



19 de Marzo de 2026 – Número 1.170

EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS ESTÁ COLAPSADO

Un criterioso informe técnico de la CGT alerta que el sistema de salud de la seguridad social es inviable. La principal razón es la inflación de promesas en el PMO con financiamiento limitado. La solución pasa por ordenar el PMO y aumentar los subsidios para elevar los aportes de las familias de menores ingresos.

El sistema de obras sociales nacionales, conformado por las obras sociales sindicales y de personal de dirección, basa su financiamiento en el aporte obligatorio de los trabajadores. A mediados de la década de los '90 se relajó el principio de afiliación cautiva a la obra social de actividad permitiendo a los afiliados elegir su obra social. Esto dio pie al ingreso de las empresas de medicina prepaga. La instrumentación era a través de convenios con obras sociales para que éstas, a cambio de una comisión, derivan a la prepaga el aporte obligatorio.

En el 2025 se puso fin a la “derivación de aportes” incorporando a las empresas de medicina prepaga al sistema a competir en forma directa con las obras sociales. Se eliminó la intermediación de las obras sociales derivadoras y las personas ahora pasan a ser afiliadas directas de las prepagas. Como consecuencia de ello el sistema quedó conformado con 290 obras sociales que aglutinan el 64% de la recaudación y 50 empresas de medicina prepaga con el 36% restante. **Se trata de un cambio importante pero puntual que no resuelve los problemas financieros más serios que viene acumulando el sistema.**

En este marco, los principales directivos de la CGT, en su carácter de administradores de las obras sociales sindicales, emitieron un “Informe de Situación de Obras Sociales” donde **alertan sobre la presencia de una crisis sistémica** que trasciende la incorporación de las prepagas a la seguridad social. En este documento la CGT señala que:

- El **nivel promedio de los recursos per cápita** del sistema de obras sociales y prepagas es de **\$67.525** por mes, dato verificado con los de recaudación de ARCA.
- El **67%** de los afiliados cuenta con recursos per cápita inferiores a este promedio.
- El **costo del Programa Médico Obligatorio (PMO)** se estima en **\$85.000** por mes.

Estos datos muestran que **en el sistema de obras sociales y prepagas los recursos disponibles están lejos de cubrir los costos de las obligaciones estipuladas en el PMO**. Las dimensiones del desfinanciamiento se agigantan cuando se computan unos 2 millones de monotributistas que también fueron integrados al sistema pero que en su mayoría aportan apenas \$22.000 por mes. Es decir, **la mayoría de los afiliados aportan por debajo del costo del PMO**.

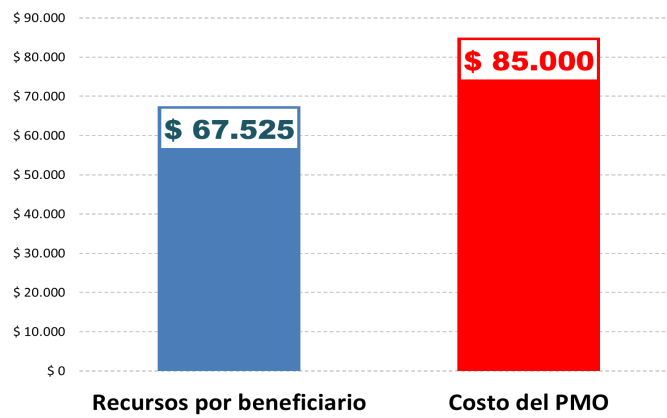
El PMO fue creado por una resolución ministerial en 1996 como un listado de prestaciones médicas básicas. Pero sucesivas leyes lo fueron ampliando e incorporando prestaciones no médicas, como los servicios sociales a la discapacidad, a las adicciones y a la salud mental. Asimismo, como el listado no es taxativo sino abierto se entiende que toda nueva innovación en medicina (como los medicamentos biológicos) están implícitamente incluidos en el PMO. Un hecho notable es la ampliación del PMO vía amparos judiciales. Se estima que actualmente hay 1 amparo por cada 1.000 afiliados y la tendencia es creciente.

La base para comenzar a recomponer el sistema es restablecer la consistencia entre las prestaciones que se obliga al sistema a proveer y el financiamiento que se dispone. Para ello es imprescindible, por un lado, ordenar el PMO. Los servicios sociales para la discapacidad, adicciones, salud mental, geriatría deben ser financiados y gestionados por el Estado a través de sus órganos competentes como la Secretaría Nacional de Discapacidad (ex-ANDIS), Sedronar y la Dirección Nacional de Salud Mental. Las innovaciones en medicina deben ser incorporadas, en la medida que sean costo-efectivas, por la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías (CONETEC). En otras palabras, volver a la idea original del PMO como un conjunto de prestaciones médicas básicas y convencionales. En paralelo, es fundamental mejorar el financiamiento del 67% de los afiliados que están por debajo de la cápita promedio. Esto es posible utilizando el 100% del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) para elevar los aportes per cápita de las familias de menores ingresos, en lugar de destinarlo a subsidios que la propia CGT reconoce que se asignan con criterios arbitrarios.

El sistema de obras sociales y prepagas sufre las consecuencias de una doble demagogia. La primera es la de incorporar, vía leyes y sentencias judiciales, prestaciones al PMO sin contemplar su financiamiento. La otra es incorporar a la cobertura a gente con aportes muy limitados, como es el caso de los monotributistas. Para salir de esta profunda crisis es imprescindible que las promesas se alineen con el financiamiento disponible.

Recursos mensuales por beneficiario y costo del PMO

Las fuentes y los datos en formato Excel utilizados en este informe pueden ser solicitados a info@idesa.org



Fuente: **IDESA** en base a informe CGT y ARCA