

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Hilario Bielsa

ENTRE LA EQUIDAD Y LA SUSTENTABILIDAD

Análisis del Régimen Simplificado para Pequeños
Contribuyentes - Monotributo Social y su Vínculo con el
Sistema Nacional del Seguro de Salud en la República
Argentina (2004-2023)

2026

Directora de Tesis: Mg. Cecilia Velázquez
Co-directora de Tesis: Mg. Mónica Levcovich

Citar como: Bielsa, H. (2026). Entre la Equidad y la Sustentabilidad: Análisis del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes - Monotributo Social y su Vínculo con el Sistema Nacional del Seguro de Salud en la República Argentina (2004-2023). [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Dedicatoria

A la memoria de mi maestro y amigo, Ginés González García, a quien tuve la oportunidad de decirle todo lo que le debía.

Agradecimientos

La realización de este Trabajo Final de Maestría no habría sido posible sin el acompañamiento, la generosidad intelectual y el compromiso de quienes contribuyeron de manera decisiva a lo largo de este proceso. Agradezco especialmente a mi Directora, Dra. Cecilia Velázquez, y a mi Co-Directora, Lic. Mónica Levcovich, quienes ofrecieron generosamente su tiempo, su conocimiento y su mirada crítica, orientando este trabajo con rigor académico, sensibilidad y dedicación. Su acompañamiento fue fundamental para transformar una inquietud inicial en un trabajo sistemático y consistente.

Asimismo, deseo agradecer de manera particular a Pablo Chena, cuya conversación inicial despertó y orientó la inquietud que dio origen a esta investigación.

Del mismo modo, agradezco a Pablo Chena, David Aruachan, Elizabeth Pres y Karina Baigros, quienes prestaron su tiempo de manera desinteresada para participar en entrevistas en profundidad y compartir su conocimiento, experiencia y perspectiva sobre el objeto de estudio. Agradezco también a Alfredo Iñiguez y Pablo Gallo por compartir generosamente información, comentarios y perspectivas relevantes para esta investigación. En conjunto, estos aportes resultaron fundamentales para enriquecer el análisis empírico del Trabajo Final de Maestría, aportar matices interpretativos y contrastar los hallazgos con miradas provenientes de la gestión, la investigación y la práctica profesional en el campo de la salud pública y las políticas sociales.

También quiero agradecer a mi amigo Lucas Goldin, por la tenacidad de sus mates y su amistad durante la cursada, sin los cuales difícilmente hubiera podido concluir esta maestría.

Agradezco a la infaltable Nayet Kademian —el Armenio— quien me regaló, sin saberlo, el más fructífero de los consejos.

También expreso mi agradecimiento a la Universidad ISALUD, por constituirse en un espacio académico y humano que nos recuerda la capacidad de encontrar hogares fuera del hogar, y por haber brindado el marco institucional que hizo posible este recorrido de formación, reflexión y producción de conocimiento.

Por último, agradezco incondicionalmente a Gabi, por la paciencia de permitirme compartir con este trabajo tiempos que debieron haber sido exclusivamente suyos.

Abreviaturas

AFIP	Administración Federal de Ingresos Públicos
APE	Administración de Programas Especiales
ARCA	Agencia de Recaudación y Control Aduanero
CO.NA.MI	Comisión Nacional de Microcréditos
CUIT	Clave Única de Identificación Tributaria
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
FSR	Fondo Solidario de Redistribución
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSSJP/PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
MDS	Ministerio de Desarrollo Social
PMO	Programa Médico Obligatorio
REDLES	Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social
RSPC	Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes
RSPC-MS	Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes - Monotributo Social
SINTyS	Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social
SIPA	Sistema Integrado Previsional Argentino
SNSS	Sistema Nacional del Seguro de Salud
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud

Resumen

El Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes en su modalidad de Monotributo Social (RSPC-MS) constituye una de las principales herramientas de política pública orientadas a la formalización de trabajadores en situación de vulnerabilidad socioeconómica en la República Argentina. Desde su creación en 2004, el régimen ha operado como un puente entre las políticas de economía social y solidaria y los mecanismos contributivos del sistema de seguridad social, en particular del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS). No obstante, su diseño institucional y su articulación efectiva con el subsistema de obras sociales han sido objeto de escaso análisis sistemático en la literatura especializada.

El presente trabajo tiene por objetivo analizar en profundidad las características del RSPC-MS y la naturaleza de su vínculo con el SNSS durante el período 2004–2023, poniendo especial énfasis en las tensiones entre equidad y sostenibilidad financiera. A tal fin, se adopta un enfoque metodológico exploratorio-descriptivo, con un diseño de estudio de caso de tipo mixto y una perspectiva longitudinal. La investigación combina el análisis de normativa legal y administrativa, bases de datos oficiales, literatura académica y entrevistas semiestructuradas a actores clave involucrados en el diseño, la gestión y la implementación del régimen.

Los resultados evidencian que, si bien el RSPC-MS ha contribuido a ampliar nominalmente el acceso a derechos previsionales y sanitarios, persisten importantes brechas entre el reconocimiento formal del derecho a la cobertura de salud y su ejercicio efectivo, en particular asociado a la consagración del acceso a las prestaciones contenidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Estas limitaciones se explican tanto por aspectos ligados al diseño del régimen como por problemas de desfinanciamiento estructural y barreras administrativas y organizacionales en el acceso a las obras sociales. En conjunto, el estudio aporta elementos para repensar el rol del RSPC-MS como instrumento de inclusión sanitaria y plantea desafíos para su sostenibilidad futura dentro del sistema de salud argentino.

Palabras clave: Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes - Monotributo Social; Obras Sociales; Sistema Nacional del Seguro de Salud; Programa Médico Obligatorio; informalidad laboral.

Abstract

The Simplified Regime for Small Taxpayers in its Social Monotax Scheme (RSPC-MS, by its Spanish acronym) represents one of the main public policy instruments aimed at formalizing workers in situations of socioeconomic vulnerability in Argentina. Since its creation in 2004, this regime has served as a bridge between social and solidarity economy policies and the contributory mechanisms of the social security system, particularly the National Health Insurance System (SNSS, by its Spanish acronym). Despite its institutional relevance, the design of the RSPC-MS and its effective articulation with the health insurance subsystem have received limited systematic analysis in the specialized literature.

This study aims to provide an in-depth analysis of the characteristics of the RSPC-MS and the nature of its relationship with the SNSS over the 2004–2023 period, with particular attention to the trade-offs between equity, and financial sustainability. An exploratory and descriptive methodological approach is adopted, using a mixed-methods case study design with a longitudinal perspective. The research draws on the analysis of legal and administrative regulations, official databases, academic literature, and semi-structured interviews with key actors involved in the design, management, and implementation of the regime.

The results show that, although the RSPC-MS has nominally contributed to expanding access to social security and health-care rights, significant gaps persist between the formal recognition of the right to health coverage and actual access to the benefits included in the Mandatory Medical Program (PMO, by its Spanish acronym). These limitations are linked to both the institutional design of the regime and structural underfunding, as well as administrative and organizational barriers within health insurance providers. Overall, the study contributes to a better understanding of the RSPC-MS as a tool for health inclusion and highlights key challenges for its long-term sustainability within the Argentine health system.

Keywords: Simplified Regime for Small Taxpayers – Social Monotax Scheme; Health Insurance Funds; National Health Insurance System; Mandatory Medical Program; labor informality.

Índice

1. Introducción.....	7
1.1. Descripción de la situación inicial.....	7
1.2. Contexto.....	10
1.3. Utilidad y relevancia.....	11
1.4. Estructura.....	12
2. Marco teórico y antecedentes.....	14
2.1. Mercado de trabajo e informalidad laboral.....	14
2.2. Teoría tributaria.....	20
2.3. Antecedentes.....	21
3. Identificación de la situación inicial.....	27
3.1. Formulación del caso.....	27
3.2. Objetivos.....	27
4. Metodología.....	27
5. Desarrollo.....	28
5.1. Marco normativo del RSPC-MS.....	28
5.1.1. Contextualización.....	28
5.1.2. Origen y evolución del RSPC-MS.....	33
5.1.3. El RSPC-MS en la actualidad (2023).....	38
5.1.4. Vínculo entre el RSPC-MS y el SNSS.....	43
5.2. Beneficiarios del RSPC-MS.....	46
5.2.1. Distribución por tipo.....	47
5.2.2. Distribución por ubicación.....	50
5.2.3. Distribución por sexo.....	55
5.2.4. Distribución por edad.....	56
5.2.5. Distribución por superposición con programas de asistencia.....	59
5.2.6. Distribución por obra social.....	60
5.3. Evolución económica y fiscal del RSPC-MS.....	67
5.4. Limitaciones del RSPC-MS en su vínculo con el SNSS.....	79
5.4.1. Limitaciones ligadas al diseño.....	80
5.4.1.1. Desacople entre lógica tributaria y sanitaria.....	81
5.4.1.2. Indeterminación normativa y debilidad de criterios en la habilitación de obras sociales y en los mecanismos de asignación.....	83
5.4.1.3. Asimetrías de activación y debilidad de los mecanismos de control en las modalidades de costo cero.....	84
5.4.2. Limitaciones ligadas a la sostenibilidad financiera.....	86
5.4.2.1. Concentración de beneficiarios del RSPC-MS en obras sociales.....	86
5.4.2.2. Desajuste sistemático entre el aporte per cápita transferido al SNSS y el costo per cápita del PMO.....	88
5.4.2.3. Cuota fija simbólica.....	90
5.4.3. Limitaciones ligadas al acceso.....	93
5.4.4. Debate sobre las alternativas de intervención.....	96
5.4.5. Nuevas modificaciones al RSPC-MS (2023-2025).....	99
6. Conclusiones.....	102
7. Bibliografía.....	107

1. Introducción

1.1. Descripción de la situación inicial

A nivel global, se observan tendencias persistentes que incrementan de manera sistemática los costos asociados con la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población y, en particular, con la provisión de servicios de salud (Bodenheimer, 2005; Giedion et al., 2014). Este fenómeno responde a un conjunto de transformaciones estructurales que afectan simultáneamente la oferta y la demanda de atención, y que tensionan la capacidad de los sistemas para financiar prestaciones de creciente complejidad. Entre dichas transformaciones se destacan los desafíos derivados de la innovación terapéutica, cuyo ritmo acelerado produce una brecha cada vez más pronunciada entre los recursos ideales que, en un plano normativo, deberían emplearse para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación de los principales problemas sanitarios, y los recursos efectivamente disponibles a través de los mecanismos de financiamiento público y privado (Schwab, 2016; Crosta et al., 2019; Marino y Lorenzoni, 2019). Esta disociación no sólo expresa la dificultad de los sistemas para absorber tecnologías de alto costo, sino también la complejidad creciente de los cuidados, que demanda inversiones sostenidas en infraestructura, equipamiento, capacidades profesionales y modelos organizacionales.

Asimismo, los aumentos en los costos se vinculan con los efectos acumulativos de la transición epidemiológica y el incremento sostenido de la esperanza de vida. Ambos procesos reconfiguran de manera ostensible el perfil sanitario de las poblaciones, desplazando el peso de la carga de enfermedad hacia condiciones crónicas y multi-morbilidades que requieren intervenciones prolongadas y de alta intensidad en el uso de recursos. A ello se suman cambios en el perfil, las expectativas y la dinámica de la demanda de servicios, que se expresan en patrones de utilización más frecuentes, diversificados y orientados hacia una atención de mayor calidad y resolución (Fogel, 2008). En conjunto, estas tendencias globales contribuyen a delinear un escenario en el cual la expansión del gasto en salud aparece no sólo como un fenómeno económico, sino como un rasgo inherente a la evolución contemporánea de los sistemas sanitarios.

Por su parte, la estructura del sistema de salud argentino —caracterizada de manera consistente por su alto grado de fragmentación, segmentación y complejidad institucional (Fundación Poliedro, 2024)— configura un entramado organizacional que sinergiza con las tendencias globales previamente mencionadas. Esta configuración institucional, lejos de ser un rasgo meramente descriptivo, incide de forma directa en la capacidad del sistema para enfrentar presiones crecientes en materia de costos, equidad y eficiencia, constituyéndose así en un factor que amenaza la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto. La superposición de subsistemas con reglas de financiamiento, paquetes prestacionales y niveles de coordinación heterogéneos tiende a producir redundancias, inequidades en el acceso y dificultades para aprovechar economías de escala, todo lo cual acentúa la vulnerabilidad estructural ante shocks macroeconómicos y sanitarios.

Desde este marco, resulta particularmente relevante analizar la situación del subsector de la seguridad social, que representa el componente de mayor cobertura poblacional en Argentina. Este subsector brinda asistencia a casi 29 millones de personas a través de un conjunto heterogéneo de financiadores que incluye a las obras sociales nacionales, provinciales, de regímenes especiales y al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) (Ministerio de Salud, 2022). Su modelo de financiamiento, fundamentalmente basado en contribuciones y aportes de carácter obligatorio aplicados tanto al trabajador como al empleador en base al salario registrado, constituye un mecanismo de transferencia solidaria, pero al mismo tiempo introduce una dependencia estructural respecto de la dinámica del mercado laboral formal. En consecuencia, fenómenos como el desempleo y, en particular, los elevados niveles de informalidad laboral que caracterizan históricamente al mercado de trabajo argentino, se convierten en amenazas potenciales para la sostenibilidad financiera del subsector. Una contracción en el empleo formal, o un estancamiento prolongado en su capacidad de crecimiento, no solo reduce los recursos disponibles para brindar prestaciones, sino que también tensiona la capacidad redistributiva del sistema y limita la posibilidad de expandir o incluso sostener los niveles actuales de cobertura.

Así, en relación con la disquisición entre las diferentes maneras de concebir el trabajo informal, dentro del universo del mercado de trabajo registrado el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes – Monotributo Social (RSPC-MS) emerge como un eslabón particularmente paradigmático para comprender las zonas grises entre formalidad e informalidad. Este régimen, concebido como una modalidad impositiva unificada que integra el componente tributario con el acceso a determinadas prestaciones y beneficios sociales, fue diseñado con el propósito de facilitar la inclusión de trabajadores con dificultades para ingresar al régimen general, reduciendo barreras administrativas y económicas para su registro. Sin embargo, en la práctica, su población objetivo —y efectiva— se encuentra mayoritariamente compuesta por personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, con trayectorias laborales inestables y bajos niveles de ingresos (Resolución 157/2020 MDS).

Desde esta perspectiva, los beneficiarios del RSPC-MS —a quienes denominaremos, indistintamente, monotributistas sociales— ilustran de manera elocuente las tensiones conceptuales entre registro administrativo y condiciones reales de empleo. Si bien estos trabajadores se encuentran legalmente inscriptos y, por lo tanto, son clasificados como formales bajo definiciones estrictamente legales, su inserción productiva dista de cumplir los estándares asociados al empleo genuinamente formal, tales como estabilidad laboral, ingresos adecuados, acceso efectivo a la seguridad social o protección frente a riesgos laborales. En consecuencia, un número considerable de estos monotributistas sociales se encuadra en lo que la literatura especializada denomina informalidad productiva (Gasparini y Tornarolli, 2009; Bertranou y Casanova, 2014), categoría que permite capturar situaciones en las que la formalización administrativa coexiste con condiciones laborales precarias.

Asimismo, en relación con el derecho de acceso a prestaciones contributivas, y en particular a los servicios de salud, se observa un desacople entre el reconocimiento

formal del derecho y su ejercicio material dentro de este subgrupo de trabajadores. Si bien los monotributistas sociales se encuentran, en principio, habilitados para afiliarse a una obra social en el marco del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), la evidencia disponible sugiere que esta posibilidad opera más como un derecho nominal que como una garantía efectiva de acceso. En este sentido, se ha señalado que el nivel de utilización real de las obras sociales por parte de los monotributistas sociales resulta bajo, aun cuando exista afiliación formal, poniendo en evidencia las dificultades para traducir dicha afiliación en acceso efectivo a prestaciones de salud (Grabois, 2016; Maceira et al., 2017). Estas limitaciones dan cuenta de la presencia de barreras administrativas, económicas y organizacionales que condicionan la capacidad de este estrato de trabajadores para transformar un derecho formalmente adquirido en una cobertura de salud operativa y utilizable.

A esta brecha entre formalidad y acceso efectivo se suma una asimetría estructural en el financiamiento del subsistema, que puede ser comprendida en dos planos complementarios. En primer lugar, tanto en el caso de los monotributistas como de los monotributistas sociales, se observa una brecha relevante entre el aporte que realizan al financiamiento de los servicios de salud provistos por las obras sociales y el costo estimado del Programa Médico Obligatorio (PMO), que constituye la canasta prestacional mínima que dichas entidades deben garantizar a sus afiliados. Este desajuste estructural revela un problema de sustentabilidad que excede al colectivo del monotributo social, afectando al conjunto del régimen simplificado y evidenciando que los aportes individuales resultan insuficientes para cubrir el costo real de las prestaciones de referencia.

En segundo lugar, dentro de ese esquema general de subfinanciamiento, los monotributistas sociales aportan únicamente el 50% del monto abonado por los monotributistas no sociales de la categoría más baja, debiendo recurrir al cofinanciamiento garantizado por el Estado nacional para complementar el aporte faltante mediante recursos públicos. Si bien ello permite sostener la inclusión de trabajadores de bajos ingresos en el sistema contributivo, introduce una tensión adicional entre los objetivos de equidad e inclusión —que sustentan la existencia del RSPC-MS— y la viabilidad financiera del acceso efectivo a prestaciones de salud.

En conjunto, esta doble asimetría revela un dilema persistente de las políticas de protección social: la ampliación nominal de derechos, aun cuando se instrumenta con mecanismos de financiamiento parcialmente compensados por el Estado, no siempre se traduce, en ausencia de estructuras institucionales y financieras adecuadas, en una mejora sustantiva de las condiciones reales de acceso y cobertura de los beneficiarios.

Debido a su papel en el impulso de las iniciativas de la economía social y solidaria, el RSPC-MS ha adquirido una importancia creciente dentro del sector, convirtiéndose en una de las principales puertas de acceso a la formalización para trabajadores históricamente excluidos de los circuitos económicos tradicionales. Esta centralidad progresiva responde, entre otros factores, a su capacidad para articular componentes tributarios y de protección social en un esquema accesible para unidades productivas de baja escala y limitada capacidad contributiva. No obstante, a pesar de su relevancia institucional y de su expansión como herramienta de

política pública, el RSPC-MS permanece relativamente inexplorado en la producción académica especializada en economía social y solidaria a nivel local. Mientras que diversas manifestaciones de este campo —como las cooperativas, las mutuales, las organizaciones comunitarias o las experiencias de autogestión— han recibido un tratamiento sistemático por parte de la literatura, esta modalidad tributaria continúa siendo un área analítica que requiere mayor profundización, aun considerando los aportes significativos ya existentes (Torres, 2018).

En este contexto, el problema de estudio radica en la ausencia de una mirada integrada, producto de la dispersión y limitada consolidación de la información disponible acerca de las características institucionales, operativas y socioeconómicas del RSPC-MS, así como de la naturaleza de su articulación con el SNSS en Argentina desde su creación en el 2004. Esta laguna en el análisis resulta particularmente relevante si se considera que el régimen constituye, en los hechos, un puente entre las políticas de inclusión social y los mecanismos contributivos de financiamiento del sistema de salud, operando en una zona intermedia entre formalidad e informalidad. En este marco, uno de los aportes centrales de este Trabajo Final de Maestría radica en reunir, sistematizar, analizar y organizar información que, hasta el momento, se encontraba dispersa y escasamente consolidada.

1.2. Contexto

El presente trabajo se desarrolla en el marco de la Maestría Profesional en Economía y Gestión de la Salud y toma como ámbito de estudio a la República Argentina, dado que el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes en su modalidad de Monotributo Social constituye una política pública de alcance nacional. Si bien el análisis se plantea a escala nacional, se realiza especial hincapié en aquellas jurisdicciones donde el RSPC-MS presenta mayor preponderancia, en particular debido a la cantidad o concentración de beneficiarios.

El período de estudio comprende desde la implementación del Monotributo Social en el año 2004 hasta el año 2023. El período elegido resulta pertinente para comprender la evolución de este régimen ya que permite evaluar su impacto a lo largo de casi dos décadas marcadas por cambios en la política económica, transformaciones en el mercado laboral y modificaciones normativas en el sistema de seguridad social.

Los sujetos de estudio comprenden, en primer lugar, a los beneficiarios del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes - Monotributo Social, tanto titulares como adherentes, en la medida en la que representan la población destinataria de dicho instrumento. En segundo lugar, se considera a la Administración Pública Nacional, particularmente a los organismos vinculados con el diseño, implementación, financiamiento, registración y regulación del régimen. Entre ellos se destacan el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación —actualmente integrado en la órbita del Ministerio de Capital Humano—, el Ministerio de Economía de la Nación, la Administración Federal de Ingresos Públicos —actual Agencia de Recaudación y Control Aduanero— y la Superintendencia de Servicios de Salud, en tanto organismo regulador del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En tercer lugar, se incluye al sistema de salud argentino, particularmente a los financiadores encuadrados dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud. En este punto, el análisis se centra en las obras sociales nacionales que reciben, o han recibido, beneficiarios del RSPC-MS, con especial atención en aquellas donde los monotributistas sociales representan una proporción sustantiva dentro del total de su padrón de beneficiarios.

1.3. Utilidad y relevancia

Por todo lo anterior, y en tanto el RSPC-MS constituye un precedente destacado en la búsqueda de otorgar mayor nivel de formalidad a las dinámicas informales del trabajo, su análisis exhaustivo —en particular en torno a su vínculo con el SNSS— se torna relevante. Se espera que los resultados permitan reconstruir de manera sistemática el marco normativo que dio origen, organizó y modificó el funcionamiento del régimen; caracterizar el perfil sociodemográfico, productivo y territorial de sus beneficiarios; analizar la evolución económica y fiscal del RSPC-MS, con especial atención a la dinámica de aportes, subsidios y cofinanciamiento público; e identificar las principales limitaciones que se presentan en su articulación con el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En particular, el estudio procura aportar evidencia sobre la distancia existente entre el reconocimiento formal del derecho a la cobertura de salud y su ejercicio efectivo por parte de los monotributistas sociales. Esta dimensión resulta central, en tanto permite evaluar si la incorporación al régimen se traduce efectivamente en acceso real a prestaciones sanitarias a través de las obras sociales, o si, por el contrario, persisten barreras administrativas, económicas, organizacionales e informacionales que limitan la activación de la afiliación y el uso efectivo de los servicios. De este modo, la investigación busca contribuir a una comprensión más precisa de los alcances y restricciones del RSPC-MS como instrumento de inclusión sanitaria.

La utilidad de los resultados radica, en primer lugar, en la posibilidad de ordenar y sistematizar información que se encuentra dispersa entre distintas fuentes normativas, administrativas, estadísticas y académicas. En segundo lugar, el trabajo puede ofrecer insumos relevantes para la evaluación de políticas públicas orientadas a poblaciones con inserciones laborales precarias, baja capacidad contributiva y trayectorias productivas discontinuas. En tercer lugar, sus conclusiones pueden resultar útiles para organismos estatales, entes reguladores, obras sociales y actores vinculados a la economía social, en la medida en que permitan identificar oportunidades de mejora en los mecanismos de inscripción, financiamiento, regulación, control y garantía de acceso efectivo a prestaciones de salud.

Asimismo, el análisis de la sostenibilidad económica y fiscal del régimen puede contribuir a discutir con mayor precisión las condiciones bajo las cuales una política de inclusión formal puede convertirse en una política de cobertura real. En este sentido, el trabajo no sólo busca describir el funcionamiento del RSPC-MS, sino también aportar elementos para pensar posibles ajustes institucionales que permitan fortalecer su capacidad de articulación con el SNSS, reducir brechas entre derecho formal y derecho material, y mejorar la correspondencia entre los recursos disponibles y las obligaciones prestacionales asumidas por el sistema.

Finalmente, el abordaje del problema reviste especial pertinencia en el marco de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, dado que articula dimensiones centrales de la formación cursada: el análisis del financiamiento sanitario, la organización de los sistemas de aseguramiento, la evaluación de políticas públicas, la gestión de entidades financiadoras y prestadoras, y el estudio de la sustentabilidad de los modelos de cobertura. Desde esta perspectiva, el RSPC-MS constituye un caso particularmente fértil para analizar las tensiones entre equidad y sostenibilidad financiera en el sistema de salud argentino.

1.4. Estructura

El presente trabajo se organiza de manera progresiva, con el propósito de avanzar desde la delimitación conceptual e institucional del problema hacia el análisis específico del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes en su modalidad de Monotributo Social y su vínculo con el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En primer lugar, la *Introducción* presenta la situación inicial que motiva la investigación, contextualiza el problema en el marco del sistema de salud argentino y de las transformaciones del mercado de trabajo, y fundamenta la utilidad y relevancia del estudio. En este apartado se explicita la pertinencia de analizar el RSPC-MS como una herramienta ubicada en la intersección entre política tributaria, economía social, protección social y financiamiento sanitario.

En segundo lugar, el apartado de *Marco teórico y antecedentes* desarrolla los principales elementos conceptuales necesarios para comprender el caso. Allí se abordan, por un lado, los rasgos estructurales del mercado de trabajo argentino y el problema de la informalidad laboral; y, por otro, los aportes de la teoría tributaria para interpretar el lugar del RSPC-MS dentro de los regímenes simplificados orientados a contribuyentes de baja capacidad contributiva. Asimismo, se revisan investigaciones previas sobre el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes, el Monotributo Social, la economía popular, la formalización laboral y el acceso a la salud, ponderando tanto sus contribuciones como las vacancias que justifican la realización del presente trabajo.

En tercer lugar, la *Identificación de la Situación inicial* precisa el caso de estudio, formula el problema de investigación y explicita la pregunta que orienta el análisis. En este apartado se plantea que el problema central radica en la limitada sistematización del conocimiento disponible acerca de las características del RSPC-MS y de la naturaleza específica de su articulación con el SNSS. A partir de ello, se presentan el objetivo general y los objetivos específicos del trabajo, vinculados al análisis del normativo, la caracterización de los beneficiarios, la evolución económica y fiscal del régimen, y la identificación de sus principales limitaciones en términos de acceso efectivo a la cobertura de salud.

En cuarto lugar, el apartado de *Metodología* describe el enfoque adoptado para abordar el objeto de estudio. Se explicita el carácter exploratorio-descriptivo de la investigación, el diseño de estudio de caso de tipo mixto y la perspectiva longitudinal correspondiente al período 2004-2023. Asimismo, se detallan las fuentes de información utilizadas, entre ellas normativa legal y administrativa, registros oficiales,

bases de datos, literatura académica y entrevistas semiestructuradas a actores clave vinculados al diseño, gestión, regulación y experiencia directa del régimen.

En quinto lugar, el *Desarrollo* constituye el núcleo analítico del trabajo. Allí se examina, en primer término, el marco normativo del RSPC-MS, reconstruyendo sus antecedentes, origen, evolución, configuración vigente y vínculo formal con el SNSS. Luego, se analizan las características de sus beneficiarios, considerando su distribución por tipo, ubicación geográfica, sexo, edad, superposición con otros programas de asistencia y distribución por obra social. Posteriormente, se estudia la evolución económica y fiscal del régimen, con especial atención a la dinámica de aportes, subsidios, cofinanciamiento público y relación entre el componente sanitario del monotributo y las obligaciones prestacionales del sistema. Finalmente, se identifican las principales limitaciones del RSPC-MS en su vínculo con el SNSS, distinguiendo aquellas ligadas al diseño institucional, a la sostenibilidad financiera y al acceso efectivo a prestaciones de salud.

Por último, el apartado de *Conclusiones* sintetiza los principales hallazgos de la investigación y recupera las tensiones centrales que atraviesan al régimen: la relación entre formalización e inclusión efectiva, entre derecho formal y derecho material, y entre equidad y sostenibilidad financiera. A partir de ello, se plantean algunas reflexiones sobre los desafíos que enfrenta el RSPC-MS como instrumento de inclusión sanitaria y sobre las condiciones necesarias para fortalecer su articulación con el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

2. Marco teórico y antecedentes

El marco teórico que orienta este estudio parte de reconocer que el RSPC-MS no constituye únicamente una categoría tributaria diferencial, sino un dispositivo institucional complejo que condensa objetivos fiscales, laborales, sociales y sanitarios. Su análisis requiere, por lo tanto, comprenderlo como una política pública híbrida: tributaria en su forma, social en su población objetivo, laboral en su pretensión de formalización y sanitaria en tanto habilita —al menos formalmente— la incorporación de sus beneficiarios al Sistema Nacional del Seguro de Salud —SNSS—.

2.1. Mercado de trabajo e informalidad laboral

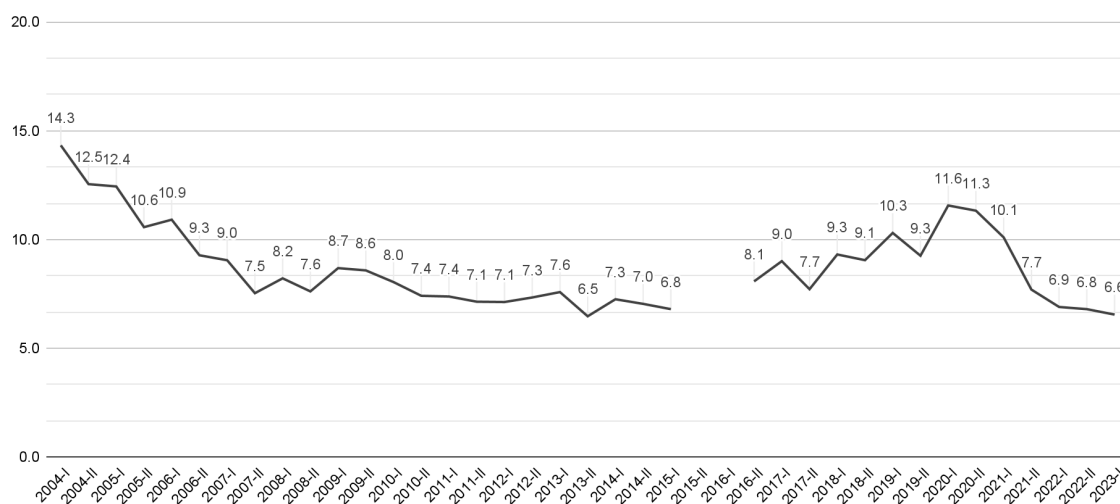
A los fines de situar analíticamente el presente estudio, resulta pertinente enfatizar algunos rasgos generales del mercado de trabajo argentino. Dado que el RSPC-MS se inscribe en la intersección entre políticas laborales, tributarias y de protección social, su análisis no puede desvincularse de las características estructurales del empleo, en particular de la magnitud y configuración del segmento informal.

En relación con la evolución de la tasa de desempleo, se observa una tendencia general decreciente, que va desde un 14,3% en el primer semestre de 2004 hasta un 6,6% en el primer semestre de 2023 (Gráfico 1). Este comportamiento descendente, sin embargo, no se desarrolla de manera lineal ni homogénea, sino que la serie temporal permite identificar al menos tres grandes períodos diferenciados, cada uno asociado a contextos macroeconómicos, políticos y sociales particulares que condicionaron la dinámica del mercado laboral argentino.

El primero de estos períodos, que comprende aproximadamente desde 2004 hasta 2013, se caracteriza por una trayectoria descendente de la desocupación, con valores que pasan del mencionado 14,3% al 6,5% en el segundo semestre de 2013. Este proceso de reducción, notable tanto por su magnitud como por su continuidad, coincide con una etapa de expansión económica, recuperación del empleo formal y fortalecimiento del aparato productivo tras la crisis de comienzos de siglo (Favata et al., 2023). No obstante, incluso dentro de esta fase predominantemente favorable, la serie muestra ciertos momentos de desaceleración en la caída del desempleo. Entre 2008 y 2009, en particular, se observa un estancamiento relativo. El segundo período, que se extiende entre 2014 y 2020, exhibe una dinámica del mercado laboral sustancialmente más volátil. Tras un bienio inicial (2014–2015) en el que la tasa de desempleo se mantiene relativamente estable, con valores próximos al 7,0%, el comportamiento posterior marca un cambio de tendencia. A partir de 2016 se registra un incremento de la desocupación, aunque con oscilaciones (Favata et al., 2023). Este aumento culmina en el primer semestre de 2020, cuando la tasa alcanza el 11,6%, su valor más alto desde 2005, en el marco del shock provocado por la pandemia de COVID-19 y las restricciones sanitarias y económicas implementadas para contenerla. Por último, el período comprendido entre 2020 y 2023 muestra una recuperación sostenida del empleo y una recomposición gradual de los indicadores laborales. A medida que se normalizaron las actividades económicas y se reactivaron diversos sectores productivos, la tasa de desempleo retomó una trayectoria descendente, alcanzando en el primer semestre de 2023 un

valor de 6,6%. Este nivel constituye el segundo registro más bajo de toda la serie histórica analizada, únicamente superado por el mínimo de 6,5% observado en el segundo semestre de 2013. Esta mejora reciente sugiere no sólo una recuperación post pandemia, sino también una capacidad del mercado laboral para recomponer niveles de empleo en un contexto aún caracterizado por tensiones macroeconómicas considerables.

Gráfico 1. Tasa de desempleo semestral en Argentina (2004-2023)



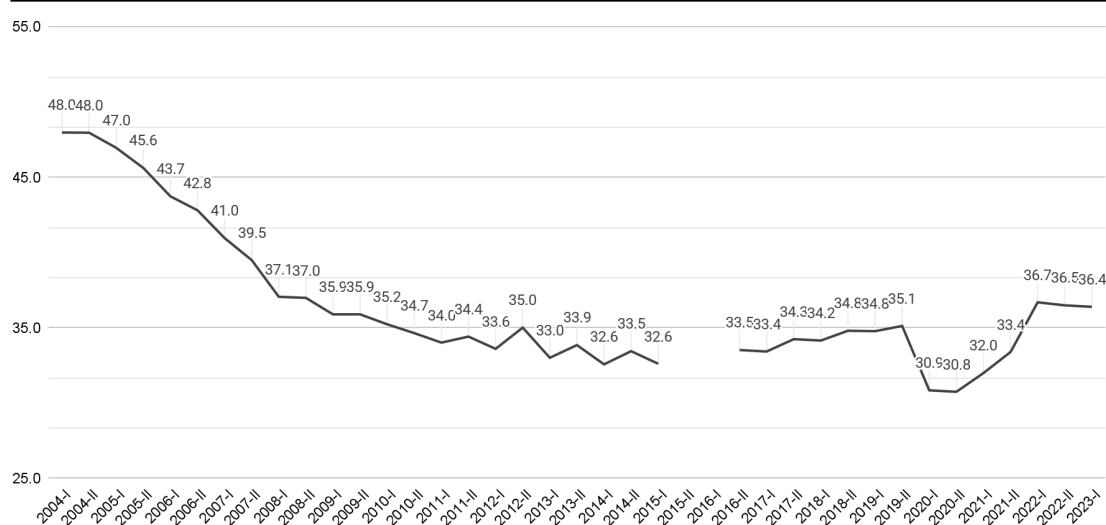
Fuente: elaboración propia en base a datos de CEDLAS y Banco Mundial (2025) sobre la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). *Nota: los datos del segundo semestre del 2015 y del primer semestre del 2016 se encuentran ausentes por interrupción transitoria de la Encuesta Permanente de Hogares. La misma se retomó en el segundo semestre del 2016 con algunos cambios metodológicos.

Por su parte, el mercado laboral argentino ha experimentado marcadas transformaciones, asociadas a un incremento sustancial del empleo asalariado no registrado a lo largo de las últimas décadas. Este fenómeno, ampliamente documentado en la literatura especializada, constituye uno de los rasgos estructurales más persistentes del mercado de trabajo en el país, con implicancias directas sobre la protección social, la recaudación fiscal y la sostenibilidad del financiamiento contributivo de la seguridad social. En términos históricos, la evolución de la informalidad laboral mostró una tendencia ascendente marcada entre los años 1978 y 2004, período en el cual se consolidó un proceso de deterioro de la calidad del empleo y de debilitamiento de los mecanismos de regulación laboral, en un contexto de inestabilidad macroeconómica y cambios estructurales profundos (Bertranou y Casanova, 2014). A partir del primer semestre de 2004, no obstante, comienza a observarse un cambio en la dinámica de la informalidad. Entre dicho momento y el primer semestre de 2011 se registra una tendencia descendente sostenida, asociada tanto a la recuperación económica como a políticas orientadas a fortalecer la fiscalización, promover el registro laboral y mejorar los incentivos para la contratación formal. Esta reducción progresiva refleja un período de recomposición del empleo y de mejoras en las condiciones laborales, aunque con marcadas diferencias sectoriales y territoriales que moderan su impacto agregado. Sin embargo, esta tendencia favorable no se mantiene de manera lineal en el tiempo. A

partir del segundo semestre de 2011, la evolución de la informalidad laboral adopta un comportamiento más errático, caracterizado por oscilaciones en la tasa de empleo no registrado. Este patrón alternante responde a una combinación de factores, entre los que se destacan las fluctuaciones cíclicas de la actividad económica, los cambios en las regulaciones laborales, la menor capacidad de fiscalización en determinados períodos y la persistencia de segmentos de baja productividad que operan predominantemente bajo modalidades informales.

En suma, considerando el período completo analizado, la informalidad laboral muestra una disminución en la tasa, pasando del 48,0% en el primer semestre de 2004 al 36,4% en el primer semestre de 2023 (Gráfico 2). Si bien esta reducción representa un avance destacado en términos de mejora de la calidad del empleo, su magnitud y persistencia siguen planteando desafíos estructurales de gran envergadura. En efecto, la persistencia de niveles elevados de informalidad condiciona la capacidad de financiamiento del sistema de seguridad social y, por extensión, introduce restricciones dirimentes a la sostenibilidad del sistema de salud basado en aportes y contribuciones.

Gráfico 2. Tasa de informalidad laboral en Argentina, definición legal (2004-2023)



Fuente: elaboración propia en base a datos de CEDLAS y Banco Mundial (2025) sobre la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). *Notas: la tasa de informalidad laboral en su definición legal se mide como el porcentaje de asalariados ocupados sin descuento jubilatorio.

Los datos del segundo semestre del 2015 y del primer semestre del 2016 se encuentran ausentes por interrupción transitoria de la Encuesta Permanente de Hogares. La misma se retomó en el segundo semestre del 2016 con algunos cambios metodológicos.

No obstante, es pertinente señalar que, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) —organismo responsable de la realización de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)—, la clasificación de un trabajador como informal se basa estrictamente en una definición de carácter legal, vinculada al cumplimiento de las normas tributarias y laborales. En el caso de los trabajadores asalariados, el indicador históricamente utilizado por la EPH ha sido la falta de descuento jubilatorio (INDEC, 2025). Esta aproximación, centrada en la ausencia de aportes

previsionales, constituye el criterio operativo habitual para distinguir entre empleo registrado y no registrado dentro de las estadísticas nacionales.¹

Sin embargo, dicho recorte conceptual presenta relevantes limitaciones, en tanto tiende a producir una subestimación del verdadero alcance y heterogeneidad del mercado de trabajo informal. En efecto, el entendimiento cabal de este segmento laboral requiere incorporar dimensiones que exceden la estricta presencia o ausencia de aportes jubilatorios. Por ejemplo, la informalidad no sólo se vincula con la falta de acceso a los beneficios sociales derivados del trabajo registrado —como cobertura de salud, licencias pagas o seguros por accidentes laborales—, sino también con la inestabilidad de los ingresos percibidos, la precariedad de las condiciones en las que se desarrolla la actividad productiva y los diferenciales de calificación profesional que condicionan las trayectorias ocupacionales.

Desde esta perspectiva más amplia, la informalidad debe comprenderse como un fenómeno multidimensional que expresa, simultáneamente, déficits de protección social, vulnerabilidad económica y segmentación estructural del mercado de trabajo. Por ello, la definición legal adoptada históricamente por el INDEC, si bien operativamente útil para la medición estadística, resulta insuficiente para captar la complejidad de las formas contemporáneas de empleo informal y las dinámicas que contribuyen a su persistencia en el tiempo. No obstante, esta limitación comenzó a ser parcialmente subsanada a partir de la actualización metodológica implementada desde el cuarto trimestre de 2023, que amplió el universo de medición más allá del trabajo asalariado (INDEC, 2025).

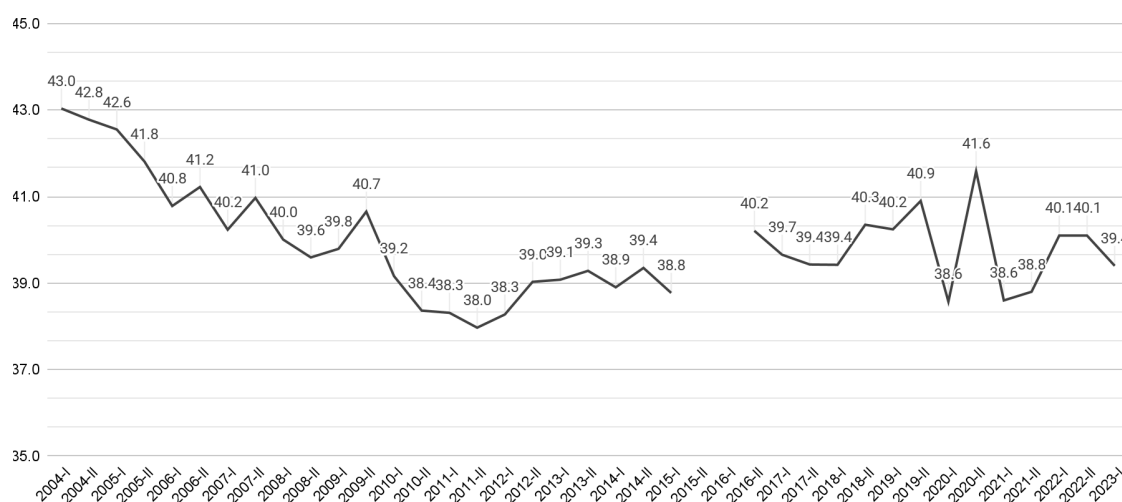
Tomando la definición productiva de trabajo informal —que contempla a los asalariados ocupados en unidades económicas de menos de cinco trabajadores, a los autónomos no profesionales y a los trabajadores sin ingresos—, la medición de la informalidad laboral adquiere una fisonomía distinta (Gasparini y Tornarolli, 2009; CEDLAS y Banco Mundial, 2025). Este enfoque, centrado en las características estructurales de los puestos de trabajo y en el tamaño de las unidades productivas, permite captar con mayor precisión la inserción laboral en segmentos de baja productividad, así como la dinámica de ocupaciones que, aun cuando puedan estar registradas desde una perspectiva previsional, se desarrollan en contextos de elevada precariedad.

Bajo esta definición, la tasa de informalidad laboral en Argentina exhibe una trayectoria que, si bien guarda ciertos paralelismos con la medición legal, presenta matices relevantes. En efecto, durante el período comprendido entre el primer semestre de 2004 y el segundo semestre de 2011, la tendencia general continúa siendo mayoritariamente descendente, reflejando el impacto de un ciclo económico expansivo y políticas de fortalecimiento del empleo y del salario real. Este proceso alcanza su punto más bajo hacia 2011, cuando la informalidad definida productivamente desciende al 38,0%, constituyéndose en el valor mínimo del período.

¹ Hasta la incorporación de nuevas preguntas al cuestionario de la EPH a partir del cuarto trimestre de 2023, el INDEC medía la informalidad laboral exclusivamente entre los trabajadores asalariados, lo que implicaba la exclusión de patrones, cuentapropistas y trabajadores familiares sin remuneración. A partir de la actualización metodológica, el universo de medición dejó de circunscribirse a los ocupados en relación de dependencia y pasó a abarcar al conjunto de las personas ocupadas (INDEC, 2025).

No obstante, a partir de ese momento, la serie muestra una reversión de la tendencia previa. La evolución comienza a describir un comportamiento más errático, aunque con una tendencia ascendente, fenómeno que puede vincularse tanto a la desaceleración económica como a la creciente heterogeneidad estructural del mercado laboral. Este comportamiento culmina en el segundo semestre de 2020, cuando la tasa de informalidad alcanza un máximo relativo del 41,6%, en un contexto marcado por los efectos disruptivos de la pandemia de COVID-19 sobre el empleo, la productividad y la estructura ocupacional del país (Gráfico 3). En conjunto, esta lectura evidencia que la definición productiva no sólo ofrece una aproximación más amplia al fenómeno, sino que permite observar con mayor nitidez las tensiones estructurales del mercado de trabajo argentino, especialmente en contextos de crisis y recuperación lenta, donde la informalidad tiende a expandirse como mecanismo de ajuste frente a la inestabilidad macroeconómica.

Gráfico 3. Tasa de informalidad laboral en Argentina, definición productiva (2004-2023)



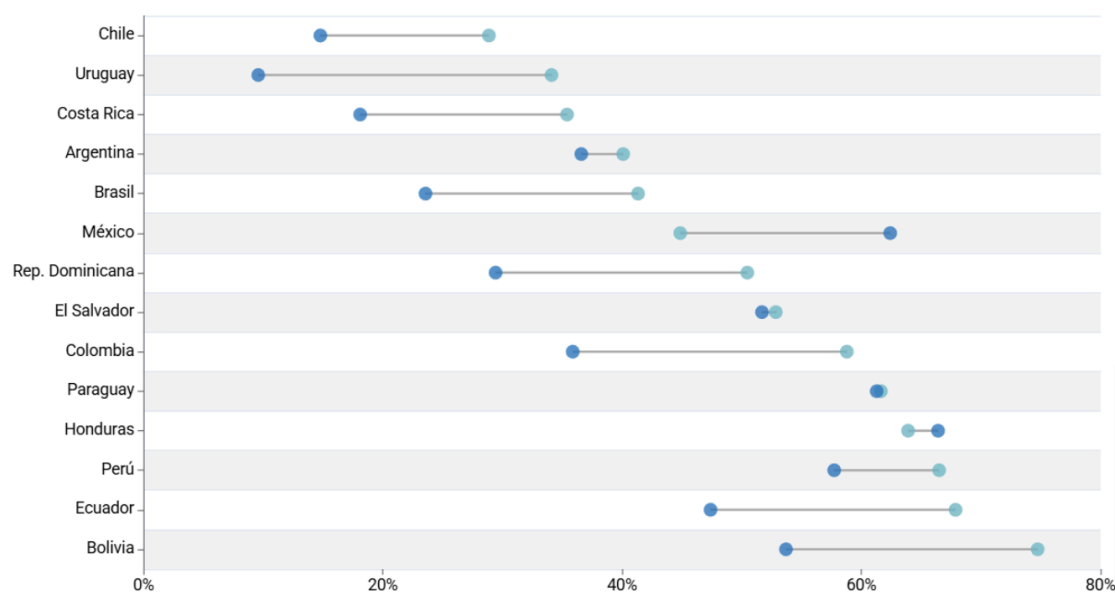
Fuente: elaboración propia en base a datos de CEDLAS y Banco Mundial (2025) sobre la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). *Notas: la tasa de informalidad laboral en su definición productiva se mide como el porcentaje de ocupados informales sobre el total de ocupados, considerando como informales a los asalariados ocupados en firmas privadas de hasta cinco trabajadores, trabajadores por cuenta propia no profesionales y trabajadores sin ingresos.

Los datos del segundo semestre del 2015 y del primer semestre del 2016 se encuentran ausentes por interrupción transitoria de la Encuesta Permanente de Hogares. La misma se retomó en el segundo semestre del 2016 con algunos cambios metodológicos.

Aun considerando lo anterior, la tasa de informalidad laboral muestra una reducción moderada a lo largo del período analizado. De esta forma, al comparar los valores correspondientes al inicio y al final del período analizado, se advierte una variación acotada, de tan solo 3,6 puntos porcentuales entre 2004 y 2023 (43,0% y 39,4%, respectivamente). Esta persistencia en niveles elevados resulta particularmente significativa si se tiene en cuenta que el mercado de trabajo argentino atravesó, en esas dos décadas, ciclos económicos marcadamente diferenciados, episodios de crisis macroeconómica, fluctuaciones en el nivel de actividad y transformaciones en la estructura productiva. De este modo, la persistencia de un nivel elevado de

informalidad a lo largo del tiempo sugiere que se trata de un fenómeno de carácter estructural que, aunque presenta oscilaciones asociadas a distintos contextos coyunturales, tiende a mantenerse en niveles altos, y fuertemente asociado a factores de largo plazo como la heterogeneidad productiva, las limitaciones en la creación de empleo asalariado formal y las dinámicas de supervivencia de los sectores de baja productividad.

Gráfico 4. Tasa de informalidad laboral en países seleccionados de América Latina, definición legal y productiva (2022)



Fuente: Fundar - Argendata (2025a). *Notas: Azul: definición legal, porcentaje de asalariados ocupados sin descuento jubilatorio. Verde: definición productiva, porcentaje de ocupados informales sobre el total de ocupados, incluyendo asalariados en firmas privadas de hasta cinco trabajadores, cuentapropistas no profesionales y trabajadores sin ingresos.

En términos regionales, la Argentina presenta una tasa de informalidad laboral relativamente baja en comparación con otros países de América Latina. Este posicionamiento resulta consistente tanto cuando se utiliza la definición productiva como cuando se adopta la definición legal del segmento. En el primer caso, el país se ubica en el cuarto lugar entre las economías con menor informalidad, siendo superado únicamente por Chile, Uruguay y Costa Rica; mientras que, bajo la definición legal, ocupa el séptimo lugar, detrás de Uruguay, Chile, Costa Rica, Brasil, República Dominicana y Colombia, sobre un total de quince países considerados (Fundar – Argendata, 2025a) (Gráfico 4). Este desempeño relativo adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que la región latinoamericana se caracteriza históricamente por elevados niveles de informalidad. En este contexto, la posición argentina refleja, al menos en parte, la capacidad del país para sostener un nivel comparativamente más elevado de empleo registrado y un entramado institucional que, con sus limitaciones, ha logrado contener parcialmente la expansión de formas laborales no reguladas (OIT, 2025).

2.2. Teoría tributaria

El análisis del RSPC-MS requiere ser situado dentro de la aún incipiente reflexión teórica sobre los regímenes especiales dirigidos a contribuyentes de menor capacidad contributiva. Como señala González (2024), la expansión de estos regímenes ha sido particularmente marcada en los países periféricos, con especial énfasis en América Latina y África Subsahariana, donde constituyen respuestas estatales a fenómenos estructurales de informalidad laboral, baja productividad y limitada capacidad de fiscalización. Sin embargo, esta proliferación normativa no ha encontrado un correlato equivalente en términos de desarrollo académico. La ausencia de un marco conceptual sólido —tanto desde la economía pública como desde la sociología fiscal— ha derivado en la formulación de políticas tributarias con escaso apoyo empírico comparado, lo que ha implicado, en no pocos casos, la repetición de diseños fallidos o la replicación mecánica de modelos sin evaluación previa de pertinencia contextual. Esta falta de “benchmarking” riguroso, como advierte González (2024), ha contribuido a generar externalidades negativas que podrían haberse evitado mediante un enfoque más sistemático y basado en evidencia.

Desde una perspectiva conceptual, los regímenes especiales pueden definirse como dispositivos tributarios y de seguridad social diseñados para mejorar el cumplimiento fiscal entre contribuyentes con menor capacidad contributiva, mediante esquemas simplificados o preferenciales que reconfiguran los incentivos a la formalización. Su propósito central es doble: por un lado, reducir las barreras administrativas, financieras e informacionales que dificultan la incorporación al sistema tributario; y por otro, fomentar la inclusión social a través de la ampliación gradual de derechos (González, 2024). La literatura especializada distingue tres subtipos principales de estos mecanismos. Los Regímenes Simplificados Presuntivos sustituyen los tributos del régimen general mediante técnicas presuntivas de determinación de la carga impositiva, lo que reduce tanto la presión fiscal efectiva como las obligaciones formales. Los Regímenes Simplificados de las Obligaciones Formales no alteran la estructura impositiva de base, pero sí simplifican los trámites administrativos, los requisitos de facturación y los mecanismos de declaración. Finalmente, los Regímenes Preferenciales se limitan a otorgar exenciones parciales, reducciones específicas o deducciones focalizadas, preservando la arquitectura general del sistema tributario (González, 2024).

A la luz de esta tipología, el RSPC-MS debe ser clasificado como un régimen simplificado presuntivo. Ello obedece a que sustituye el conjunto de tributos nacionales y las contribuciones al sistema de seguridad social mediante el pago de una cuota única y reducida, mecanismo que constituye —en la teoría tributaria comparada— el núcleo operativo de la técnica presuntiva. Esta sustitución opera como un instrumento de simplificación extrema, permitiendo que contribuyentes con baja capacidad contributiva o inserciones laborales discontinuas accedan a un encuadre fiscal formal sin enfrentar las complejidades administrativas del régimen general.

Asimismo, cuando los regímenes especiales se orientan a trabajadores independientes y pequeños contribuyentes individuales, la teoría tributaria identifica

cuatro objetivos centrales que deben guiar su diseño: simplificación administrativa, formalización, inclusión social y control de proveedores. Estos criterios han sido propuestos como rasgos distintivos de los denominados “regímenes simplificados de tercera generación”, categoría en la cual se inscribe el RSPC-MS por su combinación de sustituibilidad tributaria y acceso a prestaciones de seguridad social. Esta tercera generación supone una innovación estructural respecto de generaciones anteriores, al articular instrumentos impositivos con políticas de bienestar, redefiniendo así el carácter tradicionalmente recaudatorio de los regímenes simplificados.

Dentro de estos objetivos, el de inclusión social adquiere una relevancia particular en América Latina, donde los persistentes niveles de informalidad y desigualdad han motivado la búsqueda de esquemas híbridos que funcionen simultáneamente como mecanismos tributarios y como dispositivos de protección social. En este sentido, González (2024) identifica que, a partir del monotributo (RSPC) argentino de 1998 —y particularmente con la creación del monotributo social (RSPC-MS) en 2004— emergió una tercera generación de regímenes que incorporaron cobertura previsional, acceso a obras sociales y otros componentes del sistema contributivo de bienestar. El RSPC-MS se inscribe, por lo tanto, en esta corriente de innovación institucional, operando no solo como un instrumento de formalización económica, sino también como un puente hacia la ciudadanía social, en tanto amplía derechos y garantiza prestaciones básicas a poblaciones históricamente excluidas del régimen general. Su función excede así los alcances de un simple dispositivo fiscal y lo posiciona como un mecanismo estratégico para la integración social y la reducción de brechas estructurales de bienestar.

2.3. Antecedentes

La producción académica y técnica sobre el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes —y, en particular, sobre su modalidad de Monotributo Social— presenta un desarrollo relevante, aunque todavía fragmentario. Los antecedentes disponibles permiten reconstruir distintos planos del problema: el origen y la evolución del régimen simplificado; su papel como herramienta de formalización de trabajadores por cuenta propia; su vinculación con la economía social y popular; sus potencialidades como mecanismo de inclusión en la seguridad social; y, de manera más incipiente, las dificultades que enfrentan sus beneficiarios para acceder efectivamente a prestaciones de salud. Sin embargo, estos aportes no terminan de conformar una mirada integrada sobre el vínculo específico entre el RSPC-MS y el Sistema Nacional del Seguro de Salud, ni sobre las tensiones económico-financieras, institucionales y prestacionales que dicho vínculo produce.

En primer lugar, los trabajos vinculados al análisis general del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes permiten comprender el origen tributario e institucional del problema. Ascurra y Canuso (2020), en su estudio sobre el monotributo y su evolución, reconstruyen el desarrollo normativo del régimen desde su creación, destacando su papel como instrumento orientado a simplificar el cumplimiento fiscal de pequeños contribuyentes, reducir costos administrativos y ampliar la base de registración. Su aporte resulta relevante porque permite ubicar al Monotributo Social dentro de una trayectoria más amplia de políticas tributarias

dirigidas a sujetos con menor escala económica y limitada capacidad contributiva. Desde esta perspectiva, el monotributo aparece como una herramienta destinada a responder a la insuficiencia del régimen general para captar a trabajadores independientes, pequeños emprendimientos y unidades productivas de baja escala. No obstante, el foco de Ascurra y Canuso se encuentra puesto principalmente en el régimen general y en su evolución tributaria, por lo que su análisis no aborda de manera exhaustiva las particularidades sanitarias del Monotributo Social ni su articulación específica con las obras sociales nacionales. En consecuencia, si bien aporta un marco relevante para comprender la racionalidad fiscal del RSPC, no permite explicar por sí solo las tensiones que emergen cuando un régimen tributario simplificado opera, simultáneamente, como vía de acceso a prestaciones de salud. Esta limitación resulta central para el presente trabajo, que parte precisamente de considerar que el RSPC-MS no puede ser analizado únicamente como una categoría impositiva, sino como un dispositivo que articula formalización, protección social y cobertura sanitaria.

En una línea próxima, Calero (2012) analiza el Monotributo Social como una política de formalización de trabajadores por cuenta propia. Su trabajo constituye uno de los antecedentes tempranos más relevantes, en tanto examina al régimen como una herramienta destinada a facilitar la incorporación de trabajadores vulnerables a circuitos formales de registración. El aporte de Calero resulta particularmente valioso porque identifica al Monotributo Social como un instrumento de política pública orientado a reducir barreras administrativas y económicas para sectores que no encuentran condiciones adecuadas de inserción en el régimen tributario general. En este sentido, el régimen es presentado como una estrategia de formalización adaptada a las características de trabajadores de baja escala, trayectorias laborales discontinuas y reducida capacidad contributiva. Sin embargo, el análisis de Calero se concentra principalmente en la dimensión laboral y tributaria de la formalización. Si bien reconoce la relevancia del acceso a derechos de la seguridad social, no desarrolla de manera sistemática la relación entre el Monotributo Social y el Sistema Nacional del Seguro de Salud, ni examina en profundidad la brecha entre el reconocimiento formal de la cobertura y su ejercicio efectivo. Por ello, su trabajo constituye un antecedente necesario, pero no suficiente, para abordar el núcleo problemático de la presente investigación: la capacidad real del RSPC-MS para traducirse en cobertura sanitaria operativa, financiada y accesible.

Por su parte, Castelao Caruana (2016) realiza un aporte sustantivo al estudiar la formalización de trabajadores por cuenta propia en Argentina a partir del caso del Monotributo Social. Su investigación permite comprender los factores que condicionan el alcance del programa, poniendo de relieve que la formalización no depende exclusivamente de la existencia de un instrumento normativo, sino también de condiciones institucionales, económicas, territoriales y subjetivas que inciden sobre la posibilidad concreta de acceso y permanencia en el régimen. Este enfoque resulta especialmente relevante porque desplaza la mirada desde el diseño formal de la política hacia sus condiciones efectivas de implementación. El trabajo de Castelao Caruana permite advertir que el Monotributo Social opera sobre un universo heterogéneo de trabajadores por cuenta propia, atravesado por limitaciones de escala, baja productividad, inestabilidad de ingresos y dificultades para sostener

vínculos administrativos regulares con el Estado. De este modo, aporta elementos para comprender que la inscripción al régimen no equivale necesariamente a una integración plena al mundo del trabajo formal. Esta perspectiva dialoga directamente con la distinción entre formalidad legal e informalidad productiva que estructura el presente trabajo, en la medida en que los monotributistas sociales pueden encontrarse registrados, pero mantener condiciones materiales de inserción laboral precarias. Aun así, dicha investigación no se concentra específicamente en la dimensión sanitaria del régimen ni en la sostenibilidad financiera de su vínculo con el SNSS. Su interés principal reside en el alcance del programa como política de formalización del trabajo por cuenta propia. Por lo tanto, si bien aporta claves interpretativas fundamentales sobre las condiciones de acceso y permanencia en el régimen, deja relativamente abierta la pregunta por el modo en que dicha formalización se traduce —o no— en acceso efectivo a prestaciones de salud.

En el campo de la economía social y solidaria, Torres (2018) constituye un antecedente central. Su trabajo analiza el Monotributo Social como mecanismo de impulso a la economía social y solidaria en Argentina, destacando su papel en el reconocimiento institucional de unidades productivas y trabajadores históricamente excluidos de los circuitos económicos formales. Torres subraya que el régimen no solo facilita la registración tributaria, sino que también habilita la emisión de facturas, la participación en mercados formales, el acceso a programas públicos y la incorporación a determinados derechos de la seguridad social. En este sentido, el Monotributo Social aparece como una herramienta de inclusión económica y social, especialmente relevante para emprendimientos de baja escala, cooperativas, experiencias asociativas y trabajadores vinculados a la economía popular. El aporte de Torres resulta particularmente importante porque permite inscribir al RSPC-MS en el proceso más amplio de institucionalización de la economía social posterior a la crisis de 2001-2002. Desde esta perspectiva, el régimen no es simplemente una solución administrativa, sino una política de reconocimiento de formas de trabajo y producción que habían quedado al margen de las categorías tradicionales del empleo asalariado formal y de la empresa capitalizada. Esta lectura permite comprender la densidad política e institucional del Monotributo Social, así como su importancia para la construcción de ciudadanía económica y social. No obstante, la principal limitación del estudio en relación con los objetivos del presente trabajo, reside en que su análisis privilegia la dimensión de la economía social y solidaria, sin desarrollar de manera específica las implicancias sanitarias del régimen. Si bien el acceso a la seguridad social aparece como uno de sus componentes relevantes, no se estudia en profundidad la relación entre aportes, cobertura de salud, obras sociales, PMO y acceso efectivo a prestaciones. En consecuencia, su trabajo ilumina con claridad la función del RSPC-MS como instrumento de impulso a la economía social, pero deja pendiente un análisis más sistemático de su desempeño como mecanismo de inclusión sanitaria.

Arias y Pon (2023), desde una perspectiva fiscal y tributaria, aportan una lectura más reciente sobre la relación entre sistema tributario y economía popular. Su trabajo permite ubicar al Monotributo Social dentro de una discusión más amplia sobre la necesidad de adecuar los instrumentos fiscales a las características específicas de la economía popular. En este sentido, los autores muestran que los esquemas

tributarios tradicionales no siempre logran captar adecuadamente a trabajadores y unidades productivas de baja escala, cuya capacidad contributiva, estabilidad de ingresos y formas de organización difieren sustantivamente de las previstas por el régimen general. El aporte de Arias y Pon resulta especialmente útil porque vincula la cuestión tributaria con la economía popular y con la necesidad de construir herramientas institucionales que no reproduzcan exclusiones derivadas del diseño fiscal. Además, permite pensar al Monotributo Social como parte de una arquitectura más amplia de políticas orientadas a reconocer, registrar y eventualmente fortalecer a trabajadores de la economía popular. Sin embargo, al igual que otros antecedentes, su foco principal no está puesto en el vínculo con el SNSS ni en el análisis prestacional del componente sanitario. De este modo, contribuye a comprender la racionalidad fiscal y social del régimen, pero no agota el análisis de sus consecuencias en términos de financiamiento y acceso a la salud.

Los estudios de Bertranou y Casanova (2014) aportan un marco indispensable para comprender el problema de la informalidad laboral en Argentina. Su análisis de los segmentos críticos de la informalidad y de las políticas orientadas a la formalización permite situar al RSPC-MS dentro de un contexto estructural más amplio. La informalidad no aparece allí como un fenómeno homogéneo, sino como una realidad segmentada, asociada a distintos tipos de trabajadores, unidades productivas, niveles de productividad y capacidades de inserción institucional. Esta perspectiva resulta fundamental para el presente estudio, en tanto permite comprender que los beneficiarios del Monotributo Social se ubican en una zona intermedia entre la informalidad plena y la formalidad completa. El aporte de Bertranou y Casanova es particularmente valioso porque permite evitar una lectura puramente normativa de la formalización. Desde su perspectiva, registrar a un trabajador no implica necesariamente modificar de manera inmediata sus condiciones estructurales de inserción laboral. Esta distinción es central para analizar el RSPC-MS, ya que muchos de sus beneficiarios se encuentran formalmente inscriptos, pero continúan desarrollando actividades de baja productividad, ingresos reducidos y protección social limitada. Sin embargo, este enfoque se mantiene en el campo de los estudios laborales y de protección social en sentido amplio, sin detenerse específicamente en la arquitectura sanitaria del SNSS ni en las particularidades del acceso a obras sociales por parte de los monotributistas sociales. Por ello, su aporte funciona como marco estructural, pero requiere ser complementado con un análisis sanitario y financiero específico.

En relación con la economía popular y el acceso a la salud, Bruno (2020) introduce un aporte especialmente significativo. Su trabajo sobre los trabajadores y trabajadoras de la economía popular y sus estrategias colectivas de acceso a la salud, tomando como caso a la CTEP en Argentina, permite comprender que el acceso a prestaciones sanitarias no depende únicamente de la titularidad formal de derechos, sino también de formas de organización colectiva, intermediación institucional y construcción de circuitos propios de resolución de necesidades. Este enfoque resulta central para analizar a poblaciones que, aun cuando pueden contar con reconocimiento formal en algún régimen de cobertura, enfrentan barreras persistentes para utilizar efectivamente los servicios disponibles. Bruno permite introducir una dimensión que otros antecedentes abordan solo parcialmente: la

distancia entre cobertura formal y acceso efectivo. En los sectores de la economía popular, las organizaciones sociales y comunitarias pueden cumplir un papel relevante en la orientación, acompañamiento y gestión del acceso a prestaciones, funcionando como mediadoras entre los trabajadores y un sistema sanitario fragmentado y burocráticamente complejo. Este aporte resulta especialmente pertinente para el presente trabajo, ya que permite analizar la cobertura de salud de los monotributistas sociales no solo desde la perspectiva normativa o financiera, sino también desde las prácticas concretas de acceso, las barreras organizacionales y la capacidad de agencia de los beneficiarios. La limitación de este antecedente reside en que su objeto principal no es el RSPC-MS como régimen tributario-sanitario, sino las estrategias colectivas de acceso a la salud de trabajadores de la economía popular. Por ello, aunque aporta una perspectiva fundamental para comprender las barreras de acceso y el papel de las organizaciones, no desarrolla una evaluación integral del régimen, de su financiamiento, de la distribución por obras sociales ni de su evolución normativa y fiscal.

En una línea complementaria, Escalante Albertali, Pavese y Rodríguez (2018) recuperan la experiencia de la Asociación Mutual Senderos, vinculada a estrategias comunitarias y populares de acceso a la salud. Este antecedente permite observar cómo, frente a las limitaciones del sistema formal de cobertura, ciertos actores colectivos construyen dispositivos propios o complementarios para garantizar atención, acompañamiento y resolución de necesidades sanitarias. Su valor reside en mostrar que el acceso a la salud de trabajadores de la economía popular se produce muchas veces mediante arreglos institucionales híbridos, en los que conviven obras sociales, mutuales, organizaciones territoriales y efectores públicos. No obstante, al tratarse de un relato de experiencia, su alcance analítico es necesariamente acotado y situado. Su principal contribución consiste en visibilizar prácticas concretas y circuitos organizativos, pero no pretende ofrecer una evaluación sistemática del RSPC-MS a escala nacional. En consecuencia, resulta útil para comprender dimensiones cualitativas y organizacionales del acceso, aunque requiere ser complementado con análisis normativos, cuantitativos y fiscales de mayor alcance.

Maceira, Monsalvo, Palacios y Beltrame (2017) aportan evidencia particularmente relevante sobre cobertura de salud de beneficiarios del Programa de Ingreso Social con Trabajo. Si bien su objeto no se restringe exclusivamente al Monotributo Social, el estudio permite analizar los problemas de cobertura efectiva en poblaciones vulnerables vinculadas a programas sociolaborales. Su aporte resulta clave porque muestra que la existencia de mecanismos formales de cobertura no necesariamente garantiza utilización efectiva de servicios, continuidad de atención o acceso oportuno a prestaciones. En este sentido, el trabajo permite conectar la discusión sobre inclusión social con el problema sanitario de la cobertura real. La relevancia de Maceira et al. para el presente estudio radica en que introduce una preocupación empírica por el funcionamiento efectivo de la cobertura de salud en poblaciones incorporadas a esquemas estatales de inclusión. Sin embargo, su análisis no desarrolla específicamente la evolución del RSPC-MS, ni examina en detalle la relación entre el componente de salud del monotributo, los aportes transferidos al SNSS, el costo del PMO y la respuesta institucional de las obras sociales. Por lo

tanto, constituye un antecedente relevante para pensar la brecha entre cobertura formal y utilización efectiva, pero no reemplaza la necesidad de un estudio específico sobre el vínculo entre Monotributo Social y SNSS.

Grabois (2016), por su parte, constituye un antecedente relevante desde la perspectiva de la organización de los trabajadores de la economía popular y la construcción de institucionalidad propia. Su trabajo sobre la personería social aporta una mirada político-institucional sobre la necesidad de reconocer formas de representación, agremiación y protección de trabajadores excluidos del régimen clásico de relaciones laborales. En relación con el Monotributo Social, Grabois ha señalado las dificultades existentes para transformar la inscripción formal en acceso efectivo a derechos, particularmente en materia de salud. Este aporte resulta importante porque introduce una lectura crítica de las limitaciones del régimen desde la experiencia de organización de los propios trabajadores. Sin embargo, el aporte de Grabois se ubica principalmente en el plano político-organizativo y doctrinario de la economía popular, más que en una evaluación sistemática del régimen desde la economía de la salud. Su valor reside en visibilizar la brecha entre reconocimiento jurídico y acceso material, pero no en reconstruir de manera integral la evolución normativa, fiscal, prestacional y demográfica del RSPC-MS. De este modo, su trabajo contribuye a formular el problema, aunque deja abierta la necesidad de un abordaje empírico más amplio y articulado.

En conjunto, los antecedentes revisados permiten identificar tres grandes núcleos de aportes. El primero se vincula con la formalización laboral y tributaria, donde se ubican los trabajos de Ascurra y Canuso, Calero, Castelao Caruana, Bertranou y Casanova, y Arias y Pon. Estos estudios permiten comprender al RSPC-MS como una herramienta de registración, simplificación e inclusión de trabajadores de baja capacidad contributiva. El segundo núcleo corresponde a la economía social y popular, donde se destacan Torres, Bruno, Grabois y Escalante Albertali et al., quienes permiten situar al régimen dentro de una trama más amplia de reconocimiento de sujetos productivos vulnerables, estrategias colectivas de organización y acceso a derechos. El tercer núcleo refiere a la cobertura de salud y el acceso efectivo, donde los aportes de Maceira et al., Bruno y Grabois resultan especialmente relevantes para comprender las limitaciones existentes entre el derecho formal y su ejercicio material. A pesar de estos aportes, persiste una vacancia significativa que justifica la realización del presente trabajo. La literatura disponible ha tendido a estudiar el Monotributo Social desde dimensiones parciales: como herramienta de formalización, como política de economía social, como régimen tributario simplificado, como dispositivo de reconocimiento de trabajadores de la economía popular o como experiencia de acceso a la salud en casos específicos. Sin embargo, no se observa una sistematización integral que articule, de manera conjunta, el marco normativo del RSPC-MS, el perfil de sus beneficiarios, su evolución económica y fiscal, la distribución de su cobertura entre obras sociales, la relación entre aportes y costo del PMO, y las barreras que condicionan el acceso efectivo a prestaciones de salud.

3. Identificación de la situación inicial

3.1. Formulación del caso

El problema de estudio que orienta la presente investigación consiste en la limitada sistematización del conocimiento disponible acerca de las características del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes en su modalidad de Monotributo Social y de la naturaleza específica de su articulación con el Sistema Nacional del Seguro de Salud en la Argentina. Si bien el régimen constituye una herramienta destacada de formalización, inclusión social y acceso nominal a la cobertura sanitaria para trabajadores en situación de vulnerabilidad socioeconómica, persiste una vacancia analítica respecto de su diseño institucional, su evolución normativa, el perfil de sus beneficiarios, su comportamiento económico-fiscal y las condiciones efectivas bajo las cuales se traduce —o no— en acceso real a prestaciones de salud.

Sobre esta base, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes – Monotributista Social y la naturaleza de su vínculo con el Sistema Nacional del Seguro de Salud en Argentina entre 2004 y 2023?

3.2. Objetivos

En función de este interrogante, el objetivo general del trabajo consiste en analizar en profundidad el RSPC-MS y su articulación con el SNSS en la República Argentina durante el período 2004-2023. Para ello, se establecen como objetivos específicos: (i) analizar el marco normativo que estructura el régimen y define sus mecanismos de funcionamiento; (ii) analizar las características sociodemográficas y productivas de sus beneficiarios, atendiendo a las particularidades regionales; (iii) analizar la evolución económica y fiscal del régimen, incluyendo la dinámica de aportes, subsidios y cofinanciamiento público, así como la naturaleza del vínculo con los mecanismos contributivos del sistema de salud; y (iv) identificar las limitaciones del RSPC-MS en su vínculo con el SNSS, considerando las brechas entre derecho formal y derecho material, así como las especificidades del acceso efectivo a la cobertura de salud a través de las obras sociales, en términos de niveles de activación de la afiliación y obstáculos para el acceso.

4. Metodología

La metodología adoptada es de carácter exploratorio y descriptivo, con un diseño de estudio de caso de tipo mixto —combinando herramientas cuantitativas y cualitativas— y con un enfoque longitudinal que abarca el período comprendido entre 2004 y 2023 inclusive. El ámbito de estudio es la República Argentina, con especial atención a aquellas regiones donde el régimen presenta mayor preponderancia y dinamismo. Los sujetos de estudio incluyen a los beneficiarios del RSPC-MS, a organismos de la Administración Pública Nacional vinculados a su implementación —el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, actual Ministerio de Capital Humano de la Nación; el Ministerio de Economía de la Nación; la Administración Federal de Ingresos Públicos, actual Agencia de Recaudación y Control Aduanero; la Administración Nacional de Estadísticas y Censos; y la Superintendencia de Servicios de Salud— y al sistema de salud argentino en su conjunto, comprendiendo tanto a los financiadores como a los entes reguladores.

La estrategia metodológica fue definida en función de los objetivos planteados, procurando garantizar consistencia entre las dimensiones del problema de estudio y las herramientas seleccionadas para su abordaje. En este sentido, el análisis del marco normativo del régimen se corresponde con la revisión sistemática de leyes, decretos, resoluciones, disposiciones administrativas y registros del Boletín Oficial. La caracterización de los beneficiarios se vincula con el procesamiento y análisis de bases administrativas, registros oficiales y memorias de gestión. El estudio de la evolución económica y fiscal del RSPC-MS se apoya en la reconstrucción de series de aportes, subsidios, cofinanciamiento público y variables asociadas al financiamiento del componente sanitario. Finalmente, la identificación de las limitaciones del régimen en su vínculo con el SNSS combina el análisis documental y normativo con evidencia cualitativa proveniente de entrevistas semiestructuradas a actores clave.

La recolección de información comprende la revisión sistemática de documentos legales y normativos, registros del Boletín Oficial, bases administrativas y memorias de gestión, junto con literatura académica relevante. A ello se suma la realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave vinculados al diseño, la gestión, la regulación y la experiencia directa del régimen. En particular, se entrevistó a Pablo Chena, en su carácter de ex Director Nacional de Economía Social y Desarrollo Local del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; a David Aruachan, ex Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación; a Karina Baigros, Subdirectora de Operaciones de Construir Salud (Obra Social del Personal de la Construcción, OSPECON); y a Elizabeth Pres, en su calidad de beneficiaria titular del RSPC-MS.² La estrategia de análisis incluye la operacionalización de un conjunto de variables e indicadores vinculados al marco normativo, al perfil socioeconómico de los beneficiarios, a la evolución económica y fiscal del régimen y al acceso efectivo a prestaciones de salud.

² Las afirmaciones, interpretaciones y conclusiones contenidas en el presente Trabajo Final de Maestría son de exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de las personas entrevistadas, los cuales se encuentran expresamente referenciados únicamente a través de las citas directas debidamente consignadas en el texto.

5. Desarrollo

5.1. Marco normativo del RSPC-MS

5.1.1. Contextualización

Antes de la reconfiguración del mercado laboral que siguió a la crisis de 2001, ya se habían perfilado desde el Estado argentino ciertos esfuerzos orientados a otorgar mayores niveles de formalización a las dinámicas laborales que se desarrollaban por fuera de los marcos regulatorios tradicionales. Estas iniciativas respondían a un diagnóstico creciente sobre la insuficiencia del régimen impositivo y previsional vigente para dar respuesta a un universo heterogéneo de trabajadores independientes, microemprendedores y unidades productivas de muy baja escala, muchas de las cuales transitaban entre la precariedad, la informalidad y la ausencia total de cobertura social. En este contexto, durante la segunda presidencia de Carlos Saúl Menem, y bajo el impulso del entonces ministro de Economía Roque Benjamín Fernández, se creó en 1998 el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (RSPC) (posteriormente conocido como “monotributo” a partir del texto introducido por la modificatoria Ley 25.865/04). Su establecimiento, plasmado en la Ley 24.977/98 y reglamentado a través del Decreto 885/98³, representó un hito normativo orientado a simplificar los mecanismos de cumplimiento y ampliar la base contributiva, especialmente entre trabajadores con dificultades para integrarse al régimen general.

Esta normativa introdujo un sistema integrado y simplificado basado en la creación de un impuesto único de cuota fija mensual, que unificaba en un solo pago los tributos al Impuesto a las Ganancias y al Impuesto al Valor Agregado (IVA). A dicho componente impositivo se adicionaban aportes específicos destinados a financiar un conjunto de beneficios propios de la seguridad social. De esta manera, los contribuyentes inscriptos en el RSPC —y sus trabajadores— podían acceder a una cobertura previsional mediante su incorporación al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Ley 24.241), a servicios de salud a través de su inclusión en el SNSS (Ley 23.660)⁴, a las prestaciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI) (Ley 19.032), a las

³ La Ley 24.977/98 posee, a la fecha, un total de 178 normas que la complementan o modifican. Entre ellas, se destacan algunas relativas a la oferta de beneficios tributarios especiales a subpoblaciones vulnerables dentro del Régimen descrito. Sin embargo, dado que la norma también regula aspectos ajenos al RSPC, la mayor parte de estas disposiciones no inciden directamente en la evolución del régimen. Para más información, ver: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verVinculos.do?modo=2&id=51609>

⁴ El Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), regulado por las Leyes N.º 23.660 y 23.661, comprende a todas las entidades incluidas en el artículo primero de la ley 23.660, a saber: obras sociales sindicales de asociaciones gremiales con personería gremial, los institutos de administración mixta y las entidades creadas por leyes nacionales con fines de seguridad social, las obras sociales de la administración central y de organismos autárquicos, las de empresas y sociedades del Estado, las del personal de dirección y asociaciones profesionales de empleadores, aquellas constituidas por convenio con empresas públicas o privadas, las de personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, de la Policía Federal y del Servicio Penitenciario Federal —incluidos sus retirados y pensionados—, así como cualquier otra entidad existente o futura que tenga como objetivo los fines previstos por la mentada ley. En síntesis, se refiere a las obras sociales nacionales. La excepción las constituyen aquellas obras sociales que se encuentren en situación de crisis en los términos del Decreto 1400/01. La incorporación de empresas de medicina prepaga y de otras figuras encuadradas en la Ley N.º 26.682, que no se encuentran comprendidas originalmente en el sistema mencionado, fue dispuesta con posterioridad a través del DNU 70/23.

asignaciones familiares administradas por la ANSES (Ley 24.714), y, en determinados casos, a la protección frente al desempleo mediante el Fondo Nacional de Empleo (Ley 24.013).⁵

El alcance del mentado régimen abarcaba un espectro amplio de sujetos: personas físicas dedicadas a oficios o titulares de empresas unipersonales; integrantes de sociedades civiles, sociedades de hecho o sociedades comerciales irregulares; así como profesionales —incluidos aquellos para cuyo ejercicio se requería título universitario—, siempre dentro de los límites establecidos en materia de ingresos, superficie afectada a la actividad, consumo de energía eléctrica o precio unitario de venta. Esta configuración respondía a la intención de captar a trabajadores y pequeñas unidades económicas que, sin llegar a constituir empresas formales en sentido estricto, desarrollaban actividades productivas o de servicios de manera continua.

Desde su diseño, el monotributo perseguía un conjunto de objetivos estratégicos: simplificar el cumplimiento de las obligaciones tributarias, reducir la carga administrativa y los costos indirectos asociados al régimen general, y mejorar la eficiencia en los procesos de fiscalización mediante mecanismos de control masivo. Sin embargo, más allá de su racionalidad económica y administrativa, el régimen también tuvo un componente fuertemente social, en tanto buscó facilitar la inclusión fiscal, previsional y sanitaria de sectores históricamente marginados del sistema formal. En términos más amplios, constituyó un primer intento estatal por reconocer que la informalidad laboral no respondía únicamente a la evasión deliberada, sino que era, en muchos casos, resultado de las barreras estructurales impuestas por el diseño del sistema tributario y su desconexión con las realidades productivas de los pequeños contribuyentes (Ascurra y Canuso, 2020).

Además, es importante destacar que en el año 2001 se sancionó el Decreto 1401/01, normativa que introdujo un subrégimen específico dentro del universo de pequeños contribuyentes, destinado a reconocer y atender las particularidades de un segmento caracterizado por la intermitencia y fragilidad de sus actividades económicas. Este decreto creó el régimen especial de seguridad social para pequeños contribuyentes eventuales, categoría integrada por personas físicas mayores de 18 años que desarrollaban actividades de manera ocasional o esporádica, cuyos ingresos brutos no superaban un valor de referencia fijado por la normativa y que cumplían, además, con otros requisitos complementarios vinculados a la naturaleza de la actividad y al nivel de facturación.

El diseño del subrégimen combinaba componentes contributivos y prestacionales adaptados a la irregularidad propia de este colectivo. Por un lado, establecía un aporte proporcional a los ingresos brutos generados por el contribuyente, al cual se sumaba una contribución fija destinada al financiamiento del Sistema Nacional de Salud; adicionalmente, y de manera voluntaria, el régimen permitía incorporar una cotización suplementaria para extender la cobertura de salud al grupo familiar. Por

⁵ En trece provincias, además el monotributo incluye otro componente que reemplaza el pago del Impuesto sobre los Ingresos Brutos (y, en la provincia de Córdoba, también las tasas municipales). Estas provincias son: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego (Arias y Pon, 2023).

otro lado, en el plano previsional, contemplaba la cobertura de prestaciones por vejez, invalidez y muerte, estructurada a partir de requisitos de aportes reducidos y criterios de regularidad especialmente diseñados para quienes no desarrollaban actividades de manera continua. En conjunto, este esquema procuraba ofrecer un piso mínimo de protección social, adecuando los mecanismos contributivos a los márgenes estrechos y a la inestabilidad económica propios de los trabajadores eventuales. En ese marco, el decreto mencionado establecía explícitamente el derecho a la cobertura de salud para los beneficiarios conforme al Programa Médico Obligatorio (PMO), extendiendo dicho derecho tanto al contribuyente como a su grupo familiar, siempre que se efectuara el aporte adicional correspondiente. De este modo, el régimen constituyó el primer antecedente de incorporación formal del derecho al PMO para la población encuadrada en un régimen de pequeño contribuyente.

En términos institucionales y de política pública, el Decreto 1401/01 puede considerarse un antecedente relevante —y en muchos sentidos fundacional— en el reconocimiento explícito, por parte del Estado, de la existencia de subpoblaciones dentro del RSPC marcadas por mayores niveles de vulnerabilidad. La creación de este subrégimen implicó, en efecto, la admisión de que el universo de pequeños contribuyentes no era homogéneo, sino que incluía perfiles heterogéneos cuya inserción económica requería mecanismos diferenciados de inclusión y aseguramiento social. En retrospectiva, esta distinción normativa anticipó los criterios que años más tarde estructurarían la delimitación del monotributo social, consolidado como categoría específica para trabajadores en situación de vulnerabilidad socioeconómica, como se desarrollará en secciones posteriores.

A lo largo del primer quinquenio del presente siglo, la denominada economía social —entendida como el conjunto de actividades creadoras y productivas orientadas a mejorar los medios de vida de actores en situación de alta vulnerabilidad social, desarrolladas a través de unidades productivas o comerciales de baja escala, capitalización y productividad, cuyo principal activo es la fuerza de trabajo, y destinadas a la generación y/o comercialización de bienes y servicios que sustenten el desarrollo individual o familiar (Ley N° 27.345)— comenzó a adquirir una relevancia creciente dentro de la estructura social y productiva argentina.⁶ Este fenómeno no solo implicó un incremento cuantitativo en el número de experiencias asociativas y emprendimientos autogestionados, sino también una resignificación de su papel en la dinámica más amplia del desarrollo económico nacional. En efecto, la ampliación de la economía social debe ser comprendida como un proceso histórico y político que reconfiguró los modos tradicionales de inserción laboral, especialmente entre los sectores más vulnerables.

La dinámica de dicho proceso estuvo directamente influida por el profundo impacto social derivado de la crisis económica e institucional que atravesó el país durante los

⁶ Resulta pertinente destacar la creación del Registro Nacional de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (ReNaTEP) como un hito institucional en la producción de información sistemática sobre un universo históricamente subregistrado. A junio de 2022, el registro contaba con 3.457.669 personas inscriptas, lo que permitió dimensionar por primera vez la magnitud del sector y avanzar en su caracterización ocupacional. En este sentido, los datos relevados muestran una fuerte concentración en actividades vinculadas al trabajo comunitario y de servicios, tales como trabajadores de comedores y merenderos (26 %), servicios de limpieza (11,8 %), agricultura familiar (6,6 %), venta ambulante (4,5 %) y albañilería (4 %) (Arias y Pon, 2023).

años 2001 y 2002. Esta crisis, estrechamente vinculada a los efectos acumulados de la vigencia y posterior colapso del régimen de convertibilidad, produjo un deterioro acelerado de múltiples indicadores macroeconómicos y sociales. El agotamiento del modelo económico vigente desde comienzos de la década de 1990 generó, hacia finales del período, una caída abrupta de la actividad productiva, una contracción severa del empleo asalariado formal y un aumento sustancial de la precarización laboral, estableciendo el escenario para la emergencia de nuevas formas de organización económica y comunitaria.

El impacto social mencionado tuvo como corolario principal un incremento de la desocupación hasta niveles históricamente inéditos. La súbita pérdida de puestos de trabajo y la insuficiencia de los mecanismos tradicionales de protección social impulsaron la proliferación de diversas iniciativas orientadas a contener o mitigar los efectos más críticos de la crisis. Entre ellas, destaca con particular nitidez el proceso de recuperación de empresas en estado de quiebra y la profundización del cooperativismo laboral, experiencias que representaron respuestas colectivas innovadoras frente al retraimiento del empleo formal y que se consolidaron como espacios de generación de ingresos y reproducción comunitaria (Vuotto, 2011). Estas iniciativas no solo permitieron sostener actividades productivas amenazadas por el cierre, sino que contribuyeron a la construcción de nuevas identidades laborales vinculadas a la autogestión y la participación democrática.

La expansión de la economía social durante este período se gestó, así, a partir de la confluencia de esfuerzos tanto internos como externos. En el plano interno, se evidenció el protagonismo de ciudadanos en búsqueda de alternativas laborales que les permitieran recomponer sus ingresos, así como el rol decisivo de organizaciones de base territorial —movimientos sociales, asociaciones comunitarias y agrupaciones vecinales— que articularon acciones solidarias y colaborativas. En el plano externo, diversos actores institucionales contribuyeron a sostener y potenciar estos procesos, entre los que se incluyen sindicatos, universidades, organizaciones no gubernamentales y, especialmente, múltiples instancias del poder ejecutivo y legislativo nacional. Esta articulación multiactoral fue fundamental para dar visibilidad y legitimidad a experiencias económicas que, hasta entonces, habían ocupado posiciones marginales en la agenda pública.

El involucramiento del Estado cristalizó en la formulación de políticas orientadas a fomentar la reintegración laboral y social de un amplio segmento de la población afectada por la desocupación (Vuotto, 2011; Torres, 2018). Dichas políticas buscaron, además, profundizar el proceso de recuperación socioeconómica que se puso en marcha tras el colapso institucional de finales de 2001 y principios de 2002, configurando un entramado de instrumentos que incluyó programas de empleo, asistencia directa, apoyo técnico-productivo y mecanismos de financiamiento para unidades productivas de la economía social. Esta intervención estatal no solo proporcionó recursos materiales, sino también un marco de reconocimiento político a prácticas económicas emergentes.

En este contexto, la sanción de la Ley 25.561/02 resultó un hito institucional central. Dicha norma declaró la Emergencia Pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria, otorgando al Poder Ejecutivo Nacional

facultades extraordinarias hasta el 10 de diciembre de 2003. Estas facultades estuvieron orientadas a promover la reactivación económica, mejorar los niveles de empleo y avanzar hacia una distribución del ingreso más equilibrada, con especial atención al fortalecimiento del desarrollo de las economías regionales. Posteriormente, mediante la Ley 25.820/03, se extendió la vigencia de este estado de emergencia hasta el 31 de diciembre de 2004, consolidando un período excepcional en el cual se redefinieron las estrategias públicas de intervención frente al desempleo y la exclusión social, al tiempo que se sentaron las bases para la consolidación de la economía social como un componente estructural del entramado productivo argentino.

Sobre este trasfondo normativo, institucional y socioeconómico se vuelve inteligible la emergencia de un dispositivo específico de formalización e inclusión social orientado a trabajadores de muy baja escala económica. En efecto, la consolidación de la economía social como ámbito de generación de ingresos, junto con el reconocimiento estatal de la heterogeneidad existente dentro del universo de pequeños contribuyentes, creó las condiciones para el desarrollo de instrumentos diferenciales capaces de articular objetivos tributarios, previsionales y sanitarios con criterios de vulnerabilidad social.

5.1.2. Origen y evolución del RSPC-MS

En este contexto, hacia el año 2004 se incorporó al marco normativo argentino una herramienta fiscal orientada específicamente a contribuyentes que reunieran determinados requisitos vinculados a situaciones de vulnerabilidad socioeconómica —tales como bajos niveles de ingresos, carácter eventual o inestable de la actividad laboral y participación en cooperativas de trabajo u otras formas asociativas—. ⁷ La creación de esta figura respondió a la sanción de la Ley 25.865/04, que introdujo una serie de modificaciones puntuales tanto a la Ley 24.977/98, normativa que establece el RSPC, como a su decreto reglamentario 885/1998. A partir de estas modificaciones se configuró una modalidad tributaria particular, aunque escasamente delimitada en sus alcances y definiciones operativas, que con el tiempo sería conocida como monotributo social. ⁸ Este instrumento normativo se sumó al conjunto de políticas implementadas en los años posteriores a la crisis, orientadas a brindar respuestas institucionales a los desafíos derivados de la

⁷ Al decir de Torres (2018), el monotributo social no se orienta, de hecho, a quienes se encuentran en condiciones extremas de precariedad, sino a aquellos actores de la economía informal que, pese a atravesar situaciones de vulnerabilidad e inestabilidad, logran sostener una “cierta resistencia frente a la amenaza del desmoronamiento”. Se trata de sujetos que, a partir de recursos materiales e inmateriales disponibles, aún conservan capacidad de respuesta mediante el trabajo o la acción emprendedora, aunque lo hagan por fuera de la regularidad impositiva y previsional.

⁸ A pesar de que la Ley 25.865/04 establece una serie de beneficios tributarios destinados a subsegmentos de pequeños contribuyentes (particularmente aquellos inscriptos en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social (REDLES), como se verá más adelante), la norma no utiliza explícitamente la denominación de “monotributo social”. Este nombre, por lo tanto, no forma parte del texto legal, sino que impresiona constituir una denominación social posterior nacida para denominar al hecho jurídico. Sin embargo, cabe destacar que esta ley es la primera que introduce el término genérico de “monotributo” para referirse a los beneficiarios del Régimen Simplificado en un sentido amplio.

informalidad laboral y de la necesidad de generar condiciones para la integración socioeconómica de amplios sectores de la población.⁹

La figura del monotributo social —concebida inicialmente como un mecanismo transitorio dirigido a facilitar el acceso al registro fiscal de trabajadores en situación de vulnerabilidad, pero que, con el paso del tiempo, terminó consolidándose como una categoría permanente dentro del RSPC— fue diseñada con el propósito de ofrecer un encuadre fiscal adecuado y garantizar el acceso a la cobertura previsional para experiencias productivas de carácter social y solidario. Estas experiencias, aun cuando operaban por fuera del circuito formal de la economía, tenían una incidencia concreta y creciente sobre las dinámicas comerciales y productivas del país, tanto en términos de generación de ingresos como en la provisión de bienes y servicios en mercados locales y regionales (Torres, 2018). Asimismo, se ha señalado que el Monotributo Social cumple, además, una función pedagógica en términos de inclusión estatal, en tanto opera como un dispositivo de “alfabetización tributaria” para una población históricamente excluida del vínculo formal con el Estado, introduciendo progresivamente a los sujetos en prácticas administrativas básicas y habilitando el inicio de actividades económicas aun en ausencia de capital económico, cuando el principal activo disponible es el capital humano (Haddad y Stein, 2013). Desde este marco, el RSPC-MS se plantea como una herramienta complementaria —aunque no exclusiva ni autosuficiente— dentro del abanico de políticas públicas orientadas a la promoción de la reinserción social mediante el trabajo y la producción.

Desde su formulación, esta figura se inscribió en una lógica de ampliación de derechos orientada a formalizar actividades de subsistencia, promover la asociatividad y facilitar el acceso a la seguridad social. Su diseño procuró atender “el contexto económico social actual, procurando reinsertar, en el mercado formal de actividades económicas, a quienes actualmente se encuentran excluidos” (Decreto 189/04). Se trató, por tanto, de un instrumento que combinó objetivos tributarios, productivos y sociales, y que buscó ofrecer una vía de integración para trabajadores históricamente marginados de los circuitos formales de empleo y de las instituciones del bienestar. Asimismo, su implementación permitió avanzar en la construcción de un puente entre iniciativas de la economía social y mecanismos estatales de reconocimiento y protección, consolidando una categoría que, pese a sus ambigüedades iniciales, adquirió un papel significativo en las políticas de inclusión laboral y de fortalecimiento de unidades productivas de base comunitaria (Castelao Caruana, 2016).

Así, la Ley 25.865/04 introdujo una serie de disposiciones que reconocieron de forma diferencial a los contribuyentes de categorías más bajas, a los pequeños

⁹ Cabe señalar que, además del monotributo social, existe otro subrégimen orientado a personas de bajos ingresos, denominado Monotributo Promovido o Régimen de Inclusión Social y Promoción del Trabajo Independiente. Este esquema prevé la exención del componente impositivo, el pago de un 5 % de la facturación mensual a cuenta del componente previsional y la posibilidad de abonar una cuota fija, de carácter voluntario, destinada a la cobertura de salud. No obstante, se trata de un régimen de aplicación marginal, que ha quedado prácticamente en desuso como consecuencia de decisiones administrativas que han restringido las nuevas inscripciones. A septiembre de 2022, el número de personas inscriptas ascendía a 187.447 (Boletín Estadístico de la Seguridad Social, BESS 09/2022) (Arias y Pon, 2023). En la medida en que este subrégimen se aparta del objeto de estudio del presente trabajo, no será abordado de manera específica en el desarrollo de la investigación.

contribuyentes eventuales y a los asociados de cooperativas de trabajo, en particular aquellos que se encontraran inscriptos en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social (REDLES).¹⁰ En este sentido, el artículo 12 estableció la exención del pago del impuesto integrado por un período de 24 meses para los pequeños contribuyentes de categorías A y F, así como para los eventuales, siempre que acreditaran su inscripción en el REDLES, limitando su obligación al ingreso de las cotizaciones con destino a la seguridad social. Complementariamente y en línea con lo anterior, el artículo 34 dispuso que los pequeños contribuyentes eventuales quedaran, además, liberados de la obligación de realizar el aporte previsional al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) durante el mismo plazo, en tanto estuvieran inscriptos en dicho registro. Asimismo, el artículo 40 extendió el alcance de estos beneficios al prever que los pequeños contribuyentes encuadrados en categorías bajas e inscriptos en el REDLES pudieran reducir en un 50% sus aportes al SNSS, tanto para el titular como para su grupo familiar primario, por idéntico período de 24 meses. Finalmente, el artículo 48 hizo extensivos estos beneficios a los asociados de cooperativas de trabajo incorporadas al REDLES, estableciendo que durante los primeros 24 meses desde la inscripción tampoco debían ingresar el impuesto integrado ni el aporte previsional, y que sus contribuciones al sistema de salud se verían reducidas a la mitad.

Asimismo, la regulación del monotributo social adquirió mayor desarrollo con el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional 806/04, dictado en carácter reglamentario de la Ley 25.865. Si bien este instrumento no definió de manera expresa la figura ni le otorgó una denominación específica, avanzó en aspectos que contribuyeron a delinear sus características. En particular, incorporó pautas de carácter procedimental que pusieron de relieve el papel central del REDLES para la implementación y funcionamiento del régimen, subrayando así la articulación existente entre esta modalidad fiscal y dicho registro (Torres, 2018).

Además, cabe destacar que mediante el Decreto 204/04 se incorporó al Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional la posibilidad de que las jurisdicciones y entidades del Estado celebrasen contrataciones directas con personas físicas o jurídicas inscriptas en el REDLES. De este modo, los beneficiarios registrados adquirieron reconocimiento como potenciales proveedores del Estado, habilitándolos a participar en circuitos formales de contratación pública y consolidando el REDLES como un instrumento no solo de inclusión social, sino también de inserción económica en la dinámica estatal.

Además, resulta importante mencionar que la Resolución 576/04 de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y la Resolución 667/04 de la misma entidad tuvieron un rol determinante en la definición de la dinámica de selección de obras sociales para los pequeños contribuyentes. La primera de ellas estableció, en términos generales, el formulario de opción de cambio de obra social para los beneficiarios monotributistas, regulando que la elección inicial debía realizarse al

¹⁰ El Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social (REDLES) fue creado por el Decreto 189/04, en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social. Consistía en un instrumento de inclusión destinado a personas físicas en situación de vulnerabilidad social, desempleo o beneficiarias de programas sociales, así como a personas jurídicas integradas por sujetos en esas condiciones. Su finalidad era facilitar la reinserción en el trabajo y la producción formal, en articulación con políticas de economía social y programas de desarrollo local impulsados por el Estado.

momento de la adhesión al régimen simplificado (Ley 25.865) y fijando un plazo mínimo de permanencia de un año antes de poder ejercer nuevamente ese derecho. Complementariamente, contempló la unificación de cobertura entre cónyuges. Sin embargo, esta normativa no realizó ninguna precisión respecto de un régimen específico para los monotributistas sociales, limitándose a encuadrarlos en la categoría genérica de pequeños contribuyentes. Por su parte, la Resolución 667/04 avanzó en la definición de un procedimiento de asignación de oficio para aquellos contribuyentes que, al empadronarse o reempadronarse, no hubieran cumplido con la obligación de elegir una obra social. En estos casos, la SSS procedía a distribuirlos entre distintos agentes del seguro de salud de acuerdo con un mecanismo predeterminado (dispuesto por el Anexo I de la mentada resolución), notificando tanto a las obras sociales como a la AFIP y a los beneficiarios.¹¹ No obstante, esta normativa continuó sin definir de manera específica el tratamiento aplicable a la subpoblación de monotributistas sociales, lo que generó un vacío regulatorio en torno a su inclusión efectiva en el esquema de aseguramiento.

En base a lo anterior, la Resolución 466/05 de la SSS vino a subsanar el problema de falta de definición normativa respecto de los monotributistas sociales, al establecer reglas específicas para su asignación y cobertura dentro del SNSS. En primer lugar, determinó que los sujetos inscriptos en el REDLES del Ministerio de Desarrollo Social (MDS, actual Ministerio de Capital Humano) que no hubieran elegido obra social al momento de su adhesión, o que no cumplieran con dicha obligación en el futuro, serían asignados por la SSS de conformidad con el mismo mecanismo de distribución previsto en la Resolución 667/04. En segundo lugar, garantizó a estos beneficiarios el derecho de opción de cambio desde el mismo momento de su asignación, disponiéndose la efectividad de esa elección el primer día del mes siguiente, lo que implicaba una equiparación plena con los demás pequeños contribuyentes en términos de movilidad entre agentes. La norma también precisó los deberes de comunicación de la SSS hacia las obras sociales, los beneficiarios y la AFIP, asegurando la operatividad administrativa del proceso. Pero quizá el aspecto más relevante fue el reconocimiento de la especificidad contributiva de este colectivo: al recordar que el artículo 48 de la Ley 25.865 eximía a los inscriptos en el Registro Nacional de Efectores del componente impositivo y reducía en un 50% su aporte al sistema de salud durante 24 meses, la resolución dispuso que el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) cubriera transitoriamente esa diferencia hasta alcanzar la cotización mínima prevista por la Ley. De esta manera, no solo se reconoció la singularidad de los monotributistas sociales dentro del régimen, sino que además se estableció un mecanismo de compensación financiera destinado a garantizar la sustentabilidad de los agentes de salud frente a la menor recaudación proveniente de este grupo.

¹¹ En el marco del procedimiento operativo vigente en el momento referido, la elección de la obra social por parte del beneficiario se realiza al momento de la inscripción en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, trámite que cuenta con la intervención de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). La información consolidada es luego remitida al organismo recaudador —actualmente la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA), ex AFIP— para la validación del alta como monotributista social, y posteriormente comunicada a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) a fin de dar curso al circuito de afiliación al SNSS. En aquellos casos en que el beneficiario no haya optado por una obra social al momento del alta, la SSS aplica un mecanismo de asignación aleatoria, asegurando que la entidad asignada cuente con ámbito de actuación en el lugar de residencia del beneficiario, conforme a los criterios establecidos en la normativa vigente.

En conjunto, estas disposiciones configuraron un entramado normativo que no solo aliviaba sustancialmente la carga tributaria de determinados subgrupos de contribuyentes (contribuyentes de categorías bajas, eventuales o asociados a cooperativas de trabajo, todos ellos inscritos en el REDLES), sino que además operaba como mecanismo de incentivo a la formalización de experiencias productivas de carácter social y solidario, constituyendo así el núcleo normativo originario de lo que más tarde será conceptualizado como monotributo social. En esa misma línea, entonces, se ha señalado que el RSPC-MS se dirigía a estimular y facilitar la incorporación a la economía formal de aquellos actores en situación de vulnerabilidad social que desempeñaran, de forma individual o colectiva, actividades productivas, comerciales o de servicios (Calero, 2012; Castelao Caruana, 2016).

Por su parte, tres años después, la Ley 26.223/07 derogó la restricción de los 24 meses previamente establecida por la Ley 25.865/04, lo que transformó la figura tributaria conocida de manera coloquial como monotributo social en una categoría permanente. Esta reforma no solo amplió la vigencia del régimen, sino que también redefinió el alcance de su función social, al consolidar en el tiempo un esquema que hasta entonces se concebía como transitorio y circunscripto a los efectos de la crisis. Posteriormente, la Ley 26.565/09 sustituyó el Anexo de la Ley 25.865, sin introducir modificaciones sustantivas en relación con el monotributo social ni alterar la naturaleza permanente que le había conferido la Ley 26.223. En consecuencia, a pesar de las transformaciones normativas que atravesó el régimen, persistió la ausencia de una definición conceptual precisa y de una denominación específica en el plano jurídico, manteniéndose la figura como una categoría tributaria de carácter *sui generis* dentro del RSPC (Torres, 2018).

No obstante lo mencionado y a pesar de esta pobre definición del régimen, cabe destacar que los instrumentos legales posteriores —en especial la Ley 26.565/09 y, en particular, su decreto reglamentario 1/10— consolidaron de manera definitiva la centralidad operativa del REDLES. Este registro, que ya había sido contemplado con anterioridad, se erigió como un componente ineludible para la implementación y trazabilidad de los beneficios tributarios asociados al régimen, al punto de convertirse en un requisito indispensable para acceder a la condición de monotributista social. De este modo, la exclusión o baja del REDLES pasó a implicar automáticamente la pérdida de los beneficios tributarios reconocidos, mientras que, de acuerdo con lo dispuesto por el decreto reglamentario, los efectores inscriptos —tanto individuales como asociados a proyectos productivos o de servicios— solo podían desarrollar bajo este régimen la actividad declarada, reforzando así la función del registro como filtro de acceso y mecanismo de control en el proceso de formalización.

Además, los instrumentos legales que sucedieron a esta norma —incluyendo leyes complementarias, decretos reglamentarios y diversas disposiciones de carácter administrativo— no introdujeron alteraciones sustantivas respecto del régimen originalmente delineado para el período bajo análisis. Si bien estas normas posteriores contribuyeron a precisar ciertos aspectos operativos o procedimentales, su alcance se mantuvo circunscripto a ajustes de índole técnica que no modificaron la arquitectura institucional ni los principios rectores que definieron al régimen en su formulación inicial. En consecuencia, el marco regulatorio vigente durante estos años

puede considerarse relativamente estable, en tanto su evolución normativa no supuso redefiniciones conceptuales ni transformaciones estructurales que alteraran los objetivos, la lógica de funcionamiento o las poblaciones destinatarias del instrumento. Esta continuidad legislativa permite, por lo tanto, interpretar el período como uno de consolidación antes que de reforma, caracterizado por la persistencia de lineamientos regulatorios que, aun con matices y modificaciones menores, mantuvieron inalterada la configuración sustancial del régimen.

Figura 1. Cronología normativa simplificada del origen y la evolución del RSPC-MS

- **Ley 24.977/98 - Aprobación del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (RSPC).**
 - Decreto 885/98 - Reglamentación de la Ley 24.977/98.
 - Decreto 504/98 - Reglamentación de la opción de cambio para beneficiarios del SNSS.
 - Decreto 1401/01 - Creación de Régimen Especial de Seguridad Social para Pequeños Contribuyentes Eventuales.
 - **Ley 25.865/04 - 1era Modificación del Anexo de la Ley 24.977/98.**
 - Decreto 806/04 - Reglamentación de la Ley 25.865/04.
 - Decreto 189/04 - Creación del REDLES.
 - Decreto 204/04 - Incorporación de inscriptos al REDLES al Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional.
 - Resolución 576/04 SSS - Opción de cambio de obra social para beneficiarios del RSPC.
 - Resolución 667/04 SSS - Asignación automática de obra social para beneficiarios del RSPC que no hubieran realizado elección.
 - Resolución 466/05 SSS - Asignación automática de obra social para beneficiarios del RSPC-MS inscriptos en el REDLES.
 - **Ley 26.223/07 - 2da Modificación del Anexo de la Ley 24.977/98.**
 - **Ley 26.565/09 - 3era Modificación del Anexo de la Ley 24.977/98.**
 - Decreto 1/10 - Reglamentación de la Ley 26.565/09.
 - **Ley 27.346/16 - 4ta Modificación del Anexo de la Ley 24.977/98.**
 - **Ley 27.430/17 - 5ta Modificación del Anexo de la Ley 24.977/98.**
 - Resolución 157/20 MDS - Actualización de Objetivos Generales y Procedimientos de Gestión del REDLES.
 - Resolución 1216/20 SSS - Actualización del procedimiento para la libre elección de obra social.
-

Fuente: elaboración propia.

La Figura 1 sintetiza, de forma simplificada, el conjunto de hitos normativos que estructuran el origen y la evolución del RSPC-MS.

5.1.3. El RSPC-MS en la actualidad (2023)

La última norma con jerarquía de ley que ordena jurídicamente al RSPC-MS es la Ley 27.430, sancionada en el año 2017. Asimismo, las últimas normas de rango inferior a la ley que operativizan las condiciones específicas de registro y acceso al

RSPC-MS son, centralmente, el Decreto 1/10, la Resolución 576/04 SSS, la Resolución 466/05 SSS, la Resolución 1216/20 SSS y la Resolución 157/20 MDS (Figura 2). Por último, existen otras normas de rango inferior a la ley que introducen excepciones al acceso general al RSPC-MS, como se verá más adelante.

Figura 2. Cronología normativa simplificada que ordena jurídicamente al RSPC-MS en la actualidad (2023)

- Resolución 576/04 SSS - Opción de cambio de obra social para beneficiarios del RSPC.
 - Resolución 466/05 SSS - Asignación automática de obra social para beneficiarios del RSPC-MS inscriptos en el REDLES.
 - Decreto 1/10 - Reglamentación de la Ley 26.565/09.
 - **Ley 27.430/17 - 5ta Modificación del Anexo de la Ley 24.977/98.**
 - Resolución 1216/20 SSS - Procedimiento para la libre elección de obra social. Derogación de la Resolución 576/04.
 - Resolución 157/20 MDS - Actualización de Objetivos Generales y Procedimientos de Gestión del REDLES.
-

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con la Resolución 157/20 del Ministerio de Desarrollo Social, el RSPC-MS configura un régimen tributario especial destinado a personas físicas que acrediten el cumplimiento de un conjunto de requisitos específicos.¹² Para su incorporación, los postulantes deben ser mayores de 18 años, poseer documento nacional de identidad conforme a la normativa electoral vigente y acreditar nacionalidad argentina —ya sea nativa, naturalizada o por opción—, o bien condición de persona extranjera con residencia permanente o temporaria. Asimismo, resulta indispensable que se encuentren en situación de vulnerabilidad social, desempleo o participación real o potencial en programas de inclusión, y que desarrollen —o manifiesten la intención de iniciar— emprendimientos económicos vinculados al desarrollo local y a la economía social, ya sean productivos, comerciales o de servicios. Esta condición debe ser respaldada mediante un informe técnico-social y el correspondiente cotejo de datos patrimoniales.

El régimen exige, además, que la persona solicitante desarrolle una única actividad económica independiente, con la salvedad de que, en el caso de personas extranjeras, dicha actividad deberá adecuarse a lo establecido por los artículos 51 y 52 de la Ley 25.871. Quedan excluidos de la inscripción aquellos profesionales con título universitario cuya finalidad radique en la facturación de honorarios por servicios de asesoramiento técnico, científico o pericial. En línea con ello, los ingresos del postulante deben provenir exclusivamente de la actividad económica declarada, exceptuándose únicamente los derivados de programas de inclusión social,

¹² Adicionalmente a los requisitos establecidos en la presente Resolución, las personas que deseen adherir al RSPC-MS deberán cumplir con las condiciones previstas en la Ley 27.430/17, última norma modificatoria de la Ley 24.977/98 (texto originario del RSPC), dentro del cual este subrégimen fue incorporado por la Ley 25.865/04, según se detalló previamente. En términos generales, los sujetos alcanzados son: personas humanas que desarrollen actividades económicas, incluida la actividad primaria; integrantes de cooperativas de trabajo y sucesiones indivisas continuadoras de contribuyentes adheridos. Se encuentran expresamente excluidas las actividades de dirección, administración o conducción de sociedades (Ley 27.430/17, art. 149°).

pensiones no contributivas, jubilaciones, pensiones o empleo en relación de dependencia cuando los ingresos brutos no superen el haber previsional mínimo, así como las prestaciones de la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo para la Protección Social.

El marco regulatorio impone también restricciones patrimoniales: el solicitante puede ser propietario de hasta dos bienes inmuebles —siempre que uno de ellos se encuentre afectado al emprendimiento productivo— y de un máximo de tres bienes muebles registrables, además de no poder revestir la condición de empleador ni resultar sujeto alcanzado por los impuestos a los bienes personales o a las ganancias. Sin perjuicio de estos criterios, la normativa habilita a la autoridad de aplicación a prescindir, de manera fundada, de alguno de ellos cuando un informe técnico-social permita acreditar fehacientemente la situación de vulnerabilidad del postulante.

Las personas físicas que cumplan con estas condiciones pueden presentarse como emprendedores individuales, pequeños productores de la agricultura familiar o integrantes de cooperativas de trabajo, cooperativas agropecuarias y de provisión, proyectos productivos o de servicios, o agrupamientos de marcas colectivas (Resolución 157/20 MDS). En este sentido, y aunque el régimen se estructura formalmente sobre la condición de persona física, su alcance se proyecta de manera indirecta hacia personas jurídicas de base asociativa. En todos los casos, la normativa exige la inscripción previa en el REDLES. Finalmente, cabe subrayar que quienes reúnan los requisitos previstos son considerados titulares del régimen, en tanto que los miembros de su grupo familiar primario —como el cónyuge o concubino y los hijos que cumplan las condiciones establecidas— son reconocidos como adherentes.

Al igual que el RSPC en su modalidad general, el RSPC-MS comprende tres componentes tributarios diferenciados. En primer lugar, incorpora el denominado impuesto integrado, que unifica las obligaciones correspondientes al impuesto a las ganancias y al impuesto al valor agregado, simplificando su liquidación y pago dentro de un esquema único. En segundo lugar, incluye el aporte obligatorio al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), que habilita el acceso a la protección previsional y a la acreditación de períodos aportados. Finalmente, contempla el aporte al SNSS, mediante el cual se financia la inclusión del titular y de su grupo familiar primario en el subsistema de obras sociales.

La estructura financiera del RSPC-MS se basa en un mecanismo de cofinanciamiento entre el Estado Nacional y la persona beneficiaria. En este esquema, la autoridad federal asume la totalidad de los costos correspondientes tanto al impuesto integrado como al aporte previsional, de modo que el titular no realiza desembolsos económicos vinculados a dichos conceptos. Asimismo, el Estado financia el 50% del aporte destinado al SNSS, quedando a cargo del beneficiario el 50% restante. En consecuencia, el pago mensual que efectúa el monotributista social se circunscribe exclusivamente a la porción no subsidiada del componente de salud. Adicionalmente, cuando miembros del grupo familiar primario —como cónyuge, concubino o hijos bajo las condiciones previstas— se incorporan como adherentes a la cobertura de salud del titular, éste debe afrontar el pago del

50% del aporte correspondiente por cada integrante adicional, replicándose así el esquema de cofinanciamiento en cada caso.

Existen tres situaciones específicas en las cuales la incorporación al RSPC-MS no implica desembolso económico alguno por parte del beneficiario. Estas variantes, conocidas en su conjunto como “monotributo social de costo cero” (Torres, 2018), están orientadas a titulares de determinados programas implementados por el Estado Nacional que contemplan mecanismos excepcionales de financiamiento. En estos escenarios, el pago del 50% del aporte destinado al SNSS —que en la modalidad general del RSPC-MS queda a cargo del contribuyente— es cubierto íntegramente por una dependencia de la Administración Pública Nacional, cuya identidad depende del programa al que se encuentre vinculado el beneficiario. Las tres situaciones contempladas bajo esta modalidad corresponden a:

1. Programa Nacional de Inclusión Socio-productiva y Desarrollo local – “Potenciar Trabajo” (ex-Programa Hacemos Futuro y este, a su vez, ex-Programas Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja” y Ellas Hacen, entre otros), creado por la Resolución 121/20 y cuyo financiamiento depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.¹³ Los beneficiarios de este monotributo social de costo cero son los titulares del Programa, inscriptos en el REDLES, y entendidos como “(...) personas físicas que se encuentren en situación de alta vulnerabilidad social y económica considerando las definiciones, criterios, condiciones y corresponsabilidades establecidas en el presente Anexo (Encontrarse en riesgo o estado de vulnerabilidad social y/o desempeñarse en alguna actividad de la Economía. Alta vulnerabilidad social y económica: se encuentran en situación de alta vulnerabilidad social y económica aquellos trabajadores de la economía popular que carecen de los recursos necesarios para cubrir las necesidades básicas de sus familias y se encuentran en un estado de dificultad personal o social para su inserción en el mercado laboral y su integración social.). Las personas que se constituyan en titulares del PROGRAMA deberán participar, como mínimo, de alguna de las tres líneas de actividades previstas: i) proyectos socio-productivos, ii) terminalidad educativa, iii) proyectos sociolaborales o socio-comunitarios.”
2. Programa de Promoción del Microcrédito para el Desarrollo de la Economía Social, creado por la Ley 26.117/06 y normado por la Resolución 2757/11 y cuyo financiamiento depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de la Comisión Nacional de Microcréditos (CO.NA.MI). Los beneficiarios de este monotributo social de costo cero son titulares de microcréditos inscriptos en el REDLES, entendidos como “personas físicas o grupos asociativos de bajos recursos, que se organicen en torno a la gestión del autoempleo, en un marco de Economía Social, que realicen actividades de producción de manufacturas, reinserción laboral de discapacitados, o

¹³ Cabe destacar que el origen de la modalidad de monotributo social de costo cero para esta subpoblación se remonta a la Resolución del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación N° 4697/10, mediante la cual se dispuso que dicho Ministerio subsidiara la totalidad del aporte a cargo del monotributista social inscripto en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social que participara en el ámbito del entonces Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”. Este programa presenta continuidades históricas y programáticas con el actual Programa “Potenciar Trabajo”.

comercialización de bienes o servicios, urbanos o rurales y en unidades productivas cuyos activos totales no superen las CINCUENTA (50) canastas básicas totales para el adulto equivalente hogar ejemplo, cifra actualizada por el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (INDEC), por puesto de trabajo.”

3. Monotributo social para la agricultura familiar¹⁴, beneficio normado por la Resolución Conjunta 4263/2010, 9/2010 y 2880/10, emitida por los Ministerios de Desarrollo Social y de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación, junto con la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), cuyo financiamiento está a cargo del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca. Los beneficiarios de esta modalidad del monotributo social de costo cero son los productores (titulares) y sus grupos familiares primarios (adherentes) pertenecientes a la pequeña agricultura familiar, organizados en cooperativas agropecuarias inscriptas en el REDLES.

Por su parte, los beneficios asociados a la incorporación al RSPC-MS configuran un conjunto de derechos y prestaciones orientados a favorecer la inclusión económica y la formalización de actividades productivas desarrolladas por personas en situación de vulnerabilidad. Entre dichos beneficios se destaca, en primer lugar, el subsidio impositivo del 100% del componente tributario —comprensivo del impuesto al valor agregado y del impuesto a las ganancias—, que exonera al titular de toda obligación fiscal vinculada a estos conceptos. Asimismo, como se mencionara precedentemente, el régimen contempla un subsidio del 50% del aporte correspondiente a la obra social perteneciente al SNSS. A ello se suma la posibilidad de emitir facturas o comprobantes fiscales, condición indispensable para la inserción en circuitos formales de comercialización. En materia de seguridad social, el régimen garantiza al titular cobertura previsional plena, incluyendo jubilación, retiro por invalidez y pensión por fallecimiento, así como cobertura de salud para el propio contribuyente y para los miembros adherentes de su grupo familiar, a través de una obra social de alcance nacional.¹⁵ Finalmente, la normativa habilita al titular a inscribirse como proveedor del Estado bajo la modalidad de compra directa, ampliando de este modo las oportunidades de participación en mercados institucionales y fortaleciendo la sostenibilidad de las unidades económicas de la economía social.

En términos operativos, el acceso efectivo al RSPC-MS se encuentra reglamentado por la Resolución 157/20 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, que establece un procedimiento secuencial articulado entre distintos organismos del Estado. En primer lugar, los solicitantes deben inscribirse en el REDLES, instancia encargada de evaluar el cumplimiento de los requisitos previamente definidos mediante el análisis de la situación socioeconómica del postulante y la verificación de su información en coordinación con la Administración Federal de Ingresos

¹⁴ En rigor, no se trata de un programa en sí mismo, sino de un beneficio explícito otorgado por el Estado Nacional.

¹⁵ Cualquier agente de salud de la nómina de obras sociales comprendidas en el Artículo 1º de la Ley 23.660 y sus modificaciones, con excepción del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI) y de aquellos que se encuentren en crisis (Resolución 4309/18 AFIP). Además, cabe aclarar que, al adquirir la condición de jubilado o pensionado, contará con cobertura del INSSJP/PAMI (Ley 19.032).

Públicos (AFIP) y el Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS). Una vez constatada la inexistencia de incompatibilidades, la AFIP procede a otorgar a cada solicitante una Clave Única de Identificación Tributaria (CUIT), lo que determina su inscripción temprana en el RSPC-MS y habilita la emisión de la Credencial de Pago F.152, documento que contiene el Código Único de Revista (CUR) y autoriza al titular a efectuar el pago correspondiente. El cumplimiento del pago a cargo del beneficiario activa formalmente la categoría tributaria de monotributista social, momento a partir del cual la persona queda sujeta al conjunto de obligaciones y disposiciones normativas aplicables al régimen. Finalmente, una vez que la AFIP comunica al REDLES la nómina de quienes hayan cancelado su obligación, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación efectiviza, cuando corresponda, el subsidio del 50% restante del aporte destinado al SNSS, completando así el circuito administrativo-financiero que garantiza la incorporación plena al régimen.

Por su parte, cabe mencionar que la normativa establece que el REDLES podrá disponer la baja de oficio, automática y de pleno derecho del RSPC-MS cuando se verifique el incumplimiento de los criterios u obligaciones establecidos. Ello podrá derivarse, en primer lugar, de cruces con los registros de la AFIP que evidencien la falta de pago a cargo del titular por un período igual o superior a tres meses, consecutivos o alternados, dentro de un mismo año calendario. En segundo lugar, podrá originarse a partir de informes de la AFIP o del cotejo de información previsional, patrimonial y tributaria proveniente del SINTyS y/o la AFIP, que demuestren que el titular ya no reúne las condiciones normativas para permanecer inscripto en la categoría optativa del monotributo social.

5.1.4. Vínculo entre el RSPC-MS y el SNSS

El vínculo entre el RSPC-MS y el SNSS se encuentra regulado por la Resolución 157/20 del MDS, que establece un conjunto de disposiciones orientadas a garantizar la incorporación efectiva de los titulares y de sus grupos familiares primarios a la cobertura de salud. En este marco, el postulante puede seleccionar, al momento de su inscripción en el REDLES, un agente del seguro de salud perteneciente a la nómina habilitada por la SSS, en concordancia con las reglas generales previstas para el RSPC. La inclusión de los integrantes del grupo familiar primario —definido como el cónyuge o concubino; los hijos solteros hasta los 21 años, o hasta los 25 años en caso de acreditar estudios regulares; y los hijos con discapacidad sin límite de edad— reviste carácter voluntario y puede ser solicitada en el momento de la inscripción o en una instancia posterior, siempre acompañada de la documentación que acredite el vínculo. También puede incorporarse una persona a cargo del titular por disposición judicial o administrativa, mediante la presentación de la constancia correspondiente. Una vez verificada la condición de adherente, la persona es incorporada a la credencial F.152, lo que activa la obligación de pago del aporte correspondiente; la AFIP registra el primer pago y comunica a la SSS la obra social elegida, a efectos de habilitar el acceso a las prestaciones previstas en la Ley 26.565, el Decreto 1/10 y la normativa complementaria. Por su parte, la SSS notifica a las obras sociales las altas correspondientes, quienes deben proceder a la afiliación formal y a la entrega de la cartilla prestacional. Asimismo, los

monotributistas sociales gozan del derecho de opción de cambio de obra social desde el momento de su activación en el régimen, conforme a la Resolución 1216/20 de la SSS, mientras que la baja del titular en el REDLES implica automáticamente la baja de todos los adherentes asociados.

En relación con el derecho de elección y movilidad dentro del SNSS, la normativa vigente establece un conjunto de reglas destinadas a asegurar tanto la libertad de opción del pequeño contribuyente como la estabilidad del financiamiento de las obras sociales. Conforme a la Resolución 576/04 de la SSS, una vez realizada la elección obligatoria de la obra social al momento de adherir al régimen previsto por la Ley 27.430/17, el beneficiario podrá ejercer, por única vez, el derecho de opción de cambio hacia otro Agente del Seguro de Salud, quedando obligado a permanecer en la obra social seleccionada por un período mínimo de un año antes de poder solicitar nuevamente una modificación. A su vez, la Resolución 466/05 de la SSS dispone que aquellos contribuyentes que no hubieran elegido un agente del SNSS serán asignados automáticamente mediante el mecanismo de distribución establecido por la Resolución 667/04, garantizándoseles, desde el mismo momento de su asignación, el derecho de opción de cambio conforme a lo previsto en los Decretos 504/98 y 806/04. Esta elección se hace efectiva el primer día del mes siguiente y otorga a estos beneficiarios un tratamiento equiparable al del resto de los pequeños contribuyentes en términos de movilidad entre agentes del seguro de salud. En todos los casos, el ejercicio del derecho de opción se encuentra limitado a una vez por año calendario, lo que configura un equilibrio entre el reconocimiento de la libertad individual del contribuyente y la necesidad de preservar la continuidad y previsibilidad del sistema de aseguramiento.

En lo que respecta a la dinámica de acceso a las prestaciones de salud dentro de la obra social, el Decreto 1/10 establece un esquema de incorporación progresiva al PMO¹⁶ para el titular y, en su caso, para cada integrante del grupo familiar primario que se hubiera adherido. Esta progresividad se determina exclusivamente en función del tiempo transcurrido desde el primer pago efectuado por el titular —con independencia del momento en que se formalice la incorporación de eventuales adherentes— y se estructura en tres etapas sucesivas: una primera etapa con cobertura disponible desde el inicio de la adhesión al régimen; una segunda fase que se activa a los tres meses de pago consecutivo; y una tercera etapa que se habilita a partir de los seis meses de cumplimiento ininterrumpido de la obligación contributiva.

Durante la primera etapa, la cobertura comprende exclusivamente prestaciones de carácter ambulatorio. Entre ellas se incluyen consultas médicas en consultorio, servicios de urgencia y emergencia domiciliaria, y consultas programadas a domicilio para personas mayores de 65 años con movilidad reducida. Se garantiza además el

¹⁶ En un sentido amplio, el PMO se encuentra actualmente constituido por dos bloques normativos diferenciados: por un lado, el PMO 'propriadamente dicho', es decir, el núcleo prestacional definido en sus anexos originales y sus modificaciones posteriores (Anexos de la Res. 201/02, asentados como Programa Médico Obligatorio por la Res. 1991/05 y sus modificaciones posteriores); y, por otro, el conjunto de leyes especiales y resoluciones ministeriales que han dispuesto la incorporación de nuevas prestaciones, ampliando de hecho el alcance de la cobertura exigible a los agentes obligados. Estas últimas no siempre se registran en la versión actualizada de los anexos del PMO, lo que genera la coexistencia entre un listado formal y un plexo prestacional ampliado, habitualmente comprendido bajo la denominación de PMO en sentido amplio (Fundación Poliedro, 2025).

acceso a todas las especialidades médicas reconocidas por la autoridad sanitaria, así como la realización de prácticas diagnósticas y terapéuticas contempladas en el PMO (en aquel entonces denominado Programa Médico Obligatorio de Emergencia), incluyendo materiales y medios de contraste. En el ámbito de la salud mental, se prevé una cobertura de hasta 30 sesiones anuales —con un máximo de cuatro mensuales— en distintas modalidades terapéuticas. A ello se suman las prestaciones de rehabilitación ambulatoria, con un límite de 25 sesiones anuales por beneficiario en kinesiología y fonoaudiología, junto con la estimulación temprana según los lineamientos del PMOE. También se incorpora la cobertura de traslados ambulatorios cuando corresponda, la atención odontológica bajo las pautas del programa, y una cobertura del 40% en medicamentos ambulatorios incluidos en el PMOE, prescriptos por nombre genérico. Para niñas, niños y adolescentes hasta los 15 años, se garantiza el 100% de cobertura en anteojos con lentes estándar. Asimismo, se incluyen prestaciones ambulatorias vinculadas al Plan Materno Infantil, programas de prevención de cánceres femeninos —en particular cáncer cervicouterino y de mama—, la cobertura integral para personas con diabetes conforme a la normativa vigente y la provisión del 100% de la medicación piridostigmina 60 mg para el tratamiento de la miastenia gravis.

A partir del tercer mes de pago consecutivo, la cobertura se amplía para incorporar de manera integral las prestaciones de internación. En esta etapa se garantiza el 100% de cobertura sin límite temporal en internaciones comprendidas en el PMOE o en la normativa que lo sustituya, incluyendo la totalidad de medicamentos administrados durante la internación, los traslados necesarios, las prótesis e implantes de colocación interna y los cuidados paliativos. En materia de salud mental, se contemplan hasta 30 días por año calendario para patologías agudas, en modalidad institucional o de hospital de día. Asimismo, se incluye el 100% de la cobertura en medicamentos oncológicos según protocolos nacionales, hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y eritropoyetina para insuficiencia renal crónica. El Plan Materno Infantil incorpora en esta etapa las prestaciones vinculadas a internación, y se garantiza la provisión del 100% de otoamplifonos para niñas y niños hasta los 15 años. Respecto de prótesis y órtesis externas, la cobertura alcanza el 50%, con excepción de aquellas de tipo miogénico o bioeléctrico, que quedan excluidas. En cuanto a medicamentos no oncológicos, se mantiene la cobertura del 40%, salvo en el caso del ondasetrón, cuya provisión se cubre íntegramente cuando se utiliza para tratar vómitos agudos inducidos por fármacos altamente emetizantes.

Finalmente, a partir del sexto mes de pago consecutivo, se incorporan las prestaciones de alto costo y baja incidencia financiadas a través de la Administración de Programas Especiales (APE), conforme a las resoluciones vigentes y a sus disposiciones complementarias o sustitutivas. Estas prestaciones —de carácter obligatorio para todos los agentes del seguro— pueden ser gestionadas para su financiamiento mediante el Fondo Solidario de Redistribución, mecanismo que asegura la sostenibilidad del acceso a tratamientos complejos para los beneficiarios del régimen.¹⁷

¹⁷ Es importante destacar que la Resolución 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), que luego se consolidó como PMO, estableciendo la obligación de

Por último, cabe destacar que si bien la baja del régimen no se produce de manera automática por la falta de pago de una sola cuota —ya que la normativa establece expresamente que deben acumularse al menos tres meses dentro de un mismo año calendario, sean consecutivos o alternados—, lo que sí puede ocurrir es que la AFIP intime el pago de la deuda con los intereses correspondientes. Asimismo, la obra social o entidad que brinda la cobertura de salud puede suspender de manera transitoria el acceso a las prestaciones, en tanto la condición de afiliado está supeditada al cumplimiento de los aportes. En la práctica, muchas de estas entidades verifican la acreditación del pago previo a autorizar estudios, internaciones o medicamentos de alto costo. Regularizada la situación y abonados los importes adeudados, los derechos se reactivan en plenitud.

5.2. Beneficiarios del RSPC-MS

Tal como se desarrolló en apartados previos, se considera beneficiario del RSPC-MS a la persona física que, cumpliendo un conjunto de requisitos vinculados a condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, accede a este subrégimen como herramienta de inclusión tributaria, previsional y sanitaria, en el marco de su inscripción en el REDLES. Esta caracterización inicial permite situar al RSPC-MS no sólo como un instrumento de formalización de actividades económicas individuales o asociativas, sino también como un dispositivo de ampliación de derechos para sectores históricamente excluidos del sistema contributivo.

En términos metodológicos, los datos utilizados corresponden a la cantidad de beneficiarios del RSPC-MS inscriptos en el REDLES, con credencial de pago generada, a fines del mes de enero de cada año calendario entre 2004 y 2023 inclusive. La información se presenta desagregada por año y distingue entre titulares y adherentes. Se considera titular a toda persona que cuente con Credencial de Pago F.152 o instrumento equivalente vigente, conforme a la definición operativa desarrollada en los apartados precedentes. Los adherentes comprenden a los integrantes del grupo familiar primario —cónyuge o concubino e hijos que cumplan con las condiciones normativas establecidas—, reconocidos como tales según lo descrito previamente.

El criterio adoptado consiste en contabilizar aquellas solicitudes de inscripción al RSPC-MS que alcanzaron la instancia administrativa de generación de credencial y de pagos durante el período analizado, considerando asimismo a los adherentes vinculados a los titulares que alcanzaron dicha instancia. En este sentido, se asume que el trámite fue efectivamente concluido hasta la etapa de generación de la credencial, por lo que estas personas son consideradas como inscriptas, independientemente de su posterior comportamiento contributivo. Esta modalidad de

todos los Agentes del Seguro de Salud de garantizar dichas prestaciones básicas esenciales a sus beneficiarios. En la misma línea, el Decreto 576/93 —reglamentario de las Leyes 23.660 y 23.661— prohibió expresamente que las obras sociales establezcan períodos de carencia, con la única excepción contemplada en el inciso c) del artículo 5° de la Ley 23.661 ("las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales"). A su vez, la Ley 26.682, que regula la medicina prepaga, reforzó este principio al prohibir en su artículo 10 los períodos de espera o carencia para todas las prestaciones incluidas en el PMO. En consecuencia, tanto los afiliados a obras sociales nacionales como los usuarios de empresas de medicina prepaga cuentan con acceso inmediato e integral a las prestaciones de salud, sin períodos de espera ni esquemas progresivos de cobertura, lo que marca una diferencia importante respecto del RSPC en general, y de los monotributistas sociales en particular.

contabilización, entendida como “inscripción temprana”, refleja un criterio registral amplio del universo de beneficiarios. En todos los casos, la fuente de información corresponde a bases de datos del Ministerio de Desarrollo Social (2023) y del Ministerio de Capital Humano (2025). Cabe señalar que esta información no permite identificar qué personas realizaron efectivamente los pagos correspondientes al régimen y cuáles no, dado que dicha información es centralizada por la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA). Si bien esta información fue solicitada en reiteradas oportunidades, no fue posible garantizar su disponibilidad de manera sistemática para el conjunto del período analizado. No obstante, para el año 2023 se dispone de información que permite contrastar ambos criterios de medición. En dicho año, el universo de beneficiarios considerado bajo el criterio de inscripción temprana ascendía a 1.173.378 personas (438.033 titulares y 735.345 adherentes), mientras que el universo de beneficiarios que registraron pagos efectivos en al menos tres meses recientes se reducía a 1.044.175 personas (492.278 titulares y 551.897 adherentes). Esta diferencia implica una reducción absoluta de 129.203 personas, equivalente a una contracción del 11,0% del total de beneficiarios al pasar de un criterio registral amplio a uno contributivo efectivo. La reducción se explica casi exclusivamente por la fuerte caída en el número de adherentes (-25,0%), mientras que, en contraste, el número de titulares aumenta (+12,4%), lo que sugiere un proceso de depuración del padrón hacia beneficiarios con mayor nivel de cumplimiento contributivo.¹⁸

Sobre esta base, el presente apartado avanza en una caracterización actualizada del universo de beneficiarios, atendiendo tanto a su trayectoria histórica como a su configuración reciente. Con este propósito, se analiza la evolución del stock de inscriptos en el régimen desde su creación hasta la actualidad, su distribución geográfica en el territorio nacional, la composición sexo-genérica de la población beneficiaria, su estructura etaria y la superposición con otros programas y transferencias sociales, con el objetivo de comprender el lugar que ocupa este subrégimen dentro del entramado vigente de protección social y sus articulaciones con otras políticas estatales.

5.2.1. Distribución por tipo

La Tabla 1 y el Gráfico 5 permiten analizar la evolución anual del número de beneficiarios del RSPC-MS desde su implementación hasta el año 2023, distinguiendo entre titulares y adherentes. En conjunto, ambos insumos muestran un crecimiento sostenido del universo de beneficiarios, aunque con dinámicas diferenciadas según períodos, que reflejan tanto cambios en el diseño e implementación del régimen como transformaciones en el contexto socioeconómico general.

En una primera etapa, comprendida entre 2004 y 2008, el RSPC-MS presenta una expansión gradual pero acotada. Durante estos años iniciales, el número total de

¹⁸ Dado que esta información detallada sobre pagos efectivos solo se encuentra disponible para el año 2023, y a fin de garantizar la consistencia metodológica del análisis longitudinal, en los apartados subsiguientes se trabajará con el universo de beneficiarios definido según el criterio de inscripción temprana, reconociendo explícitamente las limitaciones que ello implica y evitando introducir sesgos derivados de la disponibilidad parcial de datos.

beneficiarios pasa de apenas 249 personas en 2004 a 50.123 en 2008. Asimismo, cabe destacar que en esta primera etapa, el número de adherentes es consistentemente bajo en relación a la cantidad de titulares, lo que sugiere una utilización incipiente del régimen y una limitada expansión de la cobertura familiar. Este comportamiento es compatible con una fase de instalación institucional, en la cual el RSPC-MS comienza a operar como herramienta de formalización, aun con escasa penetración territorial y social.

Tabla 1. Evolución anual de beneficiarios del RSPC-MS (2004-2023)

Año	N° de titulares con credencial generada	N° de adherentes vinculados	N° total de monotributistas sociales
2004	215	34	249
2005	6.553	364	6.917
2006	19.678	1.465	21.143
2007	32.620	3.705	36.325
2008	41.932	8.191	50.123
2009	72.751	52.900	125.651
2010	177.246	134.777	312.023
2011	241.242	150.718	391.960
2012	275.410	150.875	426.285
2013	181.874	363.455	545.329
2014	146.364	333.680	480.044
2015	141.296	302.475	443.771
2016	147.001	301.983	448.984
2017	190.066	309.437	499.503
2018	191.713	320.167	511.880
2019	200.471	368.739	569.210
2020	217.196	373.082	590.278
2021	313.403	459.384	772.787
2022	383.804	654.826	1.038.630
2023	438.033	735.345	1.173.378

Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Capital Humano (2025).

Un cambio sustantivo se observa a partir de 2009, cuando el número total de beneficiarios crece un 150,6% respecto del año anterior (de 50.123 a 125.651), iniciando un período de expansión acelerada que se extiende hasta 2012. En este lapso, el total de beneficiarios se triplica, alcanzando 426.285 personas, con un crecimiento acumulado del 239,4% entre 2009 y 2012. Este aumento se explica

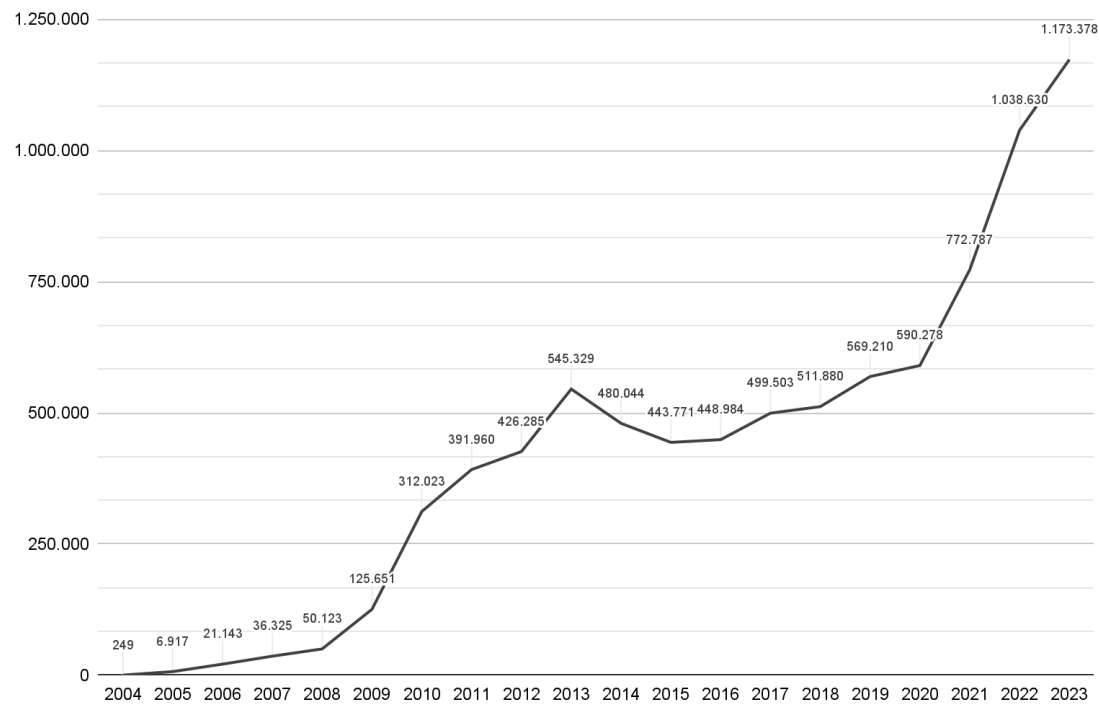
tanto por el incremento de titulares como por la expansión del número de adherentes, que pasan de 52.900 en 2009 a más de 150.000 en 2012. Esta dinámica sugiere una utilización creciente del régimen como mecanismo de acceso indirecto a la cobertura sanitaria para los grupos familiares, en línea con el componente de salud del RSPC-MS y con la lógica de ampliación de derechos propia del período.

Entre 2013 y 2016 se registra una fase de estancamiento relativo y retracción parcial. El total de beneficiarios desciende de 545.329 en 2013 a 443.771 en 2015, lo que representa una caída acumulada del 18,6% en dos años. Si bien en 2016 se observa una leve recuperación, el régimen no logra retomar inmediatamente la senda de crecimiento previa. Este comportamiento puede interpretarse como el resultado de cambios en las prioridades de política social, ajustes administrativos o mayores exigencias en los mecanismos de control y permanencia, tales como los cruces de información patrimonial y contributiva previstos por la normativa.

A partir de 2017, el RSPC-MS inicia nuevamente una fase de crecimiento sostenido, que se intensifica de manera marcada a partir del año 2020. Entre 2017 y 2023, el número total de beneficiarios se incrementa de 499.503 a 1.173.378, lo que implica un aumento del 134,9% en seis años. El contexto de crisis socioeconómica derivado de la pandemia de COVID-19 y la persistencia de elevados niveles de informalidad laboral parecen haber reforzado el rol del RSPC-MS como herramienta de contención social y de acceso a la cobertura sanitaria para amplios sectores de la población. En este sentido, la magnitud alcanzada por los registros administrativos de la economía popular —tal como se señaló previamente, contabilizando un total de 3.457.669 personas inscriptas en 2022 (Arias y Pon, 2023)— da cuenta de un universo potencial de demanda más amplio que el efectivamente cubierto, lo que pone de relieve tanto su centralidad como sus límites para responder al conjunto de necesidades de protección social y sanitaria de estos sectores.

El Gráfico 5 permite visualizar con claridad estas dinámicas, destacando el carácter no lineal del crecimiento del régimen y la presencia de períodos de aceleración, meseta y expansión abrupta. En particular, el salto observado entre 2021 y 2022 —cuando el total de beneficiarios crece un 34,5% interanual— sugiere una respuesta intensiva del régimen frente al deterioro de las condiciones socioeconómicas, reforzando su función como política de contención.

Gráfico 5. Evolución anual de beneficiarios del RSPC-MS (2004-2023)



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Capital Humano (2025).

5.2.2. Distribución por ubicación

La distribución geográfica de los beneficiarios del RSPC-MS en 2023 muestra una marcada concentración en la provincia de Buenos Aires, que con 670.238 beneficiarios (57,1% del total) representa la mayoría absoluta, reflejando su densidad poblacional y el papel del régimen en la cobertura social dentro de la jurisdicción con mayor actividad económica del país (Tabla 2 y Gráfico 6).

Tabla 2. Distribución geográfica de beneficiarios del RSPC-MS por cantidades absolutas (2023)

Provincia	N° de beneficiarios del RSPC-MS
Buenos Aires	670.238
Catamarca	11.731
Chaco	26.378
Chubut	3.570
Ciudad Autónoma De Buenos Aires	26.147
Córdoba	21.535
Corrientes	25.510
Entre Ríos	23.488

Formosa	18.364
Jujuy	16.193
La Pampa	3.030
La Rioja	8.972
Mendoza	16.974
Misiones	35.453
Neuquén	5.027
Río Negro	8.642
Salta	27.173
San Juan	17.383
San Luis	5.223
Santa Cruz	1.361
Santa Fe	20.015
Santiago Del Estero	31.316
Tierra Del Fuego, Antártida E Islas Del Atlántico Sur	749
Tucumán	103.914
Sin Dato	44.993
Total	1.173.378

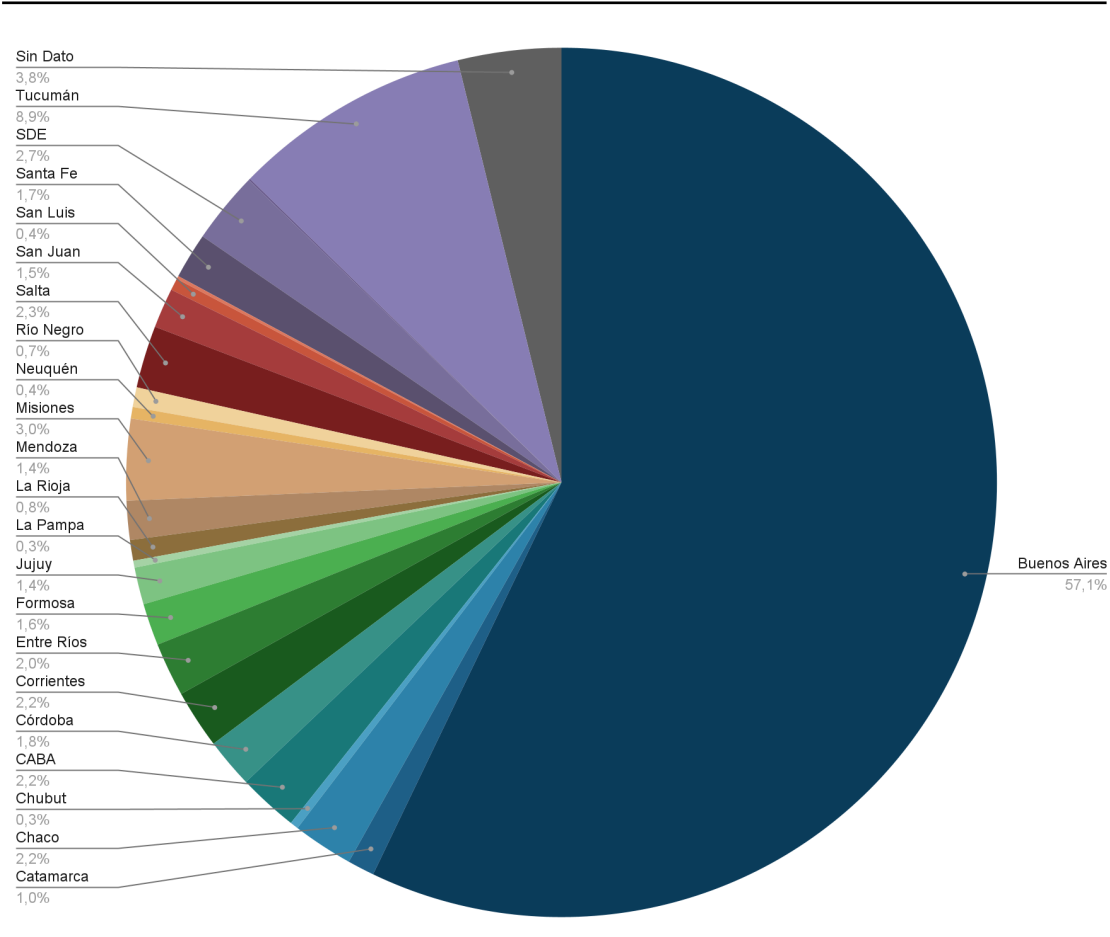
Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Capital Humano (2025).

En segundo lugar, Tucumán cuenta con 103.914 beneficiarios, lo que equivale al 8,9% del total, sugiriendo una fuerte dependencia del RSPC-MS en esta provincia del Noroeste Argentino (NOA), posiblemente vinculada a altos niveles de informalidad laboral.¹⁹ Otras provincias con una presencia significativa de beneficiarios incluyen Misiones con 35.453 (3,0%), Santiago del Estero con 31.316 (2,7%), Salta con 27.173 (2,3%) y Chaco con 26.378 (2,3%), evidenciando la relevancia del régimen en el Norte Grande, una región caracterizada por mayores niveles de informalidad laboral y una fuerte necesidad de acceso a la seguridad social. En un nivel intermedio, provincias como Corrientes (25.510 beneficiarios, 2,2%), Entre Ríos (23.488, 2,0%) y Córdoba (21.535, 1,8%) presentan una cantidad de beneficiarios relevante, aunque en términos relativos menor a la de las provincias mencionadas anteriormente. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con 26.147 beneficiarios (2,2%), muestra una adhesión similar a provincias como Chaco y Salta, lo que puede estar asociado a la presencia de trabajadores autónomos en sectores de servicios informales dentro del área metropolitana. San Juan y Mendoza registran 17.383 (1,48%) y 16.974 (1,45%) beneficiarios respectivamente, lo que indica una presencia importante, aunque con menor peso relativo dentro de la distribución nacional. En el otro extremo, las provincias patagónicas muestran valores considerablemente más bajos, con casos como La Pampa (3.030, 0,26%), Santa Cruz (1.361 beneficiarios, 0,12%) y Tierra del Fuego (749, 0,06%), lo que sugiere una menor penetración del RSPC-MS en estas jurisdicciones. Esto podría deberse a la estructura productiva de la región, la menor densidad poblacional y la existencia

¹⁹ En términos comparados, la provincia de Tucumán se ubica en el cuarto lugar entre las jurisdicciones con mayor proporción de empleo informal, según la definición legal, con una tasa del 51,6%. La anteceden Salta (52,8%), Chaco (52,7%) y Santiago del Estero (51,8%) (Fundar–Argendata, 2025b).

de otras formas de cobertura social y laboral. Neuquén y Río Negro, con 5.027 (0,43%) y 8.642 (0,74%) beneficiarios respectivamente, presentan valores más elevados dentro de la Patagonia, pero aun inferiores en términos comparativos con otras regiones del país (Tabla 2 y Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución geográfica de beneficiarios del RSPC-MS por porcentaje del total (2023)

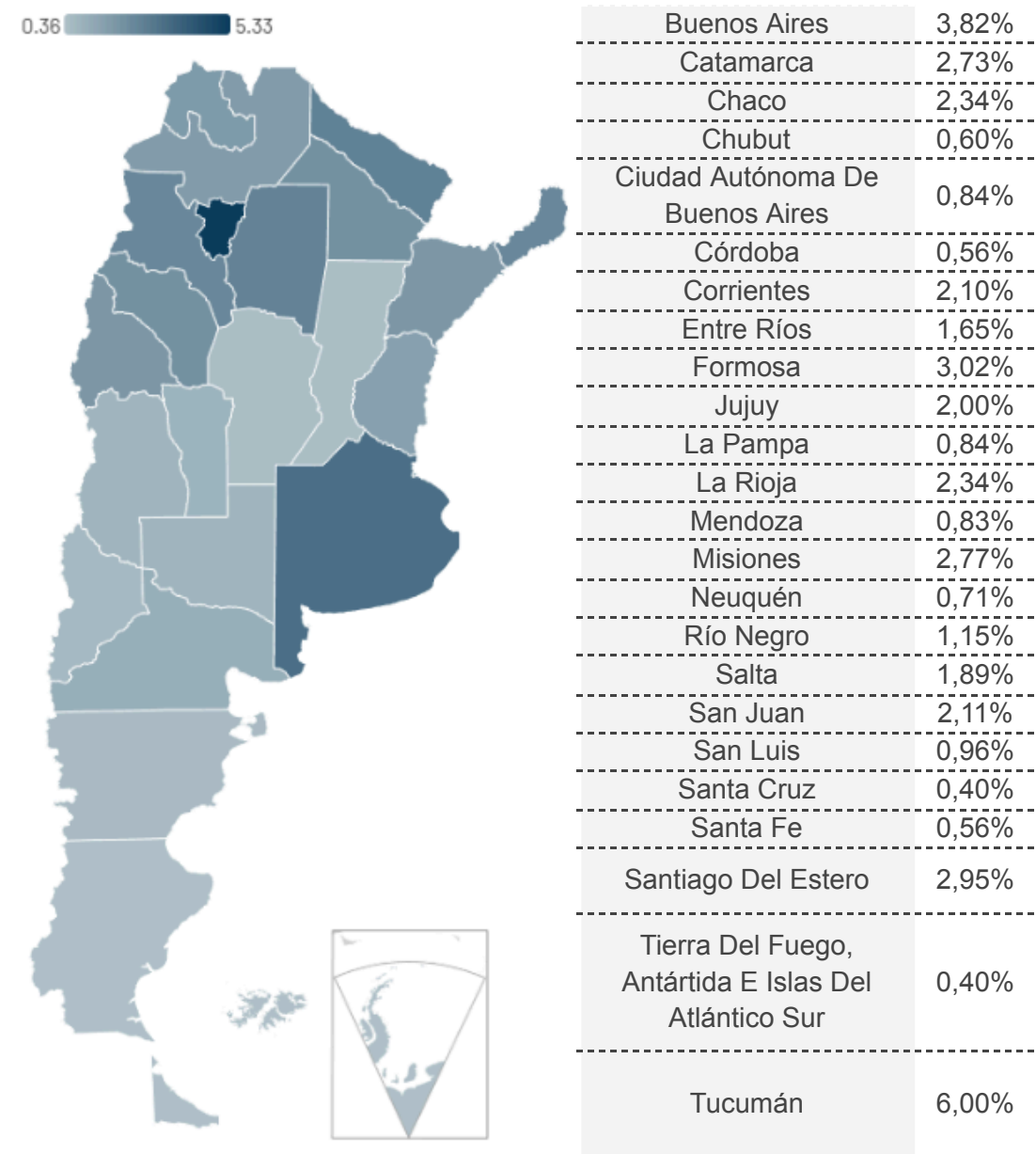


Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Capital Humano (2025). *Nota: SDE: Santiago del Estero. TDFAIAS: Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Al analizar la distribución geográfica de beneficiarios del RSPC-MS por porcentaje de la población total de cada provincia (Figura 3), encontramos algunos hallazgos. Si bien la provincia de Buenos Aires concentra la mayor cantidad absoluta de beneficiarios, al considerar la relación de inscriptos sobre la población total, su participación relativa es del 3,82%, ubicándose por debajo de otras jurisdicciones con menores cifras absolutas. En este sentido, Tucumán se destaca con el porcentaje más alto de beneficiarios en relación con su población (6,00%), lo que refuerza la importancia del RSPC-MS en esta provincia y la dependencia del mercado laboral de dicho régimen. Otras provincias con valores elevados incluyen Misiones (2,77%), Formosa (3,02%) y Santiago del Estero (2,95%), lo que confirma la alta presencia del régimen en el Norte Grande, una región caracterizada por mayores niveles de informalidad laboral y menor acceso a empleo formal.

Por otro lado, provincias como Catamarca (2,73%), Chaco (2,34%), La Rioja (2,34%), y Corrientes (2,10%) también presentan una participación significativa de beneficiarios en relación con su población, aunque con valores levemente inferiores a los casos mencionados previamente. En tanto, provincias de mayor desarrollo económico relativo, como Córdoba y Santa Fe, presentan una baja proporción de beneficiarios sobre su población total (0,56% en ambos casos), lo que sugiere una menor necesidad del monotributo social en estos distritos o una estructura productiva con mayores oportunidades de empleo formal. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la relación de beneficiarios con respecto a la población total es del 0,84%, idéntica a la provincia de La Pampa (0,84%) y similar a la provincia de Mendoza (0,83%), lo que indica una menor adhesión relativa en comparación con otras regiones. En el extremo inferior, las provincias patagónicas exhiben los valores más bajos de beneficiarios en relación con su población, con Santa Cruz y Tierra del Fuego registrando apenas un 0,40%, seguidas por Chubut (0,60%) y Neuquén (0,71%). Esto refuerza la idea de que el monotributo social tiene una menor incidencia en áreas con economías más orientadas a sectores formales y de mayor ingreso per cápita.

Figura 3. Distribución geográfica de beneficiarios del RSPC-MS por porcentaje de la población total de cada provincia (2023)



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Capital Humano (2025) e INDEC (2023).

Por su parte, a nivel nacional el 2,56% de la población total se encuentra inscripta en el monotributo social, aunque con marcadas disparidades regionales. Estas diferencias sugieren que, si bien el régimen cumple una función relevante en la protección de trabajadores en situación de informalidad, su impacto varía de acuerdo con las condiciones estructurales de cada provincia.

5.2.3. Distribución por sexo

En relación con la distribución sexo-genérica de las personas alcanzadas por el régimen de monotributo social, las Tablas 3, 4 y 5 permiten describir diferencias consistentes según la condición de vinculación al régimen (titularidad vs. adherencia). Cabe señalar que las tablas operacionalizan la dimensión sexo-genérica a través de la variable de sexo biológico, con una clasificación binaria (femenino/masculino), lo que delimita el alcance interpretativo del análisis.

Tabla 3. Distribución de beneficiarios titulares del RSPC-MS por sexo biológico (2023)

Sexo	Titulares	Porcentaje del total
Femenino	302.243	69,0%
Masculino	135.790	31,0%
Total	438.033	100,0%

Fuente: elaboración propia en base al Ministerio de Capital Humano (2025).

La Tabla 3 evidencia una composición fuertemente feminizada entre las personas titulares del RSPC-MS. Sobre un total de 438.033 titulares, 302.243 corresponden a mujeres (69,0%) y 135.790 a varones (31,0%), lo que implica que la titularidad femenina más que duplica a la masculina (aproximadamente 2,23 mujeres por cada varón titular). Este patrón permite caracterizar a la población titular como predominantemente femenina, constituyendo un rasgo central del perfil de quienes acceden formalmente al régimen en 2023 (Tabla 3).

Tabla 4. Distribución de beneficiarios adherentes del RSPC-MS por sexo biológico (2023)

Sexo	Adherentes	Porcentaje del total
Femenino	317.674	43,2%
Masculino	417.671	56,8%
Total	735.345	100,0%

Fuente: elaboración propia en base al Ministerio de Capital Humano (2025).

En contraste con lo observado entre los titulares, la Tabla 4 muestra una distribución inversa en la población adherente, es decir, entre los familiares incorporados a la cobertura de salud. Sobre un total de 735.345 adherentes, 417.671 corresponden a varones (56,8%) y 317.674 a mujeres (43,2%), lo que implica una diferencia de 13,6 puntos porcentuales a favor de los varones (aproximadamente 1,31 varones por cada mujer adherente). Este patrón descriptivo indica que, mientras la titularidad del régimen se concentra mayoritariamente en mujeres, la condición de adherente presenta un predominio masculino, evidenciando que la distribución por sexo varía según el rol de vinculación al régimen en el año analizado (Tabla 4).

Tabla 5. Distribución de beneficiarios del RSPC-MS por sexo biológico (2023)

Sexo	Titulares + adherentes	Porcentaje del total
Femenino	650.058	55,4%
Masculino	523.320	44,6%
Total	1.173.378	100,0%

Fuente: elaboración propia en base al Ministerio de Capital Humano (2025).

Al integrar titulares y adherentes, la Tabla 5 evidencia una distribución sexo-genérica más equilibrada, aunque con predominio femenino. Sobre un total de 1.173.378 beneficiarios, 650.058 corresponden a mujeres (55,4%) y 523.320 a varones (44,6%), lo que representa una diferencia de 10,8 puntos porcentuales a favor de las mujeres (aproximadamente 1,24 mujeres por cada varón beneficiario).

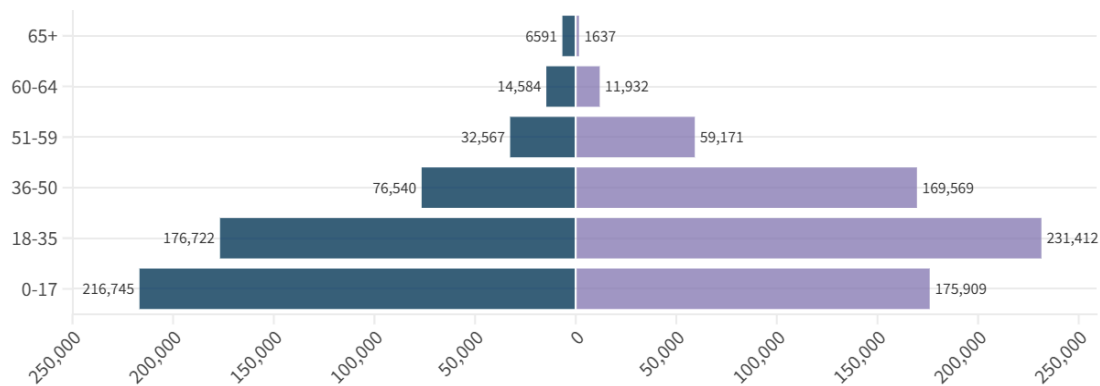
En conjunto, los datos permiten afirmar, con base empírica, que la distribución por sexo de los beneficiarios del monotributo social no es homogénea, sino que varía según el tipo de vinculación al régimen: se observa una marcada feminización de la titularidad y una mayor proporción de varones entre los adherentes, lo que deriva en un resultado agregado moderadamente feminizado. La elevada participación femenina entre las titulares podría estar vinculada a que el RSCP-MS cumple un rol relevante como herramienta de formalización del trabajo autónomo femenino, en un contexto caracterizado por la mayor inserción de las mujeres en modalidades laborales precarizadas, frecuentemente asociadas a sectores históricamente vinculados a la economía del cuidado y a menores niveles de protección social. No obstante, dado que las tablas analizadas no incorporan otras variables relevantes, no es posible establecer relaciones causales ni explicar los mecanismos subyacentes. Aun así, la diferenciación por rol dentro del régimen constituye un hallazgo descriptivo sustantivo para la caracterización sexo-genérica de la población de estudio correspondiente al año 2023 (Tablas 3, 4 y 5).

5.2.4. Distribución por edad

El análisis de la distribución etaria de los beneficiarios del RSPC-MS, desagregada por sexo, permite identificar patrones diferenciados a lo largo del ciclo de vida, tanto en términos de magnitud relativa de cada grupo etario como de composición sexo-genérica (Gráficos 7 y 8).

En el grupo etario de 0 a 17 años se registran 392.654 beneficiarios, lo que lo convierte en el segundo grupo en términos de importancia relativa dentro del total (33,46%). Este dato pone de manifiesto la relevancia del régimen en la cobertura de salud de niños, niñas y adolescentes, en su condición de adherentes de titulares adultos, en el marco de diversas configuraciones familiares, sin que la información disponible permita profundizar en la estructura de parentesco. En este tramo, 216.745 corresponden a varones (55,2%) y 175.909 a mujeres (44,8%) (Gráfico 7 y 8).

Gráfico 7. Distribución de beneficiarios del RSPC-MS por grupo de edad y sexo (cantidades absolutas) (2023)



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Capital Humano (2025). *Nota: Azul corresponde a hombres, Lila a mujeres.

El grupo etario de 18 a 35 años concentra el mayor volumen de beneficiarios del régimen, con un total de 408.133 personas, lo que representa el 34,78% del total y lo convierte en el tramo más representativo. En este grupo, se observa una mayoría femenina, con 231.412 mujeres (56,7%) frente a 176.722 varones (43,3%) (Gráfico 7). Esta configuración refuerza, en términos descriptivos, la centralidad del monotributo social entre personas jóvenes en edad activa, particularmente mujeres, y resulta consistente con los patrones previamente observados de feminización de la titularidad del régimen.

En el grupo de 36 a 50 años, que reúne 246.108 beneficiarios y representa el 20,97% del total, la preeminencia femenina se intensifica. En este tramo, las mujeres constituyen el 68,9%, frente a un 31,1% de varones (Gráfico 8). Este grupo concentra la mayor brecha sexo-genérica a favor de las mujeres, lo que refuerza el carácter predominantemente femenino del régimen en los tramos centrales de la vida laboral y consolida la tendencia observada en el grupo etario inmediatamente anterior.

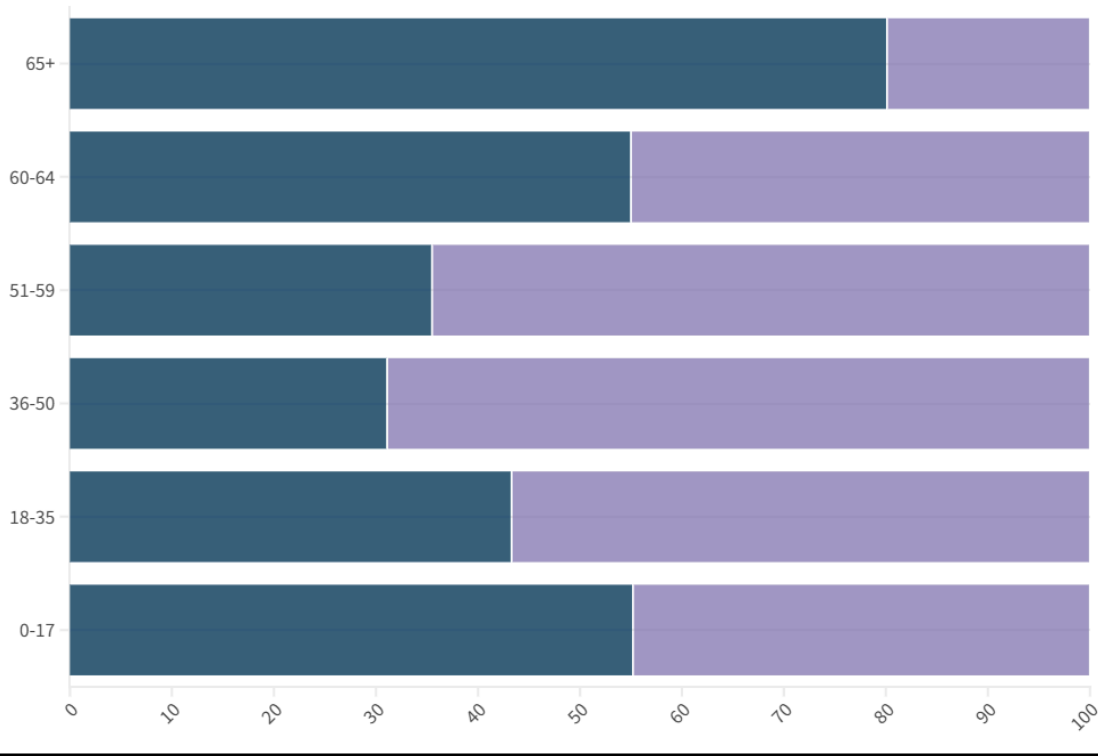
En los grupos de mayor edad, se registra una disminución progresiva en el número total de beneficiarios, junto con modificaciones en la composición por sexo. En el tramo de 51 a 59 años, se contabilizan 91.739 beneficiarios, de los cuales 59.171 son mujeres (64,5%) y 32.567 varones (35,5%) (Gráfico 7), manteniéndose aún una mayoría femenina. En el grupo de 60 a 64 años, con 26.516 beneficiarios, la distribución se vuelve más equilibrada, con una leve mayoría masculina: 55% de varones y 45% de mujeres (Gráfico 8).

Finalmente, en el grupo de 65 años y más, la relación se invierte de manera marcada. Sobre un total de 8.228 beneficiarios, los varones representan el 80,1% (6.591), mientras que las mujeres constituyen sólo el 19,9% (1.637) (Gráfico 8). Esta fuerte masculinización del grupo de mayor edad sugiere diferencias acumuladas en las trayectorias de vinculación al régimen a lo largo del ciclo vital, aunque los datos disponibles no permiten identificar los mecanismos específicos que subyacen a esta

configuración. En este sentido, resulta relevante considerar que la edad de acceso a los mecanismos de moratoria previsional difiere por sexo —60 años para las mujeres y 65 años para los varones—, lo que podría incidir en la permanencia diferencial de ambos grupos dentro del régimen a partir de dichas edades. No obstante, los datos disponibles no permiten identificar con precisión los mecanismos específicos que subyacen a esta configuración, por lo que esta interpretación debe ser considerada de carácter exploratorio.

En términos generales, la distribución etaria del RSPC-MS evidencia una fuerte concentración en grupos jóvenes y adultos en edad productiva, con una participación femenina predominante entre los 18 y los 59 años, alcanzando su máximo en el tramo de 36 a 50 años. Este patrón refuerza la caracterización del régimen como un dispositivo de especial relevancia para la formalización y cobertura social de mujeres en edad laboral activa, particularmente en etapas centrales del ciclo de vida.

Gráfico 8. Distribución de beneficiarios del RSPC-MS por grupo de edad y sexo (porcentaje) (2023)



Fuente: elaboración propia en base al Ministerio de Capital Humano (2025). *Nota: Azul corresponde a hombres, Lila a mujeres.

A partir de los 60 años, la participación femenina disminuye de manera sostenida y, en los tramos de mayor edad, los varones adquieren un mayor peso relativo entre los beneficiarios. Esta transición en la composición sexo-genérica a lo largo del ciclo vital constituye un hallazgo descriptivo relevante, que señala la existencia de trayectorias diferenciales de permanencia en el régimen, sin que sea posible, a partir

de la información disponible, atribuir causas específicas vinculadas a historia laboral, ingresos, condiciones previsionales u otros determinantes estructurales.

5.2.5. Distribución por superposición con programas de asistencia

A los efectos del presente análisis, se entiende por programas de asistencia social a aquellos dispositivos de política pública orientados a la transferencia directa de ingresos o al sostenimiento de condiciones mínimas de subsistencia, dirigidos a personas y hogares en situación de vulnerabilidad social y económica, y que no se estructuran primordialmente como instrumentos de inserción laboral en el mercado formal. En este caso en particular, se consideran exclusivamente aquellos programas de asistencia social respecto de los cuales fue posible obtener información sistematizada a través de los pedidos de acceso a la información pública cursados al entonces Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (actual Ministerio de Capital Humano de la Nación) (2023). En consecuencia, el análisis de superposición del RSPC-MS se limita al Programa Nacional de Inclusión Socio-productiva y Desarrollo Local “Potenciar Trabajo” (ex-Programa Hacemos Futuro y, con anterioridad, Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”, Ellas Hacen, entre otros) y al Programa de Promoción del Microcrédito para el Desarrollo de la Economía Social, administrado por la Comisión Nacional de Microcréditos (CoNaMi). Cabe aclarar que estos fueron los únicos programas reportados en las respuestas oficiales a los requerimientos de información, lo que delimita el alcance empírico del análisis.

En este marco, la Tabla 6 evidencia un muy elevado grado de superposición entre el RSPC-MS y el Programa “Potenciar Trabajo”. Del total de 438.033 titulares del monotributo social registrados en 2023, 390.387 personas (89,1%) se encontraban simultáneamente incluidas en dicho programa. En términos operativos, esta superposición implica que, para la gran mayoría de los titulares, el Estado nacional financiaba íntegramente el aporte al SNSS, configurando lo que, como se mencionó en apartados precedentes, ha sido conceptualizado como monotributo social de costo cero.

Tabla 6. Titulares del RSPC-MS con superposición en programas de asistencia (2023)

Programa	N° de titulares
Potenciar Trabajo	390.387
Promoción del Microcrédito para el Desarrollo de la Economía Social	1.252

Fuente: elaboración propia en base a elaboración propia en base a Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2023).

La magnitud de este solapamiento permite caracterizar al RSPC-MS, en su funcionamiento efectivo durante el año analizado, como un régimen fuertemente

articulado con políticas de asistencia basadas en transferencias de ingresos, dirigidas a población definida normativamente como de alta vulnerabilidad social y económica. En este sentido, el monotributo social aparece operando, para una proporción sustantiva de sus titulares, más como un componente complementario de esquemas asistenciales preexistentes que como un instrumento autónomo de formalización laboral.

En contraste, la articulación del RSPC-MS con el Programa de Promoción del Microcrédito para el Desarrollo de la Economía Social (CoNaMi) resulta notablemente marginal. De acuerdo con la información consignada en la Tabla 6, solo 1.252 titulares del monotributo social accedían en 2023 a dicho programa, lo que representa apenas el 0,29% del total de titulares. Esta baja participación resulta particularmente relevante si se considera que el programa de microcréditos fue concebido como un instrumento orientado al fortalecimiento productivo, el autoempleo y la economía social, y que también habilita la modalidad de monotributo social de costo cero, tal como se describió en secciones previas.

En síntesis, la evidencia presentada en la Tabla 6 muestra que, para el año 2023, el RSPC-MS se encontró ampliamente superpuesto con Potenciar Trabajo, programa de transferencia de ingresos orientado a población en situación de alta vulnerabilidad. Este patrón sugiere que el régimen operó predominantemente articulado a dispositivos asistenciales y, en una proporción muy significativa, bajo modalidades de financiamiento estatal pleno del componente sanitario (costo cero), aspecto directamente relevante para analizar su vínculo con el SNSS. En contraste, la vinculación con el programa de microcrédito administrado por CoNaMi —instrumento orientado al fortalecimiento productivo— aparece como marginal. Sin extrapolar causalidades ni generalizar más allá del alcance de la información disponible, estos hallazgos aportan evidencia descriptiva sobre la orientación efectiva del RSPC-MS y contribuyen a delimitar tensiones entre su diseño como mecanismo de formalización e inclusión social y los patrones concretos de implementación.

5.2.6. Distribución por obra social

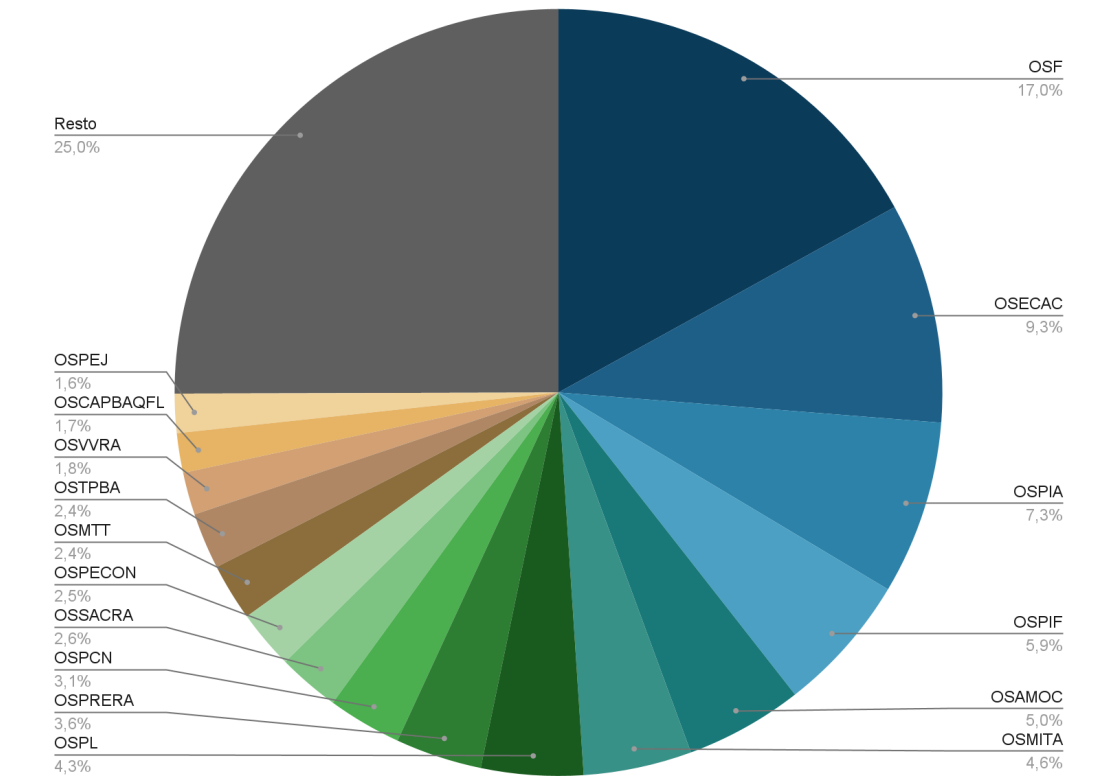
El Gráfico 9 presenta la distribución porcentual de los beneficiarios del régimen analizado que, durante el año 2023, registraron activación de cobertura en el SNSS a través de distintas obras sociales.

En primer lugar, se destaca la Obra Social de Fedecámaras (OSF), que concentra el 17,0% de los beneficiarios del RSPC-MS con cobertura de salud activada en 2023, constituyéndose como la principal entidad receptora dentro del subsistema de obras sociales. Este elevado nivel de adhesión resulta consistente con el perfil institucional de la Federación de Cámaras y Centros Comerciales de la República Argentina (Fedecámaras), entidad representativa de pequeños y medianos comerciantes y cuentapropistas, que históricamente ha funcionado como obra social de encuadre para monotributistas. En efecto, la OSF se encuentra habilitada para afiliar no solo a trabajadores en relación de dependencia vinculados a la entidad, sino también a monotributistas del régimen general y a monotributistas sociales —incluidos efectores cooperativistas y beneficiarios de programas de inclusión socioproductiva

como “Potenciar Trabajo”—, lo que amplía su base potencial de afiliación. Esta amplitud en los criterios afiliatorios, sumada a su orientación hacia trabajadores independientes y pequeños comerciantes, permite explicar su centralidad en la cobertura sanitaria de los beneficiarios del RSPC-MS. En este sentido, la elevada concentración de monotributistas sociales en la OSF sugiere que esta entidad opera como un nodo institucional central de acceso al SNSS para poblaciones con trayectorias laborales marcadas por la pertenencia a la economía social y popular.

En segundo lugar, la Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC) concentra el 9,3% de los beneficiarios del régimen con cobertura de salud activada. Este comportamiento resulta consistente con el peso institucional de OSECAC dentro del SNSS, en tanto se trata de la obra social de origen sindical más grande del país, con una cobertura cercana a los dos millones de beneficiarios distribuidos en todo el territorio nacional. Su amplia capilaridad territorial, su capacidad administrativa y su histórica función como entidad de encuadre para trabajadores de sectores con alta rotación e informalidad relativa pueden explicar su elevada participación dentro del universo de monotributistas sociales.

Gráfico 9. Distribución de beneficiarios del RSPC-MS por activación de obra social (2023)



Fuente: elaboración propia en base a Superintendencia de Servicios de Salud (2025). *Notas: OSF: Obra Social de Fedecámaras; OSECAC: obra social de los empleados de comercio y actividades civiles; OSPIA: obra social del personal de la industria azucarera; OSPIF: obra social del personal de la industria del fosforo, encendido y afines; OSAMOC: obra social asociacion mutual de los obreros catolicos padre federico grote; OSMITA: obra social mutualidad industrial textil argentina; OSPL: obra social del personal ladrillero; OSPRERA: obra social del personal rural y estibadores de la república argentina; OSPCN: obra social union personal de la unión del personal civil de la nación; OSSACRA: obra social de la asociacion civil prosindicato de amas de casa de la república argentina; OSPECON: obra social del personal de la construcción; OSMTT: obra social de maquinistas de teatro y televisión; OSTPBA: obra social de trabajadores de prensa de buenos aires; OSVVRA: obra social de viajantes vendedores de la republica argentina (ANDAR); OSCAPBAQFLU: obra social asociacion profesional de capitanes y baqueanos fluviales y personal con conocimiento de zona de la marina mercante; OSPEJ: obra social del personal de jaboneros.

Por su parte, la Obra Social del Personal de la Industria Azucarera (OSPIA) concentra el 7,3% de los beneficiarios, ocupando el tercer lugar en términos de participación relativa. Este dato adquiere particular relevancia al considerar la distribución territorial del RSPC-MS, dado que la provincia de Tucumán constituye, como se describiera precedentemente, la segunda jurisdicción con mayor cantidad absoluta de monotributistas sociales (103.914 beneficiarios) y la primera en términos relativos, con aproximadamente el 6% de su población total inscripta en el régimen. La fuerte presencia de OSPIA puede interpretarse, en este contexto, como reflejo de la estructura productiva de la provincia, donde la agroindustria —y en particular la industria azucarera— ocupa un lugar central, siendo responsable de alrededor del

65% de la producción nacional de azúcar. En este sentido, la elección de OSPIA como obra social de encuadre para monotributistas sociales sugiere la persistencia de lógicas sectoriales e históricas de afiliación, incluso en trayectorias laborales marcadas por la informalidad o la reconversión productiva.

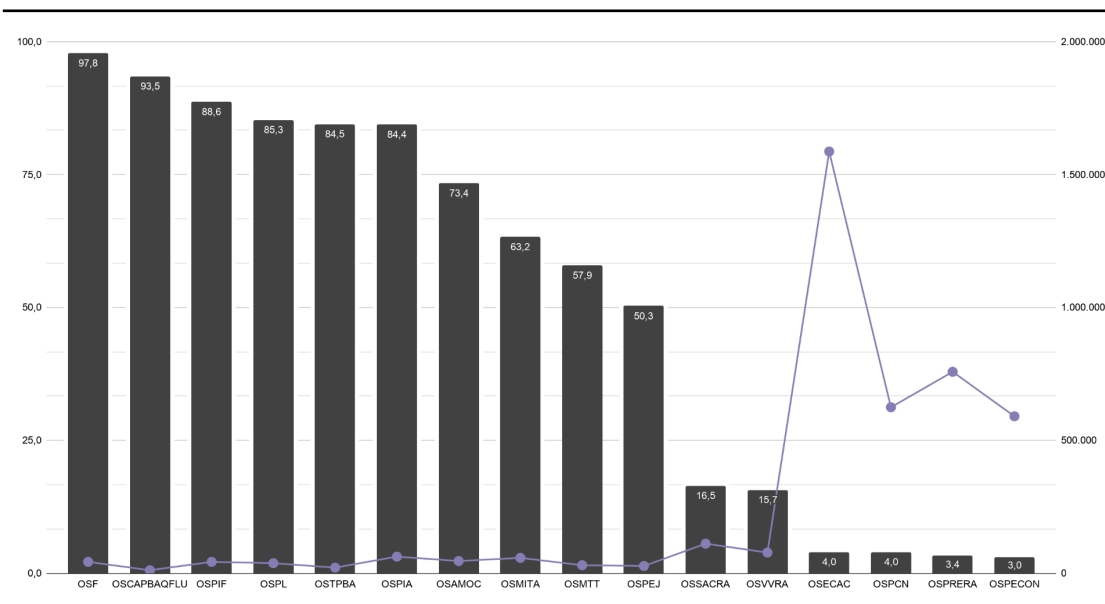
Un segundo conjunto de obras sociales presenta participaciones intermedias, con valores que oscilan entre el 6% y el 4% del total de beneficiarios del monotributo social con cobertura de salud activada. En este grupo se incluyen la Obra Social del Personal de la Industria del Fósforo, Encendido y Afines (OSPIF), que concentra el 5,9%, la Obra Social Asociación Mutual de los Obreros Católicos Padre Federico Grote (OSAMOC) con 5,0%, la Obra Social Mutualidad Industrial Textil Argentina (OSMITA) con 4,6% y la Obra Social del Personal Ladrillero (OSPL) con 4,3%. Estas entidades exhiben una presencia relevante dentro del universo analizado, lo que sugiere una afinidad histórica y funcional con trabajadores de sectores productivos caracterizados por elevados niveles de informalidad y precariedad laboral.

Un elemento adicional que contribuye a explicar la elevada participación de determinadas obras sociales en la cobertura de los monotributistas sociales es la existencia de acuerdos institucionales con organizaciones representativas de la economía popular. En particular, en los casos de OSPIF y OSPL, su participación relativa se ve reforzada por acuerdos de articulación con la Unión de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (UTEP), organización sindical que nuclea y representa a trabajadores excluidos del mercado laboral formal. Dichos acuerdos estuvieron orientados a facilitar la recepción, el encuadre y el acompañamiento de los monotributistas sociales dentro de estas obras sociales, incluyendo la asistencia en los procesos administrativos de inscripción y la orientación en la elección de la entidad de cobertura. La intervención activa de la UTEP en estas instancias contribuyó a canalizar de manera preferencial la afiliación de monotributistas sociales hacia estas entidades, lo que permite interpretar su peso relativo no solo como resultado de decisiones individuales, sino también como efecto de estrategias colectivas de intermediación institucional.

Por debajo de estos valores, se observa un conjunto amplio de obras sociales con participaciones individuales de entre el 4% y el 1%, entre las que se encuentran la Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina (OSPRERA) (3,6%), la Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación (OSPCN) (3,1%), la Obra Social de la Asociación Civil Prosindicato de Amas de Casa de la República Argentina (OSSACRA) (2,6%), la Obra Social del Personal de la Construcción (OSPECON) (2,5%), la Obra Social de Maquinistas de Teatro y Televisión (OSMTT) (2,4%), la Obra Social de Trabajadores de Prensa de Buenos Aires (OSTPBA) (2,4%), la Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina – ANDAR (OSVVRA) (1,8%), la Obra Social Asociación Profesional de Capitanes y Baqueanos Fluviales y Personal con Conocimiento de Zona de la Marina Mercante (OSCAPBAQFLU) (1,7%) y la Obra Social del Personal de Jaboneros (OSPEJ) (1,6%). Esta dispersión refleja la heterogeneidad institucional del subsistema de obras sociales y la multiplicidad de trayectorias de afiliación de los beneficiarios del régimen.

Finalmente, la categoría “Resto” agrupa al 25,0% de los beneficiarios, lo que indica que una cuarta parte de las personas con obra social activada se distribuye entre numerosas entidades con participaciones individuales muy reducidas. Este dato refuerza la idea de una alta fragmentación del aseguramiento en salud dentro del universo de monotributistas sociales, característica estructural del SNSS argentino.²⁰

Gráfico 10. Relación entre beneficiarios del RSPC-MS y beneficiarios totales en obras sociales seleccionadas (2023)



Fuente: elaboración propia en base a Superintendencia de Servicios de Salud (2025). *Notas: Gris/izquierda: relación entre RSPC-MS y beneficiarios totales. Lila/derecha: cantidad de beneficiarios totales.

En el análisis ulterior de la distribución de beneficiarios del RSPC-MS en el grupo de obras sociales mencionadas precedentemente —seleccionadas por concentrar el 75% de las activaciones del registro—, el Gráfico 10 permite identificar, de manera simultánea, dos dimensiones analíticas complementarias: por un lado, la relación entre beneficiarios del RSPC-MS y beneficiarios totales en cada obra social (representada mediante barras grises y leída sobre el eje izquierdo); por el otro lado, la cantidad absoluta de beneficiarios totales de cada entidad (representada mediante una línea lila y leída sobre el eje derecho).

²⁰ Al margen de la organización de la oferta de servicios de salud provista por las obras sociales del SNSS, resulta relevante destacar la experiencia de la Asociación Mutual Senderos, cuya experiencia se analiza en distintos antecedentes (Escalante et al., 2018; Bruno, 2020). A julio de 2018, la cantidad de monotributistas sociales afiliados a la mutual ascendía a aproximadamente 43.000 personas. Cabe señalar que, a través del mecanismo de derivación de aportes previsto originalmente por el Decreto 9/93 y posteriormente operativizado por el Decreto 504/98, los destinatarios de servicios de salud de una obra social contaban con el derecho a ejercer la denominada “opción de cambio”, que les permitía derivar sus aportes a un agente del seguro de salud distinto del asignado en origen. Asimismo, las obras sociales podían, mediante acuerdos específicos, tercerizar la prestación de servicios en entidades de medicina prepaga comprendidas en la Ley 26.682 (triangulación), entre las cuales se incluían las asociaciones mutuales. A través de este esquema, un monotributista social podía acceder a servicios de salud provistos por la Mutual Senderos mediante la derivación de sus aportes desde la obra social correspondiente. En el marco del presente trabajo, se realizaron intentos de contacto con autoridades de la mutual con el objeto de realizar una entrevista en profundidad; sin embargo, dichos intentos no obtuvieron respuesta.

La primera regularidad observable es que, de las 12 obras sociales que exhiben una relación beneficiarios RSPC-MS/beneficiarios totales superior al 15%, 8 cuentan con menos de 50.000 afiliados y 11 con menos de 80.000, lo que sugiere una asociación entre la mayor penetración relativa del registro y el menor tamaño de la entidad. A ello se suma la elevada dispersión de dicha relación: los valores se extienden entre un mínimo de 3,0% y un máximo de 97,8%, lo que evidencia una variabilidad sustantiva entre obras sociales.

La concentración de casos según tramos de la distribución también resulta nítida. Solo cuatro de las 16 obras sociales consideradas registran una relación inferior al 10%, esto es, OSECAC, OSPCN, OSPRERA y OSPECON. En contraposición, las 12 restantes presentan valores iguales o superiores a 15,7%. Dentro de este conjunto, se distinguen, por un lado, dos casos próximos al umbral inferior —OSVVRA (15,7%) y OSSACRA (16,5%)— y, por otro, un grupo más numeroso concentrado en niveles intermedios-altos, entre aproximadamente 50% y 95%, en el que se ubican OSPEJ (50,3%), OSMITT (57,9%), OSMITA (63,2%), OSAMOC (73,4%), OSPIA (84,4%), OSTPBA (84,5%), OSPL (85,3%), OSPIF (88,6%) y OSCAPBAQFLU (93,5%). En términos descriptivos, la distribución no presenta uniformidad, sino una marcada asimetría, con acumulación de observaciones en valores relativamente elevados y un valor extremo claramente diferenciado.

La consideración simultánea de la dimensión absoluta permite advertir, además, que las cuatro obras sociales con menor relación relativa entre beneficiarios del RSPC-MS y beneficiarios totales son, a su vez, las que exhiben los mayores volúmenes de beneficiarios totales del conjunto analizado. En particular, OSECAC registra 1.586.713 beneficiarios, OSPRERA 757.953, OSPCN 624.547 y OSPECON 590.689. Desde una perspectiva estrictamente descriptiva, ello indica que la menor incidencia relativa del componente RSPC-MS se verifica en las entidades de mayor escala poblacional dentro de la muestra considerada. De modo inverso, las obras sociales que presentan las relaciones más elevadas no alcanzan magnitudes absolutas de beneficiarios comparables con las observadas en ese grupo.

En otro orden de cosas y como se señaló en el apartado precedente, el marco normativo que regula la vinculación entre los pequeños contribuyentes y las obras sociales —particularmente a partir de las Resoluciones 576/04 y 667/04 de la SSS— estableció los procedimientos formales de opción, asignación y afiliación al SNSS, pero lo hizo sin introducir precisiones específicas para la subpoblación de monotributistas sociales. Esta ausencia de un tratamiento diferenciado contribuyó a configurar un esquema en el cual la inclusión formal de los monotributistas sociales en una obra social no necesariamente se traduce en una integración efectiva al sistema de aseguramiento, cuestión que resulta central para evaluar el desempeño real del régimen.

En este marco, se ha señalado que el uso efectivo de las obras sociales por parte de los monotributistas sociales sería significativamente inferior al que podría inferirse a partir de su afiliación formal. Graboïs (2016) sostiene que, según los propios datos del entonces Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, menos del 15% de los inscriptos en el régimen lograría concretar la activación de su obra social y que, aun dentro de ese subconjunto reducido, menos de la mitad accedería efectivamente a

alguna prestación médica. En términos agregados, ello implicaría que apenas el 7,5% de quienes cuentan formalmente con una obra social a través del RSPC-MS dispondrían de una cobertura de salud operativa y utilizable. En una línea convergente, Maceira et al. (2017), a partir del análisis de bases administrativas del entonces Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja” —actual Programa Potenciar Trabajo— y de encuestas realizadas durante los años 2014 y 2015, señalan que cerca del 60% de los monotributistas sociales no habrían utilizado su obra social, aun cuando se encontraran formalmente afiliados.

No obstante la relevancia de estas afirmaciones, resulta necesario subrayar una limitación empírica sustantiva. A pesar de haberse cursado pedidos de acceso a la información pública a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), al Ministerio de Capital Humano (MCH) y a la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA), dichos organismos respondieron no disponer de información sistematizada que permita identificar, de manera directa, el grado de utilización efectiva de las obras sociales por parte de los monotributistas sociales. En otros términos, no existe actualmente información administrativa producida por organismos públicos que permita medir de forma objetiva y sistemática el uso real de las prestaciones de salud por parte de este segmento poblacional.

Como consecuencia, un aspecto central del análisis del vínculo entre el monotributo social y el SNSS permanece pendiente de ser plenamente discernido desde una perspectiva empírica. En ausencia de datos administrativos o registros sistemáticos, la aproximación a esta problemática solo puede realizarse de manera indirecta, a partir de testimonios cualitativos de actores involucrados —gestores de organismos públicos, responsables de obras sociales y los propios monotributistas sociales—, así como mediante estudios de caso y evidencias fragmentarias. Esta restricción metodológica no invalida los diagnósticos existentes, pero sí obliga a interpretarlos con cautela y a reconocer que la brecha entre afiliación formal y cobertura efectiva constituye una dimensión crítica del régimen que aun carece de medición sistemática.

En este sentido, la falta de información sobre el uso efectivo de las obras sociales no solo representa un déficit analítico, sino también un problema de política pública, en tanto limita la capacidad del Estado para evaluar si los recursos fiscales y contributivos destinados al régimen se traducen efectivamente en acceso real a prestaciones de salud. Esta tensión entre inclusión formal y cobertura efectiva atraviesa el funcionamiento del monotributo social y constituye un eje clave para comprender tanto sus alcances como sus límites dentro del SNSS.

5.3. Evolución económica y fiscal del RSPC-MS

Como fuera desarrollado, a diferencia de otros esquemas contributivos del sistema, el monotributo social se caracteriza por su naturaleza cofinanciada, en la que el Estado Nacional asume una parte sustantiva —y en algunos casos la totalidad— del aporte destinado al financiamiento de la cobertura de salud, lo que introduce una lógica híbrida entre contribución individual y subsidio público. En este marco, el análisis de su evolución no puede limitarse a una lectura normativa o institucional,

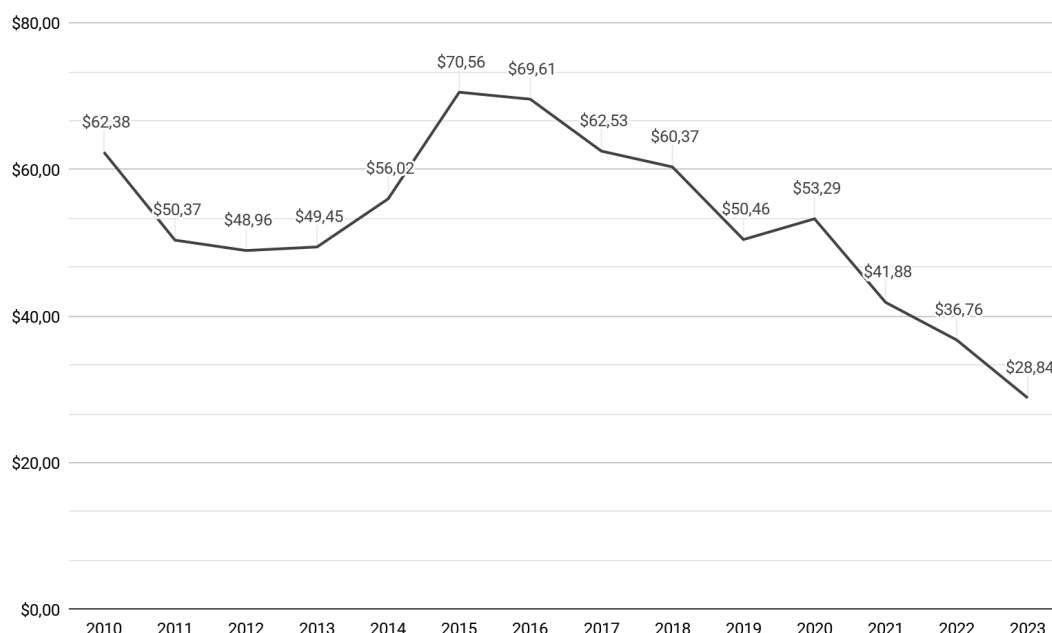
sino que requiere una evaluación sistemática de su desempeño económico y fiscal a lo largo del tiempo.

Este apartado se propone analizar la evolución económica y fiscal del régimen a partir de su vínculo estructural con el SNSS, poniendo el foco en los flujos financieros que permiten sustentar el derecho de los monotributistas sociales a servicios de salud brindados por sus agentes. En particular, se examina la evolución del aporte per cápita al SNSS, entendido como el ingreso que reciben las obras sociales en concepto del componente de salud del régimen y que constituye el principal mecanismo de financiamiento de la cobertura sanitaria de esta población. Dicho aporte surge de una combinación de recursos aportados por los propios monotributistas sociales y por el Estado Nacional, en proporciones variables según la modalidad del régimen —ya sea mediante esquemas de cofinanciamiento parcial o de cobertura íntegra en los casos de monotributo social de costo cero—, lo que vuelve central su análisis en términos de suficiencia financiera y equidad. Asimismo, el apartado incorpora el análisis de la evolución del costo per cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO), en tanto referencia normativa y económica de las obligaciones de cobertura que deben garantizar los agentes del SNSS. La estimación periódica del costo del PMO, desarrollada por Prosanity Consulting en articulación con instituciones académicas especializadas (Van der Kooy et al., 2010-2023), ofrece una aproximación al valor económico teórico de las prestaciones de salud que consume una persona promedio dentro del sistema. En este sentido, la comparación entre la trayectoria del aporte per cápita al SNSS y la evolución del costo per cápita del PMO permite evaluar, al menos en términos teóricos, la capacidad del financiamiento asociado al monotributo social para sostener el acervo de prestaciones exigido por la normativa vigente. A partir de esta comparación, se analiza de manera explícita la relación entre el aporte per cápita al SNSS y el costo per cápita del PMO, entendida como un indicador sintético de la posición económica del monotributista social dentro de una obra social. Esta relación resulta fundamental para indagar en qué medida los beneficiarios del régimen representan, desde una perspectiva estrictamente económica, un activo o un pasivo para las entidades aseguradoras, cuestión que tiene implicancias directas sobre los incentivos de admisión, permanencia y calidad de la cobertura brindada. Finalmente, el apartado examina la evolución de la estimación del costo fiscal anual del régimen, dimensión ineludible dado el carácter cofinanciado del monotributo social y la participación directa del Estado nacional en su sostenimiento. La cuantificación del esfuerzo fiscal asociado al régimen permite situar su desempeño en el marco más amplio de las restricciones presupuestarias y las prioridades de política pública, y otorga un nivel adicional de responsabilidad al análisis de su eficacia, eficiencia y sostenibilidad en el tiempo, en tanto involucra la afectación de recursos públicos destinados a garantizar el derecho a la salud de poblaciones vulnerables.

El Gráfico 11 presenta la evolución del aporte per cápita al SNSS asociado al monotributo social para el período 2010–2023, expresado en pesos constantes a

diciembre de 2010, lo que permite analizar la trayectoria real del financiamiento sanitario por beneficiario una vez descontado el efecto de la inflación.²¹

Gráfico 11. Evolución del aporte per cápita al SNSS (pesos constantes a dic. 2010) (2010-2023)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) (2025), INDEC (2025) y Dirección Provincial de Estadística y Censos de San Luis (2025).

En términos generales, la serie exhibe una tendencia decreciente a lo largo del período analizado, aun cuando se observan fluctuaciones interanuales y episodios de recuperación parcial. En los primeros años de la serie, el aporte per cápita se ubica en niveles relativamente más elevados, con un valor de \$62,38 en 2010, seguido de una caída inicial hasta 2012. A partir de 2013 se observa una fase de recuperación progresiva que culmina en 2015, año en el que se registra el valor máximo de toda la serie, con un aporte per cápita de \$70,56 (a precios de diciembre de 2010). Desde 2015 en adelante, el aporte per cápita real disminuye de manera casi sistemática, con la única excepción de 2020, año en el que se verifica una suba relativa transitoria. No obstante, dicho repunte resulta insuficiente para revertir la tendencia general de deterioro. Hacia el final del período, la caída se profundiza de forma significativa, alcanzando en 2023 el valor más bajo de la serie, con \$28,84 por beneficiario (a precios de diciembre de 2010). En términos cuantitativos, esto implica una reducción del 59,13% entre el máximo observado en 2015 y el mínimo registrado en 2023, lo que evidencia una pérdida sustantiva del poder adquisitivo real del aporte al SNSS.

²¹ Durante el período analizado, el Índice de Precios al Consumidor (IPC) publicado por el INDEC fue objeto de cuestionamientos metodológicos e institucionales. En este trabajo se utiliza como proxy de la evolución de los precios el IPC elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la provincia de San Luis, en línea con prácticas habituales en la literatura especializada para ese período.

Un aspecto particularmente relevante es el fuerte deterioro concentrado en el último quinquenio. Entre 2018 y 2023, el aporte per cápita se redujo un 52,23% en apenas cinco años. Este comportamiento sugiere que el proceso de erosión real del financiamiento se intensificó en el tramo final de la serie, en un contexto caracterizado por aceleración inflacionaria, restricciones fiscales crecientes y ajustes discretos en las categorizaciones del régimen que no lograron compensar la pérdida de poder de compra.

Las recuperaciones parciales observadas en algunos años —particularmente en 2013, 2014, 2015 y 2020— parecen responder a ajustes puntuales del valor nominal del aporte, aunque estos episodios no alteran la trayectoria estructural descendente del indicador. En este sentido, la evolución del aporte per cápita real sugiere que los mecanismos de actualización implementados resultaron insuficientes para sostener en el tiempo un nivel de financiamiento compatible con la dinámica de precios y con las crecientes obligaciones prestacionales del sistema de salud.

Desde una perspectiva de política pública, la caída sostenida del aporte per cápita real a partir de 2015 puede vincularse, al menos parcialmente, a decisiones (u omisiones) orientadas a contener o abaratar las obligaciones económicas del régimen, tanto para los usuarios como para el Estado nacional, en un contexto inflacionario y de creciente presión fiscal.

Tabla 7. Evolución de la tasa de inflación anual (%) y del aporte per cápita al SNSS (promedio anual, en pesos corrientes y en pesos constantes a dic. 2010)

Año	Inflación anual	Aporte per cápita al SNSS (promedio anual) (pesos corrientes)	Aporte per cápita al SNSS (promedio anual) (pesos constantes dic. 2010)
2010	27,03	\$70,00	\$62,38
2011	23,29	\$70,00	\$50,37
2012	23,01	\$85,00	\$48,96
2013	31,96	\$107,67	\$49,45
2014	38,98	\$175,00	\$56,02
2015	31,55	\$278,00	\$70,56
2016	31,05	\$379,00	\$69,61
2017	24,70	\$419,00	\$62,53
2018	47,64	\$536,35	\$60,37
2019	53,98	\$689,00	\$50,46
2020	36,02	\$1.041,22	\$53,29
2021	50,78	\$1.225,05	\$41,88
2022	94,75	\$1.775,18	\$36,76

2023	211,20	\$3.061,75	\$28,84
------	--------	------------	---------

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) (2025), INDEC (2025) y Dirección Provincial de Estadística y Censos de San Luis (2025).

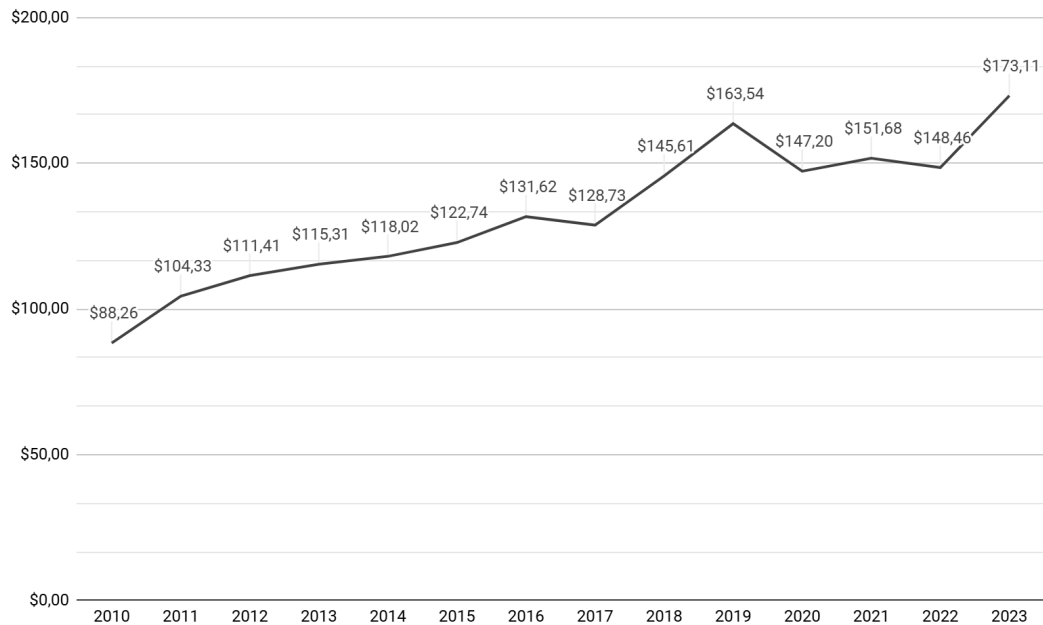
La comparación entre la evolución del aporte per cápita al SNSS y la dinámica inflacionaria del período 2010–2023 evidencia una marcada pérdida de poder adquisitivo real del financiamiento sanitario asociado al monotributo social. Expresado en precios constantes, el aporte per cápita promedio se redujo en aproximadamente un 54% entre el inicio y el final de la serie, lo que indica que el ritmo de actualización nominal de los aportes resultó sistemáticamente insuficiente para compensar la inflación acumulada. Esta divergencia se explica, en buena medida, por el carácter discreto y no automático de los ajustes en las categorizaciones de aporte, frente a una inflación de naturaleza continua y crecientemente acelerada, especialmente en los años finales de la serie. Como contrapartida, este proceso derivó en una progresiva pérdida de capacidad económica del financiamiento sanitario asociado al régimen, con implicancias potenciales sobre la suficiencia de los ingresos que reciben las obras sociales para garantizar el acceso efectivo a las prestaciones de salud (Tabla 7).

Por su parte, el Gráfico 12 presenta la evolución del costo per cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO) para el período 2010–2023, expresado en pesos constantes a diciembre de 2010, lo que permite analizar la trayectoria real del costo económico asociado al conjunto de prestaciones básicas que deben garantizar los sujetos obligados del SNSS.

El gráfico evidencia una tendencia creciente del costo per cápita del PMO a lo largo del período analizado, con un incremento casi sistemático entre 2010 y 2019. En ese intervalo, el costo real por persona presentó una variación de 85,3% entre 2010 y 2019, lo cual representa un aumento sustantivo en términos reales. Esta evolución sugiere una expansión sostenida de los recursos necesarios para garantizar el acceso a las prestaciones esenciales de salud, fenómeno que puede vincularse tanto al aumento de los costos del sistema sanitario como a la ampliación progresiva del contenido del PMO durante esos años, a través de la incorporación de nuevas obligaciones de cobertura.²²

²² Es importante aclarar que la evolución del costo del PMO no sólo responde al incremento de los precios de las prestaciones, sino también a factores estructurales que comprometen su sostenibilidad económica. En términos históricos, el PMO fue concebido como una obligación prestacional vinculada a la recaudación compulsiva del trabajo formal, en el marco del modelo bismarckiano. Ello determina una dependencia directa de las obras sociales respecto de la evolución salarial, el nivel de formalidad laboral, las asimetrías en los ingresos de sus afiliados y la incorporación del monotributo social (Fundación Poliedro, 2025). Cabe señalar, además, que el valor del PMO se define a partir de la utilización efectivamente registrada mediante encuestas a un conjunto de financiadores, y no en función de su costo real. En consecuencia, puede sostenerse que dicho valor tiende a estar subestimado: aunque el PMO se ha expandido sistemáticamente a lo largo de los años, la conducta restrictiva en la autorización y uso de prestaciones por parte de obras sociales y empresas de medicina prepaga limita la plena expresión de su verdadero impacto económico.

Gráfico 12. Evolución del costo per cápita del PMO (pesos constantes a dic. 2010) (2010-2023)



Fuente: elaboración propia en base a datos de Van der Kooy et al. (2010-2023).

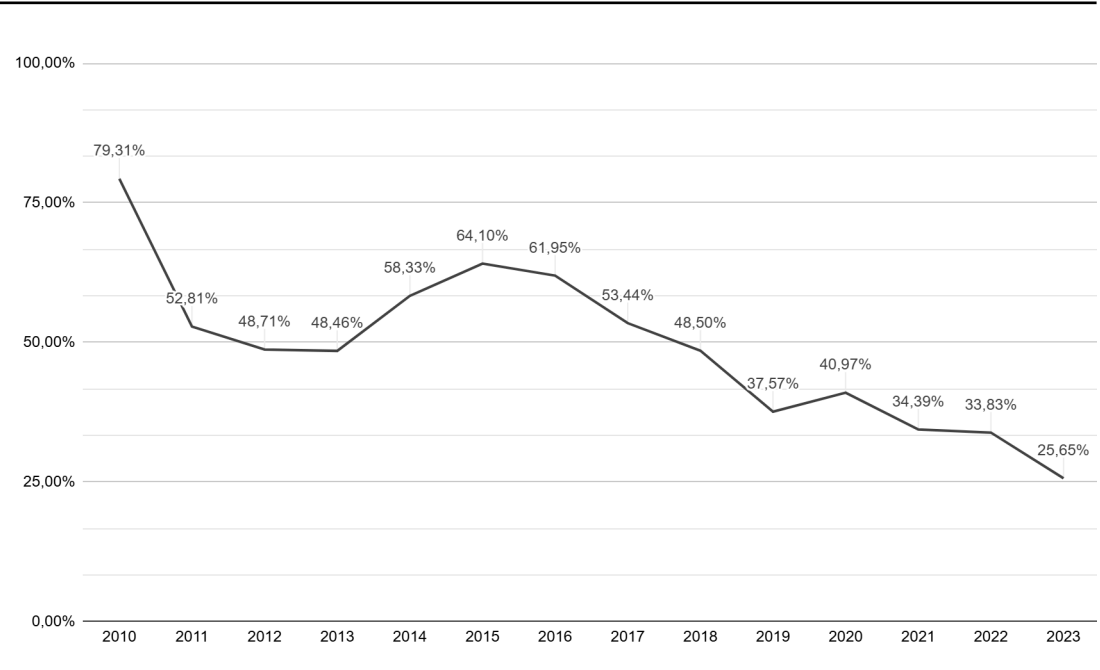
Si bien la tendencia general es ascendente, se identifican algunos años de la serie que matizan esta trayectoria. En particular, el año 2017 muestra una leve caída relativa respecto del año anterior, interrumpiendo transitoriamente el crecimiento continuo observado desde 2010. No obstante, este descenso resulta acotado y es seguido por una recuperación en los años posteriores, que culmina en el máximo de la serie en 2019. Este comportamiento demuestra que, aun frente a fluctuaciones interanuales, la dinámica estructural del costo del PMO tendió a incrementarse de manera sostenida durante la primera década analizada.

A partir de 2020 se observa un retroceso relativo del costo per cápita del PMO en términos reales, que se extiende durante el trienio 2020–2022. En este período, los valores descienden hasta niveles cercanos a los registrados en 2018, lo que implica una reducción del 9,99% respecto del pico de 2019. Este descenso puede interpretarse como el resultado de múltiples factores concurrentes, entre ellos las disrupciones generadas por la pandemia de COVID-19, cambios en los patrones de utilización de servicios de salud y eventuales desfases temporales entre la evolución de los costos reales y los mecanismos de actualización de las estimaciones del PMO. Sin embargo, esta fase de contracción no altera la tendencia de fondo cuando se considera el período completo. En 2023, el costo per cápita del PMO alcanza los \$173,11 a precios de diciembre del 2010, el valor más alto de toda la serie, superando incluso el máximo previo de 2019. En términos acumulados, entre 2010 y 2023 el costo real del PMO se incrementa en aproximadamente un

96%, lo que implica que el valor final de la serie es prácticamente el doble del observado al inicio. Este resultado pone de manifiesto una presión onerosa sobre los costos asociados a la cobertura de las prestaciones obligatorias, aun cuando se registren oscilaciones coyunturales en determinados años.

Asimismo, el Gráfico 13 presenta la evolución del cociente entre el aporte per cápita al SNSS correspondiente al monotributo social y el costo per cápita del PMO para el período 2010–2023, expresado en términos porcentuales.

Gráfico 13. Evolución del cociente entre el aporte per cápita al SNSS y el costo per cápita del PMO (2010-2023)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) (2025) y Van der Kooy et al. (2010 - 2023).

La serie muestra una tendencia decreciente a lo largo de todo el período analizado, evidenciando un deterioro sostenido de la capacidad de financiamiento del aporte per cápita frente al crecimiento del costo de la cobertura obligatoria. En 2010, el cociente alcanza el valor más elevado de la serie, 79,31%, lo que implica que el aporte per cápita permitía cubrir cerca de cuatro quintos del costo del PMO. Este punto de partida contrasta de forma ostensible con la situación observada hacia el final del período, cuando la proporción se reduce a apenas 25,66% en 2023. En otros términos, mientras que al inicio del período el aporte correspondiente a poco más de un monotributista resultaba suficiente para cubrir las necesidades promedio de una cápita conjetural asociada al PMO, hacia 2023 se requerían aproximadamente los aportes de cuatro monotributistas para satisfacer un mismo nivel de cobertura.

El tramo comprendido entre 2010 y 2013 se caracteriza por un deterioro abrupto de la relación entre financiamiento y costo prestacional. En apenas tres años, el cociente desciende de 79,31% a 48,46%, lo que representa una pérdida superior a 30 puntos porcentuales en la capacidad de cobertura relativa del aporte. Este

comportamiento indica que, en los primeros años de la serie, la evolución del costo del PMO superó ampliamente la evolución del aporte per cápita al SNSS en pesos corrientes, generando un progresivo desalineamiento entre ambos componentes.

Entre 2014 y 2015 se observa una recuperación parcial de la relación, luego del piso alcanzado en 2013. En 2014, el cociente se incrementa hasta 58,33% y en 2015 alcanza 64,10%, el valor más alto desde 2011. Este repunte indica un acercamiento transitorio a niveles de cobertura equivalentes a aproximadamente dos tercios del costo del PMO. No obstante, dicha mejora resulta insuficiente para restituir los valores observados al inicio de la serie y no logra consolidarse en el tiempo.

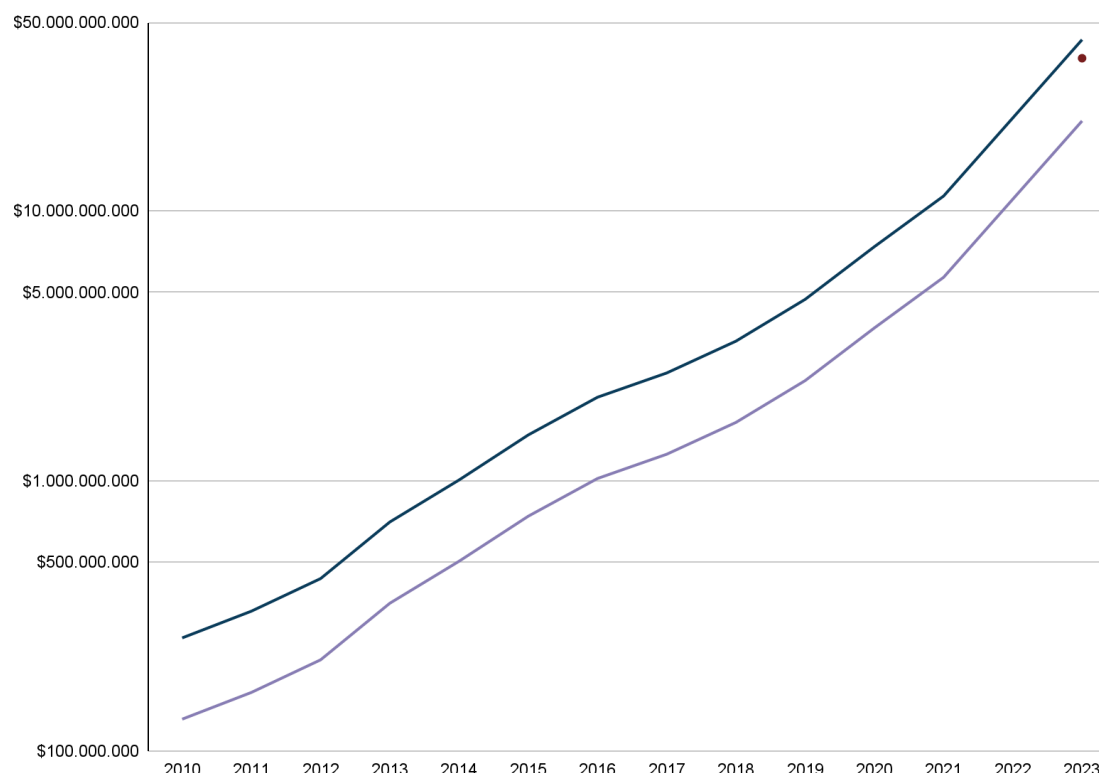
A partir de 2016 se inicia una fase de deterioro sostenido y prácticamente ininterrumpido que se extiende hasta 2023. Tras ubicarse en 61,95% en 2016, el cociente desciende de manera continua en los años siguientes, con la única excepción de una suba relativa en 2020, cuando alcanza 40,97%. Sin embargo, este repunte coyuntural no revierte la tendencia de fondo, y la proporción vuelve a caer en los años posteriores hasta alcanzar su mínimo histórico en 2023. En este tramo, la cobertura relativa se reduce en 36,29 puntos porcentuales, evidenciando una pérdida acelerada de la capacidad de financiamiento del aporte per cápita.

El último quinquenio resulta particularmente crítico. Entre 2018 y 2023, el cociente pasa de 48,50% a 25,66%, lo que implica una disminución del 47,08% en apenas cinco años. Esta dinámica refleja una profundización de las tensiones estructurales entre el financiamiento asociado al monotributo social y el costo creciente de las prestaciones obligatorias, en un contexto de alta inflación, ampliación del PMO y deterioro real del aporte per cápita.

En términos agregados, la pérdida entre las puntas de la serie es elocuente. Entre el máximo de 2010 y el mínimo de 2023, el cociente se reduce en 53,65 puntos porcentuales, lo que equivale a un recorte relativo del 67,64% en la capacidad de financiamiento del aporte per cápita frente al costo del PMO. Este resultado sintetiza de manera contundente el proceso de desfinanciamiento relativo del régimen en términos prestacionales.

El Gráfico 14 presenta la evolución de la estimación del costo fiscal anual del régimen de monotributo social entre 2010 y 2023, expresada en pesos corrientes, a partir de la construcción de dos escenarios extremos —una estimación mínima y una estimación máxima— que delimitan un rango plausible dentro del cual se espera que se ubique el costo fiscal efectivo. La estrategia metodológica adoptada busca, por un lado, reflejar las limitaciones de información existentes y, por otro, ofrecer un marco analítico que permita interpretar la magnitud y dinámica del esfuerzo fiscal asociado al régimen a lo largo del tiempo. En tal sentido, el cálculo de la estimación del costo fiscal anual del RSPC-MS en relación con la cobertura de salud se realizó a partir de una formulación sintética que integra las principales dimensiones que determinan el esfuerzo financiero asumido por el Estado nacional para garantizar la cobertura de salud de los beneficiarios del régimen.

Gráfico 14. Evolución de la estimación del costo fiscal anual (pesos corrientes) (2010-2023)



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Capital Humano (2025) y Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) (2025a). *Notas: Azul: estimación de máxima del costo fiscal anual. Lila: estimación de mínima del costo fiscal anual. Bordo: costo fiscal anual.

En términos analíticos, el costo fiscal anual se estimó como el producto entre el stock anual de beneficiarios del RSPC-MS, el aporte per cápita promedio que el Estado nacional destina al financiamiento del SNSS y la proporción de dicho aporte efectivamente financiada por el sector público, de acuerdo con la siguiente ecuación:

$$CFA_t = (B_t * c) * A_t * s$$

donde:

1. CFA_t = Estimación del costo fiscal anual del RSPC-MS del año t.
2. B_t = Stock anual de beneficiarios del RSPC-MS del año t.
3. c = Ajuste del stock anual de beneficiarios del RSPC-MS.
 - a. $c = 0,89$ para la estimación mínima.
 - b. $c = 1$ para la estimación máxima.
4. A_t = Promedio anual del Aporte per cápita del Estado nacional al SNSS del año t.
5. s = Proporción financiada por el Estado nacional.

- a. $s = 0,5$ para la estimación mínima.
- b. $s = 1$ para la estimación máxima.

La estimación de mínima del CFA (línea lila) se construyó a partir de supuestos deliberadamente conservadores. En primer lugar, se tomó la cantidad anual de titulares y adherentes con “inscripción temprana” al régimen y se aplicó una corrección destinada a aproximar dicho universo al de los beneficiarios con pagos efectivos al día. Dado que esta información sólo se encontraba disponible para el año 2023, se estimó para ese año una diferencia del 11,0% menos beneficiarios efectivos respecto del total de inscriptos, proporción que fue extrapolada retrospectivamente al conjunto de la serie. Adicionalmente, se asumió que en ningún año existió la modalidad de monotributo social de costo cero, por lo que el Estado habría financiado únicamente el 50% del aporte correspondiente a la categoría más baja del monotributo.

En contraste, la estimación de máxima del CFA (línea azul) se elaboró bajo supuestos expansivos orientados a capturar el techo potencial del esfuerzo fiscal. En este escenario, se consideró la totalidad de titulares y adherentes con inscripción temprana, sin aplicar correcciones por nivel de cumplimiento o pagos efectivos, asumiendo que el conjunto de los beneficiarios permanecía activo dentro del régimen. Asimismo, se supuso que el 100% de dicha población accedía al monotributo social de costo cero, lo que implica que el Estado nacional financiaba la totalidad del aporte al SNSS correspondiente a la categoría más baja del monotributo.

Un elemento de especial relevancia es la inclusión del valor correspondiente al año 2023 informado oficialmente por ARCA (2025), representado en el gráfico mediante un punto bordo. Este dato constituye, hasta el momento, el único dato de registro oficial disponible del costo fiscal real del régimen y permite contrastar empíricamente las estimaciones construidas. En este marco, se calculó la distancia relativa del valor informado por ARCA respecto de las estimaciones de mínima y de máxima correspondientes al año 2023. Los resultados indican que el costo fiscal real se ubica dentro del intervalo delimitado por ambos escenarios, reforzando la validez de la estrategia metodológica adoptada y sugiere que el funcionamiento efectivo del régimen en 2023 se aproximó más al escenario expansivo que al conservador. En términos sustantivos, ello indica que una proporción relevante de los beneficiarios habría operado bajo esquemas de alta cobertura estatal del aporte al SNSS y que el nivel de beneficiarios efectivos se habría situado más cerca del total de inscriptos que del universo corregido por cumplimiento. No obstante, el hecho de que el valor observado no alcance la estimación máxima pone de manifiesto la coexistencia de modalidades heterogéneas al interior del régimen, con distintos grados de subsidio estatal y niveles de cumplimiento, configurando así un escenario intermedio que combina elementos de ambos supuestos extremos.

Desde el punto de vista empírico, ambas estimaciones muestran una tendencia de crecimiento sostenido del costo fiscal del régimen a lo largo del período analizado, con una aceleración particularmente marcada a partir de la segunda mitad de la década de 2010 y un incremento pronunciado en los años más recientes. No

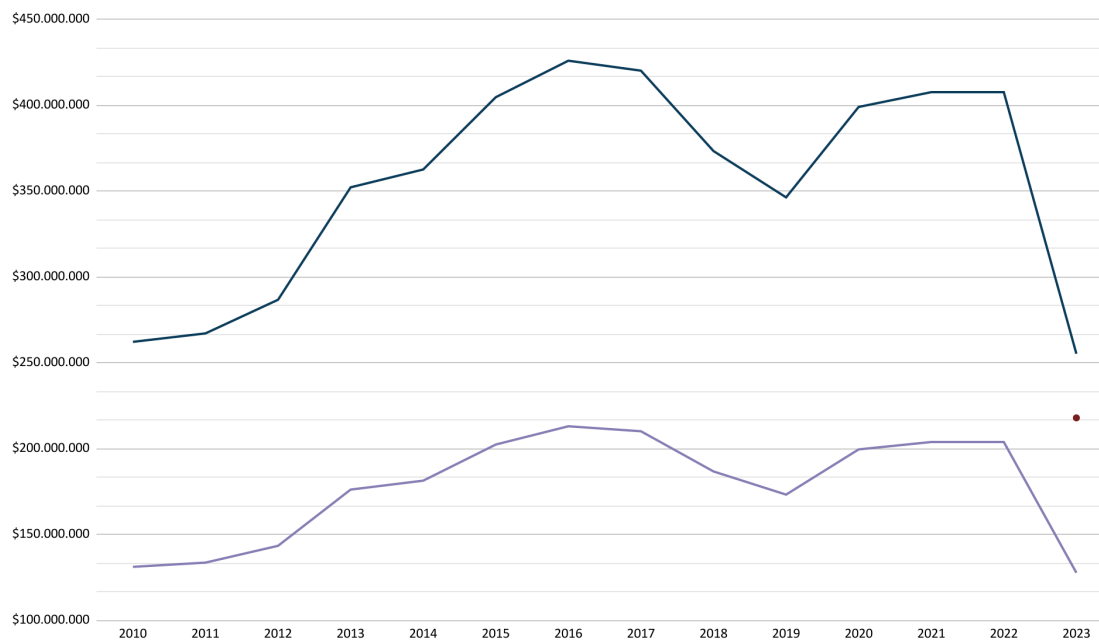
obstante, dado que los valores se encuentran expresados en pesos corrientes, no resulta metodológicamente adecuado interpretar este aumento en términos de crecimiento real del esfuerzo fiscal, ya que el mismo se encuentra fuertemente influido por la dinámica inflacionaria del período. En este sentido, si bien el patrón observado refleja tanto la expansión del número de beneficiarios como la actualización nominal de los aportes al sistema de salud, el análisis del peso efectivo del costo fiscal del régimen requiere realizar ajustes de acuerdo a la evolución del nivel general de precios. Por tal motivo, a continuación se presenta el mismo ejercicio analítico utilizando valores expresados en pesos constantes, con el objetivo de aislar la variación real del costo fiscal y ofrecer una interpretación más precisa de su evolución en el tiempo.

El Gráfico 15 presenta la evolución de la estimación del costo fiscal anual del régimen de monotributo social para el período 2010–2023, expresada en pesos constantes a diciembre de 2010, lo que permite analizar la trayectoria real del esfuerzo fiscal del Estado nacional una vez controlado el efecto de la inflación. Al igual que en el ejercicio previo en pesos corrientes, se muestran dos escenarios extremos —una estimación mínima y una estimación máxima— que delimitan un intervalo plausible del costo fiscal del régimen, junto con el valor observado correspondiente al año 2023 informado oficialmente por ARCA (2025).

Desde una perspectiva general, ambas series exhiben una dinámica claramente distinta a la observada en términos nominales. En pesos constantes, el costo fiscal real del régimen no sigue una trayectoria de crecimiento monotónico, sino que presenta fases bien definidas de expansión, estabilización y contracción. En particular, se observa un incremento sostenido del costo fiscal real entre 2010 y 2016, período en el cual tanto la estimación mínima como la máxima alcanzan sus valores más elevados. En el escenario mínimo, el costo fiscal real pasa de alrededor de 22,1 mil millones de pesos constantes en 2010 a un máximo cercano a 36 mil millones en 2016, mientras que en el escenario máximo el valor se incrementa desde aproximadamente 44,3 mil millones hasta un pico cercano a 72 mil millones en el mismo período.

A partir de 2017 se observa un cambio de tendencia, con una reducción del costo fiscal real en ambos escenarios durante los años subsiguientes, que alcanza un punto relativamente bajo en 2019, retornando a niveles comparables a los registrados en torno a 2013. Este comportamiento sugiere que, en línea con patrones identificados en secciones previas, la relación entre la dinámica inflacionaria y la evolución de las categorizaciones de los aportes al sistema de salud operó en detrimento de su capacidad económica real (Tabla 7). En este contexto, aun cuando la cantidad de beneficiarios del régimen se expandió de forma sostenida, el poder de compra real del aporte per cápita tendió a deteriorarse a partir de 2016, proceso que se profundizó de manera particularmente marcada en los años 2022 y 2023, caracterizados por las tasas de inflación más elevadas de toda la serie analizada (Tabla 8).

Gráfico 15. Evolución de la estimación del costo fiscal anual (pesos constantes a dic. 2010) (2010-2023)



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Capital Humano (2025) y Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) (2025a). *Notas: Azul: estimación de máxima del costo fiscal anual. Lila: estimación de mínima del costo fiscal anual. Bordo: costo fiscal anual.

La Tabla 8 presenta la relación entre el costo fiscal anual del RSPC-MS y la ejecución presupuestaria pública en salud²³ correspondiente al año 2023 (Ministerio de Economía de la Nación, 2025), tanto a nivel agregado de las 24 jurisdicciones como para dos jurisdicciones subnacionales seleccionadas: la Provincia de Buenos Aires y la Provincia de Tucumán. El objetivo central de esta tabla es dimensionar el peso relativo del costo fiscal del régimen en relación con el esfuerzo presupuestario total en salud, aportando una referencia contextual que permita interpretar su magnitud no sólo en términos absolutos, sino también en comparación con el gasto público sanitario efectivamente ejecutado.

²³ Se entiende por ejecución presupuestaria pública en salud al gasto efectivamente devengado por la Administración Pública No Financiera (APNF) en la finalidad salud, conforme a la información de ejecución presupuestaria provisoria publicada por el Ministerio de Economía de la Nación. En este sentido, la expresión no remite al crédito presupuestario originalmente aprobado ni al gasto meramente comprometido, sino al nivel de gasto efectivamente ejecutado durante el ejercicio fiscal considerado.

Tabla 8. Relación entre el costo fiscal anual y la ejecución presupuestaria pública en salud (Argentina, Buenos Aires y Tucumán) (2023)

Jurisdicción	Ejecución presupuestaria 2023 - Concepto "Salud"	Relación Costo fiscal anual / Ejecución presupuestaria 2023 - Concepto "Salud"
Total (24 jurisdicciones)	\$3.604.756.438.167	1,02
Buenos Aires	\$767.251.598.284	2,74
Tucumán	\$164.565.965.067	1,99

Fuente: elaboración propia en base a datos de ARCA (2025a) y MECON (2025).

Desde el punto de vista metodológico, la relación presentada surge del cociente entre el costo fiscal anual del monotributo social en relación a la cobertura de salud —estimado a partir de los datos informados por ARCA (2025)— y la ejecución presupuestaria pública en salud para el año 2023, medida en pesos corrientes.

Si se considera el total de las 24 jurisdicciones, la ejecución presupuestaria pública en salud alcanzó en 2023 un monto de \$3,60 billones, mientras que la relación entre el costo fiscal del régimen y dicha ejecución se ubica en 1,02%. Este valor indica que el costo fiscal anual del monotributo social equivale aproximadamente al 1% del gasto público total ejecutado en salud.

En este sentido, la selección de las provincias de Buenos Aires y Tucumán responde a criterios analíticos claros y complementarios. La Provincia de Buenos Aires fue incluida por concentrar la mayor cantidad absoluta de monotributistas sociales del país, representando el 57,1% del total de beneficiarios, con un universo estimado de 670.238 personas. Tucumán, en cambio, fue seleccionada por presentar la mayor densidad relativa de monotributistas sociales en relación con su población total, alcanzando aproximadamente el 6%, lo que la convierte en un caso paradigmático desde la perspectiva de la intensidad territorial del régimen.

En la Provincia de Buenos Aires, la ejecución presupuestaria en salud ascendió a \$767,3 mil millones en 2023, y la relación entre el costo fiscal del régimen y dicho gasto alcanza un valor de 2,74%. Esto implica que el costo fiscal del monotributo social representa casi el 3% del gasto público en salud ejecutado en la provincia, proporción sustancialmente superior al promedio nacional. En el caso de Tucumán, la ejecución presupuestaria en salud fue de \$164,6 mil millones, y la relación costo fiscal–gasto en salud se ubica en 1,99%. Esto indica que el costo fiscal del régimen equivale a casi el 2% del gasto público sanitario provincial, valor también superior al promedio nacional, aunque inferior al observado en la Provincia de Buenos Aires.

En síntesis, esta tensión entre expansión nominal del gasto, deterioro real del financiamiento y heterogeneidad en los esquemas de subsidio constituye un elemento central para comprender los límites estructurales del régimen y anticipa diversos interrogantes en términos de sostenibilidad fiscal, equidad distributiva y

capacidad efectiva de garantizar el acceso a la cobertura de salud en el mediano y largo plazo.

5.4. Limitaciones del RSPC-MS en su vínculo con el SNSS

La instrumentación de regímenes tributarios especiales orientados a contribuyentes de menor capacidad contributiva constituye, como se mencionara en el presente trabajo, una estrategia recurrente en las políticas públicas contemporáneas. En tal sentido, estos suelen estructurarse en torno a cuatro objetivos centrales: la simplificación administrativa, la formalización de actividades económicas previamente informales, la inclusión social de sectores vulnerables y el control básico de proveedores por parte del Estado. No obstante, estos objetivos —de naturaleza predominantemente teórica y normativa— no agotan los efectos reales que dichos regímenes producen una vez implementados. Por el contrario, la experiencia empírica muestra que, bajo determinadas condiciones institucionales y contextuales, su instrumentación puede dar lugar a limitaciones regresivas o distorsivas que produzcan consecuencias no previstas, afectando tanto el funcionamiento del sistema tributario en su conjunto como su articulación con otros subsistemas de protección social (González, 2024). La literatura especializada señala que los formuladores de la política tributaria suelen concentrar sus esfuerzos en el cumplimiento de los objetivos explícitos que motivan la creación, sustitución o adecuación de estos regímenes, relegando el análisis sistemático de sus posibles externalidades negativas. Como consecuencia de ello, dichas consideraciones rara vez son incorporadas desde el inicio del diseño institucional, omitiéndose la aplicación temprana de mecanismos de prevención y control de desvíos o conductas abusivas (González, 2024). Desde una perspectiva de buenas prácticas en el diseño de políticas públicas, diversos autores subrayan la necesidad de incorporar desde el inicio del proceso decisorio una evaluación explícita de las posibles consecuencias adversas que podría acarrear un régimen especial, así como la adopción de medidas adecuadas al contexto socioeconómico y cultural de cada país (Cetrángolo et al., 2013; Bertranou y Casanova, 2014; González, 2024).

Ahora bien, al contrastar estos objetivos teóricos con la evidencia empírica de la implementación del RSPC-MS, se observa un cumplimiento parcial y desigual de los mismos. En relación con la simplificación administrativa, el régimen efectivamente reduce la complejidad tributaria al integrar en un único instrumento el pago de impuestos, aportes previsionales y componente sanitario. Si bien la exigencia de inscripción en el REDLES y la gestión articulada entre AFIP y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación introducen instancias adicionales de tramitación, en términos generales puede afirmarse que este objetivo se cumple de manera razonable.

En cuanto al objetivo de formalización, el RSPC-MS habilita la facturación y permite que beneficiarios previamente excluidos del circuito legal ingresen formalmente al sistema tributario. Sin embargo, como se ha señalado, una proporción considerable de los inscriptos continúa desarrollando actividades de baja productividad, con ingresos inestables y sin estándares propios del empleo formal, todo lo cual limita el

alcance efectivo de la formalización lograda y relativiza su potencial como mecanismo de movilidad económica y social.

En lo referido al control de proveedores, la articulación del RSPC-MS con el REDLES y la posibilidad de que los beneficiarios actúen como proveedores del Estado constituyen un intento de ordenar e integrar actores de la economía social en circuitos de contratación pública. No obstante, la literatura señala que estos mecanismos presentan un desarrollo incipiente y carecen de sistemas de monitoreo robustos que permitan evaluar su impacto en términos de calidad, sostenibilidad y escalabilidad de dichas relaciones (González, 2024).

Es, no obstante, en el objetivo de inclusión social (en particular, en relación al acceso a servicios de salud) donde se manifiesta la brecha más medular entre la intencionalidad normativa del régimen y sus resultados efectivos. Si bien el diseño del RSPC-MS garantiza formalmente el acceso a cobertura del SNSS, la evidencia empírica disponible muestra que dicho acceso se materializa de manera limitada. Como se desarrolló en capítulos anteriores, diversos autores han señalado una brecha persistente entre la afiliación formal al seguro de salud y la utilización efectiva de las prestaciones por parte de los monotributistas sociales, lo que da cuenta de un acceso sanitario limitado y de baja intensidad, aun en presencia de cobertura nominal (Grabois, 2016; Maceira et al., 2017). Estos hallazgos —convergentes con lo señalado por diversos entrevistados (Chena, Aruachan, Pres) en el marco del presente estudio— ponen de relieve un marcado desacople entre el derecho formal a la cobertura sanitaria y el acceso material efectivo a las prestaciones, evidenciando que la inclusión al SNSS puede operar, en la práctica, más como un derecho nominal que como una garantía efectiva de acceso. Como también se mencionara, no existe actualmente información administrativa oficial sistematizada que permita medir de forma objetiva y regular el uso real de prestaciones por parte de esta población. Sin embargo, la consistencia entre la evidencia secundaria disponible y los testimonios cualitativos relevados torna razonable sostener que se trata de un problema real y no meramente episódico, aunque de una magnitud pendiente de dilucidar. Ello supone un incumplimiento parcial del objetivo de inclusión social del régimen, en la medida en que la expansión nominal de cobertura no se traduce necesariamente en una mejora efectiva en el acceso a cuidados de salud por parte de la población beneficiaria del régimen.

Desde este marco, el presente capítulo se propone analizar críticamente las limitaciones del RSPC-MS, específicamente en lo relativo a su vínculo con el SNSS, poniendo el foco en los efectos no deseados que emergen de su diseño e implementación. Comprender estas limitaciones resulta central para evaluar su desempeño como instrumento de inclusión social y para problematizar su capacidad real de contribuir de manera sostenible al financiamiento y funcionamiento del SNSS.

5.4.1. Limitaciones ligadas al diseño

Se entiende por *limitaciones ligadas al diseño* a aquellas consecuencias negativas o distorsiones que derivan primariamente de la arquitectura institucional y normativa con la que se configuró el vínculo entre el RSPC-MS y el SNSS, con independencia

de (aunque en interacción con) otros tipos de problemas. Es decir, se trata de restricciones que no dependen exclusivamente de fallas contingentes de gestión o de “malas prácticas” aisladas, sino que se encuentran inscriptas en las reglas de funcionamiento, en la distribución de competencias y responsabilidades entre organismos, y en los mecanismos (o ausencia de ellos) previstos para su ejecución. En este sentido, el análisis se centra en los efectos no deseados que emergen del diseño del régimen, en tanto dichos rasgos configuran condiciones estructurales que tienden a reproducir sistemáticamente un desempeño insatisfactorio en relación con los objetivos de inclusión social (en particular, de protección de la salud) originalmente propuestos.

5.4.1.1. Desacople entre lógica tributaria y sanitaria

Una primera limitación de diseño del RSPC-MS radica en el desacople estructural entre el dispositivo tributario y la garantía sanitaria efectiva. Tal como se reconstruyó en el presente trabajo, el componente sanitario del régimen supone un pago —realizado por el beneficiario y/o por el Estado, incluyendo modalidades de cobertura a costo cero— a cambio de una contraprestación provista por un tercero, esto es, un agente del SNSS. No obstante, esta arquitectura no se encuentra acompañada por un diseño institucional que asegure que la transferencia de recursos hacia el SNSS se traduzca efectivamente en acceso oportuno y adecuado a prestaciones de salud. El régimen descansa, implícitamente, en un supuesto de funcionamiento regular del aseguramiento social —según el cual la afiliación formal conduce automáticamente a cobertura efectiva— sin que se verifique una alineación suficiente de incentivos, capacidades operativas y mecanismos de control entre los distintos organismos involucrados: el área social responsable del registro, el organismo recaudador encargado de la validación de aportes y la autoridad de rectoría y regulación del seguro de salud.

En este contexto, la desalineación institucional adquiere especial relevancia cuando se considera que el régimen desplaza el “centro de gravedad” del control hacia el reclamo individual como principal mecanismo de corrección de desvíos. En efecto, el RSPC-MS careció de dispositivos sistemáticos de fiscalización ex ante orientados a verificar el acceso efectivo a prestaciones —tales como certificaciones periódicas de servicios brindados, encuestas de utilización o auditorías prestacionales regulares— quedando la intervención del organismo regulador fundamentalmente supeditada a la recepción de reclamos cursados ante la Superintendencia de Servicios de Salud con posterioridad a la ocurrencia del problema. En relación a este aspecto del RSPC-MS, Pablo Chena (MDS) señala:

“El Ministerio (de Desarrollo Social) contaba con un sistema de reclamos online frente a la no prestación de servicios por parte de las obras sociales: situaciones en las que se rechazaba a los afiliados, no se brindaba atención o se negaba la cobertura. A partir de esos reclamos, se daba intervención a la Superintendencia, que a su vez se comunicaba con la obra social correspondiente. En general, cuando el reclamo llegaba a esa instancia, el problema se resolvía. Sin embargo, el límite estructural de este mecanismo

es que opera caso por caso, por goteo: no corrige las fallas de fondo del sistema, sino que responde de manera reactiva a demandas individuales.”

Este esquema presenta al menos dos problemas de diseño relevantes. En primer lugar, un problema de asimetría de agencia, en tanto la condición de vulnerabilidad social y económica de los monotributistas sociales opera como una restricción material para el ejercicio efectivo del derecho a reclamar, dadas las barreras asociadas al tiempo disponible, los costos monetarios y de traslado, y los niveles de alfabetización administrativa y digital requeridos. En segundo término, se configura un problema de gobernanza por excepción, ya que, en ausencia de mecanismos institucionales proactivos que detecten, monitoreen y corrijan situaciones de cobertura formal sin acceso real, el sistema solo logra visibilizar aquellos casos que consiguen transformarse en reclamos efectivos. Esta lógica favorece la persistencia de prácticas restrictivas por parte de los agentes del seguro y profundiza las brechas en la realización efectiva del derecho a la salud.

De manera complementaria, este déficit de control se articula con una ineficiencia asignativa en el uso de los recursos del sistema, en tanto se transfieren fondos asociados a coberturas nominales que no necesariamente se materializan en prestaciones, mientras la demanda efectiva de atención continúa recayendo de forma predominante sobre el subsector público de salud. En este sentido, la debilidad del esquema de control no solo compromete la garantía del derecho individual a la protección en salud, sino que introduce distorsiones persistentes en la asignación de recursos y en la articulación funcional entre los distintos subsectores del sistema sanitario.

Esta ineficiencia no puede ser comprendida únicamente como un problema de ejecución o de fiscalización insuficiente, sino que remite a un error más profundo en el diseño de la política pública: la atribución de una función intrínsecamente continua —el acceso regular, oportuno y adecuado a la atención de la salud— a un régimen que no asegura un flujo estable, previsible y funcionalmente consistente de financiamiento. El RSPC-MS estructura el componente sanitario sobre la base de aportes de baja cuantía, con trayectorias contributivas inestables y una fuerte dependencia de transferencias fiscales, sin incorporar mecanismos que garanticen la continuidad del financiamiento ni su correspondencia con las obligaciones prestacionales asumidas por los agentes del seguro.

Como resultado, el sistema tiende a generar coberturas formales frágiles, desacopladas de la provisión efectiva de servicios, al tiempo que reproduce una asignación ineficiente de recursos: se financian afiliaciones nominales en el subsistema de aseguramiento social mientras la utilización real de servicios se desplaza hacia el subsector público, que actúa de hecho como prestador de última instancia sin una compensación financiera acorde. Esta incongruencia entre la lógica del financiamiento y la naturaleza del bien a proteger consolida un esquema segmentado y tensiona la sostenibilidad del conjunto del sistema sanitario.

5.4.1.2. Indeterminación normativa y debilidad de criterios en la habilitación de obras sociales y en los mecanismos de asignación

Una limitación de diseño particularmente relevante —con efectos directos tanto sobre el acceso efectivo a la cobertura como sobre la sustentabilidad del SNSS— radica en la indeterminación normativa respecto de los criterios mediante los cuales una obra social es considerada habilitada para recibir monotributistas, y por extensión, monotributistas sociales. Tal como se desprende del análisis normativo realizado en el presente trabajo, no se explicitan de manera sistemática ni transparente los parámetros financieros, prestacionales o actuariales utilizados para definir dicha habilitación, lo que debilita la racionalidad técnica del diseño y restringe las posibilidades de evaluación y rendición de cuentas por parte de la autoridad regulatoria. La normativa aplicable establece que, en los casos en que el pequeño contribuyente no ejerce la opción de obra social al momento de la inscripción, la SSS procederá a su asignación de oficio entre las obras sociales “habilitadas para recibir monotributistas” (Resolución SSS 667/04). Sin embargo, la resolución no define con precisión cuáles son los requisitos sustantivos que una obra social debe cumplir para integrar dicho universo habilitado, más allá de su condición general de agente del seguro y de su ámbito territorial de actuación. En particular, no se identifican criterios explícitos vinculados a la capacidad financiera, a la suficiencia del ingreso per cápita ni a la disponibilidad efectiva de redes prestacionales para atender a una subpoblación caracterizada por mayores niveles de vulnerabilidad social y barreras de acceso.

Adicionalmente, aun cuando el procedimiento de asignación de oficio se encuentra formalmente explicitado, su lógica de distribución responde predominantemente a criterios administrativos y de proporcionalidad institucional, y no a evaluaciones prestacionales o financieras. En efecto, la Resolución 667/04 establece que la distribución de los monotributistas que no hubieran elegido obra social se realiza a nivel provincial mediante una fórmula que pondera, en partes iguales, dos variables: (i) la población de titulares en relación de dependencia que cada obra social posee en la jurisdicción correspondiente y (ii) la cantidad de monotributistas previamente captados por dicha obra social en esa misma provincia. Formalmente, la asignación se define a partir de la siguiente ecuación:

$$Cant_{ij} = C_{ij} * TMA_j$$

donde:

1. $Cant_{ij}$ = Total de monotributistas a ser asignados en la obra social i en la provincia j .
2. C_{ij} = Coeficiente para la obra social i en la provincia j . Este coeficiente resulta del promedio simple entre la participación relativa de la obra social i en la población de asalariados registrados y la captación histórica de monotributistas dentro de la provincia j .
3. TMA_j = Total de monotributistas informados por la AFIP para ser asignados en la provincia j .

Una vez determinado el cupo correspondiente a cada agente del seguro en cada jurisdicción, la asignación individual se efectúa siguiendo un criterio administrativo neutral, ordenando a los beneficiarios según los seis dígitos inferiores del Documento Nacional de Identidad, de menor a mayor, hasta completar los cupos establecidos. En los casos en que no se dispone de información confiable sobre el domicilio del contribuyente, la distribución se realiza proporcionalmente entre aquellas obras sociales con ámbito de actuación nacional.

Desde una perspectiva analítica, el problema no radica en la existencia de mecanismos de asignación de oficio en sí mismos —instrumento habitual en los regímenes de aseguramiento social— sino en la combinación específica que adopta el diseño del RSPC-MS. En particular, la conjunción de: (i) criterios de distribución basados en el tamaño previo de los padrones y en la captación histórica de afiliados, (ii) la ausencia de criterios explícitos y verificables para la habilitación de las obras sociales receptoras, y (iii) el desajuste estructural entre el nivel de aportes asociados al monotributo social y el costo de la cobertura prestacional (aspecto desarrollado en apartados posteriores), da lugar a un esquema de asignación que, aun siendo formalmente neutral y territorialmente razonable, no maximiza las posibilidades de fiscalización de los agentes del seguro ni optimiza la selección de obras sociales en función de su capacidad real —financiera y prestacional— para absorber y atender adecuadamente a una población con mayores necesidades sanitarias y mayores dificultades para ejercer mecanismos de reclamo, debilitando así la garantía efectiva de cobertura sanitaria para los monotributistas sociales.

5.4.1.3. Asimetrías de activación y debilidad de los mecanismos de control en las modalidades de costo cero

Una limitación adicional del diseño del RSPC-MS se vincula con la lógica de activación en espejo del régimen y la consecuente debilidad de los mecanismos de control, particularmente en el caso de los monotributistas sociales comprendidos en la modalidad de costo cero. Tal como se desarrolló previamente, la activación efectiva del régimen se estructura, en términos generales, a partir de un procedimiento secuencial que articula la inscripción en el REDLES, la asignación de CUIT por parte del organismo recaudador y la acreditación del pago del componente tributario a cargo del beneficiario. En este esquema, la realización del pago mensual opera como condición necesaria para la activación y continuidad del régimen, constituyéndose en el principal dispositivo operativo de control.

En efecto, para los monotributistas sociales que deben abonar una porción del aporte, la normativa establece como causal central de baja la discontinuidad en el pago por un período igual o mayor a tres meses consecutivos o alternados dentro de un año calendario, además de la eventual detección de incompatibilidades socioeconómicas a partir de cruces de información con la AFIP y el SINTyS. En este sentido, el diseño del régimen otorga un lugar central al comportamiento contributivo del beneficiario como criterio de permanencia en el régimen. Sin embargo, esta lógica presenta una asimetría estructural cuando se considera la modalidad de monotributo social de costo cero. En estos casos, la activación del régimen se produce en espejo del pago realizado íntegramente por el Estado —a través del

MDS— en concepto del componente destinado al SNSS. Como consecuencia de ello, la principal causal de baja vinculada a la discontinuidad del pago se extingue para el titular, dado que no existe una obligación contributiva directa cuyo incumplimiento pueda ser utilizado como mecanismo automático de control. Las causales de baja quedan así restringidas, fundamentalmente, a dos supuestos: la falta de pago del componente de salud correspondiente a los eventuales adherentes asociados a titulares con costo cero (quienes no resultan alcanzados por el beneficio descrito), y la detección de incompatibilidades respecto de los requisitos socioeconómicos establecidos por la normativa, a partir de informes suministrados por la AFIP.

En la práctica, este diseño genera un vacío operativo de control, en tanto los mecanismos alternativos previstos —principalmente los cruces de información interadministrativos— resultaron limitados en su alcance, frecuencia e intensidad y no registraron un uso extendido como herramienta efectiva de baja de beneficiarios (ARCA, 2025b). En este contexto, la permanencia en el régimen tendió a desvincularse progresivamente de la actividad efectiva del beneficiario y del cumplimiento sostenido de las condiciones que justificaron su incorporación inicial. Ahora bien, resulta pertinente aclarar que el aumento sostenido de la masa de beneficiarios del régimen reconoce explicaciones de distinta naturaleza. En primer lugar, y de manera fundamental, razones de orden estructural: tal como se señaló en apartados precedentes, la evolución del mercado informal de trabajo constituye un determinante de fondo, en la medida en que su expansión tiende a ampliar el universo de potenciales beneficiarios. En segundo lugar, definiciones de política pública orientadas deliberadamente a extender dicho universo contribuyeron asimismo a traccionarlo al alza. Con todo, si bien la insuficiencia de la fiscalización no resulta ajena a ese proceso, no es en ella donde reside la explicación central al aumento sostenido del stock de beneficiarios, pudiendo haber incidido en una magnitud que no es posible determinar con precisión.

En ese sentido, al describir el circuito administrativo de afiliación, pago y baja de los monotributistas sociales, Karina Baigros (OSPECON) explicó que *“hoy se paga el 10 de cada mes”* y que el esquema funciona bajo una lógica de pago en espejo, en tanto *“primero tiene que pagar la persona para que ARCA (AFIP) transfiera”*. No obstante, advirtió que los mecanismos de control y actualización de la situación de los beneficiarios presentan importantes falencias. En este sentido, remarcó que *“al tercer mes consecutivo o al quinto mes alternado informan la baja y dejan de prestar el servicio”*, aunque aclaró de inmediato que *“no está aceptada la baja (...), o sea, no siempre ARCA (AFIP) da la baja”*. Como consecuencia de esta falta de sincronización, *“la baja la termina haciendo la obra social”*, que actúa de facto como instancia efectiva de corte de la cobertura sanitaria. En conjunto, este testimonio pone en evidencia que, si bien la baja formal debería operar a nivel del organismo recaudador, en la práctica el proceso se encuentra fragmentado y recae con mayor efectividad en las obras sociales, profundizando las dificultades de gestión. Cabe señalar, además, que el afiliado que efectivamente se ve afectado por la baja a través del mecanismo descrito es, en general, aquel que se encuentra utilizando los servicios de la obra social, dado que la interrupción de la cobertura se manifiesta en el momento de la atención. En contraste, las obras sociales no enfrentan incentivos

para cursar la baja de afiliados que no demandan prestaciones, lo que introduce un sesgo operativo que refuerza la lógica reactiva del sistema.

Desde una perspectiva analítica, el problema no radica necesariamente en la existencia de esquemas de subsidio pleno —instrumento habitual en políticas de inclusión social— sino en la ausencia de mecanismos sustitutivos de control que reemplacen de manera efectiva la función reguladora del pago. Al eliminarse la principal señal operativa de actividad e incumplimiento, el régimen queda expuesto al riesgo de transformarse en un dispositivo de registro pasivo, con incentivos débiles para la actualización de la información, la revisión periódica de la elegibilidad y la exclusión oportuna de situaciones que ya no cumplen con los criterios normativos.

5.4.2. Limitaciones ligadas a la sostenibilidad financiera

Se entiende por *limitaciones ligadas a la sostenibilidad financiera* a aquellas restricciones estructurales que afectan la viabilidad económica del vínculo entre el RSPC-MS y el SNSS, y que derivan del desajuste persistente entre los recursos efectivamente transferidos al subsistema de obras sociales y los costos asociados a la provisión de las prestaciones de salud garantizadas normativamente. Se trata, por lo tanto, de limitaciones que no pueden atribuirse únicamente a episodios coyunturales de crisis financiera, a deficiencias de gestión puntual o a conductas individuales de los agentes del seguro, sino que se encuentran inscriptas en la estructura de financiamiento del régimen, en la definición del nivel de aportes y subsidios, y en los mecanismos de compensación —o en su insuficiencia— previstos para absorber el riesgo sanitario de la población destinataria. En este sentido, el análisis se focaliza en cómo estas condiciones estructurales de financiamiento tienden a reproducir tensiones sistemáticas sobre la capacidad de las obras sociales para sostener una cobertura efectiva y de calidad, comprometiendo tanto la estabilidad del subsistema como la realización material del derecho a la salud de los monotributistas sociales.

5.4.2.1. Concentración de beneficiarios del RSPC-MS en obras sociales

La evidencia descriptiva presentada para el año 2023 muestra que la activación efectiva de la cobertura de salud de los monotributistas sociales se encuentra altamente concentrada en un número reducido de obras sociales. En particular, se observa que dieciséis obras sociales concentran aproximadamente el 75% de los beneficiarios del RSPC-MS con cobertura activada, mientras que el 25% restante se distribuye entre un conjunto amplio y heterogéneo de entidades con participaciones individuales marginales. Este patrón de concentración coexiste, además, con una elevada fragmentación del subsistema de obras sociales, rasgo estructural del SNSS argentino.

Desde una primera lectura institucional, esta concentración no constituye en sí misma un problema, sino que responde a lógicas comprensibles y, en determinados aspectos, funcionales al perfil de la población destinataria del régimen. En efecto, la evidencia sugiere que determinadas obras sociales operan como nodos de acceso al aseguramiento en salud para poblaciones con trayectorias laborales marcadas por la

informalidad, la intermitencia contributiva y la pertenencia a la economía social y popular. Tal como se analizó en el apartado descriptivo, entidades como la OSF, OSECAC u OSPIA combinan atributos específicos —capilaridad territorial, amplitud de criterios afiliatorios, tradición de encuadre de trabajadores independientes o sectoriales y, en algunos casos, articulación con organizaciones representativas de la economía popular— que facilitan su rol como “puertas de entrada” al SNSS para los monotributistas sociales. En este sentido, la concentración observada puede interpretarse como una estrategia de proximidad institucional, que contribuye a reducir los problemas de anonimato burocrático característicos de los sistemas de aseguramiento fragmentados y a facilitar el acompañamiento administrativo de los beneficiarios en los procesos de inscripción, afiliación y uso de la cobertura. Desde esta perspectiva, la concentración no debe leerse exclusivamente como el resultado de decisiones individuales aisladas, sino también como el efecto de estrategias colectivas de intermediación y encuadre, orientadas a disminuir barreras de acceso en contextos de alta complejidad administrativa.

No obstante lo anterior, la concentración observada no se agota en la dimensión absoluta de la activación de cobertura. Tal como surge del análisis precedente sobre la composición de los padrones, también se verifica una concentración relativa del stock de beneficiarios del RSPC-MS en determinadas obras sociales: como fuera señalado anteriormente, 12 de las 16 obras sociales que registran beneficiarios del régimen exhiben una relación superior al 15% entre monotributistas sociales y beneficiarios totales, y la mayoría de ellas presenta una baja cantidad de afiliados —8 con menos de 50.000 y 11 con menos de 80.000—, lo que evidencia que dicha concentración relativa tiende a ser más pronunciada en entidades de menor tamaño. Desde una perspectiva de economía del seguro de salud, este patrón de concentración plantea tensiones relevantes con una lógica actuarialmente equilibrada de financiamiento. En los sistemas de aseguramiento social, la sostenibilidad financiera descansa, en términos generales, en mecanismos de solidaridad y redistribución del riesgo, mediante los cuales los aportes de los afiliados de mayor capacidad contributiva compensan a aquellos con menores aportes, al tiempo que los sanos financian a aquellos que presentan enfermedades o requieren mayores prestaciones de salud. Al respecto, Karina Baigros (OSPECON) señaló de manera explícita que “el nivel de consumo del monotributo es mucho más alto que el afiliado común”. Esta afirmación da cuenta de una mayor intensidad en el uso de prestaciones sanitarias por parte de este colectivo, fenómeno que podría vincularse a una mayor carga de enfermedad asociada a trayectorias laborales precarias y condiciones socioeconómicas desfavorables. En consecuencia, la incorporación de monotributistas sociales al esquema de aseguramiento, en ausencia de mecanismos de compensación adecuados, tiende a profundizar los desequilibrios financieros de las obras sociales, no sólo en virtud de su menor nivel de aporte sino también por la concentración de mayores necesidades prestacionales, reforzando así las tensiones entre los objetivos de inclusión y la sostenibilidad económica del sistema.

Sin embargo, cuando una proporción significativa de afiliados con aportes comparativamente bajos —como es el caso de los monotributistas sociales— se concentra en un conjunto acotado de agentes del seguro, dicha lógica solidaria

tiende a debilitarse a nivel institucional, aun cuando se mantenga formalmente a nivel sistémico.

En efecto, la elevada concentración de monotributistas sociales en pocas obras sociales implica que el riesgo financiero asociado a una población con bajo aporte per cápita y mayores necesidades potenciales de atención no se distribuye homogéneamente en el conjunto del SNSS, sino que se acumula en determinados agentes. Este fenómeno introduce una presión adicional sobre la sustentabilidad económica de dichas obras sociales, particularmente en un contexto caracterizado por un desajuste estructural entre el nivel de los aportes transferidos por el RSPC-MS y el costo del PMO, aspecto desarrollado en el apartado siguiente.

Desde este enfoque, el problema no radica en la concentración per se, sino en la combinación de concentración de afiliados de bajo aporte con mecanismos insuficientes de compensación de riesgos y financiamiento. En ausencia de instrumentos eficaces de ajuste previo —como transferencias compensatorias adecuadas, fondos de redistribución plenamente operativos o criterios diferenciales de asignación—, la concentración puede intensificar incentivos a la restricción de prestaciones, a la generación de barreras administrativas o a la priorización implícita de otros segmentos de afiliados con mayor capacidad contributiva. La literatura sobre economía política del seguro social ha señalado reiteradamente que, en contextos de subfinanciamiento, los agentes aseguradores tienden a desarrollar estrategias defensivas para contener costos, lo que afecta de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables (Cetrángolo et al., 2013; Bertranou, 2014; Maceira et al., 2017).

Asimismo, la concentración observada introduce riesgos sistémicos adicionales. La dependencia del régimen respecto de un conjunto reducido de obras sociales aumenta la exposición del sistema ante eventuales crisis financieras, administrativas o prestacionales de dichos agentes. En escenarios de estrés —ya sea por aumentos de costos sanitarios, retrasos en transferencias o deterioro macroeconómico—, la alta carga relativa de población “deficitaria” puede amplificar los efectos negativos tanto sobre la calidad de la cobertura como sobre el acceso efectivo a los servicios, reforzando el desplazamiento de la demanda hacia el subsector público.

5.4.2.2. Desajuste sistemático entre el aporte per cápita transferido al SNSS y el costo per cápita del PMO

Tal como se desarrolló en los apartados precedentes, una de las limitaciones más relevantes del RSPC-MS en su vínculo con el SNSS reside en el desajuste persistente y acumulativo entre el nivel de financiamiento per cápita transferido al SNSS y el costo económico asociado a la cobertura de las prestaciones obligatorias. Este desajuste no responde a un fenómeno coyuntural ni a una anomalía puntual del período reciente, sino que constituye un rasgo estructural del régimen a lo largo del horizonte temporal analizado, con una profundización particularmente marcada entre 2010 y 2023.

La evidencia empírica presentada en el capítulo anterior muestra, por un lado, una trayectoria descendente del aporte per cápita real asociado al monotributo social,

aun cuando se registran episodios aislados de recuperación parcial. Esta evolución refleja no solo el impacto de la aceleración inflacionaria, sino también el carácter discreto, discontinuo y no automático de los mecanismos de actualización del aporte, cuyas modificaciones han sido definidas de manera discrecional por la AFIP, sin responder de forma sistemática a la variación de los costos del sistema de salud. Como resultado, el ritmo de ajuste del aporte per cápita ha sido consistentemente inferior a la dinámica de precios y costos sanitarios, erosionando su poder adquisitivo real a lo largo del tiempo.

De manera simultánea, la información analizada muestra una dinámica creciente del costo per cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO) a lo largo del período considerado. Este incremento se asocia con la dinámica de costos propia del sector salud, históricamente más elevada que el promedio inflacionario; y también con la expansión progresiva del contenido prestacional del PMO, que incorporó nuevas coberturas, tecnologías y tratamientos, ampliando las obligaciones a cargo de los agentes del seguro. Aun considerando las oscilaciones coyunturales observadas en algunos años —especialmente durante el período 2020–2022—, la tendencia de fondo es claramente ascendente, alcanzando en 2023 el valor más alto de toda la serie en términos reales.

El resultado combinado de ambas trayectorias implica un deterioro sostenido de la relación entre el aporte per cápita al SNSS y el costo per cápita del PMO, tal como se evidencia en la evolución del cociente aporte al SNSS/PMO presentada previamente. Mientras que en los primeros años del período analizado el aporte permitía cubrir una proporción significativa del costo teórico de las prestaciones obligatorias, dicha relación se fue erosionando de manera casi continua, hasta representar en 2023 apenas una fracción menor del costo del PMO. En términos agregados, la pérdida de capacidad de financiamiento relativa entre las puntas de la serie sintetiza de manera elocuente el proceso de desfinanciamiento prestacional del régimen (Gráfico 13).

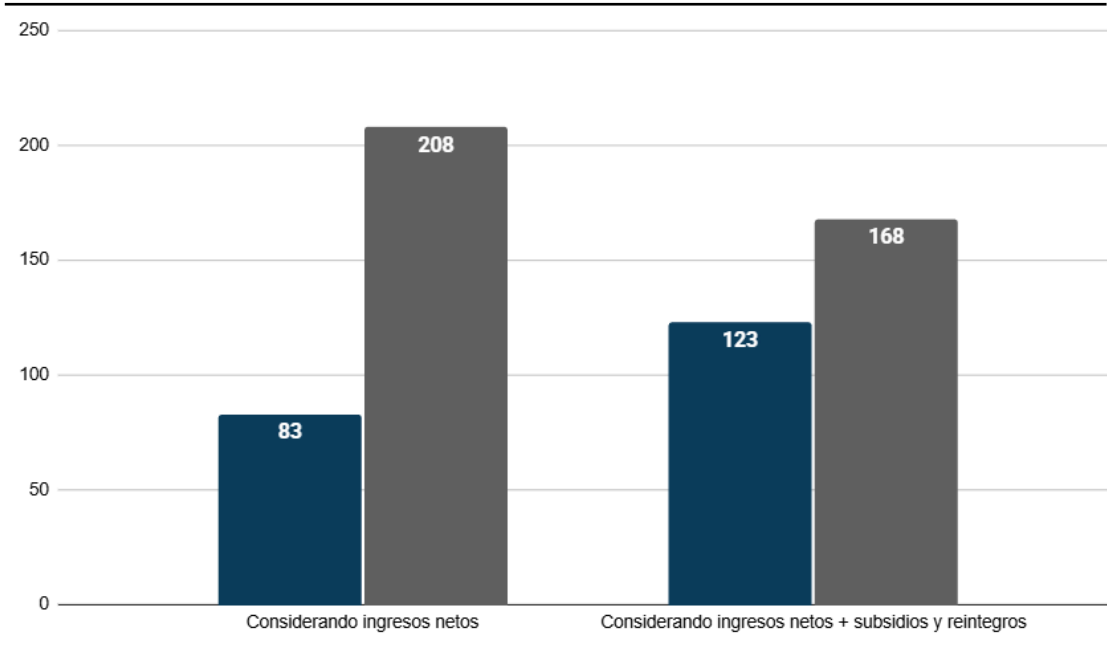
Al referirse a los problemas de sostenibilidad financiera asociados al RSPC-MS, Karina Baigros (OSPECON), sostuvo (agosto del 2025):

“El régimen sale para dar respuesta a un problema social, y eso se entiende. El tema es que quedó desfasado en precio: la cuota está atrasada. Se desfasó con el PMO. No hay sistema que resista. El sistema arrancó bien; el problema es ahora. Hoy las prepagas pueden cobrar adicionales, las obras sociales no. En nuestro caso, OSPECON no tiene planes superadores. Entonces estamos en condiciones de igualdad frente a la ley, pero con promedios muy distintos de aportes: el promedio en OSPECON ronda los 34.000 pesos; el promedio general de las obras sociales está en 54.600; OSECAC alrededor de 36.000; OSPE cerca de 44.000; mientras que Swiss Medical está en 110.000 y OSDE en torno a los 120.000”.²⁴

²⁴ Este testimonio sintetiza de manera elocuente la tensión estructural que atraviesa el régimen: una herramienta concebida con fines de inclusión social que, en ausencia de actualizaciones periódicas de la cuota y de mecanismos de compensación adecuados, tiende a profundizar los desequilibrios financieros de las obras sociales, especialmente de aquellas que concentran afiliados de menores ingresos y carecen de instrumentos para segmentar planes o capturar aportes adicionales.

Este desajuste adquiere mayor gravedad cuando se lo inscribe en el contexto general de tensión financiera del subsistema de obras sociales. De acuerdo con estimaciones recientes, sin considerar los ingresos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, una proporción significativa de los financiadores del sistema no logra cubrir el costo del PMO con sus ingresos corrientes. En particular, según Van der Kooy et al. (2023), el 71% de las obras sociales no alcanza a financiar el valor del PMO por beneficiario (208 de 291), y las instituciones que concentran el 78% de los afiliados a la seguridad social presentan ingresos inferiores al costo prestacional asumido (Gráfico 16). Esta situación configura un escenario estructural de restricción financiera, en el cual la incorporación y permanencia de afiliados con aportes comparativamente bajos —como los monotributistas sociales— introduce presiones adicionales sobre la sostenibilidad económica de los agentes del seguro.

Gráfico 16. Número de obras sociales nacionales que alcanzan a cubrir el valor del PMO (2023)



Fuente: elaborado en base a Ministerio de Salud de la Nación (2023a) y (Van der Kooy et al., 2023).

*Notas: Azul: alcanzan a cubrir el PMO; Gris: no alcanzan a cubrir el PMO.

5.4.2.3. Cuota fija simbólica

En este marco, resulta pertinente incorporar lo que González (2024) denomina el “problema de la cuota fija simbólica”, como una dimensión analítica complementaria de las limitaciones ligadas a la sostenibilidad financiera. Según este enfoque, uno de los principales riesgos de los regímenes tributarios especiales para pequeños contribuyentes es que la cuota fija —concebida originalmente como un instrumento de simplificación administrativa y de incentivo a la formalización— se divorcie progresivamente de la realidad económica y de una carga tributaria razonable, transformándose en un aporte meramente simbólico, incapaz de sustentar los beneficios asociados al régimen. Si bien la cuota fija constituye, indudablemente, una herramienta de alta simplicidad y un beneficio relativo frente al régimen general, su valor debe mantener una relación mínima de razonabilidad con las prestaciones y

derechos que habilita, en particular cuando estas incluyen componentes de alto costo como la cobertura de salud.

La evidencia comparada en países de la región pone de relieve que situaciones de subcontribución persistente o privilegio excesivo erosionan la sustentabilidad financiera de los regímenes especiales, además de dificultar la consolidación de una cultura tributaria, reproduciendo dinámicas similares a las de la informalidad (González, 2024). En este sentido, las experiencias regionales revelan que los reclamos de los pequeños contribuyentes suelen concentrarse en los umbrales de exclusión del régimen —esto es, en los límites de ingresos o categorización— y no en la actualización de la cuota fija, cuya determinación corresponde a las autoridades públicas. Esta dinámica contribuye a profundizar su rezago en términos reales. La actualización periódica del aporte aparece así no como una opción discrecional, sino como una responsabilidad indelegable de las autoridades públicas, indispensable para sostener los beneficios del régimen y evitar su vaciamiento económico.

Este problema adquiere una expresión particularmente aguda en el caso del monotributo social y, en especial, en las modalidades de costo cero. En estos supuestos, el desacople entre contribución y beneficio se profundiza al extremo, generando incentivos claros a comportamientos de tipo *free rider*, en los que la cobertura sanitaria se percibe como un derecho desvinculado de cualquier obligación contributiva. Tal como advierte González (2024), el mero registro en un régimen especial no resulta suficiente para considerar superada la informalidad: es necesario que los contribuyentes se mantengan activos, cumpliendo tanto con las obligaciones formales como con los pagos a su cargo. De lo contrario, el régimen corre el riesgo de transformarse en una “zona de confort”, caracterizada por la obtención de beneficios sin contrapartidas, lo que debilita simultáneamente la sostenibilidad fiscal, la equidad horizontal y la legitimidad social del sistema en su conjunto.

Al respecto, Pablo Chena (MDS) advierte:

“Tal como está planteado hoy, el régimen es insostenible. En su diseño original, alcanzaba con estar inscripto y cumplir determinadas condiciones para acceder y permanecer dentro del régimen. El problema aparece cuando, con el tiempo, se fueron superponiendo objetivos muy distintos dentro de un mismo instrumento. Se lo pensó al mismo tiempo como una política de inclusión social, como un mecanismo de formalización laboral, como una vía de acceso a la seguridad social y, además, como una puerta de entrada al sistema de salud a través de las obras sociales. Cuando se mezclan todos esos objetivos en un solo régimen, el instrumento termina usándose mal o, mejor dicho, termina cargándose con demandas que no está en condiciones de absorber.”

Desde esta perspectiva, el problema de la cuota fija simbólica no solo refuerza el desajuste estructural entre el financiamiento del RSPC-MS y el costo del PMO, sino que también contribuye a explicar las tensiones observadas en el acceso efectivo a las prestaciones y en los incentivos de las obras sociales para restringir o

condicionar la cobertura. En conjunto, estos elementos consolidan un esquema en el cual la cobertura sanitaria asociada al monotributo social se encuentra formalmente garantizada, pero materialmente subfinanciada, trasladando los costos del desajuste hacia los agentes del seguro y, en última instancia, hacia los propios beneficiarios.

En suma, el conjunto de limitaciones vinculadas a la sostenibilidad financiera del régimen analizadas previamente encuentra respaldo en el testimonio de David Aruachán (SSS) (junio del 2025):

“Cuando uno analiza la viabilidad del monotributo social en el tiempo, tiene que mirarlo por lo menos desde tres planos que están completamente interrelacionados. Primero, la dimensión actuarial y de ingresos. El régimen creció mucho desde su creación, con tasas anuales del 8 al 10%, y en los momentos de crisis ese crecimiento se acelera todavía más. En contextos de alta inflación o aumento del desempleo, las altas pueden superar el 15% anual.

El segundo problema es que la recaudación per cápita está completamente desalineada de cualquier proyección contributiva razonable. El aporte mensual efectivo ronda los 6.900 pesos por afiliado, lo que genera una recaudación base cercana a los 5.600 millones de pesos por mes. Ahora bien, si uno hace un ejercicio actuarial mínimo, ajustando por salarios formales o por el RIPTE, para cubrir un PMO completo el aporte debería estar más cerca de los 25.000 o 30.000 pesos. Esa brecha es estructural y no se corrige sola.

Además, hay una fragilidad fiscal muy clara. La mitad del aporte depende de transferencias del Estado nacional, que están atadas al presupuesto. En contextos de restricción fiscal, esas partidas se demoran, se recortan o se reasignan, y eso impacta directamente en la regularidad y en el monto de lo que reciben las obras sociales. No es un problema teórico, es algo que pasa.

Después está la dimensión de costos y demanda. La inflación médica viene corriendo sistemáticamente por encima de la inflación general (...). El PMO se actualiza en función de salarios formales, pero la cuota del monotributo social se ajusta de manera discrecional, con lo cual pierde poder de compra todo el tiempo.

A eso se suma el perfil de los afiliados. Una proporción importante de los nuevos monotributistas sociales —alrededor del 35%— presenta patologías crónicas como diabetes, hipertensión o EPOC. Son personas que requieren tratamientos continuos, medicamentos, controles, y eso lleva el gasto promedio mensual por afiliado a niveles que superan ampliamente los 60.000 pesos. Y cuando ingresan al sistema, además, aparece mucha demanda reprimida: prestaciones odontológicas, oftalmológicas, rehabilitación. En el primer año suele haber un efecto rebote de consumo que puede aumentar el costo hasta un 40 % por encima del promedio del PMO.

Por último, está la dimensión operativa y de gobernanza, que muchas veces se subestima. Hay demoras importantes en el clearing: pueden pasar 60 o 90

días entre que el afiliado paga y que la obra social recibe efectivamente los fondos. Eso genera problemas de liquidez muy concretos, y algunas obras sociales terminan postergando prestaciones o achicando redes de prestadores. A eso se suman los costos administrativos de gestionar altas, bajas, reempadronamientos permanentes, que no son menores y recaen tanto en la Superintendencia como en las obras sociales.

Y hoy la Superintendencia no cuenta con sistemas de monitoreo en tiempo real que permitan detectar rápidamente morosidad o gastos atípicos asociados al monotributo social. Eso limita mucho la capacidad de reacción. Entonces, cuando uno junta todo —ingresos insuficientes, costos crecientes y una gobernanza débil—, queda claro que el problema de sostenibilidad del régimen no es coyuntural, es estructural.”

5.4.3. Limitaciones ligadas al acceso

Se entiende por *limitaciones ligadas al acceso* a aquellas restricciones estructurales que obstaculizan la traducción efectiva de la afiliación formal al SNSS en un acceso oportuno, continuo y adecuado a las prestaciones de salud por parte de los monotributistas sociales. Se trata de limitaciones que no se explican exclusivamente por la ausencia de cobertura nominal ni por fallas aisladas de implementación, sino que emergen de la interacción entre el diseño institucional del régimen, las condiciones de financiamiento del subsistema de obras sociales y las capacidades diferenciales de los beneficiarios para ejercer y hacer valer sus derechos sanitarios.

Desde esta perspectiva, el acceso no se concibe como un atributo binario —presencia o ausencia de afiliación— sino como un proceso complejo y multidimensional que involucra la posibilidad real de utilizar los servicios de salud, sin enfrentar barreras administrativas, económicas, organizacionales o simbólicas que limiten o impidan su utilización. En consecuencia, las limitaciones ligadas al acceso remiten a las brechas persistentes entre el derecho formal a la cobertura y su materialización efectiva en prestaciones.

Estas limitaciones deben ser interpretadas a la luz de los desajustes estructurales del régimen en términos de diseño institucional y de sostenibilidad financiera, previamente analizados. En efecto, la combinación de los elementos desarrollados en los dos subapartados anteriores tiende a generar incentivos concretos para que los sujetos obligados a brindar cobertura a los monotributistas sociales limiten, dilaten o condicionen el acceso efectivo a las prestaciones. Tal como señala el Ministerio de Salud de la Nación (2023b), en contextos de restricción financiera persistente, la diferencia entre los ingresos disponibles y el costo de la cobertura obligatoria tiende a resolverse mediante formas de priorización implícita, que se manifiestan en prácticas tales como demoras en la asignación de turnos, obstáculos administrativos reiterados, exigencias informales adicionales o, en casos extremos, la negativa explícita a garantizar determinadas prestaciones.

Dicha interpretación encuentra asimismo respaldo en el testimonio de Pablo Chena (MDS), quien convalidó desde su experiencia de gestión las tensiones estructurales aquí analizadas:

“El problema del Monotributo Social es estructural. Desde el punto de vista financiero, el sistema es claramente deficitario. En la mayoría de los casos, el 50% del aporte que debía poner el beneficiario en realidad lo terminaba cubriendo el propio Estado, fundamentalmente a través del programa Potenciar Trabajo. Nosotros estimábamos una superposición cercana al 80%, lo que en los hechos implicaba que casi el 100% del financiamiento del régimen provenía de recursos públicos.

Eso ya de por sí plantea un problema serio de diseño, porque se supone que el Monotributo Social es un régimen contributivo, aunque sea parcialmente. Pero además, el problema no se agotaba en lo financiero. Desde el punto de vista prestacional, el esquema también resultaba muy problemático. A las obras sociales no les servía, porque la relación entre los aportes recibidos y el costo del PMO era claramente deficitaria. No había forma de equilibrar esa ecuación.

Y al Estado tampoco le cerraba, porque terminaba financiando un régimen en el cual muchos de sus beneficiarios, aun estando formalmente afiliados a una obra social, seguían atendiéndose en el sistema público de salud. Es decir, el Estado pagaba dos veces: subsidiaba el aporte al régimen y, al mismo tiempo, absorbía la demanda efectiva de atención. En ese contexto, el Monotributo Social no terminaba funcionando bien para ninguna de las dos partes, ni para las obras sociales ni para el propio Estado.”

Desde una perspectiva de economía política de la salud, estas conductas deben comprenderse como respuestas adaptativas de los agentes del seguro frente a un entorno institucional que no alinea adecuadamente obligaciones prestacionales con recursos disponibles. En este sentido, las limitaciones de acceso constituyen un fenómeno estructuralmente inducido por el propio diseño del régimen, que desplaza el costo del ajuste hacia los beneficiarios, particularmente hacia aquellos con menor capacidad de agencia para sortear barreras burocráticas o formular reclamos efectivos.

Esta dinámica adquiere especial relevancia en el caso de los monotributistas sociales, en tanto se trata de una población caracterizada por altos niveles de vulnerabilidad social y económica, trayectorias laborales inestables y menor capital burocrático. En este contexto, los mecanismos de restricción o dilación del acceso —ya sea mediante demoras, copagos, obstáculos administrativos o condicionamientos informales— adquieren un impacto diferencialmente regresivo, profundizando la dependencia del subsector público como proveedor de última instancia (Bruno, 2020). De este modo, el régimen tiende a reproducir un patrón de “cobertura nominal de baja intensidad”, en el cual la afiliación formal al SNSS no se traduce, en la práctica, en condiciones equivalentes de acceso al cuidado de la salud.

Al decir de Elizabeth Pres, beneficiaria del RSPC-MS, al respecto de los problemas de acceso a los servicios de su obra social:

“Cuando me afilié a la obra social en 2016, tenía tres hijos a cargo y la más chiquita había nacido seismesina, con hipertensión pulmonar. Al principio fue muy complicado: conseguir turnos era casi imposible y, cuando los daban, muchas veces había que pagar igual. Para autorizar estudios era un desgaste enorme: te los aprobaban recién cuando la orden ya estaba vencida. Por eso terminé buscando atención en el hospital público de la zona. En un principio el sistema funcionaba bien, pero con el tiempo se fue deteriorando. Ahora, si no tenés un contacto o alguien que te haga el favor, no conseguís nada. La mayoría termina atendiéndose en hospitales públicos.”

“Se siente la discriminación por ser monotributista. Cada vez que iba era lo mismo: siempre faltaba algo. Que un papel, que una firma, que el sello. Nunca estaba todo bien. En la Clínica (...) me pasó varias veces. No es que te decían directamente que no te iban a atender, pero te la hacían difícil. Siempre había algún problema nuevo, algún trámite más. Y al final uno siente que no es el papel lo que falta, sino que te tratan distinto por ser monotributista, como si valieras menos dentro del sistema.”

Esta situación se ve reforzada por el carácter interinstitucional del diseño operativo del vínculo entre el RSPC-MS y el SNSS. Como fue desarrollado anteriormente, en términos procedimentales la elección de la obra social se realiza al momento de la inscripción ante el organismo del área social, con intervención de la ANSES. Posteriormente, la información es remitida al organismo recaudador (AFIP - actual ARCA) para la validación del alta, y finalmente se comunica a la Superintendencia de Servicios de Salud a efectos de completar el circuito de afiliación. En los casos en que no media opción por parte del beneficiario, la asignación se realiza de oficio, procurando asegurar la correspondencia territorial con el ámbito de actuación del agente del seguro. Si bien este circuito resulta racional desde el punto de vista administrativo, su aplicación a una población con bajos niveles de ingresos, escasa disponibilidad de tiempo y limitado capital burocrático introduce una limitación sustantiva: cada eslabón del proceso —inscripción, validación, acreditación, comunicación interinstitucional, empadronamiento en la obra social y uso efectivo de la cobertura— se convierte en un potencial “punto de fuga”, en el cual el derecho permanece formalmente reconocido, pero se debilita materialmente en su ejercicio efectivo.

A ello se suman las exigencias administrativas propias del régimen, que resultan de difícil asimilación para los sujetos sociales a los que se propone beneficiar. El conocimiento detallado de la normativa aplicable, la necesidad de cumplir con procedimientos específicos y secuencias formales, la disponibilidad de tiempo y recursos para realizar trámites presenciales o virtuales, así como la exigencia de mantener regularidad en los pagos mensuales —aun en contextos de ingresos inestables o discontinuos— constituyen barreras concretas de acceso y permanencia. Estas condiciones operan como filtros implícitos que limitan no solo la activación de la cobertura sanitaria, sino también su utilización efectiva una vez reconocida formalmente, reforzando la distancia entre el derecho nominal y su ejercicio real.

5.4.4. Debate sobre las alternativas de intervención

Al momento de realización del presente trabajo, y tal como se reflejó parcialmente en el contenido de las entrevistas efectuadas, se advertía la existencia de un debate entre tomadores de decisión de distintos ámbitos en torno al reconocimiento de las limitaciones del régimen, las implicancias derivadas de tales restricciones y las posibles alternativas de intervención en materia de política pública orientadas a su abordaje. Si bien las alternativas que formaban parte de ese debate eran múltiples, es posible organizarlas en dos líneas argumentales diferenciadas, a partir de las lógicas de intervención dominantes que las estructuran, así como de los supuestos que las sustentan, las implicancias que conllevan y los riesgos que cada una de ellas asocia —en términos de objetivos principales perseguidos y externalidades negativas potenciales.

El primero de estos enfoques tiene como objetivo central mejorar el acceso efectivo a la salud de la población monotributista social, en el entendimiento de que la situación de vulnerabilidad que caracteriza a esta subpoblación —y las implicancias que de ella se derivan en términos de trayectorias laborales, capacidad contributiva y continuidad de cobertura— justifica la existencia de un instrumento específicamente diseñado para apuntalar su inclusión sanitaria. Esta mirada implica reconfigurar la arquitectura institucional del régimen para resolver el desacople entre la lógica tributaria y la lógica sanitaria, evitando que el componente de salud continúe funcionando como un apéndice de un dispositivo cuyo objetivo primario es tributario-administrativo. Esta alternativa propone desunificar componentes del RSPC-MS (tributario, previsional y sanitario) y escindir el componente de aseguramiento en salud del resto del régimen, a efectos de diseñar un esquema sanitario específico, coherente con el perfil de vulnerabilidad y las trayectorias laborales intermitentes de la población destinataria.

Pablo Chena (MDS) expresa una de las voces de este enfoque en el debate al señalar:

“Lo que nosotros planteábamos era separar las tres patas del régimen. Porque hoy están todas mezcladas y eso genera un problema conceptual importante: el aporte impositivo, el aporte jubilatorio y el aporte a la obra social responden a lógicas distintas, pero se administran como si fueran lo mismo. Entonces la propuesta era dividirlos, tratarlos de manera independiente, y a partir de ahí armar algo específico para la salud, algo más orientado a la salud comunitaria, que tenga sentido para el perfil de esta población.”

En esta perspectiva, la inclusión sanitaria dejaría de depender de un circuito de activación “en espejo” del pago (individual o estatal) —que, como se analizó, opera como principal mecanismo operativo de control y genera asimetrías en el caso del costo cero— y se sustituiría por un diseño de cobertura con reglas propias de elegibilidad, continuidad y monitoreo. Una posibilidad consistente con la evidencia reconstruida en el trabajo es orientar el esquema hacia una modalidad no contributiva o semicontributiva, con financiamiento público explícito, reglas de actualización previsibles y mecanismos de fiscalización ex ante centrados en

resultados de acceso efectivo, en lugar de recaer predominantemente en el reclamo individual.

En la práctica, ello también exigiría redefinir el circuito de asignación y transferencia de los recursos acopiados para financiar la cobertura. Una alternativa sería mantener su canalización hacia el SNSS, preservando la lógica actual de provisión de servicios a través de la seguridad social. Esta opción presenta la ventaja de no requerir una reconfiguración profunda del circuito financiero vigente y de aprovechar la infraestructura institucional ya consolidada del sistema de obras sociales. Sin embargo, su viabilidad como respuesta efectiva a las limitaciones identificadas estaría condicionada a la introducción de ajustes en las condiciones de acceso, en los mecanismos de asignación de la obra social y en los estándares de cobertura efectiva garantizados a esta población. En ausencia de tales modificaciones, la mera preservación del circuito actual reproduciría las asimetrías ya documentadas. Otra, consistente con los patrones efectivos de utilización observados en amplios segmentos de la población destinataria, sería habilitar su transferencia a los sectores públicos provinciales, de modo que la provisión se organice mediante efectores públicos territoriales. Esta segunda opción permitiría aproximar la estructura de financiamiento a la red efectivamente utilizada, reconociendo el rol efectivo del subsector público como proveedor de última instancia —y, en muchos territorios, como único proveedor—, reforzando la capacidad prestacional de los sistemas provinciales y mejorando la correspondencia entre asignación de recursos, organización de la oferta y acceso efectivo. Al respecto, Pablo Chena (MDS) planteaba:

“Porque si vos lo dejás dentro de la lógica del sistema de obras sociales tradicional y el PMO, chocás con un montón de cosas que no fueron pensadas para esta gente. Exigirle a una obra social que cubra el PMO para esta población es casi un absurdo, no solo porque los recursos no alcanzan sino sobre todo porque el perfil de utilización es completamente diferente. Si se quería avanzar en algo más complejo, lo que tenía lógica era pensar en algún tipo de acuerdo con el subsector público, aprovechar la red que ya existe en el territorio. Pero para eso había que salir de la lógica del PMO, había que reconocer que estamos hablando de otra cosa.”

El segundo enfoque tiene como objetivo central optimizar la utilización de los recursos ya asignados al régimen, mejorando la eficiencia del gasto sanitario sin modificar la arquitectura institucional que lo sustenta. En este entendimiento, las ineficiencias identificadas no son atribuibles al diseño general del RSPC-MS como régimen unificado, sino a fallas específicas en su operatoria, en sus mecanismos de incentivos y en la gobernanza interinstitucional del circuito. No obstante, dentro de esta orientación general es posible distinguir dos grados de intervención, diferenciados por su intensidad y por el tipo de ajuste que proponen.

Un primer grado de intervención asume la continuidad del régimen y propone corregir sus fallas operativas e institucionales. El énfasis se coloca en tres nudos: suficiencia financiera, gobernanza interinstitucional y garantía efectiva de acceso. En materia financiera, ello supone introducir mecanismos de actualización previsibles y no discrecionales del componente sanitario —mediante reglas de indexación o

revisiones periódicas vinculadas a indicadores de costos—, de modo de moderar el incentivo estructural a la restricción de prestaciones. En materia de gobernanza, implica fortalecer la trazabilidad del circuito MDS/REDLES-AFIP-SSS, simplificar etapas, reducir tiempos de espera e incorporar mecanismos de fiscalización proactivos orientados al acceso efectivo, desplazando el control desde el reclamo individual hacia dispositivos institucionales. Por último, requiere revisar los criterios de habilitación y asignación de obras sociales, avanzando hacia reglas más transparentes y verificables en términos financieros, prestacionales y territoriales.

Un segundo grado, de mayor intensidad, se orienta a reducir el alcance, la intensidad o el financiamiento del régimen, apuntando a disminuir el impacto fiscal provocado por la existencia de un subsidio estatal y por el elevado stock de beneficiarios involucrados. En el plano sanitario, esta perspectiva se traduce en medidas como la reducción o eliminación del subsidio al componente salud —en particular, al costo cero— y el endurecimiento de los requisitos de elegibilidad y permanencia en el régimen.

En relación con las líneas argumentales identificadas en el debate sobre el RSPC-MS, David Aruachán (SSS) señala:

“Si uno piensa en cómo corregir el funcionamiento del régimen y hacerlo más sostenible, hay varias cosas que necesariamente habría que revisar. En primer lugar, el aporte del monotributo social no puede seguir desanclado de la evolución real de los costos del sistema. Habría que atarlo a algún indicador objetivo, como un porcentaje del RIPT (Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables) o del IPC Salud, para evitar la erosión permanente del valor real de la cuota.

En segundo término, es imprescindible avanzar hacia algún esquema de subsidio que contemple el perfil de riesgo. Hoy tratamos a todos los monotributistas sociales como si fueran homogéneos, y no lo son. Sería razonable implementar mecanismos de ajuste que consideren la morbilidad, la edad y la composición del grupo familiar, de manera de distribuir mejor los recursos y compensar a las obras sociales que concentran afiliados de mayor riesgo sanitario.

También hay un trabajo pendiente muy fuerte en términos de educación al afiliado. Mejorar la información y el acompañamiento puede impactar directamente en el cumplimiento de los pagos y en la reducción de la morosidad, que hoy es un problema recurrente y genera mucha inestabilidad en la cobertura.

Desde el punto de vista operativo, habría que corregir los tiempos de compensación. Un mecanismo de clearing más rápido, idealmente con acreditaciones en T+1, y la posibilidad de anticipos del Fondo Solidario de Redistribución para cubrir baches de liquidez, aliviaría significativamente la situación financiera de las obras sociales.

Por último, la Superintendencia necesita contar con herramientas de monitoreo en tiempo real. Un tablero de control con alertas tempranas sobre

niveles de gasto y morosidad asociados al monotributo social permitiría una intervención mucho más oportuna y evitaría que los desvíos financieros se acumulen hasta volverse inmanejables.”

5.4.5. Nuevas modificaciones al RSPC-MS (2023-2025)

En este marco, y frente al cambio de gobierno acaecido en diciembre de 2023, resulta particularmente pertinente revisitar el régimen a la luz de las modificaciones normativas e institucionales recientes, por cuanto en el intersticio de las inconsistencias documentadas a lo largo del presente trabajo se consolidó una necesidad concreta de corrección allí donde el dispositivo mostró desvíos sistemáticos respecto de sus objetivos declarados. En efecto, los hallazgos expuestos sugieren que las tensiones identificadas —tanto en la arquitectura de diseño como en la sostenibilidad financiera y en el acceso efectivo a prestaciones— no pueden ser interpretadas como meras fallas contingentes de implementación, sino como manifestaciones de un funcionamiento estructuralmente desalineado, cuya acumulación en el tiempo fue erosionando la capacidad del régimen para traducir derechos formales en garantías efectivas. En este sentido, los cambios introducidos en el período reciente deben comprenderse no solo como una reorientación político-administrativa del régimen, sino también como una respuesta —explícita o implícita— a un conjunto de inconsistencias cuya persistencia tornó ineludible algún tipo de intervención correctiva, ya sea mediante ajustes operativos, reformas de mayor calado o redefiniciones institucionales del vínculo entre inclusión social y protección sanitaria.

En base a lo expuesto, y a la luz de los hallazgos desarrollados a lo largo del presente trabajo, resulta pertinente señalar que, a la fecha de cierre de esta investigación (diciembre de 2025), se han introducido numerosos cambios relevantes en la dinámica institucional y operativa del RSPC-MS. Dichas modificaciones se inscriben en un proceso más amplio de reconfiguración de las políticas sociales y tributarias, que naturalmente afectan de manera directa distintos componentes del régimen analizado pero que escapan a los límites trazados para el presente Trabajo Final de Maestría.

En términos normativos, los cambios fueron introducidos principalmente a través de la Resolución 603/24 del Ministerio de Capital Humano, que establece modificaciones sustantivas a la Resolución 157/20 del entonces Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, reguladora del procedimiento de inscripción, permanencia y control del monotributo social. Asimismo, el Decreto 955/24 introduce alteraciones al Decreto 1/10, redefiniendo aspectos centrales del encuadre institucional y del alcance del régimen, mientras que el Decreto 170/24 modifica disposiciones del Decreto 504/98, norma estructural del SNSS, con implicancias indirectas pero relevantes sobre el vínculo entre el RSPC-MS y el subsistema de obras sociales (Figura 4).

De manera complementaria, el Decreto 70/23 incorpora una modificación puntual que, si bien no se encuentra orientada exclusivamente al monotributo social, impacta sobre el marco general en el cual se inscribe su funcionamiento, particularmente en

lo referido a la organización institucional del sistema de protección social y a los criterios de intervención estatal.

Figura 4. Principales modificaciones normativas del RSPC-MS (2023–2025)

- Decreto 70/23 - Ampliación de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y creación del Registro de Agentes del Seguro de Salud para la Cobertura Médico Asistencial de Pequeños Contribuyentes Adheridos al RSPC.
- Resolución 603/24 MCH - Modificación en condiciones de baja, eliminación parcial de Monotributo de Costo Cero y reempadronamiento de beneficiarios.
- Decreto 955/24 y Decreto 170/24 - Modificación en términos de permanencia y opción de cambio en Agente del Seguro de Salud y opción de cambio.

Fuente: elaboración propia.

Las modificaciones introducidas a partir de fines de 2023 y durante el año 2024 implicaron una reconfiguración central de las condiciones de acceso, permanencia y cobertura del RSPC-MS, alterando de forma ostensible su lógica de funcionamiento original. En primer lugar, la Resolución 603/24 del Ministerio de Capital Humano, que modifica disposiciones centrales de la Resolución 157/20 del entonces Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, endureció de manera explícita las condiciones de permanencia en el régimen. Entre los cambios más relevantes se establece, por primera vez, la obligación de emitir un mínimo de seis comprobantes semestrales desde el alta temprana, como condición para sostener la inscripción, salvo en aquellos supuestos expresamente exentos por disposiciones legales. Asimismo, se acorta el umbral temporal de incumplimiento de pago como causal de baja: mientras que el régimen previo contemplaba la falta de pago por tres meses consecutivos o alternados dentro de un año calendario, la nueva normativa dispone la baja automática ante la falta de pago durante tres meses —consecutivos o alternados— dentro de un mismo semestre. A ello se suma una causal adicional de exclusión no prevista anteriormente, vinculada a la situación de los adherentes: cuando estos ya cuenten con cobertura de obra social o medicina prepaga, el titular pierde la condición de monotributista social, reforzando una lógica de focalización más restrictiva del beneficio (Resolución 603/24 MCH).

En estrecha relación con lo anterior, la misma resolución elimina dos de los tres regímenes que integraban el monotributo social de costo cero. En particular, los titulares de los programas Acompañamiento Social, Volver al Trabajo²⁵ y Promoción del Microcrédito para el Desarrollo de la Economía Social que deseen continuar inscriptos en el RSPC-MS deben asumir el pago del 50% del componente destinado al seguro de salud, tanto para sí como para cada uno de los adherentes

²⁵ Ambos programas bajo la órbita del Ministerio de Capital Humano y con pagos a través de ANSES, son iniciativas para la reinserción laboral de beneficiarios transferidos del anterior Programa Potenciar Trabajo. Volver al Trabajo está dirigido a personas entre 18 y 49 años y les brinda apoyo económico y capacitaciones para mejorar su empleabilidad, mientras que el Acompañamiento Social asiste a beneficiarios mayores de 50 años o a madres de cuatro o más hijos.

incorporados. De este modo, se revierte el esquema previo de financiamiento pleno por parte del Estado Nacional del componente sanitario para estos beneficiarios, introduciendo una mayor exigencia contributiva directa. Complementariamente, la normativa establece un proceso de reempadronamiento obligatorio para los beneficiarios de dichos programas sociales, quienes deben manifestar mediante declaración jurada —a través de la ventanilla única de ANSES— su voluntad de continuar o no en el régimen y aceptar las nuevas condiciones de aporte vigentes (Resolución 603/24 MCH).

En paralelo, se introdujeron modificaciones de alcance estructural en la definición de los agentes habilitados para brindar cobertura de salud a los pequeños contribuyentes. El Decreto 70/23 amplía el artículo 1º de la Ley 23.660, incorporando como agentes del SNSS no solo a las obras sociales, sino también a empresas de medicina prepaga, cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto sea la provisión de prestaciones de salud mediante sistemas pagos de adhesión voluntaria (agentes comprendidos en la Ley 26.682). En consonancia con esta ampliación, el Decreto 955/24 crea el Registro de Agentes del Seguro de Salud para la Cobertura Médico Asistencial de Pequeños Contribuyentes Adheridos al RSPC, en el cual pueden inscribirse aquellas entidades del SNSS que acepten incorporar beneficiarios del régimen, con la posibilidad de definir categorías, condiciones de admisión, esquemas de cobertura y modalidades de financiamiento conforme a la normativa vigente.²⁶ Este cambio introduce una ruptura relevante respecto del esquema previo, en el cual la cobertura se encontraba circunscripta exclusivamente al subsistema de obras sociales nacionales.²⁷

²⁶ A la fecha de elaboración del presente trabajo (diciembre de 2025), la nómina de agentes inscriptos habilitados para este mecanismo se encontraba integrada por un total de 40 entidades, a saber: Obra Social de la Asociación Civil Prosindicato de Amas de Casa de la República Argentina; Obra Social Profesionales del Turf de la República Argentina; Obra Social de los Trabajadores de la Carne y Afines de la República Argentina; Obra Social Asociación Mutual de los Obreros Católicos Padre Federico Grote; Obra Social de Conductores Titulares de Taxis de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Obra Social Programas Médicos Sociedad Argentina de Consultoría Mutual; Obra Social de la Prevención y la Salud; Obra Social del Personal de Barracas de Lanás, Cueros y Anexos; Obra Social de Operadores Cinematográficos; Obra Social de Colocadores de Azulejos, Mosaicos, Graniteros y Porcelaneros; Obra Social del Personal de Distribuidoras Cinematográficas de la República Argentina; Obra Social para el Personal de la Industria Forestal de Santiago del Estero; Obra Social de Maquinistas de Teatro y Televisión; Obra Social de Músicos; Obra Social de Comisarios Navales; Obra Social de Trabajadores de Prensa de Buenos Aires; Obra Social del Personal de Prensa de Mar del Plata; Obra Social de Empleados de Prensa de Córdoba; Obra Social de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina; Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina (ANDAR); Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio; Obra Social de Trabajadores de Perkins Argentina S.A.I.C.; Obra Social de Peones de Taxis de la Capital Federal; Obra Social de Vendedores Ambulantes de la República Argentina; Obra Social de Conductores de Remises y Autos al Instante y Afines; Obra Social de Obreros y Empleados Tintoreros, Sombrereros y Lavaderos de la República Argentina; Obra Social de Farmacéuticos y Bioquímicos; Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Cervecera y Maltera; Obra Social del Personal Directivo de la Industria de la Construcción; Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Metalúrgica y demás Actividades Empresarias; Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas; Obra Social Mutualidad Industrial Textil Argentina; Obra Social Asociación de Servicios Sociales para Empresarios y Personal de Dirección de Empresas del Comercio, Servicios, Producción, Industria y Civil (ASSPE); Obra Social de Dirección (OSDO); Obra Social de Dirección de la Actividad Aerocomercial Privada; Mutual Médica Concordia; Asociación Mutual de Participantes de Economía Solidaria; MET-Córdoba S.A.; Asociación Mutual del Control Integral; y Administración Recursos para Salud S.A.

²⁷ Como se mencionó oportunamente, el Monotributista Social podía eventualmente acceder a cobertura de salud a través de alguna de las entidades comprendidas en la Ley 26.682, siempre que estas contaran con un convenio de prestación de servicios con la obra social seleccionada por el beneficiario. Este mecanismo era conocido como triangulación de aportes. A través de la modificación señalada, comenzó a ejercer esa opción directamente, sin intermediación.

Asimismo, se modificaron las reglas de permanencia en el agente del seguro y de ejercicio de la opción de cambio. El Decreto 955/24 establece un plazo mínimo de doce meses de permanencia en la obra social elegida antes de poder ejercer nuevamente el derecho de opción, computado desde la fecha en que dicha opción se hace efectiva. No obstante, el Decreto 170/24 introduce una excepción relevante a este principio, al habilitar a los beneficiarios que opten por una Entidad de Medicina Prepaga inscripta conforme a las Leyes 26.682 y 23.660 a ejercer la libre elección sin necesidad de cumplir el plazo mínimo de permanencia. Este esquema reemplaza el régimen anterior, que permitía el cambio anual de obra social con vigencia diferida y aplicaba criterios homogéneos tanto para obras sociales como para prepagas.

Finalmente, el Decreto 955/24 redefine el alcance temporal y operativo de la cobertura sanitaria, introduciendo el principio de cobertura progresiva. En este nuevo esquema, la cobertura del PMO se computa desde el momento de incorporación efectiva de cada integrante —titular o adherente— al régimen, abandonando la presunción de cobertura automática para todo el grupo familiar desde el alta del titular. Asimismo, a partir de los seis meses de afiliación, se sustituye el esquema de financiamiento y reintegros de la ex Administración de Programas Especiales (APE) por el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE), bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud, creado por la Resolución 731/23, ampliando y actualizando las prestaciones financiadas tanto a través del mecanismo de Integración como del Fondo Solidario de Redistribución.

6. Conclusiones

El presente Trabajo Final de Maestría se propuso analizar el RSPC-MS y su articulación con el SNSS en la Argentina durante el período 2004–2023, con el objetivo de comprender sus alcances, limitaciones y efectos no deseados en términos de inclusión social, sostenibilidad financiera y garantía efectiva del derecho a la salud. En el contexto de la reciente retracción del régimen —estimada en alrededor del 60% del padrón total—, los hallazgos del estudio adquieren especial relevancia: aun con sus limitaciones, el RSPC-MS operaba como un mecanismo de inclusión, y su contracción dejó a un sector apreciable de la población por fuera de dicha protección, sin que el subsector público contara, necesariamente, con la capacidad material para absorber adecuadamente ese aumento de la demanda.

A lo largo del trabajo se reconstruyó el marco normativo, se caracterizó a la población beneficiaria, se examinó la evolución económica y fiscal del régimen y se identificaron, de manera sistemática, las principales tensiones que emergen de su implementación concreta. Los resultados permiten afirmar que la creación del RSPC-MS constituyó un eslabón sustantivo dentro de las estrategias estatales orientadas a incorporar civilmente —en un sentido amplio que incluye tanto derechos como obligaciones— a un segmento particularmente vulnerable de la sociedad argentina. Su emergencia debe ser comprendida en el contexto histórico posterior a la crisis de 2001–2002, caracterizado por elevados niveles de informalidad laboral, desempleo y exclusión de amplios sectores del mercado de trabajo formal. En ese marco, el régimen operó como un dispositivo institucional que buscó tender un

punto de conexión entre dinámicas productivas de baja escala y el entramado normativo del Estado, reconociendo que una porción considerable de la informalidad no respondía exclusivamente a conductas evasivas, sino a restricciones estructurales de acceso al régimen general.

Desde esta perspectiva, el RSPC-MS representó un avance decisivo en el proceso de dignificación de una porción relevante de la población argentina. Tal como se desarrolló en el cuerpo del trabajo, los beneficios asociados a la incorporación al régimen configuraron un conjunto de derechos orientados a favorecer la inclusión económica y la formalización de actividades productivas desarrolladas por personas en situación de vulnerabilidad. Entre ellos se destacan la exención total del componente impositivo y previsional (con el consecuente acceso a la cobertura previsional), la reducción —y en algunos casos el subsidio pleno— del aporte al sistema de salud y la posibilidad de emitir comprobantes fiscales, así como la habilitación para actuar como proveedor del Estado bajo modalidades de compra directa. En conjunto, estos instrumentos ampliaron de manera concreta el umbral de ciudadanía social de los beneficiarios, fortaleciendo su reconocimiento institucional y su capacidad de interacción con mercados formales y con el propio Estado.

No obstante, los hallazgos del trabajo muestran con igual claridad que dicha ampliación de derechos operó de manera desigual y fragmentaria, especialmente en lo relativo a la inclusión efectiva en el SNSS. Esta dualidad constituye uno de los rasgos más paradigmáticos del régimen: mientras que la afiliación formal al SNSS se encontraba ampliamente extendida en términos administrativos, su traducción en acceso efectivo a cuidados de salud resultaba limitada, irregular y estratificada.

En este sentido, los capítulos dedicados a la caracterización de los beneficiarios, a la evolución económica y fiscal del régimen y, de manera central, al análisis de las limitaciones del RSPC-MS en su vínculo con el SNSS, permiten sostener que el régimen fue particularmente ilustrativo de las externalidades negativas asociadas a ciertos dispositivos de inclusión contributiva abordados por la teoría tributaria.

En primer lugar, se evidenciaron limitaciones ligadas al diseño institucional, entre las que destaca el desacople estructural entre la lógica tributaria y la garantía sanitaria efectiva. El régimen asumió implícitamente que la afiliación formal a una obra social conduciría automáticamente al acceso a prestaciones, sin prever mecanismos robustos de fiscalización ex ante ni instancias sistemáticas de monitoreo del uso real de los servicios. Este vacío desplazó el centro de gravedad del control hacia el reclamo individual, profundizando las asimetrías de agencia en una población con bajos niveles de capital burocrático y limitadas capacidades para hacer valer sus derechos. A ello se sumó la indeterminación normativa en los criterios de habilitación de obras sociales y en los mecanismos de asignación de oficio, que priorizaron lógicas administrativas y de proporcionalidad histórica por sobre evaluaciones financieras y prestacionales. La ausencia de parámetros explícitos vinculados a la capacidad real de absorción de riesgo sanitario debilitó la racionalidad técnica del esquema y redujo las posibilidades de garantizar una cobertura adecuada para una población con mayores necesidades sanitarias y mayores barreras de acceso. Con todo, y a partir de las experiencias examinadas en este trabajo, resulta plausible plantear como hipótesis que una obra social integrada mayoritariamente por

monotributistas sociales —o incluso diseñada específicamente para su cobertura— podría ofrecer una respuesta más ajustada a las particularidades de este colectivo que aquellas en las que su peso relativo se encuentra diluido entre afiliados con perfiles diversos (siempre que se atienda previamente a las particularidades ya señaladas, en especial aquellas vinculadas con las inconsistencias financieras y las limitaciones estructurales del esquema). Asimismo, las modalidades de costo cero introdujeron asimetrías adicionales en los mecanismos de control, al eliminar la discontinuidad de pago como señal operativa de inactividad e incumplimiento, sin que se desarrollaran dispositivos sustitutivos de verificación periódica de la elegibilidad.

En paralelo, el análisis de la sostenibilidad financiera puso de manifiesto un desajuste estructural y persistente entre el aporte per cápita transferido al SNSS y el costo per cápita del Programa Médico Obligatorio. Este desfinanciamiento relativo, profundizado a lo largo del período analizado, se combinó con una doble concentración de beneficiarios del RSPC-MS en el subsistema de obras sociales. Por un lado, una concentración por activación, en la medida en que aproximadamente el 75% de los monotributistas sociales con cobertura activada se concentró en sólo 16 obras sociales. Por otro, una concentración por composición del padrón, dado que 12 de las 16 obras sociales que registran beneficiarios del régimen exhiben una relación superior al 15% entre monotributistas sociales y beneficiarios totales —y que, como fuera señalado, la mayoría de ellas presenta una baja cantidad de afiliados: 8 con menos de 50.000 y 11 con menos de 80.000—. Esta configuración reviste particular relevancia desde la perspectiva de la gestión del riesgo sanitario: en entidades de reducido tamaño con alta proporción de beneficiarios del RSPC-MS, la capacidad de diluir el riesgo a través de una masa poblacional amplia y heterogénea se ve estructuralmente limitada, lo que torna a estas obras sociales especialmente vulnerables ante eventos de alta siniestralidad y refuerza los incentivos a la selección adversa o a la restricción implícita de prestaciones. Además, el problema de la “cuota fija simbólica”, particularmente agudo en el caso del monotributo social, contribuyó a consolidar un esquema en el cual la cobertura sanitaria se encuentra formalmente garantizada, pero materialmente subfinanciada.

Finalmente, estas limitaciones estructurales se tradujeron en restricciones concretas de acceso. Las prácticas de dilación, los obstáculos administrativos, las exigencias informales y la priorización implícita de otros segmentos de afiliados emergieron como respuestas adaptativas de los agentes del seguro frente a un entorno institucional que no alineó adecuadamente obligaciones prestacionales con recursos disponibles. Para los monotributistas sociales —caracterizados por trayectorias laborales inestables y altos niveles de vulnerabilidad— estas barreras adquirieron un impacto diferencialmente regresivo, reforzando la dependencia del subsector público como proveedor de última instancia y reproduciendo un patrón de cobertura nominal de baja intensidad.

Por todo lo anterior, el RSPC-MS se revela como un instrumento ambivalente: al mismo tiempo que constituyó una innovación institucional relevante en la ampliación de derechos y en el reconocimiento de formas de trabajo históricamente excluidas en Argentina, exhibió limitaciones estructurales que restringieron su capacidad para

garantizar de manera efectiva el derecho a la salud en el marco del SNSS. Esta tensión entre equidad e inclusión, por un lado, y sostenibilidad financiera y acceso real, por otro, atraviesa de manera transversal los hallazgos del Trabajo Final de Maestría.

En este marco, la principal contribución del presente trabajo consiste en haber ilustrado que las dificultades observadas no deben ser interpretadas como fallas contingentes o meramente operativas en la implementación del régimen, sino como la expresión de un problema de diseño más profundo, vinculado con la forma en que se articuló la inclusión de una población vulnerable a un esquema de aseguramiento en salud construido sobre supuestos institucionales, financieros y prestacionales que no se corresponden plenamente con sus condiciones materiales de vida ni con sus patrones efectivos de utilización de servicios. En otros términos, el caso analizado permite advertir que la expansión formal de cobertura, cuando no se acompaña de arreglos institucionales consistentes con la capacidad real de provisión, fiscalización y financiamiento, puede derivar en configuraciones de ciudadanía social de baja intensidad, donde el derecho se reconoce normativamente pero su ejercicio efectivo permanece condicionado, segmentado o incompleto.

Desde esa perspectiva, el estudio del RSPC-MS excede el interés específico de un régimen particular y ofrece elementos de mayor alcance para la comprensión de los dilemas contemporáneos de la protección social en Argentina. En particular, pone de relieve las tensiones que emergen cuando se intenta canalizar objetivos de inclusión social, formalización productiva y cobertura sanitaria a través de instrumentos híbridos, en los que convergen lógicas tributarias, previsionales y asistenciales sin una arquitectura institucional suficientemente integrada. La experiencia examinada sugiere que, en contextos de elevada heterogeneidad ocupacional, informalidad persistente y fuerte segmentación del sistema de salud, los dispositivos de incorporación contributiva simplificada encuentran límites estructurales que no pueden resolverse exclusivamente mediante ajustes paramétricos o correcciones marginales, sino que requieren revisar de manera más integral los supuestos que organizan la relación entre financiamiento, elegibilidad, cobertura y provisión efectiva de servicios.

Al mismo tiempo, este Trabajo Final de Maestría presenta límites que conviene explicitar. En primer lugar, el análisis se concentró en el período 2004–2023 y, por lo tanto, no incorpora los efectos de eventuales modificaciones normativas, administrativas o fiscales posteriores, aunque sí sistematiza brevemente los cambios recientes ocurridos entre la finalización del período de análisis y el cierre del presente estudio, hacia fines de 2025. No obstante exceder el período de análisis seleccionado, en virtud de dichas modificaciones resulta pertinente señalar que, en el tramo reciente, se ha optado de manera predominante por la segunda de las líneas argumentales identificadas en el estado del arte del debate sobre el régimen —y, en particular, por su grado de intervención más profundo—, orientado a reducir el costo fiscal del esquema mediante la eliminación del subsidio estatal y la contracción del stock de beneficiarios. Como resultado directo de estas decisiones, el universo de beneficiarios del régimen se redujo de manera significativa, con una contracción estimada cercana al 60% del padrón total. En particular, la virtual eliminación del monotributo social de costo cero —modalidad que concentraba una

proporción sustantiva de los beneficiarios— implicó una disminución abrupta del gasto fiscal asociado al componente sanitario del régimen. En este sentido, la reducción del alcance del RSPC-MS operó como un mecanismo de ajuste fiscal inmediato, aunque con implicancias relevantes en términos de cobertura sanitaria y articulación con el subsector público de salud. En conjunto, este entramado normativo pone de manifiesto una revisión integral del régimen, cuyos alcances y efectos concretos deberán ser analizados en estudios futuros, pero que pueden interpretarse, al menos en parte, como una respuesta a las inconsistencias estructurales y a los desvíos funcionales identificados en el Trabajo Final de Maestría. Sin embargo, la evidencia desarrollada a lo largo del presente trabajo refuerza la necesidad de evaluar exhaustivamente sus consecuencias, dado que sus efectos más probables incluyen un traslado de la demanda efectiva hacia el subsector público sin un refuerzo presupuestario equivalente, profundizando la segmentación y tensionando capacidades ya sobreexigidas. En contextos donde la cobertura del RSPC-MS ya operaba, de hecho, como cobertura nominal de baja intensidad, la retracción puede reducir la cobertura formal sin resolver las barreras estructurales de acceso, agravando inequidades y consolidando una estrategia de "desresponsabilización" sanitaria que no elimina costos, sino que los redistribuye territorialmente y hacia niveles asistenciales menos financiados.

En segundo término, si bien se recurrió a un abordaje amplio y a diversas fuentes para reconstruir la dinámica del régimen, subsisten restricciones de información que dificultan captar con total precisión la experiencia cotidiana de acceso de los beneficiarios y la magnitud exacta de ciertas prácticas institucionales de exclusión o dilación. Finalmente, el trabajo privilegió una aproximación centrada en el diseño institucional, la sostenibilidad financiera y las tensiones sistémicas, por lo que quedan abiertas posibilidades de profundización mediante estudios de corte territorial, comparaciones interjurisdiccionales o investigaciones cualitativas orientadas a reconstruir trayectorias concretas de atención. Precisamente por ello, una agenda futura de investigación podría avanzar en al menos tres direcciones complementarias: el estudio de los itinerarios efectivos de cuidado de los monotributistas sociales y sus hogares; el análisis comparado del desempeño de las distintas obras sociales y jurisdicciones frente a esta población; y la evaluación de alternativas de reforma que permitan reorganizar la protección sanitaria en función de criterios de suficiencia financiera, equidad territorial y acceso efectivo. Profundizar en estas líneas no sólo contribuiría a una mejor comprensión del régimen, sino también a la elaboración de políticas públicas más consistentes con la estructura real del sistema de salud argentino y con las condiciones de vulnerabilidad de sus destinatarios.

En definitiva, la trayectoria del RSPC-MS muestra tanto la potencia como los límites de las estrategias estatales de inclusión basadas en la extensión de formatos contributivos simplificados a poblaciones estructuralmente frágiles. Su valor histórico y político no debería ser subestimado: el régimen amplió derechos, reconoció actividades productivas invisibilizadas y ofreció una vía de incorporación institucional a sectores largamente relegados. Pero precisamente porque esa ampliación fue significativa, también resulta necesario evaluar con rigor sus insuficiencias. La evidencia reunida en este trabajo indica que no alcanza con inscribir formalmente a

los sujetos en un dispositivo de cobertura para garantizar, por esa sola vía, el acceso a la protección sanitaria. Allí radica, probablemente, la enseñanza más relevante del caso: que en materia de política social, y en especial en salud, la inclusión efectiva no depende únicamente de la expansión normativa de derechos, sino de la construcción de arreglos institucionales capaces de volverlos materialmente exigibles, financieramente sostenibles y territorialmente realizables.

7. Bibliografía

Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) (2025a). Montos y categorías anteriores - Monotributo. AFIP. Recuperado [1/8/2025], de <https://www.afip.gob.ar/monotributo/montos-y-categorias-anteriores.asp>

Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA) (2025b). Respuesta a solicitud de acceso a la información pública.

Arias, R., y Pon, C. (2023). Un sistema tributario para la economía popular (Documento de trabajo N.º 5). Centro de Asuntos Fiscales.

Ascurra, Y. y Canuso, R. (2020). Monotributo: análisis del régimen y su evolución. Biblioteca Digital de la Universidad Nacional de Cuyo. https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15661/monotributo.anlisis.pdf

Bertranou, F., y Casanova, L. (2014). Informalidad laboral en Argentina: Segmentos críticos y políticas para la formalización Buenos Aires, Oficina de País de la OIT para Argentina.

Bodenheimer T. (2005). High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation. *Ann Intern Med.* 2005 May 17;142(10):847-54. doi: 10.7326/0003-4819-142-10-200505170-00010. PMID: 15897535.

Bruno, D. P. (2020). Los/as trabajadores/as de la economía popular y sus estrategias colectivas de acceso a la salud. El caso de la CTEP en Argentina. *Trabajo y Sociedad*, (35), 645–673.

Castelao Caruana, M. E. (2016). La formalización de los trabajadores por cuenta propia en Argentina: análisis del programa Monotributo Social y de los factores que condicionan su alcance. *Equidad & Desarrollo*, (26), 13-38. doi: <http://dx.doi.org/10.19052/ed.3636>

Calero, A. (2012). Políticas para la formalización de los trabajadores por cuenta propia: el caso del Monotributo Social. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Nota Técnica, (63). https://www.academia.edu/20059008/Pol%C3%ADticas_para_la_formalizaci%C3%B3n_de_los_trabajadores_por_cuenta_propia_el_caso_del_Monotributo_Social

CEDLAS y Banco Mundial (2025). SEDLAC – Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean [base de datos]. Centro de Estudios Distributivos,

Laborales y Sociales (CEDLAS), Universidad Nacional de La Plata.
<https://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/estadisticas/sedlac/>

Cetrángolo, O., Goldschmit, A., Gómez Sabaíni, J.C, y Morán, D. (2013). Desempeño del Monotributo en la formalización del empleo y la ampliación de la protección social. Desempeño del Monotributo en la formalización del empleo y la ampliación de la protección social. 1a. ed. Buenos Aires : Oficina de País de la OIT para la Argentina.

Crosta, F. L., Navaridas, R., Robla Vilá, L. (2019). Gasto público en salud: Envejecimiento, tecnología, crecimiento y no observables.

Dirección Provincial de Estadística y Censos de San Luis (2025). Índice de precios al consumidor – San Luis. Gobierno de la Provincia de San Luis.
<https://estadistica.sanluis.gov.ar/indice-de-precios-al-consumidor-san-luis/>

Escalante Albertali, L., Pavese, J. I., & Rodríguez, A. C. (2018). Sin salud popular, no hay justicia social: La experiencia de la Asociación Mutual Senderos [Relato de experiencia, trabajo inédito]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Favata, F., Montes-Rojas, G., & Zack, G. (2023). Una evaluación estática y dinámica del desempleo en Argentina (2003-2019). Estudios económicos, 40(80), pp. 77-104,
<https://doi.org/10.52292/j.estudecon.2023.3012>

Fogel, R. W. (2008). Forecasting the cost of U.S. health care in 2040. NBER working paper series. Working Paper 14.361.
https://www.nber.org/system/files/working_papers/w14361/w14361.pdf

Fundación Poliedro (2024). Federalismo y salud en Argentina: desafíos de un sistema descentralizado. Dirección de Salud y Seguridad Social.

Fundación Poliedro (2025). Análisis del Programa Médico Obligatorio. Dirección de Salud y Seguridad Social.

Fundar - Argendata (2025a). Informalidad en América Latina. Recuperado el 31 de julio de 2025, de <https://argendata.fund.ar/graficos/informalidad-en-america-latina/>

Fundar - Argendata (2025b). Informalidad por provincia. Recuperado el 25 de enero de 2026, de <https://argendata.fund.ar/graficos/informalidad-por-provincia/>

Gasparini, L., y Tornarolli, L. (2009). Labor informality in Latin America and the Caribbean: Patterns and trends from household survey microdata. Desarrollo y sociedad, (63), 13-80.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-35842009000100002&script=sci_artt_ext

Giedion, Bitrán, Tristao editores. (2014). Planes de beneficios en salud en América latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.

González, D. (2024). Regímenes especiales de tributación para contribuyentes de menor capacidad contributiva: Teoría y estrategias de política y administración tributaria en América Latina. Centro Interamericano de Administraciones Tributarias (CIAT). ISBN 978-9962-722-58-8. <https://www.ciat.org>

Grabois, J. (2016). La Personería Social. Perspectivas en torno al nuevo régimen de agremiación para los trabajadores de la economía popular.

Haddad, V. y Stein, N. (2013). La institucionalización de la economía social en Argentina. 4° Conferencia Internacional de Investigación en Economía Social del CIRIEC. Antwerp University, Amberes.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2023). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2025). Diseño conceptual y metodológico para la medición de la informalidad laboral con datos de la EPH. (Metodología INDEC N° 43). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/metodologia_informalidad_laboral.pdf

Cobertura de Salud de los Beneficiarios del Programa de “Ingreso Social con Trabajo”

Maceira, D., Monsalvo, M., Palacios, A. y Beltrame, S. (2017). Cobertura de Salud de los Beneficiarios del Programa de “Ingreso Social con Trabajo”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Marino A. y Lorenzoni L. (2019). The impact of technological advancements on health spending - a literature review. OECD Health Working Paper No. 113.

Ministerio de Capital Humano de la Nación (2025). Informe Monotributistas Sociales 2025 [Manuscrito no publicado].

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2023). Informe Monotributistas Sociales 2023 [Manuscrito no publicado].

Ministerio de Economía de la Nación (2025). Gastos por finalidad y función – Administración Pública No Financiera (APNF). Ejecución presupuestaria provisoria. Consolidado de las 24 jurisdicciones: finalidad salud.

Ministerio de Salud de la Nación (2022). Coberturas de Salud en Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2023a). Análisis del Programa Médico Obligatorio (PMO): Hacia la consagración del derecho a la salud.

Ministerio de Salud de la Nación (2023b). Manual de Implementación del Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud - Plan de Beneficios (PAISS - PB). Hoja de ruta para la creación de un plan de beneficios en salud en Argentina.

Organización Internacional del Trabajo (2025). Panorama laboral 2025: América Latina y el Caribe. <https://doi.org/10.54394/SCJS5838>

Schwab, K. (2016) The Fourth Industrial Revolution. World Economic Forum.

Torres, A. (2018). El Monotributo Social como mecanismo de impulso a la economía social y solidaria en Argentina. CIRIEC-España. Revista Jurídica N° 33.

Van der Kooy, E., Torres, R., Pezzella, H., Carril, A., Roldán, R. R., Striglio, N., y Jorgensen, N., (2010-2023). Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO). IPEGSA, Prosanity consulting y Universidad del Salvador.

Vuotto, M. (2011). El cooperativismo de trabajo en la Argentina: contribuciones para el diálogo social. OIT/Programa Regional para la Promoción del Diálogo y la Cohesión Social en América Latina, Lima.