
JORGE NICOLÁS LAFFERRIERE
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
nicolas_lafferriere@uca.edu.ar

LINEAMIENTOS DE LA NORMATIVA SOBRE COBERTURA DE PRESTACIONES DE SALUD EN EL DERCHO ARGENTINO

GUIDELINES FOR REGULATIONS ON HEALTH BENEFITS COVERAGE IN ARGENTINE LAW

Cómo citar el artículo:

Lafferriere J, (2026). Derecho Comparado. Lineamientos de la normativa sobre cobertura de prestaciones de salud en el Derecho Argentino. Derecho Global. Estudios sobre Derecho y Justicia, XI (32) <https://DOI.org/10.32870/dgedj.v11i32.970> pp. 485-495

Recibido: 12/12/25 Aceptado: 12/02/26

RESUMEN

Se presentan los lineamientos de la normativa que asegura la cobertura de prestaciones vinculadas con el derecho a la salud en Argentina, considerando los subsistemas público, de seguridad social y privado. Al respecto, el Estado Nacional ha avanzado en la configuración de canastas de prestaciones mínimas para las personas con cobertura pública exclusiva, a través de líneas de cuidado priorizadas, que se articulan con las Provincias. Para las personas con trabajo registrado o que contrataron un seguro privado de salud la canasta prestacional se concreta a través del Programa Médico Obligatorio. Las provincias definen la cobertura de prestaciones para su sector público y obras sociales provinciales. También se analizan las leyes especiales de cobertura sancionadas por el Congreso Nacional que amplían la cobertura, aunque con disímiles criterios para definir los sujetos obligados a la cobertura, los alcances de los deberes de cobertura, las prestaciones implicadas y otros aspectos.

PALABRAS CLAVE

Derecho a la salud; Sistema de salud; Cobertura de Salud.

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de la complejidad y amplitud que presenta el derecho a la salud, una dimensión fundamental refiere al acceso a prestaciones sanitarias que permitan el acceso al más alto nivel posible de salud a la población. En un contexto de permanente expansión de las prácticas, tecnologías, medicamentos y otros procedimientos que, gracias a la investigación biocientífica, logran nuevas formas de prevenir, curar o paliar las enfermedades, se vuelve fundamental determinar los alcances de la cobertura del derecho a la salud, sobre todo en lo que hace a las prestaciones que se aseguran a la población. En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud entiende que en la búsqueda de garantizar una cobertura universal de salud, dadas las limitaciones de recursos, no es posible asegurar a todos los posibles servicios y por ello se deben definir un número de servicios claves y mínimos que estén alineados con objetivos sociales (Organización Mundial de la Salud, 2014). Así, la cobertura universal de salud es aquella que asegura que todas las personas reciban servicios de salud de calidad que respondan a sus intereses sin verse expuestas a

dificultades financieras para los servicios (Organización Mundial de la Salud, 2014) y ello se traduce, por lo general, en la definición de una canasta de prestaciones básicas.

En la determinación de la canasta de prestaciones un lugar central lo ocupa la legislación de salud. Para Cayuso mientras que “los derechos tradicionales habilitan acciones por la vía judicial, los derechos a prestaciones requieren, en principio su concreción legislativa” (Cayuso, 2013, p. 955). Elian Pregno, señala la necesidad de “extremar los recaudos de la democracia deliberativa para decidir... qué contingencias asumirá a su costo la sociedad, cuál será la intensidad de esas coberturas y quiénes están en mejores condiciones de asumirlas” (Pregno, 2016). Grossman se ubica en una línea parecida al referirse al problema de la decisión de asignación de recursos en contextos de escasez, al sostener la prioridad dada por la Constitución a la decisión legislativa que se plasma en el presupuesto, aunque aclara que el juez puede controlar su constitucionalidad ante una necesidad concreta, según ciertos parámetros (Grosman, 2025, p. 171). En definitiva, la salud tiene una dimensión común, que fundamenta y justifica racionalmente que se conjuguen derechos y deberes (Massini-Correas, 2018).

En este marco, este trabajo tiene por objetivo sistematizar los grandes lineamientos de la legislación y normativa complementaria que asegura la cobertura del derecho a la salud en la República Argentina. A tal fin, se describe en primer lugar cómo es la normativa referida a la cobertura en los tres subsistemas de salud (Público, de la Seguridad Social y Privado), mientras que luego se presentarán las leyes especiales, que fueron sancionadas por el Congreso Nacional a fin de garantizar algunas coberturas en particular. Se trata de responder grandes interrogantes: ¿se establece una canasta de prestaciones a cubrir? ¿Quién define esa canasta? ¿Quiénes son sus beneficiarios?¹

¹ Por razones de extensión, no analizamos en detalle cada una de las prestaciones cubiertas y los matices que existen en los alcances de la cobertura entre los distintos subsistemas. Tampoco se analiza la efectiva implementación de las canastas.

2. LA COBERTURA SEGÚN LOS DISTINTOS SUBSISTEMAS DE SALUD EN ARGENTINA

Existe acuerdo en considerar que el sistema de salud argentino “se organiza a través de tres subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado” (Secretaría de Equidad en Salud, 2023).

El sector público resulta de decisiva importancia porque el Estado, ya sea Nacional o Provincial, tiene la responsabilidad última de proteger y garantizar el derecho a la salud. En tal sentido, en principio en Argentina cualquier persona puede concurrir a los hospitales públicos para atenderse. Sin embargo, el sector público asume principalmente la cobertura de prestaciones para las personas con cobertura pública exclusiva (en adelante CPE) (Secretaría de Equidad en Salud, 2023, pp. 30-31). La atención de estas personas se concreta a través de servicios ofrecidos por el sector público nacional, provincial o municipal.

En el caso de la Nación, posee pocos efectores públicos, pues la prestación del servicio de salud se ha configurado como una potestad eminentemente provincial. Las Provincias y la Ciudad de Buenos Aires son responsables de la implementación de servicios públicos, en razón de la distribución constitucional de competencias entre la Nación y las Provincias (Legarre, 2013). La cobertura que debe brindar el sector público provincial se rige por las leyes provinciales y por las leyes o programas nacionales a los que adhiere cada provincia².

Como explica Scioscioli, a partir del 2001 la Nación aumentó su presencia en las distintas jurisdicciones a través de planes y programas (Scioscioli, 2013, p. 1311). En concreto, el Estado Nacional impulsa una canasta de prestaciones comunes para las personas con CPE para ser garantizada en articulación con las Provincias. En efecto, y al amparo de la Ley 23661, en 2023 se aprobó la Resolución 2653/2023 del Ministerio de Salud de la Nación (B.O. 9-10-2023) que crea el “Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud” (PAISS) “con el fin de contribuir al desarrollo de un modelo de salud integrado, equitativo y sustentable, que garantice el acceso efectivo de la población a la atención de salud integral y de calidad” (artículo 1)

² Un panorama de las coberturas que asumen las distintas provincias y la Ciudad de Buenos Aires puede verse en (Clérico et al., 2013; Garay, 2012).

y el Programa SUMAR+ “con el objetivo de prestar asistencia financiera directa a las Provincias y la CABA a través de transferencias capitadas definidas bajo un modelo de financiamiento basado en resultados y equidad, vinculadas al desempeño en inscripción y cobertura efectiva de la población objetivo, a la mejora de los procesos priorizados para el fortalecimiento y organización de los servicios de salud y al cumplimiento de metas sanitarias” (artículo 9). En los fundamentos del Plan se afirma que “para avanzar hacia el acceso efectivo y equitativo a una atención integral, es fundamental identificar un paquete prestacional mínimo uniforme de líneas de cuidado priorizadas, con mecanismos de financiamiento sostenibles que contemplen la realidad fiscal, las posibilidades presupuestarias y los ingresos provenientes de aportes y contribuciones a la seguridad social, y que a la vez cuente con mecanismos claros de actualización y monitoreo”. Entre los objetivos de este Plan figura “incrementar, para la población con cobertura pública exclusiva, la protección financiera del acceso efectivo a un conjunto de servicios de salud priorizados”.

Así, por Resolución 4210/2023 del Ministerio de Salud (B.O. 18-12-2023) se aprueban las “Líneas de cuidado priorizadas identificadas por condición de salud-enfermedad del PAISS”. Estas “líneas de cuidado priorizadas” configuran un listado de condiciones que serán garantizadas para las personas con CPE. La distribución de fondos se realiza conforma a un Manual Operativo aprobado por la Resolución Conjunta 14/2025 de la Secretaría de Gestión Administrativa y Secretaría de Gestión Sanitaria del Ministerio de Salud (B.O. 31-3-2025) que regula cómo deben hacerse las transferencias de la Nación a las Provincias para cubrir personas con CPE en su jurisdicción en base a las Líneas de Cuidado Priorizadas. Este modelo de distribución de fondos se basa en cuatro criterios: Población con CPE; Población con Necesidades Básicas Insatisfechas; Encuesta de Factores de Riesgo (colesterol, hipertensión y diabetes); Índice de Desarrollo Humano.

El subsistema de la seguridad social está estructurado a partir de las leyes 23660 de Obras Sociales (B.O. 23.660) y 23661 referida al Sistema Nacional del Seguro de Salud (B.O. 20-1-1989). Estas leyes adoptan como eje criterios de “justicia distributiva” (art. 1 Ley 23661) y obligan a las Obras Sociales Nacionales a cubrir una canasta de prestaciones a los trabajadores con empleo registrado. Esta canasta de prestaciones se denomina “Programa Médico Obligatorio” (en adelante PMO)

y fue creado por el Decreto 492/1995 (B.O. 22-9-1995). Las prestaciones que conforman el PMO surgen de la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud que aprobó el PMO de Emergencia (B.O. 19-4-2002) y de la Resolución 1991/2005 (B.O. 5-1-2006) que formalizó el PMO actual en base a las previsiones del PMO de emergencia y decidió la incorporación de nuevas prestaciones. Así, la canasta de prestaciones para este universo de personas (trabajadores con empleo registrado) es definida por el Poder Ejecutivo Nacional a través del PMO.

Dentro de este subsistema se encuentran las obras sociales provinciales (Garay & Jaimarena Brion, 2014), que benefician centralmente a los empleados públicos de los Estados Provinciales. Estas obras sociales están obligadas a cubrir las coberturas que determina la legislación de cada provincia (Ministerio de Salud, s. f.). Garay explica que estas obras sociales provinciales “no están obligadas a brindar a sus beneficiarios las prestaciones del PMO, lo que implica un signo de inequidad entre beneficiarios de distintos subsistemas de la salud y/o entre beneficiarios de la seguridad social que habitan en distintas regiones del país” (Garay, 2022).

El tercer subsistema está conformado por las entidades de medicina prepaga, que son entidades privadas que ofrecen planes de cobertura de salud. Están reguladas por la ley 26682 (B.O. 17/5/2011) que regula “las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661” (artículo 1). Según el artículo 7, estas entidades “deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias”. Cabe aclarar que, antes de 2011, estas empresas ya estaban obligadas a cubrir el PMO porque así lo disponía la ley 24754 (B.O. 2-1-1997).

Ahora bien, a fines de 2023 se modificó la ley 23.660 que regula los Agentes del Seguro de Salud y se autorizó a las entidades de medicina prepaga a inscribirse como agentes de ese Seguro (artículo 270 del Decreto de Necesidad y Urgencia nro. 70/2023 que modifica el artículo 1 de la ley 23.660, B.O. 21/12/2023). Esto significa que los trabajadores en relación de dependencia pueden optar entre

derivar sus aportes para fines del seguro de salud a una obra social nacional o bien a una empresa de medicina prepaga que se haya inscripto como agente del Seguro de Salud. Esto no significa un cambio sustancial en lo que hace a la canasta de prestaciones que se brindan, que se concreta en el PMO, aunque significa una aproximación entre los subsistemas de la Seguridad Social y Privado.

En síntesis, puede advertirse que los tres subsistemas tienden a establecer una canasta de coberturas, que en el caso de las personas con CPE queda en cabeza del Estado Nacional o Provincial. Al respecto, el Estado Nacional impulsa “Líneas de cuidado priorizadas” que configuran una canasta de prestaciones para esas personas y se efectivizan por medio de transferencias de fondos según criterios de justicia distributiva. En el caso de los trabajadores en relación de dependencia de las obras sociales nacionales o provinciales o de las empresas de medicina prepaga que se incorporen como Agentes del Seguro de Salud la canasta de prestaciones se conforma a través del PMO. Las personas que contratan los planes voluntarios de las empresas de medicina prepaga reciben, como mínimo, la cobertura del PMO, de la ley 24.901 de prestaciones para las personas con discapacidad y lo que disponen las leyes especiales de cobertura.

3. LAS LEYES ESPECIALES DE COBERTURA

El Congreso Nacional en los últimos años ha dictado diversas leyes en las que ha ordenado a distintos actores del sistema de salud la cobertura de prestaciones determinadas. Estas leyes abarcan a obras sociales nacionales y empresas de medicina prepaga, y en algunos casos se extienden al sector público y otras entidades. Este fenómeno, que se ha denominado “legislación por patología” (Zambrano, 2020), ha buscado la ampliación del PMO, pero con un método inconsistente, que genera problemas jurídicos de equidad. Estos problemas se vinculan con los sujetos obligados, con el alcance de la cobertura, con la mención o no del PMO y con la delegación en la autoridad de aplicación de la definición de las prestaciones cubiertas³.

³ Puede verse un listado de esas normas en el Atlas Federal de la Legislación Sanitaria de la República Argentina que publica el Ministerio de Salud de la Nación, en la entrada vinculada con el PMO: <http://www.legislaud.gov.ar/atlas/pmo.html#34>

En efecto, existen diferencias en las leyes en lo que concierne a qué sectores del sistema de salud (público, de la seguridad social y privado) quedan obligados a la cobertura de las prestaciones. Por ejemplo, el art. 8 de la ley 27674 de oncopediatría menciona al “sector público” (B.O. 18-7-2022), pero la ley 27678 de Cuidados Paliativos no lo hace (B.O. 21-7-2022). Algunas leyes mencionan al PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), como por ejemplo la ley 27610 (B.O. 15-1-2021), mientras que otras no lo hacen, siendo que es una institución nacional a la que el Congreso puede imponerle deberes de cobertura. En cuanto a las obras sociales de regímenes especiales (Universitarias, de Fuerzas Armadas, del Congreso, del Poder Judicial, etc.), también hay diferentes tratamientos en las distintas leyes.

En lo que hace al alcance de la cobertura, en algunas leyes como la ley 27674 se indica que la cobertura debe ser del 100%, mientras que otras leyes no ponen un porcentaje. En algunos casos, la determinación concreta de las prestaciones alcanzadas por la cobertura se delega en la autoridad de aplicación (Ley 27678) y en otras leyes se dispone con precisión los alcances de las prestaciones (ley 27674). En algunas leyes se dispone que las prestaciones se incluyen en el PMO (ley 27305 de leche medicamentosa – B.O. 9-11-2016) y en otros no (ley 27678).

El panorama legislativo no puede soslayar la ley 24901 de prestaciones básicas para las personas con discapacidad (B.O. 5-12-1997), que menciona explícitamente a las obras sociales (artículo 2) y al sector público (artículo 4). Respecto a las empresas de medicina prepaga, la cobertura explícita de las prestaciones de la ley 24901 surge de la 26682, sin perjuicio de las intervenciones previas de la justicia. Esta ley ofrece una cobertura amplia e “integral” (Fornari, 2020), lo que configura una canasta de prestaciones particular, que complementa el PMO.

Este aumento de la cobertura de prestaciones por medio de leyes especiales goza de una alta legitimidad republicana. Su foco ha estado puesto, sobre todo, en la actualización del PMO. Sin embargo, en tanto no existe una política coordinada que defina bajo qué criterios se actualiza la canasta de prestaciones que es el PMO, la decisión de qué prestaciones se cubren y cuáles no se escapa de criterios planificados y corre el riesgo de quedar presa de las demandas particulares. Para Ciruzzi existe el riesgo de una “inflación legislativa” (Ciruzzi, 2022). Además, la

ley 24901 genera problemas de superposición normativa con las leyes particulares por patología, como lo ha señalado Seda en un trabajo comentando la ley 27552 que declara de interés nacional la lucha contra la fibrosis quística (Seda, 2020). Finalmente, la multiplicación de leyes especiales impide concretar una mirada de conjunta y profundiza la fragmentación (Freiberg et al., 2019).

4. REFLEXIONES FINALES

Los desarrollos precedentes permiten ver que el ordenamiento jurídico argentino ha avanzado en la configuración de canastas de prestaciones mínimas para las personas con CPE (líneas de cuidado priorizadas) y para las personas con trabajo registrado o que contrataron un seguro privado de salud (PMO). Estas canastas son definidas por el Estado Nacional y, en el caso de las personas con CPE dependen de la adhesión de las provincias y sus propias normas internas sobre cobertura de prestaciones y canasta de las obras sociales provinciales. A ello se suma la definición de prestaciones que ha realizado el Congreso de la Nación a través de las leyes que ordenan cobertura y que generalmente están vinculadas con patologías precisas. Estas leyes han ampliado y actualizado el PMO, a través de decisiones que tienen legitimidad republicana. Sin embargo, no han aportado claridad al panorama, pues han seguido disímiles criterios para definir los sujetos obligados a la cobertura, los alcances de los deberes de cobertura, las prestaciones implicadas y otros aspectos.

En síntesis, puede afirmarse que Argentina posee una normativa que tiende a asegurar una canasta básica de prestaciones a toda la población, pero que existen diferencias en su concreción y alcances. En cuanto a lo normativo, Garay considera que “son varias las causas que (des)colocan a la normativa sanitaria fuera de contexto: la múltiple competencia constitucional para legislar en salud (Nación, CABA y las 23 provincias: conf. arts. 75, incs. 18 y 19, 125 y Preámbulo de la CN); la ausencia histórica de consensos para armonizar la legislación sanitaria nacional y provincial; el formato del sector salud integrado por tres subsectores: público, seguridad social y privado, que se repite en las distintas jurisdicciones del país federal y que por las características de fragmentación y falta de articulación, produce inequidad en el acceso a los servicios de salud; la legislación en salud es consecuencia de las distintas políticas aplicadas al sector salud y creada a modo

espejo de la historia del país, con sus tropezones y caídas, sus avances y retrocesos (institucionales, económicos, socio-culturales)” (Garay, 2022).

Dentro de esta compleja realidad normativa, este trabajo ofrece un panorama que puede servir de base para nuevas investigaciones que profundicen en aspectos más concretos y precisos de la regulación de la cobertura de prestaciones de salud, ya sea en el plano nacional como provincial, o en el de las disposiciones generales o bien en lo que concierne a las leyes por patología, en la búsqueda de dar consistencia al ordenamiento jurídico y así promover un mejor y equitativo acceso a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Cayuso, S. G. (2013). El derecho a la salud: Un derecho de protección y de prestación. En L. Clérico, L. M. Ronconi, & M. Aldao (Eds.), *Tratado de Derecho a la Salud. Tomo II* (pp. 943-960). Abeledo-Perrot.
- Ciruzzi, M. S. (2022). Abordaje legal de las enfermedades limitantes o amenazantes de la vida. ¿Es necesaria una ley formal? Breve reflexión en torno a las leyes de oncopediatria y de cuidados paliativos. *La Ley*, 2022-E, 485.
- Clérico, L., Ronconi, L. M., & Aldao, M. (Eds.). (2013). *Tratado de Derecho a la Salud*. (Vols. 1-3). Abeledo-Perrot.
- Fornari, M. J. (2020). Algunas reflexiones sobre la ley 24.901: Sistema de prestaciones para personas con discapacidad. *Suplemento Jurisprudencia Argentina*, AR/DOC/1092/2020, 1-9.
- Freiberg, A., Lafferriere, J. N., & Zambrano, M. (2019). Agnet y Judicialization en Salud en Argentina. *Value in Health Regional Issues*, 20, 36-40. <https://doi.org/10.1016/J.VHRI.2018.11.003>
- Garay, O. E. (2012). *Tratado práctico de la legislación sanitaria I*. (Vols. 1-4). La Ley.
- Garay, O. E. (2022). Marco normativo del sistema de salud argentino. Desafíos para avanzar hacia un modelo de salud solidario, inclusivo y más equitativo. *Suplemento Jurisprudencia Argentina*, TR LALEY AR/DOC/1790/2022, 1-12.

- Garay, O. E., & Jaimarena Brion, G. (2014). Obras Sociales Provinciales y el derecho a la salud. *La Ley*, LXXVIII(62), 1-4.
- Grosman, L. S. (2025). *Escasez e igualdad. Un modelo para pensar los derechos sociales*. Siglo XXI Editores Argentina.
- Legarre, S. (2013). Poder de policía de la salud: La irresistible tendencia de lo federal. En L. Clérico, L. M. Ronconi, & M. Aldao (Eds.), *Tratado de Derecho a la Salud. Tomo II* (pp. 1699-1706). Abeledo-Perrot.
- Massini-Correas, C. I. (2018). ¿Existen derechos de solidaridad? La tradición clásica y las propuestas liberales. *Prudentia Iuris*, 0(86), 191-208.
- Ministerio de Salud. (s. f.). *Obras Sociales Provinciales*. Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina. Recuperado 2 de noviembre de 2025, de <http://www.legisalud.gov.ar/atlas/categorias/oss.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/112671>
- Pregno, E. (2016). ¿Todo para todos y gratis? Coordinadas para garantizar la inviabilidad de un sistema de salud. *R. Dir. sanit., São Paulo*, 17(2), 176-186. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p176-186>
- Scioscioli, S. (2013). Análisis introductorio de la estructura y funcionamiento del sistema sanitario en la Argentina. En L. Clérico, L. M. Ronconi, & M. Aldao (Eds.), *Tratado de Derecho a la Salud. Tomo II* (pp. 1303-1338). Abeledo-Perrot.
- Secretaría de Equidad en Salud. (2023). *Coberturas de Salud en Argentina. Año 2022* (pp. 1-70). Ministerio de Salud. Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>
- Seda, J. A. (2020). Hacia un vademécum legislativo: Una ley del Congreso por cada patología. *ADLA*, 2020-10(AR/DOC/3109/2020), 27-32.
- Zambrano, M. (2020). Legislación por patologías médicas. La ley 27.554, Campaña nacional para la donación de Plasma Sanguíneo de Pacientes Recuperados de Covid-19. *ADLA*, 2020-10(TR LALEY AR/DOC/3123/2020), 50-62.