

# Modificaciones al régimen de Obras Sociales y al Seguro Nacional de Salud

## - Decretos 170, 171 y 172 del año 2024 -

### Contenido

|  |    |
|--|----|
| Resumen ejecutivo  | 2  |
| 1. Decreto 170/24: ampliación del sistema de obras sociales y facilitación del “derecho de opción”           | 3  |
| 1.1. Incorporación de empresas y entidades de medicina prepaga al régimen de obras sociales                  | 3  |
| 1.2. Libertad de elección  | 3  |
| 1.3. Limitación del derecho de opción de jubilados y pensionados   | 4  |
| 1.4. Reglamentación del plazo de permanencia   | 5  |
| 1.5. Análisis  | 5  |
| 2. Decreto 171/24: aportes y contribuciones, registro de entidades y Fondo Solidario de Redistribución (FSR) | 6  |
| 2.1. Financiación del sistema  | 6  |
| 2.2. Contribución al FSR sobre “aportes adicionales”   | 6  |
| 2.3. Modificaciones a la reglamentación de las obras sociales (Dec. 576/93)                                  | 7  |
| 2.4. Beneficiarios/as del sistema  | 8  |
| 2.5. Información contable  | 8  |
| 2.6. Prácticas prohibidas  | 9  |
| 2.7. Facultades reglamentarias de la SSSN  | 9  |
| 2.8. Incorporación como prestadores de hospitales y centros de salud de todas las jurisdicciones             | 10 |
| 2.9. Modalidades, nomencladores y valores de las prestaciones  | 10 |
| 2.10. Modificaciones a la reglamentación de entidades y empresas de medicina prepaga (Decreto 1993/2011)     | 10 |
| 2.11. Eliminación de la aprobación de los contratos por la autoridad   | 11 |
| 2.12. Libertad para establecer aumentos  | 11 |
| 2.13. Aumentos por edad a personas mayores de 65 años  | 12 |
| 2.14. Análisis   | 13 |

|  |    |
|--|----|
| 3. Decreto 172/24: pagos a establecimientos públicos de salud de las prestaciones realizadas a afiliados de obras sociales y entidades de medicina prepaga | 14 |
| 3.1. Análisis  | 14 |

## Resumen ejecutivo

- Los Decretos 170, 171 y 172 del 2024 modifican las leyes 23.660 de obras sociales y 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud, y sus reglamentaciones, con relación a numerosos y variados aspectos; entre ellos, los requisitos de inscripción, funcionamiento, financiamiento y contralor de las entidades de salud.
- Se incorporan como Agente del Seguro Nacional de Salud a las entidades y empresas de medicina prepaga reguladas por la Ley 26.682, modificándose su reglamentación.
- Se introducen cambios en la libre elección de obra social y con relación al plazo de permanencia.
- Se establece la obligación de las entidades de salud de depositar el 20% de los aportes adicionales al Fondo Solidario de Redistribución, y se dictan normas sobre fiscalización, verificación y requisitos para prestadores de servicios de salud.
- Se permite la libre fijación de valores, prestaciones, coberturas y contenidos de los contratos a los agentes del Sistema, quienes además podrán pactar libremente con los efectores públicos las condiciones del pago de las prestaciones realizadas a personas con cobertura de salud.
- La Superintendencia de Servicios de Salud será la autoridad de aplicación de las leyes modificadas y su normativa reglamentaria, con amplias facultades reglamentarias.

## 1. Decreto 170/24: ampliación del sistema de obras sociales y facilitación del “derecho de opción”

## 1.1. Incorporación de empresas y entidades de medicina prepaga al régimen de obras sociales

El DNU 70/2023 (art. 270) incorporó dentro del régimen de obras sociales establecido por la [Ley 23.660](#), a las entidades reguladas por la [Ley 26.682](#) cuyo objeto consista en brindar prestaciones de salud a personas humanas, a través de una modalidad de asociación voluntaria individual o corporativa.

**Antes** sólo estaban alcanzadas por el régimen de obras sociales las

- obras sociales sindicales,
- obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados,
- obras sociales de las empresas y sociedades del Estado
- obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas

**Ahora** se incorporan (por el DNU 70/23) al régimen de obras sociales las

- empresas de medicina prepaga
- cooperativas
- mutuales
- asociaciones civiles y fundaciones

(\*) Puede afirmarse que estas últimas entidades ya estaban comprendidas en el régimen de la Ley 23.660 ya que en su redacción originaria (artículo 1° inc. "h") dispone que la misma se aplica a "(t)oda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley"; es decir, que tenga como fin la prestación de servicios de atención de la salud.

## 1.2. Libertad de elección

El Sistema Nacional del Seguro de Salud creado por [Ley 23.661](#) reconoce entre los derechos de las y los beneficiarios (afiliados/as), el de la libre elección o “derecho de opción” de los prestadores para la atención de su salud (art. 25), cuyo ejercicio fue reglamentado por [Dec. 504/98](#).

**Antes** las y los beneficiarios debían permanecer como mínimo UN (1) año en la obra social correspondiente a su rama de actividad antes de poder ejercer su derecho de opción.

**Ahora** las y los beneficiarios no deberán esperar el transcurso de un año cuando opten por una entidad de medicina prepaga de las reguladas por la Ley 26.682. Podrán optar **desde el mismo momento del inicio de una relación laboral** por cualquier obra social o por una empresa de medicina prepaga, una cooperativa, una mutual, una asociación civil o una fundación, siempre que se encuentren registradas como agentes del Seguro de Salud ante la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSSN).

También se derogó el régimen especial para que las y los beneficiarios de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios efectuaran su derecho de opción, que establecía el Decreto 638/97.

El derecho de opción deberá hacerse efectivo a partir del primer día hábil del mes siguiente al que se hizo formalmente la solicitud.

## 1.3. Limitación del derecho de opción de jubilados y pensionados

Se mantiene la limitación para las y los jubilados y pensionados (art. 9, Dec. 504/98) que sólo podrán optar entre:

- el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI)
- Obras Sociales inscriptas en el REGISTRO DE AGENTES DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD PARA LA ATENCION MEDICA DE

JUBILADOS Y PENSIONADOS creado por el artículo 10 del Decreto N° 292/95

#### 1.4. Reglamentación del plazo de permanencia

La SSSN podrá reglamentar un **plazo mínimo de permanencia** en el prestador elegido:

- el plazo **no podrá ser mayor a un (1) año**
- el derecho de opción **podrá volver a ejercerse las veces que se desee**
- el plazo mínimo de permanencia, en el caso que lo hubiera, **no se aplicará** cuando un afiliado o afiliada a un Agente del Seguro de Salud, además haya elegido una entidad de medicina prepaga como prestadora de su cobertura médica

#### 1.5. Análisis

La inclusión de empresas de medicina prepaga, cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones al régimen de obras sociales podría ampliar la cobertura de salud y ofrecer más opciones a los beneficiarios. Sin embargo, es importante considerar que las modificaciones realizadas al régimen regulatorio del seguro de salud eliminan controles y ámbitos de concertación federal, de modo que será difícil garantizar el adecuado funcionamiento del sistema, la igualdad de trato entre efectores y la existencia de estándares de atención de la salud uniformes en todas las jurisdicciones.

La eliminación del requisito de permanencia obligatoria de 1 año en la obra social correspondiente a la rama de actividad del beneficiario antes de poder ejercer su derecho de opción, se supone que permitiría a los beneficiarios acceder a la atención médica que mejor se adapte a sus necesidades desde el inicio de una relación laboral. No obstante, no queda claro cómo funcionará en la práctica el derecho de opción y las consecuencias que podría generar una mayor rotación de beneficiarios/as entre los diferentes agentes del sistema; esto también podría tener efectos adversos para la estabilidad financiera de las entidades y para la planificación de mediano plazo de los planes prestacionales ofrecidos.

No obstante, lo anterior, la posibilidad de que la SSSN dicte reglamentaciones reimplantando el plazo mínimo de permanencia, genera dudas acerca de las verdaderas intenciones de la norma en este punto. Es posible que una vez puesta en funcionamiento la nueva regulación, la autoridad de aplicación ejerza esas facultades y reinstale los plazos de permanencia obligatoria con criterios que puedan perjudicar su funcionamiento uniforme en todo el país.

Será fundamental la información que se brinde a las y los beneficiarios del sistema del seguro nacional de salud, tanto de parte de la SSSN como de las entidades prestadoras, para que aquellos puedan ejercer el derecho de opción (o permanencia) en forma adecuada a sus intereses y los de su grupo familiar.

No debe perderse de vista que tanto el derecho a la información, como el derecho a la protección de la salud, son derechos de rango constitucional y de orden público (v. Art. 42, Const. Nac. y Ley 24.240) y que cualquier reglamentación de aspectos vinculados a ellos, deben respetar los estándares normativos y jurisprudenciales que rigen al respecto.

De igual manera, debe señalarse que el derecho de elección del consumidor es un derecho a su favor, y que puede ejercer sobre cualquier entidad de las inscriptas previamente en el registro. En estos términos, dichas entidades deben necesariamente aceptar a quienes ejerzan la opción, estando obligadas como mínimo, al cumplimiento del PMO, sin poder por ello cobrar cargos extras ni imponer otras condiciones. En los hechos, esto puede generar situaciones en las que por reglamentación, o en la práctica, los proveedores (en especial los de mayor renombre, que serán probablemente por los que más se opte en el mercado) opten por negar la opción ejercida sin el pago de extras. Otra alternativa sería la necesaria generación de nuevas cartillas de prestadores (limitadas para disminuir los costos), en los casos en los que los consumidores opten sin realizar pagos complementarios.

## **2. Decreto 171/24: aportes y contribuciones, registro de entidades y Fondo Solidario de Redistribución (FSR)**

### **2.1. Financiación del sistema**

El sistema de obras sociales y entidades de medicina prepaga se financia de la siguiente manera:

- Contribución a cargo del empleador: seis (6) por ciento de la remuneración de las y los trabajadores
- Contribución a cargo de las y los trabajadores: tres (3) por ciento más un uno y medio (1,5) por ciento por cada beneficiario a cargo del afiliado titular
- Trabajadores/as de empresas y sociedades del Estado: aporte no inferior al promedio del salario de los últimos doce (12) meses
- Aportes de jubilados/as y pensionados/as y los determinados por otras leyes, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares.

## 2.2. Contribución al FSR sobre “aportes adicionales”

El artículo 19 bis de la Ley N° 23.660 (incorporado por el DNU 70/23) dispone que cuando las entidades reciban aportes adicionales a los correspondientes a la contribución de los empleadores y los aportes a cargo de las y los trabajadores, deberán depositar el 20 % de ellos al Fondo Solidario de Redistribución (FSR).

El FSR tiene por objetivo garantizar la existencia de recursos, y su adjudicación en tiempo y forma a los prestadores, para el reintegro del costo de cobertura de prestaciones de alto impacto económico y generalmente prolongadas en el tiempo. Por otro lado, según los considerandos del DNU 171/24, son “aportes adicionales” aquellos que las entidades reciban por la comercialización de planes prestacionales complementarios a la cobertura médica obligatoria cubierta por contribuciones patronales y aportes de trabajadores y trabajadoras.

## 2.3. Modificaciones a la reglamentación de las obras sociales (Dec. 576/93)

Como consecuencia del ingreso de los nuevos agentes del sistema del seguro de salud, el DNU 171/24 efectúa una serie de modificaciones a las reglamentaciones de la Ley de Obras Sociales 23.660 establecida por el [Decreto N° 576/93](#).

Entre ellas, pueden destacarse las siguientes:

- las empresas y entidades de medicina prepaga reguladas por la Ley 26.682 que pretendan ser elegibles para el ejercicio del derecho de la libre elección del Agente del Seguro de Salud, deberán anotarse en el registro respectivo que lleva la SSSN
- exclusión del sistema a aquellas entidades categorizadas como “C” por la SSSN (cf. art. 1°, [Res. SSSN 1950/21](#)), que son las que no cubren el Programa Médico Obligatorio vigente y/o el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la ley 24.901 (v. art. 7, Ley 26.682)
- las empresas y entidades de medicina prepaga podrán ofrecer “planes superadores” tomando a cuenta los aportes y contribuciones obligatorios
- cuando por cualquier motivo finalice la contratación del plan, el beneficiario podrá optar por otro agente del seguro de salud sin limitación temporal

## 2.4. Beneficiarios/as del sistema

Son beneficiarios del sistema:

- los grupos familiares primarios del afiliado titular (cónyuge; hijos/as solteros/as hasta los 21 años y menores de 25 cuando cursen estudios regulares; hijos/as incapacitados/as a cargo del titular; hijos/as del/la cónyuge; menores bajo guarda o tutela que cumplan con las condiciones anteriores)
- las personas que convivan con la persona titular y reciban trato familiar
- la SSSN podrá autorizar la inclusión de otras personas ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, fijándose un aporte adicional del 1,5% por cada una de ellas

- las personas beneficiarias no titulares que estén a cargo de más de un beneficiario titular deberán optar por una única cobertura de un agente del seguro

## 2.5. Información contable

Las empresas y entidades de medicina prepaga deberán discriminar en sus balances los ingresos y egresos vinculados a la comercialización de planes prestacionales que involucren el pago de aportes adicionales, con la finalidad de verificar por parte de la autoridad de aplicación el cumplimiento del depósito del 20% de esos ingresos al FSR (cf. art. 19 bis de la Ley 23.660).

A la vez, deberán presentar **anualmente** ante la autoridad de aplicación (art. 4, Ley 23.660, modif. por art. 273 del Decreto N° 70/2023):

1. el programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
2. el presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento y la ejecución del programa;
3. la memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior;
4. el registro electrónico de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de confeccionar un registro de estos.

La autoridad de aplicación tendrá 30 (treinta) días hábiles desde la presentación para expedirse sobre la misma, realizando las observaciones o el rechazo de la propuesta, valiendo el silencio al respecto como aprobación tácita (art. 18, Ley 23.661).

## 2.6. Prácticas prohibidas

Se mantiene el enunciado de prácticas prohibidas contemplado en el art. 1 del Anexo del Dec. 576/93:

- supeditar la afiliación al cumplimiento de ningún requisito no previsto en la ley o sus reglamentaciones;
- efectuar discriminación alguna para acceder a la cobertura básica obligatoria;

- realizar examen psico-físico o equivalente, cualquiera sea su naturaleza, como requisito para la admisión;
- establecer períodos de carencia, salvo con relación a personas con residencia en el país que carezcan de cobertura por no poseer tareas remunerada (art. 5° inc. c, Ley N° 23.661). La reglamentación dispone que sólo podrá establecerse un período de carencia para la primera afiliación
- decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado.

## 2.7. Facultades reglamentarias de la SSSN

Se confieren amplias facultades reglamentarias a favor de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, en su carácter de autoridad de aplicación (cf. art. 25, Ley 23.660), para administrar, controlar e incluso modificar el sistema.

## 2.8. Incorporación como prestadores de hospitales y centros de salud de todas las jurisdicciones

Será el Ministerio de Salud de la Nación quien dicte las normas reglamentarias necesarias para incorporar al sistema del Seguro Nacional de Salud a hospitales y centros de salud ubicados en las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## 2.9. Modalidades, nomencladores y valores de las prestaciones

**Antes** de las modificaciones incorporadas al sistema, las modalidades, nomencladores y valores de las prestaciones eran aprobados y elaborados por la autoridad de aplicación, pudiendo establecer la obligatoriedad de esas pautas en determinados casos.

**Ahora** esas modalidades, nomencladores y valores tendrán en todos los casos una “finalidad exclusivamente indicativa” sin fuerza obligatoria para los proveedores de servicios de salud.

## 2.10. Modificaciones a la reglamentación de entidades y empresas de medicina prepaga (Decreto 1993/2011)

La normativa siempre permitió que las entidades y empresas de medicina prepaga ofrezcan planes con coberturas parciales (art. 7, Ley 26.682) cuando se trata de:

- prestaciones odontológicas exclusivamente;
- servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;
- entidades que desarrollan su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a 5.000 personas.

**Antes** esas coberturas parciales debían adecuarse a lo establecido en la reglamentación por la autoridad de aplicación que, además, podía proponer nuevos planes parciales.

**Ahora** son las entidades prestadoras las que tienen la iniciativa de proponer nuevas coberturas parciales, debiendo explicitar claramente las prestaciones cubiertas y las exclusiones de la cobertura, no pudiendo hacer referencias genéricas respecto de enfermedades de escasa aparición.

Se prohíbe la utilización de aportes de la Seguridad Social para el pago de la cuota de un plan de cobertura parcial.

## 2.11. Eliminación de la aprobación de los contratos por la autoridad

Se elimina el requisito de aprobación de los contratos por la SSSN que contemplaba el segundo párrafo del art. 10 del Decreto 1993/2011, retirándose una importante facultad de la autoridad de aplicación para revisar preventivamente los contratos, evitando así la incorporación de prácticas y cláusulas abusivas.

También se eliminaron la fijación de aranceles mínimos a través del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD DEL HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA y las pautas que regían para la aprobación de los contratos (arts. 18 y 19, Dec. 1993/2011).

## 2.12. Libertad para establecer aumentos

**Antes** la estructura de costos la establecía la SSSN sobre la base de cálculos actuariales, el costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías, las modificaciones al PMO, el costo en recursos humanos y cualquier otra circunstancia que pudiera incidir sobre esa estructura.

Una vez establecida la estructura de costos, previo dictamen vinculante de la Secretaría de Comercio de la Nación, la SSSN debía enviar al Ministerio de Salud el pedido de autorización de incrementos de las cuotas de los planes aprobados para su aprobación.

**Ahora** se elimina la intervención de la Secretaría de Comercio y del Ministerio de Salud, exigiéndose como **únicas condiciones** para establecer los aumentos las siguientes:

- que respeten la misma proporción para todos los afiliados de la entidad, tanto respecto del valor de cuota pura como de los valores adicionales por preexistencia
- informar el aumento con una antelación no inferior a los TREINTA (30) días corridos previos al vencimiento de pago de la obligación

También se eliminaron las siguientes condiciones que se exigían para establecer aumentos por edad:

- que la diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo puede hacerse una vez: al momento del ingreso del usuario al sistema
- que una vez que la persona ingresa al sistema, la cuota sólo puede modificarse por aumentos expresamente autorizados
- que la relación de precio entre la primera franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa.

### 2.13. Aumentos por edad a personas mayores de 65 años

La Ley 26.682 dispone en su artículo 12 que cuando se trata de personas mayores de 65 años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios, con la prohibición de aplicar aumentos cuando las y los beneficiarios posean más de 10 años de afiliación continua en la entidad.

**Antes** la autoridad debía definir una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo en base a la edad.

**Ahora** la exigencia de establecer una matriz actuarial para el ajuste de las cuotas se elimina del art. 12 del Decreto 1993/2011.

Se incorporan pautas más precisas para computar los 10 años de afiliación continua, para lo que se tendrá en cuenta:

- la continuidad en cualquier tipo de contratación se trate de una obra social o de una entidad de medicina prepaga
- la afiliación o contratación puede ser individual o colectiva
- la continuidad puede ser en cualquier plan de prestaciones
- los cambios en la modalidad de contratación o de planes contratados no interrumpirán nunca la antigüedad ni podrán ser considerados como una nueva afiliación

### 2.14. Análisis

Los puntos que requieren más atención, dentro de las numerosas modificaciones introducidas al sistema por el Decreto 171/24, consisten en la incorporación de las entidades de medicina prepaga como aportantes el FSR (en un 20% de los planes superadores); la liberación de los mecanismos para incrementar los valores de las coberturas y la eliminación de las facultades de las autoridades para auditar y aprobar previamente el contenido de los

contratos por adhesión (muchas veces denominados “solicitudes”) que deben firmar los beneficiarios del sistema para acceder a su cobertura de salud.

La obligación de las entidades de medicina prepaga de aportar al FSR sobre los ingresos provenientes de los planes superadores, es una carga razonable y justa en el contexto del funcionamiento solidario de todo el sistema del Seguro Nacional de Salud. Esta modificación debería contribuir a fortalecer el financiamiento del sistema ya que incorpora una nueva fuente de ingresos al FSR provenientes de todos aquellos planes de cobertura ofrecidos por las entidades, que les signifiquen ingresos por encima de los porcentajes legales de contribuciones y aportes. La preocupación que aparece es el probable incremento de los valores de esos planes superadores, ya que las “reglas del mercado” muestran que todo costo o imposición nueva es trasladada por los proveedores a las y los consumidores beneficiarios del sistema.

En cuanto a la eliminación de controles y potestades de la autoridad respecto de las coberturas, valores, aumentos y contenido de los contratos, nada hace pensar que esas modificaciones se traduzcan en beneficios para las y los usuarios del Seguro Nacional de Salud. En un sistema en donde conviven proveedores enormes, con capacidad para imponer condiciones en el desarrollo de la actividad, y también una gran cantidad de proveedores medianos y pequeños, es muy posible que 4 o 5 operadores sean los que determinen los factores esenciales (precios y condiciones) para acceder a las prestaciones.

Independientemente de lo anterior, todas las cuestiones que involucren el derecho a la información, el trato equitativo y digno, prácticas abusivas o engañosas, contratos con cláusulas abusivas, entre muchas otras, cuando exista una relación de consumo serán, a la vez, sometidas al sistema legal protectorio de consumidores y usuarios, normativa preeminente y de orden público por expresa disposición legal (arts. 3 y 65, Ley 24.240). Esto implica que la autoridad de aplicación de la Ley 24.240 sigue facultada por ley<sup>1</sup> para controlar los contratos en búsqueda de las cláusulas abusivas que pudieran existir.

---

<sup>1</sup> Ley 24.240, “ARTICULO 38. – Contrato de adhesión. Contratos en formularios. La autoridad de aplicación vigilará que los contratos de adhesión o similares, no contengan cláusulas de las previstas en el artículo anterior. La misma atribución se ejercerá respecto de las cláusulas uniformes, generales o estandarizadas de los contratos hechos en formularios, reproducidos en serie y en general, cuando dichas cláusulas hayan sido redactadas unilateralmente por el proveedor de la cosa o servicio, sin que la contraparte tuviere posibilidades de discutir su contenido (...)”.

Un ejemplo de lo anterior: cuando se trata de coberturas parciales, las entidades proveedoras de servicios de salud deben “explicitar claramente” las prestaciones cubiertas y las excluidas. Sin embargo, de conformidad con el derecho a la información que poseen consumidores y usuarios en la Constitución Nacional (art. 42) y en los artículos 4 y ccs. de la Ley 24.240 y 1100 y ccs. del Código Civil y Comercial, dicha exigencia aplica siempre y para cualquier tipo de planes, sean coberturas integrales o parciales.

### 3. Decreto 172/24: pagos a establecimientos públicos de salud de las prestaciones realizadas a afiliados de obras sociales y entidades de medicina prepaga

Las reglamentaciones derogadas son:

- la [Resolución SSSN 584/21](#) por la que se aprobó el procedimiento para el recupero de las prestaciones brindadas por Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a favor de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661
- el [Decreto 343/23 del Poder Ejecutivo Nacional](#) por el cual se crea el “SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)” con la finalidad de reorganizar e integrar los establecimientos públicos de salud, homogeneizando parámetros de calidad de atención y articulando la gestión de pacientes y el régimen de facturación y cobro por parte de los establecimientos públicos de salud a los financiadores del sistema.

#### 3.1. Análisis

El sistema anterior que establecía una serie de procedimientos específicos y controles, es reemplazado por uno de “**acuerdos libres entre las partes**” – efectores del sistema público y Agentes del Seguro de Salud – mediante la celebración de convenios para establecer mecanismos para implementar el pago de las prestaciones. Los convenios serán y podrán formalizarse a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente o en forma directa. En ellos podrá establecerse:

- el tipo de prácticas comprendidas
- su codificación
- los valores
- forma de facturación y modos de pago y
- mecanismos de resolución de controversias

La complejidad y heterogeneidades del sistema público federal de prestaciones de salud, hace difícil imaginar el adecuado funcionamiento de un sistema desregulado y sin controles por parte de las autoridades. Ello podrá general inequidades de todo tipo, y seguramente favorecerá a aquellos efectores privados con mayor “poder de negociación”, quienes podrán establecer condiciones más favorables en cuanto a valores, plazos de repago, condiciones de atención, etcétera, en desmedro de los efectores más pequeños o menos poderosos.