INFORME NACIONAL

IDESA

1 de Noviembre de 2026 – Número 1.198

PREPAGAS Y OBRAS SOCIALES DE DIRECCIÓN RECIBEN LA MITAD DE LA RECAUDACIÓN

Para que la libre elección de obra social induzca una buena administración de los recursos es imprescindible un entorno apropiado. Dentro de las reglas que hay que mejorar es fundamental un diseño más cuidadoso del PMO y usar el FSR para atenuar el desfinanciamiento de los afiliados de más bajos aportes.

El sistema de obras sociales nacionales se financia con el 9% del salario. El 85% se destina a la entidad responsable de la cobertura y el 15% restante al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) para subsidios compensadores. **Hasta 1996 el trabajador era afiliado cautivo de la obra social de su actividad laboral pero con la desregulación de esa época se estableció la libertad de elección entre obras sociales**. Como la competencia quedó limitada a las obras sociales, las prepagas optaron por celebrar convenios con obras sociales para captar a través de ellas a los afiliados de mayores ingresos de la seguridad social. Este método se denominó "derivación de aportes". En general, por esta vía –dado que los aportes más altos, en muchos casos, son complementados con gasto de bolsillo– se comercializaban planes más costosos con acceso más ágil a prestadores médicos privados de mayor calidad.

En enero del 2025 se dio fin al esquema de "derivación de aportes" y **se obligó a las prepagas a participar de manera directa en igualdad de condiciones con las obras sociales**. Esto implica que dejan de pagar la comisión por la "derivación de aportes" y pasan a tener la obligación de recibir a cualquier afiliado que opte por ellas, independientemente del nivel de su aporte salarial.

A poco más de un año de vigencia de esta nueva regla, el sistema de seguridad social para la cobertura de la salud cambió en su conformación. Según datos de ARCA, correspondiente a mayo del 2026 se observa que:

- Hay **53 prepagas** que capturan el **24%** de la recaudación.
- Hay **17 obras sociales de dirección** que capturan el **26%** de la recaudación donde la mayor es **OSDE** que tiene el **21%** de la recaudación.

- Hay **264 obras sociales sindicales** que aglutinan el restante **50%** de la recaudación.

Estos datos muestran la **segmentación del sistema de salud de la seguridad social**. La mitad son trabajadores de ingresos más altos afiliados a las prepagas y a las obras sociales de dirección y acceden a prestadores médicos privados de mayor calidad. La otra mitad son trabajadores de más bajos ingresos afiliados a obras sociales sindicales que tienen limitado acceso a médicos privados y, con mucha frecuencia, terminan recurriendo al hospital público.

Bajo las nuevas reglas se hace más explícita la inconsistencia de que todos los afiliados tengan derecho al mismo Programa Médico Obligatorio (PMO) con montos de aportes muy heterogéneos. Para muchos afiliados el costo del PMO supera con holgura el monto de sus aportes. Al establecer la libre elección sin restricciones se está estimulando la migración de afiliados de bajos ingresos a las empresas de medicina prepaga incorporando un factor de inestabilidad a la segmentación que prevaleció hasta la reforma. La principal consecuencia es que se pone en riesgo de desfinanciamiento a las empresas de medicina prepaga y a las obras sociales de dirección. **Queda en evidencia que la libre elección con reglas financieras inapropiadas desfinanciará incluso a las entidades más eficientes**.

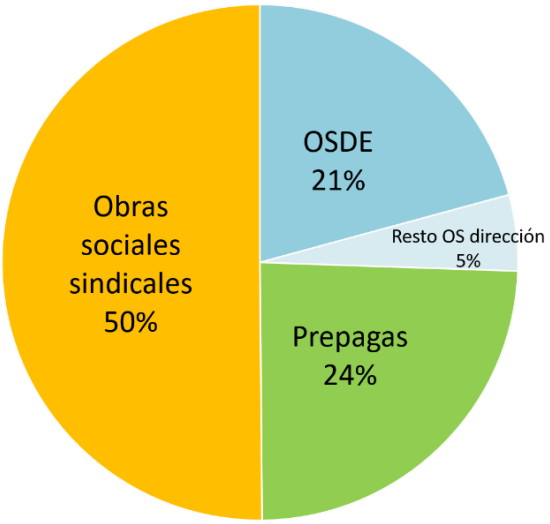
La solución pasa por **usar la totalidad del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) para complementar los aportes de los trabajadores de bajos ingresos**. De esta manera, quienes migren a las prepagas y las obras sociales de dirección irán con un aporte más acorde a las prestaciones que aspiran ya que el sistema tendrá un piso de ingreso per cápita familiar más elevado mejorando las posibilidades de brindarles el PMO. El otro cambio esencial es **terminar con el voluntarismo en la definición de las prestaciones del PMO**. Particularmente importante es que la discapacidad tenga un financiamiento estatal específico y no como en la actualidad donde se pretende cubrir con los mismos recursos para la salud las prestaciones asistenciales no sanitarias de las personas con discapacidad.

Para no repetir fracasos urge anexar a la libre elección de obra social y prepaga reglas de financiamiento apropiadas. Hay que definir con realismo el PMO de manera acorde con los niveles de ingresos per cápita familiar del sistema y garantizar un piso razonable de financiamiento a todos los afiliados. El PMO tiene que ajustarse al financiamiento disponible del sistema. Caso contrario, es una declaración de derechos cargada de mucha hipocresía.

Distribución de la recaudación del sistema de obras sociales nacionales

Mayo 2026

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



Fuente: **IDESA**
en base a ARCA