

IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

# Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud.

Susan López.

Cita:

Susan López (2011). *Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/280>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## **Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud.**

**Autora:** Lic. Susan López (\*)

**Referencia Institucional:** Cátedra de Medicina Social. Área de Salud y Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social - UNLP.

**e-mail:** [gsusanlopez@hotmail.com](mailto:gsusanlopez@hotmail.com)

### **Resumen**

Con el objetivo de profundizar sobre los mecanismos de subsidiaridad encubierta que se presentan en el sistema de salud argentino, en este trabajo se realizan algunos avances de la investigación sobre “Los subsidios encubiertos del Estado y de la Seguridad Social al sistema privado de salud”.

Aunque en el área de la salud existen varias formas de subsidios estatales hacia la seguridad social y el sistema privado, y desde la seguridad social al sistema privado, los mismos han cobrado características y modalidades diferentes, según el posicionamiento de los diferentes actores sociales en cada momento histórico social. Este trabajo toma como referencia histórica las reformas de los años 90, haciendo principal hincapié en la desregulación de obras sociales y la libre elección de obras sociales por parte de los beneficiarios del subsector.

Se analizan las formas en que la medicina privada encuentra, a partir del decreto 446/2000, un espacio para captar afiliados de obras sociales y convertirlos en socios prepagos absorbiendo el aporte de trabajador con la anuencia de los sindicatos.

De este modo el trabajador por el mismo o un pequeño aporte más, puede acceder al sistema privado de salud, un prepago. La obra social traslada riesgo a terceros y la medicina prepaga puede apropiarse, mediante la triangulación con alguna obra social, de los beneficiosos reintegros de la Administración de Programas Especiales (APE).

**Palabras Claves:** Reforma / Sistema de salud / Subsidio encubierto / Seguridad Social / Sistema privado

### **INTRODUCCIÓN**

En este trabajo, que forma parte de la investigación sobre “Los subsidios encubiertos del Estado y de la Seguridad Social al sistema privado de salud”, se pretende profundizar acerca de los mecanismos que permitieron introducir lógicas de mercado en el sistema de la seguridad social que beneficiaron al sistema privado de salud, particularmente la posibilidad de acceder y apropiarse de los recursos provenientes de los aportes de los trabajadores a partir de la Administración de Programa Especiales (APE).

### **EL ESTADO Y LOS SUBSIDIOS PARA SALUD A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX**

---

□ Socióloga. Docente de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social. UNLP.

Al indagar sobre los orígenes de los subsidios, encontramos una referencia directa a una acción del Estado para alcanzar ciertas metas sociales. Y esto también se presenta en el área de salud. Históricamente el Estado ha financiado y subvencionado establecimientos o instituciones de beneficencia del área social.

A principios del siglo XX, y con la creación de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, el Estado Argentino subsidió cerca de mil instituciones de beneficencia que tenían a su cargo servicios de atención médica y asistencia social<sup>1</sup>. Por ejemplo, para el caso de la tuberculosis Carbonetti nos ilustra que es, “a partir de la década del veinte, con la puesta en funcionamiento de los sanatorios para tuberculosos en la ciudad de Córdoba, el gobierno Nacional comenzó a destinar subsidios a estas instituciones, en algunos casos estos tenían una finalidad determinada como la construcción de pabellones o la ampliación del número de camas, en otras oportunidades era un subsidio anual sin un fin determinado”<sup>2</sup>.

Para aquella época la Sociedad de Beneficencia ocupó un lugar central, tanto por su peso político como social acompañando el paradigma filantrópico y caritativo del decimonónico. Cabe destacar que, la importancia de los subsidios ha sido motivo de confrontación con sectores más críticos de la sociedad que denunciaban como la elite se mostraba caritativa con recursos del Estado. En 1910, la Sociedad cubría con recursos propios no más del 19% del total del presupuesto y en 1935 apenas el 10%<sup>3</sup>.

Fue hacia mediados de la década del 40 cuando, La Sociedad fue absorbida por la Fundación Eva Perón y con el slogan “**Ayuda social sí, limosna no**”, se socavaron los principios de dadiva que impulsaba aquella.

La transferencia de recursos del sector estatal al privado, no es nueva y las características de los mismos, tanto el de la caridad como el de ayuda social, tuvieron como objetivo contribuir a mejorar, la accesibilidad a determinados servicios sociales, como salud, educación, vivienda, trabajo de la población.

En términos generales la política de subsidios ha tenido su origen en la intención de los Estados de alcanzar metas sociales, ya sea con subsidios directos transfiriendo recursos a los sectores más necesitados o con subsidios indirectos con por ejemplo la eliminación o rebajas de impuestos, acceso a créditos con tasas preferenciales.

Estas formas de subsidios, no entrañan en si mismo ninguna novedad, ya que en la mayoría de los casos subyace el principio de que aquello subsidiado contribuye al bien común y no a intereses particulares y de lucro.

Sin embargo, para los defensores del mercado, los subsidios son mecanismos artificiales para modificar la asignación de recurso, y por lo tanto son vistos como perjudiciales porque la misma la debe hacer el mercado. Es en este sentido, que cobra importancia conocer bajo qué principios ideológicos y económico políticos se llevaron adelante las políticas sociales y particularmente las de salud.

Hacia final del siglo XX y bajo la égida del neoliberalismo la subsidiaridad también cambia su forma. El Estado comienza lentamente a retirarse de políticas

redistributivas con mecanismo de financiación por subsidio para financiar encubiertamente y con lógica de mercado intereses privados. Por ejemplo, la explotación con fines de lucro en algunos servicios de hospitales públicos con la incorporación, por parte de personas o empresas, de tecnología de punta a cambio de un número limitado de prestaciones gratis. De este modo el capital privado con intereses lucrativos usufructúa de recursos públicos, realiza su negocio e introduce relaciones entre lo público-privado donde el principio de gratuidad comienza a erosionarse.

## **POLÍTICA DE SALUD, REFORMA Y SEGURIDAD SOCIAL HACIA FINES DEL SIGLO XX**

El neoliberalismo, que se fue imponiendo desde los años 80, propuso a la teoría de mercado como la fórmula de éxito social y al Estado como un actor más en la relación mercantil contractual. Y de ese modo, las relaciones sociales fueron enmarcándose por el respeto de la propiedad privada y la iniciativa individual, bajo la pretensión de lograr un mecanismo económico de saneamiento que fuera funcional a la reproducción del capital.

Las modificaciones llevadas a cabo, significaron una reestructuración del conjunto de las relaciones económico financieras con el exterior y una redefinición de las alianzas entre el Estado y la sociedad.

La Argentina llegó a la década de los años noventa con un sistema de provisión de servicios públicos de salud, con carácter universal pero desfinanciado y sin haber podido alcanzar el Seguro Nacional de Salud tal como había sido diseñado, con los aportes del tesoro y de la Seguridad Social que había impulsado el gobierno democrático de Alfonsín. El desdoblamiento de aquel proyecto no solo dio cuenta de la puja corporativa por los recursos que maneja el sector de obras sociales sino del poder en juego a la hora de cambiar el rumbo del sistema de salud.

El subsector público avanzó hacia la autogestión hospitalaria, de este modo el hospital concebido como una empresa pudo, aunque escasamente, a partir de normativas, principalmente decretos del Poder Ejecutivo Nacional, a autogestionar sus recursos facturando prestaciones a los efectores de otros subsectores. Se intentó, aunque con poco éxito trasladar paulatinamente el “*subsidio a la oferta*” por el “*subsidio a la demanda*”. Esto implicó que, todo paciente que concurriera al hospital público, contaría con algún tipo de financiación, ya sea de seguridad social, de las empresas Prepagas o del Estado. El Estado además prosiguió asignando la mayor parte del gasto a los servicios cuya provisión había sido universalista antes de la reforma y que ahora apuntaba sólo a quienes reunieran las condiciones de pobreza y falta de cobertura.

Mientras que el subsector privado alcanzaba un moderado desarrollo comenzó a verse favorecido por las políticas privatizadoras y orientadas hacia el mercado

En el subsector de la Seguridad Social, se avanzó hacia la desregulación de las Obras Sociales. Aunque la desregulación total no llegó a legislarse, hubo un importante avance en este sentido a través del Decreto 9/93 sobre “Libre elección de

las Obras Sociales". El mismo habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social sindical que no perteneciera a la actividad económica de empleo al mismo tiempo que pudo ingresar la obra social de Dirección de Empresas.

El modelo de libre elección se fue consensuando y legitimando con poderosos argumentos en los que tradicionalmente se fundaron las críticas al sistema cautivo y solidario. La condición de cautividad de los beneficiarios era considerada como uno de los problemas básicos causantes de ineficiencia. Por un lado, porque había quitado competencia al sistema y por el otro, por el carácter formal que revestían las declaraciones de solidaridad como fundamento del sistema, cuando en la realidad las prestaciones brindadas no evidenciaban esto entre las entidades.

La desregulación total que significaba la competencia entre las obras sociales y medicina prepaga, generó mucha resistencia en el sindicalismo porque significaba perder el control de los fondos recaudados por aportes y contribuciones. Justamente, por la importancia que tenía para ellos el control de las Obras Sociales, el Ejecutivo la usó de pieza de cambio amenazando con la desregulación total sino se apoyaba la reforma laboral.

Dos decretos dieron paso al ingreso de la medicina prepaga de beneficiarios de la seguridad social. El decreto 292/95 que unificó aportes y el decreto 446/2000 que amplió la participación a todos aquellos que eran agentes del seguro de Salud.

*Artículo 1º — A partir del 1º de enero de 2001, los beneficiarios del Sistema creado por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 podrán ejercer el derecho de opción consagrado en las normas citadas en el Visto, entre las siguientes entidades: Artículo 1: Inciso c) Cualquiera de las Entidades que tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud de conformidad con lo establecido en el presente decreto y a la normativa a determinar por la Superintendencia de Servicios de Salud como Autoridad de Aplicación. Estas Entidades deberán adicionar a su denominación la expresión "Agente Adherido al Sistema Nacional del Seguro de Salud"*<sup>4</sup>

De este modo, algunas OO.SS. fueron las intermediarias para que afiliados a la seguridad social, en general jóvenes y de mayores ingresos, tuvieran un pasaporte directo hacia el sistema de prepago a cambio de un "aporte extra" o de "bolsillo".<sup>5</sup> (Fidalgo,2006)

Aunque se pensó que los afiliados de las obras sociales chicas buscarían pasarse a las entidades más grandes, con mayores y mejores servicios, ocurrió lo contrario. Fueron las obras sociales más pequeñas las que tuvieron el mayor proceso de desregulación acordando con las prepagas recibir los aportes de afiliados de otras entidades,(triangulación) ofreciéndoles los servicios de la medicina privada.

Así, dichas condiciones de competencia se dieron de forma "encubierta", a través de los convenios de prestación determinados entre estos tipos de entidades. Algunas Obras Sociales sindicales realizaron convenios con prepagas que significaban la derivación del aporte del trabajador hacia la entidad privada a cambio de brindarles prestaciones médicas. La intermediación para la derivación

del aporte por parte de la obra Social implica una retención sobre los valores aportados con por lo menos dos modalidades consensuadas entre las partes: en

algunos casos un porcentaje del aporte del titular, independientemente de cómo estaba conformado el grupo familiar, en el caso que lo hubiere; y en otros por un valor fijo por cada beneficiario del grupo

Por otra parte, y en sentido contrario a lo que sostiene Fidalgo, también han sido tentadores los aportes de los adultos mayores a través del PAMI, aunque estos son menores. El gerente de una Prepaga de la Pcia. de Buenos Aires, sostiene que, *“no importa el valor del aporte, el valor de nuestra cuota es el mismo, el afiliado paga la diferencia, acá lo importante es que por intermedio del PAMI se puede acceder a reintegros, que de otro modo debería enfrentar el prepago en su totalidad”*.

La cuestión del acceso a los reintegros parece crucial para comprender un poco más cual puede ser uno de los factores de interés en la asociación entre OO.SS. y medicina prepaga.

Mientras que el comportamiento del sector privado parece guardar cierta lógica con su naturaleza mercantil, no se visualiza lo mismo para la organización sindical en términos de defensa de los principios históricamente atribuidos al sector como el de solidaridad.

Fidalgo (2006) sostiene que, “ha sido la presencia de determinada empresa de medicina prepaga (a través de un convenio con una obra social) el principal factor de movilidad y atracción de los afiliados al interior del “sistema solidario””.

Desde mayo de 1998, cuando se concretó la posibilidad de cambiar de obra social dentro del sistema hasta enero de 2005, se habían registrado un total de 1.365.177 opciones y hasta abril de 2011 alcanzó los 4.231.302 de opciones, es decir se triplicó el traspaso, según información publicada por la SSS.

En ese período se observa un ranking de traspasos encabezado por la Obra Social de Comisarios Navales con 267.354, con el 6,3% del total de traspaso en el sistema de seguridad social. El 43% de las opciones registradas están concentradas en solo 10 obras sociales, esta situación ha cambiado con respecto al año 2005, dado que las 10 primeras concentraban el 55%, sobre un total de 245 que participan de las condiciones de desregulación. (ver cuadro N°1)

Además, se advierte que casi la totalidad de las entidades que mayores crecimientos registraron han establecido convenios con empresas de medicina prepaga. También la medicina prepaga se ha concentrado en grupos empresarios, como Grupo Galeno, Swiss Medical, Omint y OSDE.

#### **Cuadro N°1**

**Ranking de obras sociales que encabezan listado de traspaso desde 1998 al 2005 y al 2011**

---

| Obra Social   | Cantidad afiliados captados al 2005 | Cantidad afiliados captados al 2011 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Comisarios Navales  | 91.958                              | 267354                              |
| Automóvil Club Argentino (OSPACA)                                     | 155.111                             | 257999                              |
| Personal Organismos de Control (OSPOCE)                               | 99.750                              | 252111                              |
| Actividad Turf (OSPAT)  | 57.559                              | 204064                              |
| Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Afines OSECAC) | 83.917                              | 204523                              |
| Personal Civil de la Nación (UPCN)                                    | 84.417                              | 165591                              |
| Petroleros  | 43.740                              | 158744                              |
| Actividad Cervecera   | 32.742                              | 80310                               |
| Obra Social de la Actividad del Seguro, reaseguros (OSSEG)            | 69.786                              | 73610                               |
| Industria Jerárquica Gráfica y de Agua y Energía                      | 40.586                              | 54319                               |

Fuente: Elaboración propia en base datos extraídos de la SSS.

La derivación del aporte desde las Obras Sociales al sistema prepago, la llamada “triangulación” termina siendo un tentador negocio para ambas partes. Las Obras sociales disminuyen parcial o totalmente el riesgo y la medicina prepaga ve incrementar su cartera de beneficiarios, lo que le permite conseguir mejores precios a la hora de competir. Esta situación vino a compensar la crisis de ambos subsectores que se había iniciado a mediados de los 80 y agudizado hacia fines de los 90, principalmente por la obligatoriedad de dar cumplimiento al PMO y por el incesante aumento de costos de la atención a la salud. Pero por otra parte, como la derivación del aporte no desvincula al trabajador de la OO.SS, implica que, esa OO.SS puede solicitar asistencia al Fondo Solidario de Redistribución y de este modo acceder a los subsidios y reintegros de la Administración de Programa Especiales (APE). Ahora bien, si el beneficiario de un prepago es un afiliado a una obra social, es la medicina prepaga la beneficiaria de dicho subsidio o reintegro. Es decir que, con el aporte de los trabajadores se encubre un financiamiento a la medicina prepaga.

## LA ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES (APE)

La APE, se creó en 1998 y su meta principal es poder satisfacer de una manera equitativa, los pedidos realizados por las obras sociales para subsanar como apoyo financiero la cobertura de prestaciones medicas especiales de baja incidencia y alto impacto económico, además participar en el desarrollo e implementación de la detección y/o prevención de patologías de alto costo y aquellas que, por su características, requieren de una atención prolongada en el tiempo.

**Prestaciones cubiertas con reintegro de la APE:** Las prestaciones financiadas a través de subsidios, sea de alto costo ó de cobertura prolongada en el tiempo, pueden agruparse en cuatro grandes grupos:

- *Prestaciones Médicas (asistencia en riesgo de muerte, procedimientos de alta complejidad, apoyo a programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular, vacunación antigripal, implante coclear, estudios de pre-transplante, módulos de transplante renal, uréter, óseo, médula, etc.)*

- Medicación (antirretrovirales-factores de coagulación, Cerezyme en enfermedad de Gaucher, hormonas de crecimiento, Tobramicina, etc.)
- Prestaciones para los beneficiarios discapacitados (Programa de cobertura Del Sistema único de prestaciones básicas para personas con discapacidad)
- Programas de Prevención. La APE financia el Programa de Identificación de factores de riesgo y prevención primaria de enfermedades cardiovasculares, el Programa de Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia, el Programa de Salud Renal y el Programa de control de la Enfermedad de Chagas.

El financiamiento de la APE es casi en su totalidad con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución y en menor proporción con recursos provenientes de devoluciones de subsidios totales o parciales. El Fondo Solidario, administrado por la SSS, deriva a la APE los fondos necesarios para dar cumplimiento a sus metas

De los aportes y contribuciones de empleados y empleadores, el 3% y 6% respectivamente, las OO.SS. Sindicales reciben el 90% por cada beneficiario con sueldos menores a \$ 1000.- y 85% en el caso de empleados que perciban una suma superior a dicha cantidad. Asimismo, las OO.SS que concentran personal de dirección, perciben el 85% u 80% respectivamente, según el salario del beneficiario sea inferior o superior a los \$ 1000. Entonces, entre el 10 o 15% para las Obras Sociales Sindicales y el 15 o 20% para las Obras Sociales de Dirección son retenidos y se depositan en la cuenta del Fondo Solidario de Redistribución para atender y equiparar la compensación automática a aquellas Obras Sociales que no alcanzan un monto mínimo de ingreso por beneficiario y al pago de apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud por prestaciones de alta complejidad o que demanden una cobertura prolongada en el tiempo.

**Solicitud de apoyo financiero:** La modalidad de satisfacer los pedidos realizados por los Agentes del Seguro de Salud se efectúa mediante reintegro (anteriormente también por subsidio) y el trámite de otorgamiento de la financiación de las prestaciones será el que fije la resolución, sobre el reconocimiento o no de los montos establecidos para cubrir el gasto que demande la cobertura de prestaciones subsidiadas por la APE.

En la “Segunda carta de compromiso con el ciudadano”, de setiembre de 2007, la APE ratifica el satisfacer en tiempo y forma las solicitudes de todas las OO.SS. y aclara que: “El apoyo financiero brindado a los Agentes del Seguro de Salud se realiza a través de dos modalidades: Subsidios o Reintegros. En tales casos, es responsabilidad del Organismo realizar controles sobre la documentación aportada por los Agentes del Seguro de Salud, previo al pago de Reintegros o, en el caso de los Subsidios, el control se realiza una vez entregado el monto acordado para cubrir la prestación médica”<sup>6</sup>

Por otra parte, se van ampliando las prestaciones que financia, algunas veces con criterios sin fundamentos que permite a las OO.SS. y en consecuencias la medicina prepaga acceder, por ejemplo, al reintegro para la atención del nacimiento. Veamos lo que dice el APE: “A partir de la alta tasa de natalidad informada por los Agentes del Seguro de Salud, esta Administración de Programas Especiales pone en marcha un plan de

*ayuda a fin de aliviar las implicancias económicas que demanda la gran cantidad de nacimientos. Es por ello que, través de la Resolución N° 18.621/2007, se implementa el Plan de Reintegro Para la Atención Del Nacimiento.”<sup>7</sup>*

Llama poderosamente la atención que, la APE argumente sobre la alta tasa de natalidad con información provista por los Agentes del Seguro sin contrastar o corroborar con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del Ministerio de Salud. Según datos de la DEIS la tasa de natalidad ha tenido mínimas variaciones entre los años 2000 y 2007, con una clara tendencia a la baja en los últimos 30 años. Situación que además puede reforzarse al observar el comportamiento de la tasa de fecundidad, esta descendió de 3,3 nacimientos por mujer en 1980, a 3 para 1990 a 2.4 para 2000 y a 2,2 para 2009.

Las OO.SS. que realizan derivación de aportes, no solamente se quedan con un porcentaje o valor fijo por la intermediación del aporte sino que también lo hacen con algunos reintegros. Situación que se presta a engorrosos manejos, dado que esto no está explicitado en ningún lugar, aunque algunos reintegros o subsidios tienen valores fijos de recupero.

Entre los años 2005 y 2010 la política presupuestaria demostró que los recursos de la APE crecieron en un 120%. Pasando de \$444.500.000 para el 2005 a \$1.057.402.910 para el 2010. El mecanismo para acceder a esos recursos no parece según los informes del SIGEN, encontrar demasiado controles, lo que permite a las prepagas acceder, con la intermediación de una OO.SS, a esos recursos para subvencionar sus costos.

Según la auditoria realizada por la Sindicatura General de la Nación (SIGEN), en dos informes para los años 2004 y 2008 a los que se tuvo acceso, se demuestran muchas irregularidades a la hora del otorgamiento de subsidios y/o reintegros

A modo de ejemplo se transcriben algunas:

- La gran mayoría de las rendiciones no presentan los contratos realizados entre el Agente de Salud y los Prestadores, y por lo tanto no se puede cotejar que lo facturado por éstos últimos coincida con la cápita contratada por la Obra Social
- Se abonan conceptos que no se corresponden con el destino determinado en la Resolución de otorgamiento, sin que medie pedido de autorización a la APE para cambiar el mismo.
- Se abonan gran cantidad de facturas que poseen fecha posterior a la fecha de la resolución de otorgamiento, incumpliendo con el artículo 2° del mencionado acto administrativo que establece que la Entidad destinará los fondos para cancelar sus pasivos exigibles a la fecha de la mencionada resolución.
- No adjuntan fotocopias de los cheques emitidos y no se presentan fotocopias de los extractos bancarios donde se reflejan los ingresos de los subsidios y los pagos efectuados por la Obra Social.
- En algunos expedientes falta la inscripción de los proveedores de la entidad solicitante del subsidio en el Registro de Prestadores
- No surgen constancias de la verificación por el cual se requiere el subsidio o reintegro, se encuentre en los padrones correspondiente de las obra social solicitante

## **A MODO DE CONCLUSION**

El Fondo de Redistribución, que se constituye con un porcentaje el aporte de los trabajadores y empleadores, ha tenido como finalidad contribuir a aumentar la equidad entre OO.SS., principalmente para fortalecer aquellas más pequeñas, que tenían más dificultades para cumplir con las obligaciones contraídas con sus beneficiarios.

El constante aumento del gasto de la atención médica, principalmente por la introducción de equipamiento médico de alta tecnología y el permanente incremento en los costos de los tratamientos farmacológicos, además de la caída de los aportes por el aumento del desempleo, la dependencia del mercado prestador privado, han debilitado en conjunto al subsector.

Existen por lo menos dos situaciones que incidieron en la creación de un organismo que amortiguara la introducción de la lógica de mercado en la seguridad social.

- Hacer de cada agente del Seguro, la mayoría son OO.SS., un actor que compita en el mercado.
- La obligatoriedad de cubrir un paquete mínimo de prestaciones, el Programa Médico Obligatorio (PMO), para garantizar un piso desde donde salir a competir. Obligación que debieron cumplir también los otros subsectores del sistema de salud.

De este modo, la APE permitió que el subsector de la seguridad social encuentre un ente financiador de prestaciones de alta tecnología y/o costosas y reparador de los desfases financieros, es decir, crearle las condiciones para la competencia en el mercado.

Aunque la desregulación total nunca se alcanzó, la medicina prepaga encontró el modo, a partir del decreto 446/2000, de captar afiliados de la seguridad con la estrategia solapada o no de obras sociales pequeñas, como la de Comisarios Navales, del ACA, del Turf que cuadruplicaron su beneficiarios y engrosaron los afiliados de las prepagas en casi un 50% en los últimos cinco años.

Además de haber crecido en afiliados, la medicina prepaga también logra usufructuar de los recursos del APE. Es decir, la Seguridad Social a través de sus OO.SS. recupera fondos de la APE que transfiere, con algún costo por la gestión, a las empresas de medicina prepaga. Mecanismo que muestra la subsidiaridad encubierta de la Seguridad Social al sistema privado de salud.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:**

APE- Administración de Programas Especiales. (acceso Mayo de 2011)  
[www.ape.gov.ar/](http://www.ape.gov.ar/)

APE. Segunda carta compromiso con el ciudadano. Setiembre de 2007. (acceso agosto 2010) [www.ape.gov.ar/](http://www.ape.gov.ar/)

Armus, Diego; Belmartino, Susana (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En Alejandro Cattaruzza (dir.), *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana [Colección «Nueva Historia Argentina», n°. 7], pp. 283-327

Casal, A. y Castro, B. (2001). Regulación de las entidades de Medicina Prepaga. En *Revista Aporte para el Estado y la administración gubernamental*. N°17. Buenos Aires. [www.ag.org.ar/aportes.htm](http://www.ag.org.ar/aportes.htm)

Castro, B.; Casal, A. y Priluka, M. (2005). Regulación de la medicina Prepaga. *Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de administradores Gubernamentales de la Jefatura de Gabinete de Ministros*- Buenos Aires. Argentina. [www.cag.jgm.gov.ar](http://www.cag.jgm.gov.ar)

Colina Jorge. (2007). Enfoque sobre la Medicina Prepaga. En: *ADEMP*. Marzo. Buenos Aires.

Cortes, R. y Marshall, A. (1999). Estrategia económica, instituciones y negociación política en las reforma social de los 90. *Desarrollo Económico* V.39 N° 154 :195-212

Danani, Claudia. (1996). Todo lo solidario se desvanece en el aire. La libre afiliación a las obras sociales. En Findling, L. y Mendes Diz, A., Compiladoras: *Salud en Debate. Una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Fac. Cs. Soc. CBC. UBA..

Fidalgo, Maitena M. (2006). *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires. Espacio editorial.

INFOLEG. Bases de datos del Ministerio de Economía. Leyes, decretos y resoluciones varias.(acceso 17 de marzo 2011) [www.infoleg.mecon.gov.ar](http://www.infoleg.mecon.gov.ar)

Hospital Italiano. (acceso agosto 2010) [www.hospitalitaliano.org.ar/plan/](http://www.hospitalitaliano.org.ar/plan/)

Laurell, Cristina (2008, agosto 7). Los subsidios al sector privado de salud. En: *La Jornada*. México.

Laurell, Cristina. (1995). *La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*. Documento de Trabajo. México. Fundación Friedrich Ebert Stiftung.

Laurell, Asa C. (1994). La Salud: Derecho social a mercancía. En *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud (pp.9-31)*. México. Fundación Friedrich Ebert.

López, Susan (1998). Las políticas de salud en la argentina de hoy. Políticas Sanitarias y gasto social. *El Médico del Conurbano*. Avellaneda

López Susan y Michelli Virginia. (2010, octubre 14 -15). La derivación de los aportes de la Seguridad Social hacia el sistema privado y los mecanismos de la subsidiaridad encubierta. En *Universidad, inclusión y ciudadanía: aportes para pensar las políticas públicas* .VII Jornadas de Investigación y VI de Extensión Universitaria. Facultad de Trabajo Social- UNLP

OSDE. (acceso agosto 2010) [www.osdebinario.com.ar](http://www.osdebinario.com.ar)

OSPAT. (2009) *El modelo OSPAT*. (acceso agosto 2010) [www.ospat.com.ar](http://www.ospat.com.ar)

Ministerio de Economía y Producción. "Presupuestos de APE- 2004-2010" . (acceso 15 de abril de 2011) [www.mecon.gov.ar/onp.htm](http://www.mecon.gov.ar/onp.htm)

Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (acceso 18 de mayo de 2011) <http://www.deis.gov.ar/>

- <sup>1</sup> Armus, D y Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En Alejandro Cattaruzza (dir.), *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- <sup>2</sup> Carbonetti, Adrian (s/f ) Estado y beneficencia en la lucha contra la tuberculosis en la ciudad de Córdoba. 1910-1930. (acceso mayo 7, 2011) <http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a2.pdf>
- <sup>3</sup> Idem. Armus y Belmartino (2001)
- <sup>4</sup> Decreto 446/2000. Poder Ejecutivo Nacional. [www.infoleg.mecon.gov.ar](http://www.infoleg.mecon.gov.ar) ( acceso noviembre 2009)
- <sup>5</sup> Fidalgo, Maitena M. (2006). *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires. Espacio editorial.
- <sup>6</sup> APE (2007) *Segunda carta de compromiso con el ciudadano*- setiembre de 2007. [www.ape.gov.ar/](http://www.ape.gov.ar/)
- <sup>7</sup> APE. *Plan de reintegro para la Atención del Nacimiento*. [www.ape.gov.ar/](http://www.ape.gov.ar/)