

Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud. El caso argentino.

López, Susan* y Michelli, Virginia**

RESUMEN

La reforma implementada en la década de los `90 bajo los lineamientos neoliberales del Banco Mundial, no sólo socavaron los principios de solidaridad en la que se asentaba la Seguridad Social Argentina sino que al mismo tiempo permitió transferir recursos al sector privado de la salud. En este trabajo indagaremos como opera y que mecanismo utiliza este subsidio encubierto.

Es conocido que, cuando se consolidaron las Obras Sociales a partir de un marco legal y regulatorio, creció el sistema prestacional privado para dar respuesta a una demanda planteada por cada obra social para dar servicios de diagnóstico y tratamiento a sus afiliados. Es en ese contexto, a fines de la década de los `70 y principios de la del `80, donde surgen las empresas de Medicina Prepagas y desde entonces lo han hecho ininterrumpidamente. Es decir, han crecido a la sombra y al amparo del sistema de obras sociales.

La reforma de los `90, impulsó la mercantilización de todas las áreas sociales, instrumentando mecanismos de competencia para: desarticular el modelo cautivo de las Obras Sociales (OO.SS.), con la desregulación y libre elección de OO.SS.; impulsar la autogestión en el ámbito del hospital público y dar lugar a la expansión del capital transnacional en el área de salud.

Esta situación planteó un nuevo escenario y por lo tanto nuevas alianzas entre los diferentes actores. Las reglas fueron las del mercado y el juego el de la competencia.

La desregulación permitió lo que se conoce como triangulación, es decir la posibilidad de que una OO.SS. por un mínimo valor por gestión, le pueda girar los aportes de los trabajadores al sistema privado de salud.

Un trabajador en esta modalidad no deja de ser afiliado a la OO.SS. de origen sino simplemente la OO.SS. traslada los riesgos a terceros y las prepagas aumentan su cartera de beneficiarios, lo que le permite a estas, conseguir mejores precios a la hora de competir.

Por otra parte, las prepagas pueden acceder, para los beneficiarios triangulados, a los reintegros de la Administración de Programas Especiales (APE), organismo que se encarga de reintegrar o subsidiar las prestaciones de alta complejidad o de alto costo

Acceder a este beneficio, donde nunca se sabe el real valor del reintegro, deja bajo la sospecha turbios negocios de coimas y corrupción; pero lo más grave aún es la transferencia de recursos de los trabajadores al sector privado, el subsidio encubierto.

Palabras Claves

REFORMA/SISTEMA DE SALUD/SUBSIDIO ENCUBIERTO/SEGURIDAD SOCIAL/SISTEMA PRIVADO

ABSTRACT

THE HIDDEN SUBSIDIES IN THE PRIVATE SECTOR IN HEALTH. THE ARGENTINIAN CASE

The reform implemented during the 90s. under the neoliberal guidelines of the World Bank not only undermined the principles of solidarity which was the basis of the Argentinian Social Security, but at the same time it allowed the transference of resources to the private sector of the health system. In this study we will find out how this hidden subsidy works and what mechanisms uses.

It is well known that when the Institutions that render medical services (Obras Sociales) consolidated from a legal and regulatory frame, the private benefits system grew in order to give an answer to the demand raised by each Institution that render medical services (Obra Social) to provide diagnosis and treatment to their affiliates.

It is in that context that in the late 70s. and early 80s. Prepaid Health Companies arised and since then they have been continuously doing so. That is to say, they have grown under the shadow and the shelter of the Institutions that render medical services (Obras Sociales) system.

The reform of the 90s. promoted the mercantilization of all social areas implementing competente mechanisms in order to break the model captived by the Institutions that render medical services (Obras Sociales) with the deregulation and free choice of Institutions that render medical services (Obras

* Socióloga. Docente de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social. UNLP. Argentina.
e-mail: gsusanlopez@hotmail.com

** Trabajadora Social. Docente de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social. UNLP. Argentina.
e-mail:michelliv@yahoo.com

Sociales); promote the self-administration in the public hospital sector and resulting into the expansion of foreign capital in the health care.

This situation raised a new scenery and therefore new alliances among the different actors. The rules were those of market and game of competence.

The deregulation allowed what is known as triangulation, that is to say, the possibility that Institutions that render medical services (Obras Sociales) through a minimum payment per administration may draw the workers contributions to the private health system.

Thus, an affiliate continues to be an affiliate to the Institution that render medical services (Obra Social) of origin and this Institution that render medical services (Obra Social) simply transfers the risks to third parties and Prepaid Health Companies increase their portfolio of beneficiaries, which allow these get better prices at the time to compete.

On the other hand, Prepaid Health Companies may have access for the triangulated beneficiaries to the refunds from Special Administration Programs. This institution is in charge of refunding or subsidizing the benefits of high complexity or high cost.

To have access to this benefit, where the real value of the refund is never known, leads to suspicion of dirty businesses of bribe and corruption; but what is even more serious is the transference of the workers resources to the private sector, that is to say, the hidden subsidy.

Keys Words. Reform/Health system/ Social Security/Hidden Subsidy/Private System.

Caracterización del sistema de salud Argentino al inicio de los '90

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 dió 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.

Por su parte, el subsector de la seguridad social si bien mantuvo su poder al iniciar la década de los '90 comenzó a manifestar sus primeras crisis, en parte por la caída del empleo y consecuentemente la masa de aportantes, y por el aumento de los costo de las prestaciones de servicios de salud.

Mientras que el subsector privado alcanzaba un moderado desarrollo comenzó a verse favorecido por las políticas privatizadoras y orientadas hacia el mercado que trajeron las reformas aplicadas en la década de los años '90.

Los principales cambios a partir de las reformas

Con la reformas de los años noventa, 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 intento, 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.

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.

Esto permitió el desplazamiento de las afiliaciones hacia aquellas Obras Sociales donde, aprovechando algunas ambigüedades de la legislación, los sindicatos habían acordado con empresas de medicina Prepaga la transferencia de contribuciones patronales y personales. De este modo, algunas OO.SS. fueron las intermediarias para que afiliados a la seguridad social tuvieran un pasaporte directo hacia el sistema de prepago a cambio de un “aporte extra” o de “bolsillo”. (Fidalgo,2006)

La desregulación total generó mucha resistencia en el sindicalismo porque hubiese significado perder gran parte 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.

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.

Desde 1995 a las Obras Sociales se les exigió brindar ciertas prestaciones mínimas y en 1996, con la creación del Programa Médico Obligatorio (PMO), fueron obligadas a cumplir con el mismo. Poco tiempo después, esta obligatoriedad también rigió para la medicina prepaga.

Allí se establecía una serie de prestaciones básicas referidas a atención primaria y secundaria; internación; tratamientos ambulatorios, odontológicos; plan materno infantil; prótesis y medicamentos, entre otras prestaciones, que son de cumplimiento obligatorio para las empresas.

Las OO.SS. cuentan con el Fondo Solidario de Redistribución, que se conforma con un porcentaje del aportes entre de trabajadores y empleadores, (entre el 10 y 20% según el salario) que le permite, por el principio de solidaridad, redistribuir estos recursos entre las OO.SS. para garantizar un piso mínimo de prestaciones, principalmente para el cumplimiento del PMO y las contingencias derivadas de las prestaciones médicas especiales de alta complejidad o de elevado costo y baja frecuencia de utilización.

Con el PMO los prepagos se vieron obligados a cubrir los tratamientos psiquiátricos, de HIV y problemas de drogadicción, que en general quedaban excluidos de la cobertura; no podían establecer períodos de carencia, es decir, tiempos mínimos de espera para poder gozar de determinadas prestaciones, ni cargos adicionales fuera de los expresamente indicados en el PMO y no podían negar una cobertura, con

independencia de lo que se disponga en el contrato, si es de cumplimiento obligatorio por el PMO.

Relación entre Obras Sociales y Medicina Prepaga. La derivación de los aportes

Con el argumento de generar mayor transparencia al sistema de seguridad social, se buscó eliminar la doble afiliación generada por el multiempleo o por ser familiar de un trabajador en relación de dependencia, a partir del decreto 292/95 con el fin de unificar los aportes. De este modo todos los aportes de un grupo familiar o trabajador individual irían a una sola entidad. Esto permitió aprovechar mejor los aportes tanto para aumentar las posibilidades de elección, como para redireccionar, los de aquellos que además tenían un seguro privado, esos aportes, a alguna obra social que tuviera convenio con la medicina prepaga.

Además de aumentar las posibilidades de acceder a un sistema privado, ya sea a través del uso directo de su aporte en forma exclusiva o bien realizando uno extra de bolsillo, siempre menor de aquel que tendrían que realizar contratando directamente el seguro en el mercado. Cabe recordar que, la lógica individualista y particularista que se impuso en la década de los '90, favorecieron los procesos de movilidad de los afiliados, acompañados por lógicas individuales donde cada uno buscaba maximizar los beneficios que del aporte podía obtener.

Aunque nunca fue normalizada por la Superintendencia de Servicios de Salud, las formas en las cuales se llevó a cabo la posibilidad de opción de cambio entre las obras sociales, específicamente en lo referente a los mecanismos de selección con los cuales operaron las obras sociales que establecieron convenios con empresas de medicina prepaga. Estas realizaron una búsqueda dirigida primero, hacia los sectores de mayores ingresos, y luego hacia aquellos grupos con menor tasa de uso de los servicios de salud (jóvenes, preferentemente de sexo masculino). (Fidalgo,2006)

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.

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.

Fidalgo 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 registraron un total de 1.365.177 opciones, según información publicada por la Superintendencia de Servicio de Salud. En ese período se observa un ranking de traspasos encabezado por la Obra Social del Automóvil Club Argentino (OSPACA) con 155.111. El 55% de las opciones registradas estaban concentradas en solo 10 obras sociales, sobre un total de 245 que participaban de las condiciones de desregulación. 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. (Ver cuadro 1)

Cuadro N- 1: Ranking de obras sociales que encabezan listado de traspasos favorables y su vinculación con empresas de medicina prepaga. Primer período (mayo de 1998 a enero de 2005⁵⁹)

Obra Social	Cantidad afiliados captados	EMP con las cuales tienen convenio ⁶⁰
1 Automóvil Club Argentino (OSPACA)	155.111	Grupo Galeno (ex SPM: Anisa, Galeno, Tim)
2 Personal Organismos de Control (OSPOCE)	99.750	Swiss Medical, OMINT, Qualitas, Hospital Británico, Alemán, Italiano, Solidaridad Salud
3 Comisarios Navales	91.958	Osde
4 Personal Civil de la Nación (UPCN)	84.417	Plan Accord (de carácter propio)
5 Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Afines OSECAC)	83.917	
6 Obra Social de la Actividad del Seguro, reaseguros (OSSEG)	69.786	Osdc
7 Actividad Turf (OSPAT)	57.559	Medical y Sancor Salud
8 Industria Jerárquica Gráfica y de Agua y Energía	40.586	Provincia Salud
9 Petroleros	43.740	Galeno (ex SPM) Omint
10 Actividad Cervecera	32.742	Galeno (ex SPM)
Total	759.566	

Fuente. Fidalgo-2006

59. La Superintendencia de Servicios de Salud no ha hecho pública información sobre este tema posterior a dicha fecha.

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 del sector que se había iniciado 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 APE, creada en 1998, desarrolla acciones tendientes a subsidiar, con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, prestaciones de alto impacto económico, tales como trasplantes e intervenciones de alta complejidad, tratamientos de pacientes hemofílicos, de personas con diversas discapacidades, de pacientes afectados de VIH-SIDA y/o enfermedades relacionadas, de personas que dependen física y psíquicamente del uso de estupefacientes, así como el financiamiento de tratamientos prolongados con medicamentos y planes de prevención cardiológico, la prevención de patologías que pueden llevar a la insuficiencia renal, subsidiar en porcentajes decrecientes y durante tres años la hemodiálisis de los pacientes que la requieran y fomentar el trasplante renal como terapia definitiva de la insuficiencia renal terminal. Además se financia tratamientos prolongados con medicamentos y planes de prevención del Mal de Chagas y atención al nacimiento.

La financiación de la atención al nacimiento significa que las OOSS y por su intermediación los prepagos puedan acceder al recupero de gastos por partos y cesáreas. 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.

Según la auditoría 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 reintegros¹.

Entre los años 2005 y 2009 la política presupuestaria demostró que los recursos de la APE crecieron en un 110%. Pasando de \$444.500.000 para el 2005 a \$938.509.000 para el 2009. El mecanismo para acceder a esos recursos no parece encontrar demasiado controles, lo que hace cada vez más apetecible para del mercado privado de salud la apropiación de esos recursos y facilita subsidiar encubiertamente al sistema privado de salud.

Bibliografía

¹ 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

1. Casal, A. y Castro, B. (2001)- "Regulación de las entidades de Medicina Prepaga" Revista Aporte para el Estado y la administración gubernamental. N°17. Buenos Aires. En: www.aq.org.ar/aportes.htm
2. 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. En: www.cag.jgm.gov.ar
3. Cetrángolo, Oscar, Devoto, Florencia. (1998). "Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a equidad". En: Nexo. Rev. del Hospital Italiano de Bs.As. v.18(3). 1998 y v.19(1) 1999.
4. Colina Jorge. (2007). "Enfoque sobre la Medicina Prepaga". En: ADEMP. Marzo. Buenos Aires.
5. Danani, Claudia. (1996) "Todo lo solidario se desvanece en el aire. La libre afiliación a las obras sociales". En: Salud en Debate. Una mirada desde las ciencias sociales. Findling, L. y Mendes Diz, A., Compiladoras. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Fac. Cs. Soc. CBC. UBA. Buenos Aires.
6. Fidalgo, Maitena M. (2006). Adiós al derecho a la salud. Espacio editorial. Buenos Aires
7. INFOLEG. Bases de datos del Ministerio de Economía. Leyes, decretos y resoluciones varias. En: www.infoleg.mecon.gov.ar
8. Laurell, Cristina (2008) "Los subsidios al sector privado de salud". En: La Jornada- (7/8/08). Mexico.
9. OSPAT. (2009) El modelo OSPAT. En www.ospat.com.ar
10. Ministerio de Economía y Producción. "Presupuestos de APE- 2004-2009" . En: www.mecon.gov.ar/onp.htm
11. Repetto, Fabián *et al.* Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento de trabajo n°55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, 2001.
12. SIGEN (2004) Informe de evaluación del sistema de control interno 2003. Administración de Programas Especiales. En: www.sigen.gov.ar
13. SIGEN (2008) Informe de evaluación del sistema de control interno 2007. Administración de Programas Especiales. En : www.sigen.gov.ar