientes —que antes quedaban fuera del esquema tradicional de seguridad social— al sistema nacional de salud regulado por la Ley 23.660. En otras palabras, conectó dos mundos: el de los asalariados en relación de dependencia, que ya estaban cubiertos por obras sociales sindicales, y el de los pequeños contribuyentes autónomos, que hasta entonces dependían casi exclusivamente del sistema público.

El beneficio principal para los monotributistas fue la simplificación administrativa **y** financiera: en lugar de realizar múltiples pagos separados (impuestos, aportes jubilatorios y cobertura de salud), podían cumplir con todas sus obligaciones mediante una única cuota mensual. Dentro de esa cuota, un componente específico se destina a la obra social, lo que les garantiza acceso a prestaciones médicas para ellos y su grupo familiar. Este mecanismo no solo facilitó el cumplimiento de obligaciones fiscales, sino que también amplió derechos sociales, al asegurar que los trabajadores independientes pudieran contar con cobertura sanitaria similar a la de los trabajadores formales, reduciendo la brecha de exclusión en el acceso a la salud.

En el año 2000, la Resolucion 939/2000 del Ministerio de Salud aprobó el Programa Médico Obligatorio (PMO), estableciendo un catálogo de prestaciones mínimas que las obras sociales debían garantizar a todos sus beneficiarios. Este antecedente normativo resultó central en la consolidación del derecho a la salud, ya que fijó un “piso prestacional” uniforme que buscaba reducir desigualdades derivadas de la fragmentación del sistema. Aunque posteriormente fue derogada en 2006, su impacto histórico permite comprender cómo el Estado intentó asegurar la cobertura básica en un contexto de creciente mercantilización de los servicios sanitarios.

El Decreto 1400/2001, sancionado en noviembre de 2001, constituyó un hito en la regulación del sistema de obras sociales al establecer un registro único de beneficiarios, reforzar el Fondo Solidario de Redistribución y ordenar el ejercicio del derecho de opción. Su objetivo fue garantizar la continuidad de la cobertura en un contexto de crisis institucional y evitar la discrecionalidad en el otorgamiento de subsidios financieros.

El Decreto 486/2002 reglamentó el ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios de obras sociales, estableciendo procedimientos para el cambio de entidad, fue dictado el 12 de marzo de 2002 y publicado en el Boletín Oficial el 14 de marzo de ese año. Mediante la creación de un padrón único y el fortalecimiento del Fondo Solidario de Redistribución. Su objetivo fue garantizar la transparencia y la continuidad de la cobertura en un contexto de crisis institucional, reafirmando el rol del Estado como regulador y garante de derechos.

Decreto 438/2021 Permanencia mínima en obra social

Este decreto, dictado en el año 2021, establecio la obligación de permanecer al menos un año en la obra social elegida por los monotributistas al momento de su inscripción. La norma buscaba evitar la migración constante de afiliados entre prestadores, garantizando estabilidad financiera y previsibilidad en la redistribución de aportes.

En la práctica, este requisito limitaba la elección inmediata, ya que los contribuyentes debían esperar 12 meses para poder cambiar de obra social. El decreto se inscribía en una lógica de preservación del sistema solidario, priorizando la continuidad de los aportes en las obras sociales sindicales y reduciendo la competencia directa con las empresas de medicina prepaga y evitando el desfinanciamiento de las mismas debido a la migración de los pacientes más jóvenes

o pacientes sin patologías graves quedando en su mayoría pacientes con casos más críticos o con patologías complejas que ante la falta de acceso ya sea económico en el sistema de medicina prepaga recae la atención de los mismos en las obras sociales o en el sistema de Salud público.

En el año 2021, en plena crisis sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19, el sistema de salud argentino enfrentaba serias tensiones financieras y organizativas. Las obras sociales sindicales, pilares del esquema solidario de cobertura, sufrían un marcado desfinanciamiento producto de la migración de aportes hacia empresas de medicina prepaga o debido a las bajas en las mismas por la pérdida de empleo de los trabajadores[4]. En este escenario, el Decreto 438/2021 buscó garantizar la estabilidad económica y la previsibilidad de ingresos de las obras sociales, imponiendo una permanencia mínima de doce meses en la entidad correspondiente a la rama de actividad antes de habilitar el derecho de opción. Al mismo tiempo, redujo el plazo de efectivización del cambio de obra social a un mes, simplificando el procedimiento administrativo. La medida se inscribe en una política de protección del sistema solidario de salud, procurando equilibrar la competencia con el sector privado y asegurar la continuidad de prestaciones en un contexto de elevada demanda sanitaria y restricciones económicas.

Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2023

El Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2023, denominado *"Bases para la Reconstrucción de la Economía Argentina"*, fue emitido el 20 de diciembre de 2023 y constituye

[4] **Informe del INDEC (2018-2022)** Señala que la proporción de población con cobertura de obra social o prepaga cayó casi 4 puntos porcentuales en ese período, con un descenso más pronunciado durante la pandemia. Esto implicó que millones de personas migraran al sistema público, generando desfinanciamiento en las obras sociales sindicales y mayor presión sobre hospitales estatales.

uno de los paquetes normativos más extensos de las últimas décadas, con un total de 366 artículos. La norma declaró la emergencia pública en materia económica, financiera, fiscal, administrativa, previsional, tarifaria, sanitaria y social por el plazo de dos años, hasta el 31 de diciembre de 2025. En el marco de dicha emergencia, el decreto planteó una profunda desregulación de la economía argentina, derogando de manera completa leyes de alcance estructural como la de alquileres, abastecimiento, góndolas, compre nacional, promoción industrial y comercial, así como disposiciones vinculadas al área de salud.

El DNU implicó un cambio de paradigma respecto de la normativa previa, al habilitar la libre elección inmediata de obras sociales y empresas de medicina prepaga, eliminando la permanencia mínima de doce meses que había sido restablecida por el Decreto 438/2021. De este modo, se buscó favorecer la competencia entre prestadores y dinamizar el mercado de servicios de salud, aunque con el riesgo de debilitar el financiamiento solidario de las obras sociales sindicales. La medida se inscribe en una política de desregulación integral, orientada a reducir la intervención estatal y a promover mecanismos de mercado como instrumentos de eficiencia, con implicancias directas en la organización y sostenibilidad del sistema sanitario argentino.

En el marco de este régimen, el Decreto 170/2024 reglamenta el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Programa Médico Obligatorio (PMO), estableciendo el piso mínimo de prestaciones que deben brindar las obras sociales y entidades de medicina prepaga, incluyendo a los monotributistas. Este decreto habilita la libre elección de obra social al momento de la inscripción, sin obligación de permanencia minima, lo que representa una desregulación significativa respecto del modelo anterior.

Para poder hacer efectiva la libre elección de obra social u “opción de cambio” fue necesario derogar y desregular varios decretos y resoluciones entre ellas el Decreto 504/1998, se sustituyeron los artículos 1° y 2° .

El nuevo texto establece que el derecho a la libre elección puede ser ejercido por los afiliados titulares de los agentes del seguro de salud comprendidos en la Ley 23.660, entre cualquiera de las entidades incluidas en dicha norma.

Por otro lado, se derogaron los artículos 1°, 2° y 3° del Decreto 9/1993 y el decreto 638/1997 se derogó en su totalidad.

También se derogaron la Resolución Conjunta N° 170/1998 (Ministerio de Salud y Acción Social), N° 334/1998 (Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos) y N° 241/1998 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social).

Posteriormente, el Decreto 955/2024 crea el Registro de Agentes del Seguro de Salud para monotributistas, habilitando la libre elección de obra social cada 12 meses y regulando el acceso progresivo a coberturas adicionales como el PMOE y el SURGE. Aunque esta norma aportó transparencia y ordenamiento institucional, también habilitó una lógica de competencia entre prestadores que puede afectar la redistribución de aportes y la sostenibilidad del sistema solidario.

La Resolución 1/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud profundiza este proceso normativo al establecer que los aportes realizados por los monotributistas que eligen una empresa de medicina prepaga se transfieren directamente a la entidad elegida, sin intermediación de obras sociales sindicales. Además, formaliza el funcionamiento del Registro Nacional de

Agentes del Seguro de Salud (RNAS), donde deben inscribirse las entidades que deseen operar en el régimen simplificado. Esta resolución introduce mecanismos de trazabilidad y transparencia, pero también consolida una lógica de competencia regulada que puede debilitar el principio de solidaridad contributiva (Superintendencia de Servicios de Salud, 2025).

Tal como advierten Luzuriaga, Zunino, Venturini y Gaiano (2021), la coexistencia de subsistemas con lógicas distintas :público, obras sociales y medicina prepaga, genera fragmentación, desigualdad y asimetrías en el acceso. En este sentido, los decretos 170/2024 y 955/2024, junto con la Resolución 1/2025, deben ser analizados no solo como instrumentos administrativos, sino como decisiones políticas que pueden favorecer la expansión del sector privado en detrimento del sistema solidario.

Desde una perspectiva crítica, Testa (1989) sostiene que el Estado puede habilitar formas de acceso que refuerzan la lógica de mercado, debilitando el sistema solidario. Fonseca (2025) agrega que la salud debe ser concebida como derecho colectivo, y que las reformas que promueven la “libre elección” pueden encubrir procesos de transferencia de recursos públicos al sector privado.

En este marco, el derecho a la salud en Argentina está formalmente garantizado, pero su implementación concreta depende de decisiones políticas que pueden fortalecer o debilitar los principios de equidad, inclusión y redistribución que sustentan el sistema.

Estado del arte

La libre elección de obras sociales en el régimen simplificado ha sido objeto de creciente atención en el ámbito académico, jurídico y político argentino. A partir de los decretos 170/2024 y 955/2024, se habilitó una mayor flexibilidad para que los monotributistas elijan su prestador de salud, lo que ha generado interrogantes sobre el impacto de estas medidas en la equidad, la sostenibilidad del sistema solidario y la expansión del sector privado.

Diversos estudios han abordado este fenómeno desde perspectivas normativas, económicas y sociopolíticas. Luzuriaga, Zunino, Venturini y Gaiano (2021) analizan la fragmentación del sistema de salud argentino, destacando cómo la coexistencia de subsistemas (público, sindical y privado) genera desigualdades estructurales en el acceso a la salud. Esta fragmentación se profundiza cuando los aportes se desvían hacia entidades privadas que no participan del sistema solidario, debilitando su capacidad redistributiva.

Desde una mirada crítica, Mario Testa (1989) advierte que el Estado puede promover políticas que, bajo el discurso de ampliación de derechos, habiliten la mercantilización del sistema sanitario. En su obra *Estado y Salud*, plantea que las decisiones administrativas deben ser analizadas en función de su lógica política, ya que pueden encubrir procesos de transferencia de recursos públicos al sector privado.

Manuel Fonseca (2025), en *Porque salud*, sostiene que la salud debe concebirse como un derecho colectivo, y que las reformas que promueven la libre elección pueden encubrir una lógica de mercado más que una garantía de derechos. Fonseca propone reconstruir el sistema desde lo comunitario, con participación activa y compromiso político.

En el plano jurídico, el estudio de Sandali Carrascosa (2024) examina las consecuencias normativas y administrativas de las reformas recientes, señalando la falta de mecanismos de control y la opacidad en la información brindada a los beneficiarios. El autor destaca que la creación del Registro de Agentes del Seguro de Salud para monotributistas, si bien aporta transparencia institucional, también consolida una lógica de competencia regulada que puede afectar la redistribución de aportes. La referencia al estudio de Sandali Carrascosa (2024) debe entenderse como un análisis doctrinario de carácter secundario, elaborado desde la práctica profesional y no como una fuente normativa primaria. Su aporte se inscribe en la tradición de la doctrina jurídica, que interpreta y problematiza la aplicación de las normas vigentes, ofreciendo una mirada crítica sobre las reformas recientes en materia de obras sociales para monotributistas.

En el Ámbito Jurídico Luciano Falcone (2024), abogado especializado en derecho a la salud y litigios por acceso a prestaciones médicas, aporta una mirada crítica sobre las reformas introducidas por los decretos 170/2024 y 955/2024. En sus análisis, destaca que los monotributistas han sufrido históricamente una privación de derechos, ya que sus aportes al sistema no siempre se tradujeron en una cobertura efectiva y equitativa. Según Falcone, la desregulación que habilita la libre elección de obra social puede convertirse en un mecanismo de exclusión si no se acompaña de políticas públicas que garanticen transparencia y accesibilidad.

Su trabajo subraya que la “libertad de elección” proclamada por las reformas puede ser más formal que real, pues los beneficiarios enfrentan barreras administrativas y desigualdades estructurales que limitan el ejercicio efectivo de ese derecho. Además, advierte que la transferencia directa de aportes hacia empresas de medicina prepaga consolida una lógica de mercado que debilita el principio de solidaridad contributiva, eje histórico del sistema de obras sociales en Argentina.

La referencia al trabajo de Luciano Falcone (2024) debe entenderse como un análisis doctrinario y crítico, elaborado desde la práctica profesional y periodística, y no como una fuente normativa primaria. Su aporte resulta valioso porque interpreta las reformas introducidas por los decretos 170/2024 y 955/2024 desde la perspectiva del derecho a la salud , señalando tensiones en la implementación y efectos sobre los monotributistas. En este sentido, la inclusión de este tipo de fuentes en el estado del arte es pertinente, ya que complementa la revisión normativa con miradas críticas que evidencian problemas de acceso, desigualdades estructurales y riesgo de mercantilización, enriqueciendo la comprensión del fenómeno más allá del texto legal.

En el campo de la contabilidad, Becerra Camargo (2016) plantea que el contador público ha dejado de ser un mero registrador de operaciones para convertirse en un asesor estratégico dentro de las organizaciones. Aunque su análisis se centra en el ámbito gerencial, su enfoque resulta aplicable al asesoramiento de pequeños contribuyentes y monotributistas frente a las reformas normativas recientes. En este sentido, el contador cumple una función clave al interpretar la normativa, evaluar el impacto económico de las decisiones y orientar a los afiliados en la elección de la figura tributaria y de la cobertura de salud más conveniente. La perspectiva de Becerra Camargo permite ampliar el debate hacia el rol profesional del contador como facilitador de decisiones informadas, integrando la dimensión contable con la sostenibilidad social y económica del sistema de salud.

Por otro lado, informes institucionales de la Superintendencia de Servicios de Salud y publicaciones oficiales de la AFIP (2024–2025) describen el proceso de inscripción, derivación de aportes y elección de prestadores, pero no abordan críticamente sus implicancias estructurales. Esta ausencia de análisis profundo en fuentes oficiales refuerza la necesidad de investigaciones

académicas que visibilicen las experiencias de los beneficiarios y los obstáculos administrativos que enfrentan.

El Estado del arte revela que la libre elección en el régimen simplificado no es un fenómeno neutro, sino que forma parte de una reconfiguración estructural del sistema de salud argentino. La literatura coincide en señalar que estas medidas pueden favorecer la expansión del sector privado sin fortalecer el acceso universal, y que el rol del Estado como garante de derechos debe ser interrogado críticamente. En este contexto, la presente investigación aporta una mirada actualizada y aplicada al incorporar un análisis documental que permiten visibilizar las tensiones entre derecho, mercado y política pública.

La evolución de los registros oficiales entre febrero de 2025 y marzo de 2026 permite observar una dinámica de expansión moderada y diversificación progresiva en el régimen simplificado de salud. En primer lugar, la oferta institucional pasó de 326 entidades en 2025 a 348 en marzo de 2026, con un crecimiento sostenido de mutuales y empresas de medicina prepaga, mientras que las obras sociales sindicales se mantuvieron estables en número. Este comportamiento sugiere que la desregulación normativa iniciada en 2025 abrió espacio para la incorporación de nuevos actores privados y asociativos, consolidando un escenario más heterogéneo en la composición del padrón.

En segundo lugar, la demanda efectiva de monotributistas muestra un incremento significativo: de 1.608.731 afiliados en febrero de 2025 a 1.816.767 en marzo de 2026. Sin embargo, la distribución interna revela una concentración persistente en las obras sociales sindicales, que reúnen alrededor del 80 % de los beneficiarios en todos los períodos analizados. Las mutuales mantienen una participación cercana al 9 %, mientras que las prepagas oscilan entre el 11 % y el 12 %, con variaciones menores en términos absolutos. Este patrón indica que,

si bien las entidades privadas y mutuales amplían su presencia, el predominio sindical continúa siendo la característica estructural del sistema.

Hipótesis

H1) Los monotributistas enfrentan barreras administrativas y de información que dificultan el acceso a obras sociales.

H2) La libre elección en el régimen simplificado favorece dinámicas de segmentación y desvío de aportes hacia prestadores privados, debilitando los mecanismos redistributivos del sistema de salud.

H3) Las limitaciones territoriales en la oferta de obras sociales generan desigualdades en el acceso a la salud de los monotributistas, situación que puede mitigarse mediante el asesoramiento contable que oriente a los clientes hacia alternativas viables según su región

Objetivo General

Analizar críticamente el impacto normativo sobre la libre elección de obras sociales en el régimen simplificado entre 2024 y la Actualidad, y sus implicancias en el sistema de salud argentino.

Objetivos Específicos

1) Investigar la evolución normativa vinculada a la libre elección de obras sociales en el régimen simplificado, identificando vacíos legales, contradicciones y su incidencia en la equidad del sistema.

2)Identificar los principales obstáculos que enfrentan los beneficiarios del régimen simplificado para ejercer su derecho a la libre elección de obra social

3)Analizar el rol del Contador Público como asesor para los afiliados y clientes, considerando la Capacidad Económica de la población objetivo.

Apartado metodológico

Enfoque metodológico

La presente investigación adopta un enfoque mixto, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas. Desde el plano cualitativo, se busca comprender las implicancias sociales, normativas y estructurales de la libre elección de obras sociales en el régimen simplificado, a partir de la perspectiva de los actores involucrados y del análisis crítico de las políticas públicas. En paralelo , se incorporan herramientas cuantitativas mediante la utilización de gráficos comparativos y estadísticas oficiales (Superintendencia de Servicios de Salud, INDEC, Ministerio de Salud), que permiten dimensionar la magnitud del fenómeno y contrastar tendencias de afiliación entre obras sociales sindicales y empresas de medicina prepaga. Este enfoque mixto no se limita a verificar hipótesis mediante pruebas empíricas, sino que busca interpretar significados y tensiones institucionales, al mismo tiempo que aporta evidencia numérica para explicar cómo los decretos recientes afectaron a los monotributistas en Argentina.

Diseño de investigación

El diseño es exploratorio-descriptivo. Es exploratorio porque se indaga un fenómeno poco abordado en la literatura académica: el impacto de las reformas normativas recientes (2024–2026) sobre los monotributistas y el sistema de salud. Es descriptivo porque se busca caracterizar el marco legal vigente, las prácticas de las obras sociales y las percepciones de los beneficiarios, sin pretensión de generalización estadística.

Este diseño se fundamenta en Hernández Sampieri (2014), quien sostiene que los estudios cualitativos exploratorio-descriptivos permiten comprender fenómenos complejos en contextos específicos, integrando teoría, experiencia y análisis crítico.

Corte Temporal

El corte temporal de la investigación abarca el período comprendido entre enero de 2024 hasta la Actualidad, en el cual se implementaron los decretos 170/2024 y 955/2024, así como la Resolución 1/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud. Este intervalo permite analizar los efectos inmediatos y progresivos de la desregulación en el régimen simplificado, considerando tanto el contexto normativo como las experiencias de los actores involucrados.

Técnicas de recolección de información

Análisis documental: Se relevaron leyes, decretos, resoluciones, informes institucionales y publicaciones oficiales de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Además, se incorporaron artículos y publicaciones provenientes de fuentes web institucionales (ministerios, organismos internacionales y medios especializados). Estas fuentes secundarias aportaron información actualizada y contextual , fundamental para el análisis cualitativo y la descripción del fenómeno.

Unidad de análisis

La unidad de análisis está compuesta por monotributistas: Promovido, Común y Social de todas las categorías que se inscribieron en el régimen simplificado entre 2024 hasta la Actualidad en la República Argentina en sus 24 jurisdicciones, y que ejercieron la libre elección de obra

social. También se consideran las entidades prestadoras (obras sociales, Mutuales y Empresas de Medicina prepaga) y los organismos estatales involucrados en la regulación.

Se excluyen los monotributistas que se encuentran inscriptos antes de esta fecha ya que el decreto 170/2024 aún no se encontraba en vigencia y no se vieron afectaron directamente por esta medida.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis constituyen los ejes interpretativos que permiten organizar, clasificar y comprender la información recolectada en esta investigación. En el enfoque Mixto , estas categorías pueden ser construidas a priori, a partir del marco teórico y los objetivos específicos, o emergentes, en función de los patrones que surgen del trabajo de campo y del análisis documental (Hernández Sampieri, 2014).

En este estudio, se han definido las categorías centrales que articulan la dimensión normativa, institucional y social del fenómeno investigado:

Obras Sociales: Las obras sociales constituyen el núcleo histórico del sistema de seguridad social en Argentina, reguladas principalmente por las Leyes 23.660 y 23.661. Su financiamiento proviene de los aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores, y su función central es garantizar el acceso a prestaciones médicas bajo el principio de solidaridad contributiva. En el caso de los monotributistas, la incorporación a una obra social implica la canalización de aportes hacia entidades sindicales que, en muchos casos, enfrentan dificultades financieras para sostener la cobertura.

Empresas de Medicina Prepaga **:**Las empresas de medicina prepaga son prestadores privados regulados por la Ley 26.682, con fines de lucro y una lógica de mercado que se

diferencia del esquema solidario de las obras sociales. Su financiamiento depende de la cuota directa abonada por los afiliados, lo que genera un acceso condicionado por la capacidad económica de cada cliente. La Resolución 955/2024 habilito la transferencia de aportes de monotributistas hacia estas compañías, consolidando un modelo de competencia que, si bien amplía la oferta, también profundiza desigualdades territoriales y económicas.

Asociaciones Mutuales**:**Las asociaciones mutuales son entidades de carácter asociativo y sin fines de lucro, que ofrecen servicios de salud entre otros beneficios sociales. Su regulación se encuentra en la Ley 20.321, y su funcionamiento se basa en la solidaridad entre asociados. Aunque no forman parte del sistema tradicional de obras sociales, en la práctica cumplen un rol como prestadores de cobertura, especialmente en regiones donde la presencia de empresas privadas es limitada. Su alcance territorial y capacidad financiera suelen ser más acotados, lo que condiciona la sostenibilidad de sus servicios frente a la desregulación del sistema.

Libre elección: Esta categoría permite analizar el sentido, los límites y las condiciones reales en que los monotributistas ejercen su derecho a elegir obra social. Se considera tanto la normativa vigente como las percepciones de los beneficiarios, en diálogo con el principio constitucional de libertad de elección (art. 42 CN) y con los aportes de Fonseca (2025), quien advierte que la “libre elección” puede encubrir una lógica de mercado más que una garantía de derechos.

Fragmentación del sistema de salud: Se refiere a la coexistencia de subsistemas (público, sindical y privado) que generan desigualdades y asimetrías en el acceso. Luzuriaga, Zunino, Venturini y Gaiano (2021) sostiene que esta fragmentación se profundiza cuando los aportes se desvían hacia entidades que no participan del sistema solidario, debilitando la redistribución y la equidad.

Mercantilización de la salud: Esta categoría aborda el proceso por el cual la salud se transforma en un bien de consumo , sujeto a las reglas del mercado. Fonseca (2025) plantea que las reformas que promueven la libre elección pueden ser funcionales a la expansión del negocio de la medicina prepaga, transfiriendo recursos públicos al sector privado.

Barreras administrativas: Incluye los obstáculos operativos, informativos y procedimentales que enfrentan los monotributistas al intentar ejercer su derecho a la libre elección. Estas barreras pueden surgir de la falta de interoperabilidad entre ARCA y la Superintendencia de Servicios de Salud, de la escasa transparencia de las obras sociales, o de la ausencia de canales de reclamo efectivos.

Solidaridad contributiva: Esta categoría permite analizar el principio redistributivo que sostiene el sistema de obras sociales. Según Luzuriaga, la desregulación y el desvío de aportes hacia entidades privadas debilitan este principio, afectando la capacidad del sistema para garantizar cobertura universal y equitativa.

Rol del Estado: Se refiere a la función reguladora, garante de derechos y responsable institucional del acceso a la salud. Mario Testa (1989) advierte que el Estado puede habilitar formas de acceso que favorecen al mercado en detrimento del sistema solidario, lo que obliga a interrogar críticamente su papel en la implementación de políticas como la libre elección en el régimen simplificado.

Rol del contador como asesor: Se orienta a examinar la función del contador en el acompañamiento de los monotributistas, especialmente en la elección del régimen simplificado y en la selección de obra social. Se busca indagar si el asesoramiento profesional contribuye a decisiones informadas y estratégicas, o si se limita a la gestión administrativa de trámites.

Responsabilidad profesional y ética: Aborda el compromiso del contador con la transparencia, la claridad y la defensa de los intereses de sus clientes. Se analiza cómo los principios éticos de la profesión como la independencia, la responsabilidad social y la lealtad hacia el cliente se ponen en juego en el asesoramiento a monotributistas. La reflexión ética permite evaluar si el contador actúa como garante de información veraz y accesible, evitando prácticas que puedan favorecer intereses corporativos o privados en detrimento del sistema solidario de salud.

Intermediación comunicacional: Se refiere al papel del contador como mediador entre el cliente y las instituciones estatales y privadas (AFIP , obras sociales, Superintendencia de Servicios de Salud). Permite analizar si la intervención profesional facilita la comprensión de los procedimientos y reduce las barreras administrativas, o si, por el contrario, reproduce la complejidad burocrática del sistema. La capacidad del contador para traducir el lenguaje técnico en información clara constituye un elemento importante en la efectividad del asesoramiento.

Aspectos Éticos

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales que rigen el trabajo académico y la producción de conocimiento.

El análisis documental se realizó exclusivamente sobre fuentes públicas, institucionales y normativas, respetando los derechos de autor y citando adecuadamente a los autores y organismos consultados. No se utilizó información confidencial ni restringida, y se evitó cualquier forma de manipulación o tergiversación de los datos.

Desde una perspectiva ética más amplia, el trabajo se inscribe en el compromiso de promover una investigación crítica, reflexiva y socialmente responsable. Se reconoce que el conocimiento producido puede tener implicancias políticas y sociales , por lo que se procuró mantener una postura respetuosa, plural y orientada al fortalecimiento del derecho a la salud como bien colectivo.

Finalmente, el estudio se desarrolló en conformidad con los principios establecidos por la Universidad Abierta Interamericana (UAI) en materia de ética académica, integridad científica y responsabilidad social, contribuyendo al debate público desde una mirada comprometida con la equidad, la inclusión y la justicia sanitaria.

Recolección de Datos

Previo a la Vigencia de la Resolución 1/2025

En agosto de 2024, cuando aún no se encontraba vigente la Resolución 1/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud y no existía el Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS), la oferta institucional de obras sociales, mutuales y asociaciones habilitadas para brindar cobertura ascendía a 292 entidades. Este universo reflejaba la amplitud y heterogeneidad del sistema, con predominio de organizaciones sindicales y profesionales radicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero también con presencia en provincias como Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Entre Ríos, Chaco, Santiago del Estero y la región patagónica.

Impacto directo en la oferta de prestadores luego de la Vigencia de la Resolución 1/2025

Oferta de prestadores a través del tiempo

Febrero 2025:

La entrada en vigencia de la Resolución 1/2025 de la Superintendencia de Servicios de Salud, en el inicio de 2025, produjo un impacto inmediato en la oferta de prestadores habilitados para monotributistas. El nuevo marco normativo , al exigir la inscripción obligatoria en el Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS) y establecer criterios de trazabilidad en la derivación de aportes, generó una depuración significativa del padrón.

En agosto de 2024, antes de la implementación de la Resolución 1/2025, el universo de entidades disponibles ascendía a 292 obras sociales, mutuales y asociaciones, reflejando un

sistema amplio y heterogéneo, con predominio de organizaciones sindicales y profesionales radicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero también con presencia en provincias como Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Entre Ríos, Chaco, Santiago del Estero y la región patagónica.

Sin embargo, el listado de febrero de 2025 muestra una reducción abrupta: apenas 45 entidades permanecieron habilitadas para la afiliación de monotributistas. Este recorte implicó la salida de numerosas obras sociales históricas —como OSMISS y OSFATUN— y la permanencia de un grupo más acotado de prestadores sindicales tradicionales (ej. OSTCARA, OSAMOC, OSTPBA), junto con la incorporación de mutuales y empresas privadas de medicina prepaga (ej. AMCI, Privamed S.A., Amsterdam Salud S.A.).

En febrero de 2025, los registros oficiales de la Superintendencia de Servicios de Salud permiten dimensionar la estructura de agentes habilitados en el régimen simplificado. El padrón total alcanzaba a 326 entidades, conformadas por 285 obras sociales, 17 mutuales y 24 empresas privadas de medicina prepaga. Esta distribución refleja la persistencia de un predominio sindical, acompañado por un número reducido de mutuales y un incipiente pero significativo grupo de prepagas que comenzaron a participar activamente tras la desregulación normativa.

En cuanto a la demanda, la cantidad total de monotributistas afiliados ascendía a 1.608.731 beneficiarios. De ellos, la gran mayoría se encontraba incorporada en obras sociales (1.254.741), mientras que un segmento menor pero relevante se distribuía entre mutuales (130.590) y empresas de medicina prepaga (223.400). *(ver Anexo A, Figura A1)*

Septiembre 2025:

Se consultó el listado oficial de la Superintendencia de Servicios de Salud correspondiente a las obras sociales que aceptaban la afiliación de monotributistas, descargado el día 13/09/2025. Este registro permitió identificar la diversidad de agentes que integraban el sistema en ese momento, incluyendo obras sociales sindicales , mutuales y asociaciones civiles. La información relevada detallaba aspectos como denominación, sigla, domicilio, provincia y canales de contacto, evidenciando un predominio de entidades con sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junto con presencia en provincias como Córdoba, Mendoza y Entre Ríos. Este documento se utilizó como insumo empírico inicial para contextualizar la oferta de cobertura destinada a trabajadores independientes dentro del sistema de salud argentino.

Los registros oficiales de la Superintendencia de Servicios de Salud correspondientes a febrero de 2026 permiten observar una ampliación moderada en la estructura de agentes habilitados dentro del régimen simplificado. El total de entidades ascendía a 339, compuestas por 285 obras sociales, 20 mutuales y 34 empresas privadas de medicina prepaga. Esta configuración muestra una leve expansión respecto del año anterior, principalmente por el incremento de mutuales y prepagas inscriptas en el Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS), lo que evidencia una diversificación progresiva del sistema tras la consolidación normativa iniciada en 2025.

En cuanto a la población beneficiaria, el número total de monotributistas afiliados alcanzaba los 1.769.575, distribuidos de manera desigual entre los distintos tipos de agentes. La mayor proporción continuaba concentrándose en las obras sociales sindicales, que reunían 1.418.780 afiliados, equivalentes a aproximadamente el 80 % del total. Las mutuales registraban

161.252 monotributistas (alrededor del 9 %), mientras que las empresas de medicina prepaga contabilizaban 189.543 afiliados (cerca del 11 %). (ver Anexo A, Figura A2)

Marzo-mayo 2026 (Actualidad):

Posteriormente, se incorporó el listado actualizado de la Superintendencia de Servicios de Salud, descargado el día 03/05/2026, que amplió la información disponible al incluir además la habilitación de la opción de afiliación y datos de contacto más completos (teléfonos, correos electrónicos y páginas web). Este registro constituye también una fuente primaria de carácter normativo e institucional, que permitió identificar la totalidad de obras sociales registradas en el sistema, más allá de aquellas que habilitan específicamente la opción de afiliación para monotributistas. El documento muestra tanto entidades como mutuales y asociaciones profesionales, con presencia en distintos puntos del pais , aunque con predominio de sedes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Nuevas incorporaciones en 2026

El padrón de agentes habilitados para la afiliación de monotributistas en 2026 evidencia la incorporación de nuevas entidades que no figuraban en los registros anteriores. Estas incorporaciones se distribuyen entre obras sociales sindicales, mutuales y empresas de medicina prepaga, reflejando la diversificación de actores en el sistema de salud tras la implementación de la Resolución 1/2025.

En el plano sindical, se destacan la Obra Social de la Prevención y la Salud, la Obra Social de Serenos de Buques, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf (OSPAT) , la Obra Social de Vareadores y la Obra Social de Vendedores Ambulantes de la República Argentina (OSVARA), todas con sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, salvo la de

Vareadores que se localiza en la provincia de Buenos Aires. Estas incorporaciones amplían la representación de ramas de actividad específicas, reforzando la presencia de sindicatos vinculados a sectores de servicios, actividades tradicionales y de la Economía Popular.

En el ámbito mutual, se incorpora la Asociación Mutual del Control Integral (AMCI), con sede en la Capital Federal, lo que marca la continuidad de la participación de asociaciones civiles en el régimen simplificado, aunque con un perfil más acotado respecto de los listados previos.

Finalmente, en el sector privado se registran dos nuevas entidades de medicina prepaga: Privamed S.A. , radicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y Amsterdam Salud S.A., con sede en San Miguel de Tucumán. La presencia de Amsterdam Salud resulta particularmente relevante, ya que introduce por primera vez un agente privado en la provincia de Tucumán, ampliando la cobertura hacia una región que en listados anteriores no contaba con este tipo de oferta.

Del contraste entre los listados oficiales de la Superintendencia de Servicios de Salud correspondientes a las fechas Septiembre del 2025 y en mayo del 2026, se observa la baja de dos entidades que en el período anterior figuraban habilitadas para la afiliación de monotributistas: la *Obra Social de Ministros, Secretarios y Subsecretarios (OSMISS)* y la *Obra Social de la Federación Argentina del Trabajador de las Universidades Nacionales (OSFATUN)*, ambas con sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los registros oficiales de la Superintendencia de Servicios de Salud correspondientes a marzo de 2026 permiten observar una nueva variación en la estructura de agentes habilitados dentro del régimen simplificado. El total de entidades ascendía a 348, conformadas por 285 obras

sociales, 22 mutuales y 41 empresas privadas de medicina prepaga. Esta composición evidencia una leve expansión respecto del año anterior, principalmente por el incremento de mutuales y prepagas inscriptas en el Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS), lo que confirma la tendencia hacia una mayor diversificación institucional del sistema.

En cuanto a la población beneficiaria, la cantidad total de monotributistas afiliados alcanzaba los 1.816.767, distribuidos de manera desigual entre los distintos tipos de agentes. La mayor proporción continuaba concentrándose en las obras sociales sindicales, que reunían 1.493.186 afiliados, equivalentes a aproximadamente el 80 % del total. Las mutuales registraban 175.133 monotributistas (alrededor del 9 %), mientras que las empresas de medicina prepaga contabilizaban 148.448 afiliados (cerca del 11 %). *(ver Anexo A, Figura A3)*

Análisis de Datos

El análisis de los datos relevados a partir del listado oficial de la Superintendencia de Servicios de Salud permite observar una marcada heterogeneidad en los agentes que brindan cobertura a monotributistas. Se identifican obras sociales de origen sindical vinculadas a actividades específicas (como prensa, taxis, carne, vidrio, cine y música), junto con mutuales y asociaciones civiles, y empresas privadas de medicina que también participan en este segmento. La distribución geográfica evidencia un predominio de entidades con sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aunque se registran casos en provincias como Córdoba, Mendoza, Santiago del Estero, Tucumán y Entre Ríos, lo que refleja una cobertura nacional aunque concentrada en centros urbanos. Asimismo, la mayoría de las instituciones habilitan la opción de afiliación para monotributistas, mientras que un número reducido la restringe, lo que pone de manifiesto diferencias en las políticas de admisión.

El examen de los datos provenientes del Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS) permite advertir la magnitud y diversidad de las entidades que conforman el subsistema de obras sociales en Argentina. El listado evidencia la inscripción de organizaciones sindicales vinculadas a ramas de actividad muy específicas como la industria gráfica, portuarios, aeronáuticos, construcción, alimentación, azucarera, cuero, calzado, entre otras junto con mutuales y asociaciones profesionales que amplían el espectro institucional. La distribución geográfica muestra nuevamente un predominio de sedes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aunque se registran entidades en provincias como Córdoba, Mendoza, Santa Fe, Jujuy, Salta, Tucumán, Entre Ríos y Río Negro (ver Anexo A, Figura A4)

Asimismo, se observa que la mayoría de las entidades habilitan la opción de afiliación, mientras que un número menor presenta restricciones o se encuentra en situación de crisis según la normativa vigente, lo que pone de relieve diferencias en la capacidad de gestión y sostenibilidad de los agentes. Por otro lado se puede observar una menor oferta de Obras sociales en comparación con los datos obtenidos de la Superintendencia de servicios de Salud del listado de obras sociales que aceptan monotributistas (Superintendencia de Servicios de Salud, 2026). (ver Anexo A, Figura A5)

Resultados

La evolución de los registros oficiales entre febrero de 2025 y marzo de 2026 permite advertir un proceso de transformación en el régimen simplificado que combina elementos de concentración y diversificación. En términos de oferta institucional, el número de entidades pasó de 326 a 348, con un incremento de mutuales y empresas de medicina prepaga, mientras que las obras sociales sindicales se mantuvieron constantes en cantidad. Este aumento refleja la apertura regulatoria impulsada por los decretos de 2024 y la Resolución 1/2025 , que habilitaron la inscripción de nuevos agentes en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud.

En cuanto a la demanda, la cantidad de monotributistas afiliados se incrementó de 1.608.731 en febrero de 2025 a 1.816.767 en marzo de 2026. Sin embargo, la distribución interna muestra matices relevantes. Las obras sociales sindicales continúan concentrando alrededor del 80 % de los afiliados, lo que confirma su predominio estructural. Las mutuales, por su parte, crecieron tanto en términos absolutos como relativos, pasando de 130.590 afiliados (8 %) en 2025 a 175.133 (9 %) en 2026. Este crecimiento puede interpretarse como la consolidación de una alternativa intermedia frente al sistema de medicina prepaga, con capacidad de captar afiliados que buscan cobertura más accesible. En contraste, las empresas de medicina prepaga redujeron su participación relativa, pasando de 223.400 afiliados (14 %) en 2025 a 148.448 (8 %) en 2026. Aunque su número de entidades aumentó , la proporción de monotributistas que optaron por este subsistema disminuyó, lo que sugiere que la expansión de la oferta no se tradujo en una captación proporcional de beneficiarios.

Un aspecto crítico que emerge del análisis es la desigualdad territorial. Si bien la oferta de obras sociales y prepagas se amplió en términos generales, en muchas provincias la

disponibilidad de entidades habilitadas para monotributistas sigue siendo deficiente o inexistente. Esto implica que la “libre elección” es, en la práctica, un derecho limitado, ya que los contribuyentes de provincias con baja cobertura enfrentan barreras para ejercer su opción y deben recurrir al sistema público o contratar planes privados con mayores costos. De este modo, la expansión normativa no garantiza un acceso equitativo en todo el país y refuerza las brechas regionales en el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Los datos muestran que el régimen simplificado atraviesa una etapa de transición regulatoria caracterizada por la persistencia del predominio sindical en la afiliación, el crecimiento de las mutuales como alternativa intermedia frente al mercado prepago, la reducción relativa de las prepagas en la afiliación de monotributistas pese a su mayor presencia institucional y la persistencia de desigualdades territoriales que limitan la efectividad de la libre elección. Estos elementos permiten concluir que la desregulación normativa generó una diversificación institucional , pero no una redistribución sustantiva de beneficiarios, y que las barreras territoriales continúan condicionando el acceso real de los monotributistas al sistema de salud.

Conclusiones

A la luz de los resultados obtenidos, puede afirmarse que los objetivos específicos del trabajo fueron cumplidos y las hipotesis fueron parcialmente cumplidas: se logró dimensionar la estructura de agentes habilitados, cuantificar la población de monotributistas afiliados y analizar la distribución entre obras sociales, mutuales y prepagas. Asimismo , el objetivo general de evaluar el impacto de la libre elección en el régimen simplificado se alcanzó, al demostrar que la medida generó una diversificación institucional pero no una redistribución significativa de beneficiarios.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a examinar la evolución normativa del derecho a la salud en el régimen simplificado y su impacto en la libre elección de obra social, la investigación logra cumplirlo mediante un análisis detallado de los decretos 170/2024 y la Resolución 1/2025. El Decreto 170/2024 habilitó la libre elección de obra social para los monotributistas, eliminando la obligación de permanecer un año en la entidad asignada por rama de actividad, lo que a primera vista represento un avance en términos de derechos individuales. Sin embargo, la Resolución 1/2025 que creó el Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS) introdujo una contradicción normativa, ya que restringió la oferta únicamente a las entidades que voluntariamente se inscribieran en dicho registro, generando un vacío legal respecto de aquellas obras sociales que quedaron fuera y limitando en la práctica la libertad de elección proclamada. Este contraste entre la ampliación formal del derecho y las restricciones administrativas posteriores evidencia que el objetivo se alcanzó al identificar cómo la normativa vigente, lejos de consolidar un acceso equitativo, reproduce tensiones entre la lógica de mercado

y el principio de solidaridad contributiva, dejando expuestos vacíos legales que afectan directamente a los monotributistas en su capacidad de elección.

Por otro lado, el análisis territorial revela que, aun cuando aumentó el número de obras sociales habilitadas, en muchas provincias la oferta para monotributistas sigue siendo deficiente o inexistente. Esto refuerza las barreras de acceso y limita el ejercicio efectivo del derecho de opción, obligando a los contribuyentes de esas jurisdicciones a recurrir al sistema público o a contratar planes privados con mayores costos. En este sentido, la expansión normativa no garantiza un acceso equitativo en todo el país y reproduce desigualdades estructurales Cumpliéndose la primer hipótesis que planteaba que los monotributistas enfrentan barreras administrativas que dificultan el acceso a obras sociales.

En relación con la segunda hipótesis que planteaba que la libre elección en el régimen simplificado favorece dinámicas de segmentación y desvío de aportes hacia prestadores privados, debilitando los mecanismos redistributivos del sistema de salud, los datos muestran que la desregulación normativa favoreció la expansión de mutuales como alternativa intermedia frente al sistema de medicina prepaga, mientras que las prepagas redujeron su participación relativa en la afiliación de monotributistas, pasando de un 14 % en febrero de 2025 a un 8 % en marzo de 2026. Este comportamiento evidencia que la “libertad de elección” se tradujo en una mayor variedad de agentes disponibles , pero no en un cambio sustancial en la composición de la demanda, que continúa concentrada en el subsistema sindical, de esta manera la segunda hipótesis se refuta.

En relación con el segundo objetivo específico, orientado a identificar el principal obstáculo que enfrenta los beneficiarios del régimen simplificado para ejercer su derecho a la libre elección de obra social, la investigación demuestra que dicho propósito se ha cumplido. El análisis territorial evidencia que la posibilidad de elección no se distribuye de manera homogénea en el país: mientras que en jurisdicciones como CABA, Buenos Aires o Córdoba existe una amplia oferta de obras sociales y entidades privadas, en provincias como Jujuy, Salta, Río Negro o determinadas zonas de Entre Ríos la disponibilidad es mínima o directamente inexistente. Esta desigualdad geográfica condiciona el ejercicio efectivo del derecho, ya que los monotributistas residentes en dichas provincias se ven forzados a contratar planes de medicina prepaga con costos elevados o a recurrir al sistema público de salud , con las limitaciones que ello implica. De este modo, el trabajo logra identificar y describir de manera crítica cómo las barreras territoriales y la concentración de prestadores refuerzan las inequidades estructurales del sistema, restringiendo la aplicación plena de la normativa vigente.

Desde la perspectiva profesional, el contador público tiene un rol esencial en este escenario. A partir de los resultados obtenidos, la recomendación hacia los afiliados y clientes es evaluar cuidadosamente las alternativas disponibles considerando no solo el costo inmediato de la cobertura y las limitaciones territoriales que puedan condicionar el acceso. El contador, como asesor, además de orientar al contribuyente en la elección de la figura tributaria más adecuada monotributo u otra también, debe asesorar y explicar los beneficios y características de la/las cobertura/s de salud de manera general que mejor se ajuste a sus necesidades económicas y familiares teniendo en cuenta en la Categoria que se encuentra inscripto o se va a inscribir siendo este un reflejo de los ingresos brutos percibidos o que va a percibir en caso de ser un nuevo

contribuyente , por otro lado tener en cuenta si es un monotributista social o promovido estos últimos se encuentran en una situación económica mas frágil que un monotributistas de las ultimas categorías , estos aspectos hay que tener en cuenta a la hora de recomendar una obra social , una mutual o una prepaga.

De esta manera se cumple la tercer hipótesis y el tercer objetivo planteado. Asi, el asesoramiento contable se convierte en una herramienta estratégica para garantizar decisiones informadas, minimizar riesgos económicos futuros y favorecer un acceso más equitativo a la salud dentro de un sistema fragmentado.

La libre elección en el régimen simplificado constituye más un beneficio parcial para el mercado privado y para las mutuales que una ampliación efectiva de derechos para los monotributistas. La estructura de afiliación se mantiene fuertemente concentrada en las obras sociales sindicales y las barreras territoriales persisten , lo que condiciona la efectividad de la política. El cumplimiento de los objetivos y la validación parcial de la hipótesis permiten sostener que, sin políticas complementarias de equidad y sostenibilidad, la desregulación puede reforzar desigualdades estructurales y consolidar la mercantilización del sistema de salud argentino.

Bibliografía

AFIP. (2024). *Guía para monotributistas: inscripción, aportes y obra social*. Administración Federal de Ingresos Públicos. https://www.afip.gob.ar

Argentina. Congreso de la Nación. (2011). *Ley 26.682 de Regulación de Medicina Prepaga*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (1973). *Ley 20.321 Orgánica de Asociaciones Mutuales*. Boletín Oficial de la República Argentina, 10 de mayo de 1973.

Becerra Camargo, G. A. (2016). *Asesor estratégico: el nuevo rol del contador público en las organizaciones* [Tesis de maestría, Universidad Militar Nueva Granada]. Repositorio Institucional UMNG.

Centro de Escritura Javeriano. (2020). *Manual APA 7a edición*. Pontificia Universidad Javeriana. https://www.javerianacali.edu.co/centro-escritura/recursos/manual-apa-7…

Congreso de la Nación Argentina. (2024, junio 27). *Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos (Ley 27.742)*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar

Constitución de la Nación Argentina. (1994). *Constitución de la Nación Argentina (Reforma 1994)*. Congreso de la Nación Argentina.

Convención Americana sobre Derechos Humanos. (1969). *Pacto de San José de Costa Rica*. Organización de Estados Americanos.

Decreto 170/2024. (2024). *Reglamentación del Sistema Nacional del Seguro de Salud y PMO*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Decreto 955/2024. (2024). *Registro de Agentes del Seguro de Salud para Monotributistas*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Falcone, L. (2024, abril 18). *Monotributistas y obras sociales: el nuevo decreto de Milei*. El Ágora Digital. Recuperado el 19 de abril de 2026 de https://elagora.digital/argentina/monotributistas-obras-sociales-decreto-milei-2024

Fonseca, M. (2025). *Porque salud*. Buenos Aires: Editorial Salud Colectiva.

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Cobertura de salud en la población argentina, 2018–2022*. INDEC. Recuperado de https://www.indec.gob.ar

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2026). *Mercado de trabajo. Indicadores de informalidad laboral (EPH). Cuarto trimestre de 2024 a cuarto trimestre de 2025*. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de https://www.indec.gob.ar

Ley 23.660. (1989). *Régimen de obras sociales*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Ley 24.977. (1998). *Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Luzuriaga, M., Zunino, M., Venturini, L., & Gaiano, A. (2021). *Fragmentación y desigualdad en el sistema de salud argentino*. Revista Argentina de Salud Pública, 13(52), 15–28.

Ministerio de Economía de la Nación Argentina. (2024, noviembre). *Informe sobre la evolución de los monotributistas y emprendedores en Argentina (2023–2024)*. Argentina.gob.ar. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_2023_nov_2024.pdf

Ministerio de Salud y Acción Social, Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos, & Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1998, abril 30). *Resolución Conjunta N° 170/1998, N° 334/1998 y N° 241/1998*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2000, octubre 24). *Resolución 939/2000. Programa Médico Obligatorio*. Boletín Oficial de la República Argentina, 26 de octubre de 2000.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966). *Asamblea General de las Naciones Unidas*. https://www.ohchr.org

Presidencia de la Nación Argentina. (1993, enero 8). *Decreto 9/1993. Sistema Nacional del Seguro de Salud*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar

Presidencia de la Nación Argentina. (1997, junio 25). *Decreto 638/1997. Obras sociales y seguro de salud*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar

Presidencia de la Nación Argentina. (1998, mayo 12). *Decreto 504/1998. Libre elección de obras sociales*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de https://www.boletinoficial.gob.ar

Presidencia de la Nación Argentina. (2001, noviembre 4). *Decreto 1400/2001. Regulación del derecho de opción y Fondo Solidario de Redistribución*. Boletín Oficial de la República Argentina, 5 de noviembre de 2001.

Presidencia de la Nación Argentina. (2002, marzo 12). *Decreto 486/2002. Reglamentación del derecho de opción de obras sociales*. Boletín Oficial de la República Argentina, 14 de marzo de 2002.

Presidencia de la Nación Argentina. (2023, diciembre 21). *Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023. Desregulación general de obras sociales y empresas de medicina prepaga*. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.boletinoficial.gob.ar

Resolución 1/2025. (2025). *Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud*. Superintendencia de Servicios de Salud. https://www.sssalud.gob.ar

Sandali Carrascosa. (2024). *Cambios en las obras sociales para monotributistas en Argentina*. Estudio Jurídico Sandali Carrascosa. https://sandalicarrascosa.com.ar/actualidad/cambios-en-las-obras-sociales-para-monotributistas-en-argentina/

Superintendencia de Servicios de Salud. (2026, mayo 3). *Sistema de Registro de Delegaciones para Opciones de Cambio. Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNAS)*. Argentina.

Superintendencia de Servicios de Salud. (2026). *Listado de obras sociales*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de https://www.sssalud.gob.ar/?page=listRnosc&tipo=100

Superintendencia de Servicios de Salud. (2026). *Listado de obras sociales que aceptan monotributistas*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de https://www.sssalud.gob.ar/?page=listRnosc&tipo=3

Testa, M. (1989). *Estado y Salud: Una Mirada Crítica.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

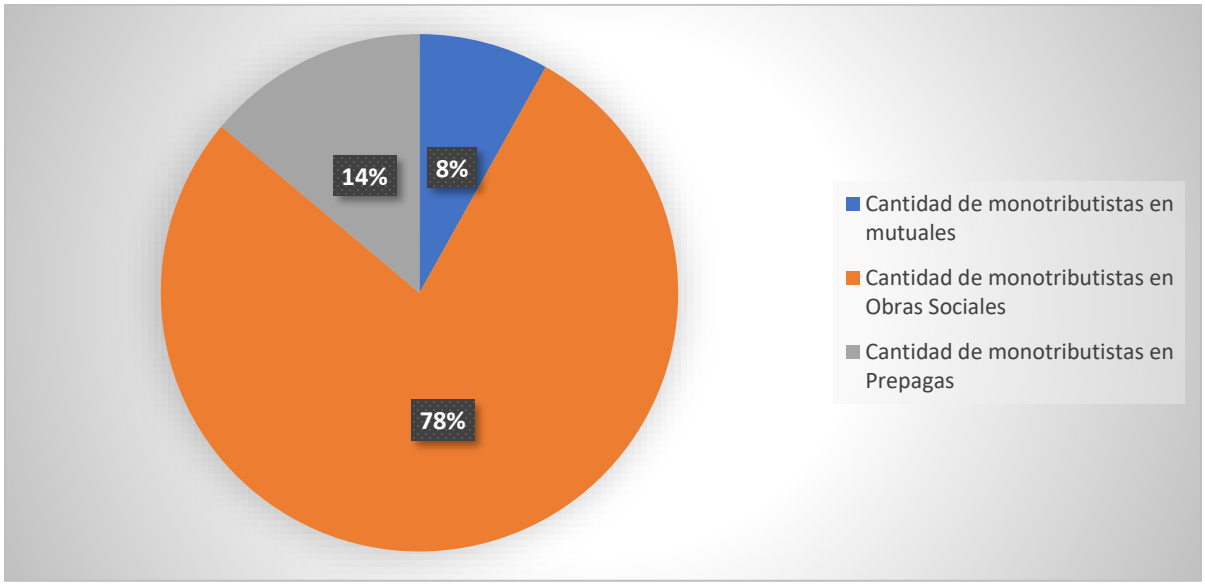
TOBAR, F (2012).”Breve historia del sistema argentino de salud” En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012

Anexos

Anexo A: Graficos.

Figura A1

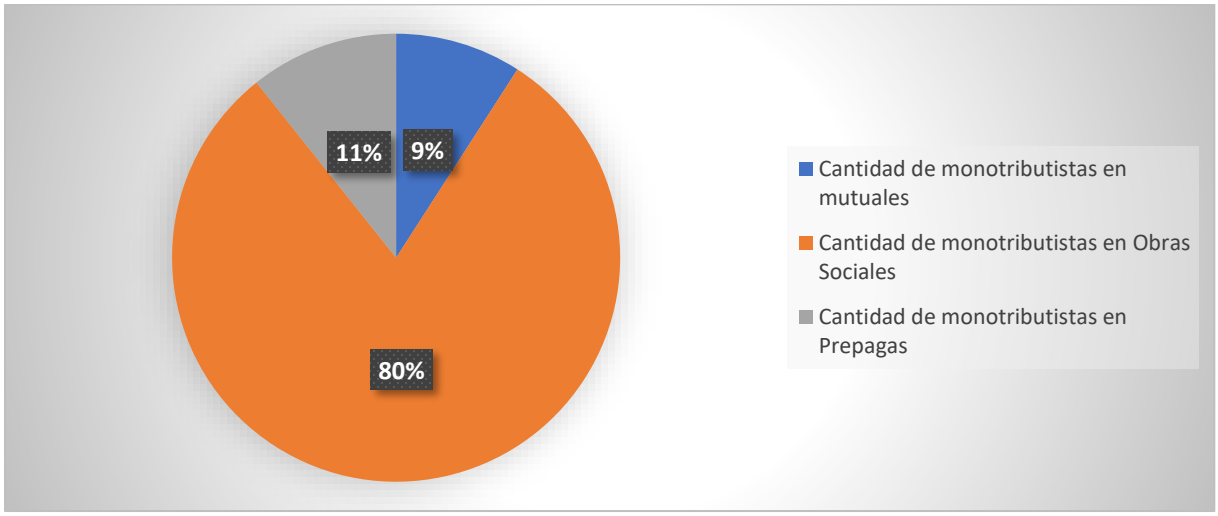
Porcentaje de Monotributistas en Mutuales, Obras Sociales y Sistema de Medicina Prepagas -febrero 2025



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, sección “Estadísticas”, Ministerio de Salud de la Nación (2025). Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sssalud/estadisticas

Figura A2

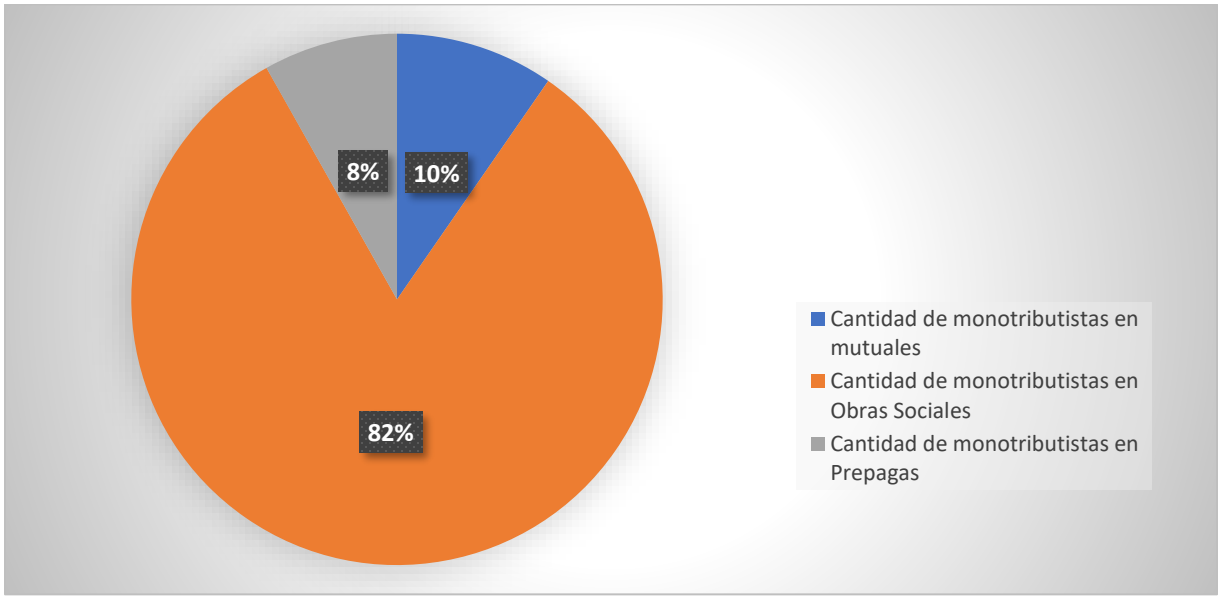
Porcentaje de Monotributistas en Mutuales, Obras Sociales y Sistema de Medicina Prepagas -Septiembre 2025



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, sección “Estadísticas”, Ministerio de Salud de la Nación (2025). Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sssalud/estadisticas

Figura A3

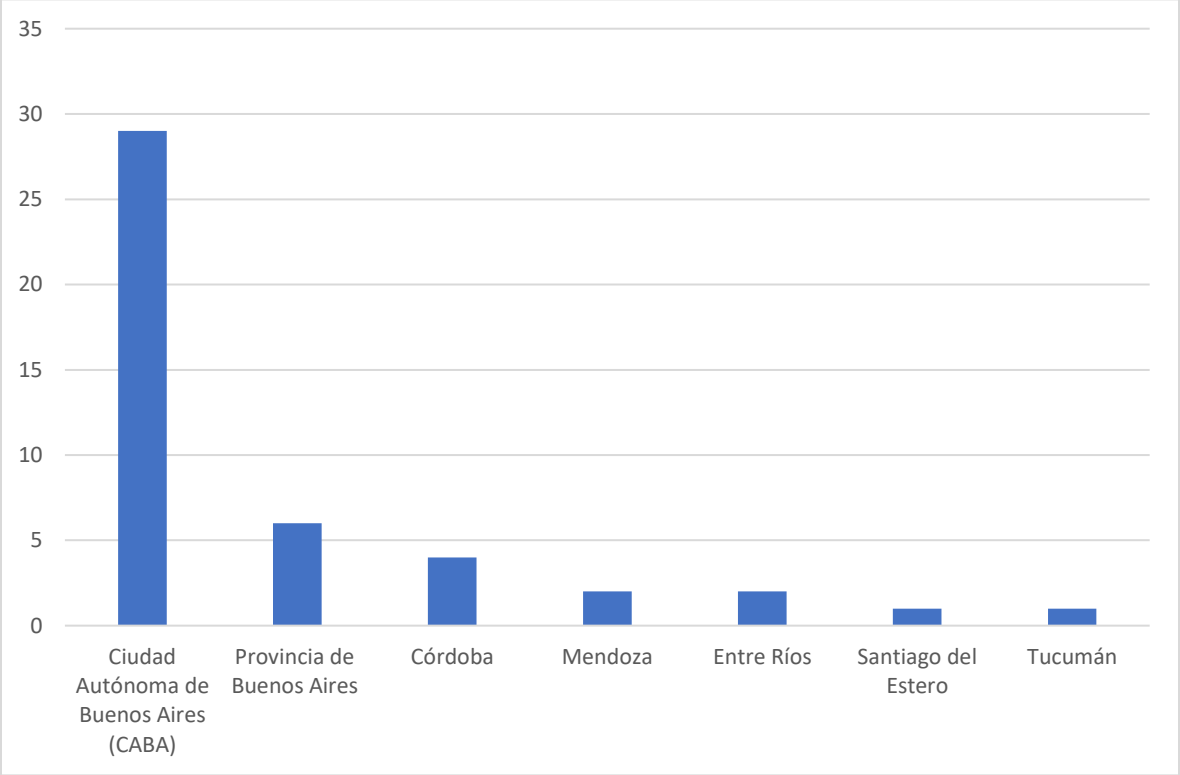
Porcentaje de Monotributistas en Mutuales, Obras Sociales y Sistema de Medicina Prepagas Marzo 2026



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, sección “Estadísticas”, Ministerio de Salud de la Nación (2026). Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sssalud/estadisticas

Figura A4

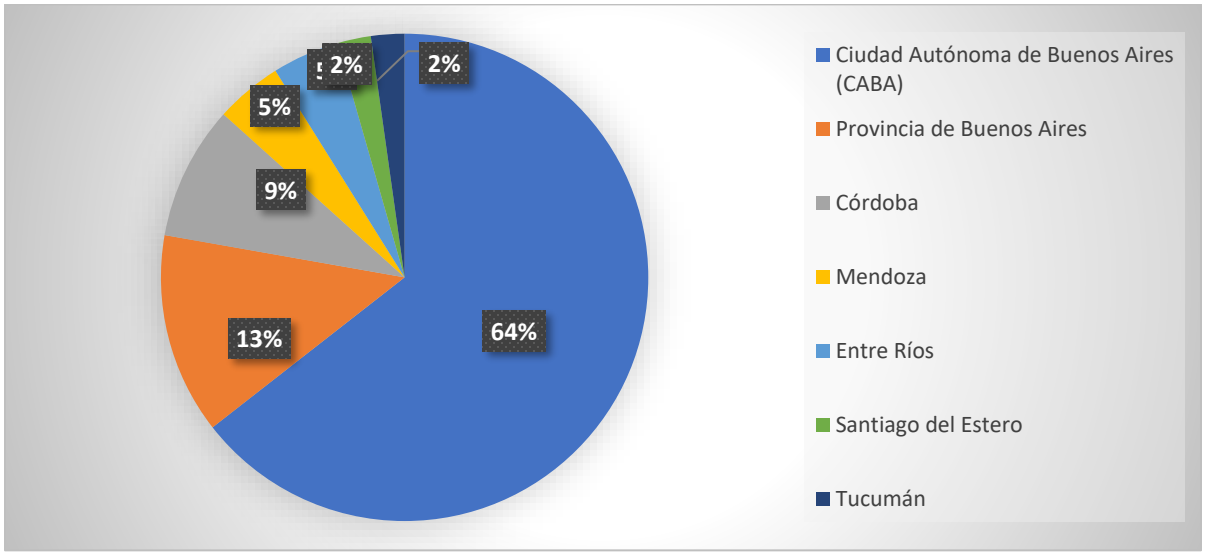
Cantidad de Agentes del Seguro de Salud por provincia que aceptan monotributistas *(Mayo 2026)*



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud (2026).

Figura A5

Porcentaje de Agentes del seguro de Salud por Provincia que aceptan monotributistas mayo 2026



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud (2026).

Anexo B: Marco Normativo:

Constitución Nacional

Artículo 42 establece los derechos de los consumidores y usuarios a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. También fija la obligación del Estado de controlar los servicios públicos y proteger la salud. Este artículo brinda el sustento constitucional al derecho de acceso a prestaciones de salud en condiciones justas y transparentes.

Artículo 75 inciso 22 otorga jerarquía constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconoce el derecho a la salud, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos que garantiza la protección integral de la persona. Por esta vía, el derecho a la salud adquiere jerarquía constitucional y debe ser protegido en todo el ordenamiento jurídico.

Ley 20.321/73 Orgánica de Asociaciones Mutuales (1973)

Constituye el pilar fundamental que regula la existencia y funcionamiento de las mutuales. Esta norma reconoce a las mutuales como asociaciones civiles sin fines de lucro, creadas con el propósito de brindar servicios a sus asociados bajo principios de solidaridad y ayuda recíproca. La ley establece que dichas entidades pueden desarrollar actividades en

diversos ámbitos, entre ellos la salud, la educación, la vivienda, el crédito y la recreación, siempre en beneficio de sus miembros.

Asimismo, la norma dispone los requisitos para su constitución, que incluyen la aprobación de un estatuto y la inscripción en el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), organismo encargado de la fiscalización y control de estas asociaciones. La ley también regula la administración de los fondos y el patrimonio, que deben destinarse exclusivamente a los fines mutuales, y establece la responsabilidad de los directivos en la gestión, quienes deben rendir cuentas periódicamente a los asociados.

Ley 23.660 – Obras Sociales (1989)

Define el funcionamiento y financiamiento de las obras sociales sindicales y no sindicales. Los artículos 1 y 2 establecen a los beneficiarios obligatorios como trabajadores en relación de dependencia, jubilados, pensionados y su grupo familiar. Los artículos 16 y 17 regulan el financiamiento mediante aportes y contribuciones. El artículo 27 otorga a la Superintendencia de Servicios de Salud la función de control. Esta norma constituye la base estructural del sistema de obras sociales, sobre la cual se integraron luego los monotributistas.

Decreto 1615/1996 creó la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) mediante 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). Con esta reorganización institucional, el Estado consolidó en un organismo descentralizado la función de regular, fiscalizar y supervisar el accionar de las obras sociales y del sistema nacional del seguro de salud. La SSS asumió un rol central en la administración del Fondo Solidario de

Redistribución y en la garantía de las prestaciones mínimas obligatorias, constituyéndose en un pilar de la institucionalidad moderna del sistema de salud argentino.

El Decreto 504/1998 profundizó el proceso de desregulación del sistema de obras sociales, al ampliar el derecho de opción de los beneficiarios para elegir la entidad de cobertura. Esta norma permitió que tanto los trabajadores en relación de dependencia como los monotributistas ejercieran la libre elección de obra social, en un marco de mayor competencia entre entidades.

Ley 24.977 – Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo) (1998) Integra en una sola cuota los aportes impositivos y previsionales. Establece que una parte de la contribución se destina a la seguridad social y a la obra social, extendiendo la cobertura a monotributistas y su grupo familiar. Esta ley es el puente normativo que incorpora a los pequeños contribuyentes al sistema nacional de salud regulado por la Ley 23.660.

El Decreto 504/1998 publicado en el Boletín oficial el 13 de Mayo de 1998, profundizó el proceso de desregulación del sistema de obras sociales al ampliar el derecho de opción de los beneficiarios. Esta norma permitió que tanto los trabajadores en relación de dependencia como los monotributistas ejercieran la libre elección de obra social, en un marco de mayor competencia entre entidades.

La Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud aprobó el Programa Médico Obligatorio (PMO) publicada en el Boletín Oficial el 16 de Octubre del año 2000, estableció un catálogo de prestaciones mínimas que las obras sociales debían garantizar a todos sus beneficiarios. Este antecedente normativo fijó un “piso prestacional” uniforme que buscaba reducir desigualdades

derivadas de la fragmentación del sistema. Aunque fue derogada en 2006, su impacto histórico permite comprender cómo el Estado intentó asegurar la cobertura básica en un contexto de creciente mercantilización de los servicios sanitarios.

El Decreto 1400/2001 reguló el derecho de opción de los beneficiarios de obras sociales , Publicado en el Boletín Oficial el 5 de Noviembre del año 2001, creó un registro único de datos de la seguridad social y reforzó el Fondo Solidario de Redistribución. Su objetivo fue garantizar la continuidad de la cobertura en un contexto de crisis institucional y evitar la discrecionalidad en el otorgamiento de subsidios financieros

El Decreto 486/2002, Publicado en el Boletin Oficial el 14 de Marzo del año 2002, el reglamentó el ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios de obras sociales, estableciendo procedimientos para el cambio de entidad, la creación de un padrón único y el fortalecimiento del Fondo Solidario de Redistribución. Su objetivo fue garantizar la transparencia y la continuidad de la cobertura en un contexto de crisis institucional, reafirmando el rol del Estado como regulador y garante de derechos. Este antecedente resulta relevante para la historia normativa del derecho a la salud en Argentina, ya que buscó equilibrar la fragmentación del sistema y asegurar un piso de equidad en el acceso.

Ley 26.682 de Regulación de Medicina Prepaga (2011)

La ley establece que las empresas de medicina prepaga deben brindar como cobertura mínima el Programa Médico Obligatorio (PMO), asegurando un estándar básico de prestaciones para todos los afiliados. Asimismo, dispone que la Superintendencia de Servicios de Salud actúe

como autoridad de aplicación, encargada de fiscalizar y controlar el cumplimiento de las obligaciones por parte de las entidades reguladas. En relación con los contratos, la norma regula las condiciones de afiliación, la información que debe recibir el usuario y los mecanismos de autorización para los aumentos de cuotas, evitando prácticas abusivas.

En términos de derechos, la Ley 26.682 reconoce a los usuarios la posibilidad de acceder a información clara y veraz, la libre elección de prestadores y la protección frente a cláusulas contractuales que pudieran resultar perjudiciales. De este modo, la norma consolida la medicina prepaga como un componente del sistema de salud argentino, junto con las obras sociales sindicales y el sector público, fortaleciendo la articulación entre los distintos subsistemas y garantizando un marco de equidad y seguridad jurídica para los beneficiarios.

Decreto 743/2022, publicado en noviembre de 2022, estableció un nuevo régimen de aumentos para las cuotas de medicina prepaga en Argentina, vigente desde febrero 2023 por 18 meses. Implementó un tope de incremento basado en el índice RIPTE para afiliados con ingresos netos inferiores a 6 Salarios Mínimos, Vitales y Móviles, y fomentó planes con copagos

Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2023 ,El Decreto de Necesidad y Urgencia 70/2023 declara la emergencia pública hasta el 31 de diciembre de 2025 en materia económica, fiscal, laboral y sanitaria, impulsando una amplia desregulación de la economía, el comercio y la industria, incluyendo la derogación de la Ley de Alquileres y reformas en el derecho laboral y societario.

Ley 27.742 Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos (2024)

Otorga fuerza de ley a las reformas estructurales que el decreto inició por vía ejecutiva, proporcionando mayor estabilidad jurídica y eliminando trabas para la competencia directa en el mercado de la salud.

Decreto 170/2024

Reglamenta el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Programa Médico Obligatorio. Determina el alcance mínimo de prestaciones que deben brindar las obras sociales y entidades de medicina prepaga. Define el piso de cobertura que debe garantizarse a todos los beneficiarios, incluidos los monotributistas.

Decreto 955/2024

Crea el Registro de Agentes del Seguro de Salud para Monotributistas. Establece la libre elección de obra social cada 12 meses, garantizando estabilidad. Regula la accesibilidad progresiva a coberturas adicionales como el PMOE y el SURGE tras 6 meses de permanencia. Preserva los derechos adquiridos de los afiliados anteriores. Este decreto actualiza el sistema, ordenando la relación entre monotributistas y obras sociales, aportando transparencia y previsibilidad.

Resolución 1/2025

De la Superintendencia de Servicios de Salud complementa y operacionaliza el Decreto 170/2024, profundizando el proceso de desregulación en el régimen simplificado. Establece que los aportes de los monotributistas que eligen una prepaga se transfieren directamente a la entidad elegida, sin intermediación de obras sociales sindicales. Además, crea el Registro Nacional de

Agentes del Seguro de Salud (RNAS), donde deben inscribirse las entidades que deseen atender a pequeños contribuyentes, y habilita el cambio de prestador cada 12 meses.

Esta resolución introduce mecanismos de trazabilidad y transparencia, pero también consolida una lógica de competencia entre prestadores que puede afectar la redistribución de aportes y la sostenibilidad del sistema solidario. En este sentido, se convierte en un instrumento clave para analizar cómo las decisiones administrativas inciden en la estructura del sistema de salud argentino y en el acceso efectivo al derecho a la salud.