

# La derivación de los aportes de la Seguridad Social hacia el sistema privado y los mecanismos de la subsidiaridad encubierta.\*

**Autoras:** Lic. Susan López (\*□) y Virginia Michelli (\*□□)

**Referencia Institucional:** Cátedra de Medicina Social. Área de Investigación en Salud Colectiva. Facultad de Trabajo Social - UNLP.

## **Resumen**

Se presentan algunos avances de la investigación sobre “Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud”. Se analiza cómo, a partir de la desregulación de la Seguridad Social, en el marco de las reformas de los años 90, se configuran los mecanismos de transferencias de recursos al sistema privado - subsidios encubiertos- aprovechando la ausencia en el marco normativo en la transferencias de aportes en la libre opción de OO.SS.

**Objetivo general:** Profundizar sobre los mecanismos de subsidiaridad encubierta que se presentan en el sistema de salud argentino.

**Metodología de Trabajo:** Este trabajo se inscribe en una perspectiva de análisis histórico- político que propicia un abordaje analítico-comprensivo. Se utilizaron fuentes de datos secundarios, a partir de la producción de organismos o instituciones oficiales y de datos primarios de observación directa y entrevistas a participantes claves.

**Resultados:** La desregulación permitió que, una Obra Social (OO.SS) por un mínimo valor por gestión, le pueda girar los aportes de los trabajadores al sistema privado de salud. Así un trabajador por un pequeño aporte extra, puede acceder al sistema privado de salud, un prepago. De este modo la OO.SS. traslada los riesgos a terceros y las prepagas aumentan su cartera de beneficiarios, mejorando su situación competitiva dentro del mercado. Al mismo tiempo, la medicina prepaga se ve beneficiada al poder 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. La investigación hasta aquí realizada ha demostrado que el acceso a este beneficio, por parte del sistema privado, no solo tiene fallas en el control y la auditoria sino que permite el reintegro de prestaciones que no son de patologías específicas ni de alta complejidad.

---

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

---

---

□ Trabajo presentado en las VII Jornadas de Investigación y VI de Extensión Universitaria. “Universidad, inclusión y ciudadanía: aportes para pensar las políticas públicas”. Facultad de Trabajo Social. UNLP. La Plata. Octubre de 2010.

□\* Socióloga. Docente de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social. UNLP.  
e-mail: [gsusanlopez@hotmail.com](mailto:gsusanlopez@hotmail.com)

□\*\* Trabajadora Social. Docente de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social. UNLP.  
e-mail: [michelliv@yahoo.com](mailto:michelliv@yahoo.com)

# **LA DERIVACIÓN DE LOS APORTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL HACIA EL SISTEMA PRIVADO Y LOS MECANISMOS DE LA SUBSIDIARIDAD ENCUBIERTA.**

Lic. Susan López- [gsusanlopez@hotmail.com](mailto:gsusanlopez@hotmail.com) (011) 15-5310-3334  
Lic. Virginia Michelli. [michelliv@yahoo.com](mailto:michelliv@yahoo.com)

Cátedra de Medicina Social. Área de Investigación en Salud Colectiva- Facultad de Trabajo Social. UNLP.

Agosto de 2010

## **Planteo del Problema**

Los cambios registrados en el sistema de salud Argentino a partir de las reformas implementadas en la década de los '90, cobra especial interés de investigación por dos cuestiones centrales. Por la pretensión de imponer una concepción mercantilista e individual de la salud y por la explícita lógica de implementar, en el sistema de salud, la competencia regulada por el mercado.

Dentro de las diferentes modificaciones propuestas en el marco de las reformas de los años 90 para los tres subsectores: público, seguridad social y privado, interesan particularmente aquellas que, sin haber sido impulsadas expresamente por normas legales, permitieron mecanismos de beneficios a empresas privadas a partir de subsidios encubiertos. En este sentido, este trabajo aborda al subsector de la Seguridad Social y su relación con el sistema de Medicina Prepaga.

Aunque la desregulación de las Obras Sociales (OO.SS.) se pone en marcha en 1993, a partir de la libre elección de las mismas, la posibilidad del traspaso de afiliados de una a otra no se efectivizará hasta 1998. Y es recién después del año 2000 cuando toma impulso la triangulación de los aportes hacia la medicina prepaga. De este modo, las OO.SS., bajo mecanismos solapados, trasladan aportes de sus afiliados y subsidios de la Seguridad Social al sector privado. Esta transferencia directa de recursos, por fuera de un marco normativo regulatorio, lleva a plantearnos entonces: ¿Cuáles son los intereses y beneficios que están en juego en la triangulación?

**Objetivo general:** Contribuir al conocimiento los subsidios al sistema privado de salud en argentina

### **Objetivos específicos:**

- Profundizar sobre los mecanismos de subsidiaridad encubierta.
- Conocer las modalidades del acceso a los subsidios
- Desentrañar los intereses en juego de los actores participantes

### **Metodología de Trabajo:**

Esta investigación se inició a principios del año 2009 en el marco de la creación del Área de Trabajo Social e Investigación en Salud Colectiva de la cátedra de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP.

Este trabajo se inscribe en una perspectiva de análisis histórico- político que propicia un abordaje analítico-comprensivo.

Para la realización del mismo, se utilizaron fuentes de datos secundarios: de producción de organismos o instituciones oficiales y algunas investigaciones y publicaciones sobre los cambios en la Seguridad Social a partir de las reformas de los años '90. Y fuentes de datos primarios, de observación directa y entrevistas a participantes claves del sistema privado de salud, auditores y gerentes.

## Resultados

### El nuevo escenario del sistema de salud argentino a partir de las reformas de los años 90

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.

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.

Observando publicaciones y publicidades de medicina prepaga encontramos por ejemplo como el Hospital Italiano pretende captar beneficiarios de la seguridad Social: *“Socios Obligatorios con Triangulación con Obra Social: Si Ud. se encuentra trabajando en relación de dependencia, por medio de la triangulación de una Obra Social (O.S.E.D.E.I.V., O.S.R.J.A.), deriva un porcentaje de su sueldo como pago de su cobertura debiendo el socio abonar la diferencia.”*

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. Fidalgo sostiene que 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)”*. Un claro ejemplo de esta selección lo podemos ver en el caso de OSDE Binario en el plan Joven 26/35 años *“Se puede acceder a este plan en forma directa abonando la cuota mensual del plan elegido o derivando los aportes de Obra Social, si se encuentra en relación de dependencia”*.

Sin embargo, cuando la misma ofrece el servicio dice que quienes se pueden asociar son: *“Las personas que no se encuentren en la categoría de empleados en relación de dependencia: empresarios independientes, trabajadores autónomos, profesionales, o bien quienes deseen incorporarse en forma particular.”* Y a través de empresas: 1) *“Al personal de dirección de empresas que perciba una remuneración mensual en relación de dependencia superior al equivalente a cinco salarios mínimos, y que no se encuentre comprendido en convenios colectivos de trabajo. 2) Directores de Sociedades Anónimas, que perciban remuneración y cumplan con todas las obligaciones previsionales y de seguridad social inherentes a su relación de dependencia.”*

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.

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: 1) en algunos casos un porcentaje del aporte del titular, independientemente de cómo estaba conformado el grupo familiar, en el caso que lo hubiere; y 2) 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 2005<sup>1</sup>)**

Obra Social	Cantidad afiliados captados	EMP con las cuales tienen convenio <sup>60</sup>
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**

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.

<sup>1</sup> La Superintendencia de Servicios de Salud no ha hecho pública información sobre este tema posterior a dicha fecha.



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 OOS 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 reintegros<sup>2</sup>.

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 el mercado privado de salud la apropiación de esos recursos y facilita subsidiar encubiertamente al sistema privado de salud.

---

<sup>2</sup> 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

## Bibliografía

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.ag.org.ar/aportes.htm](http://www.ag.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](http://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](http://www.infoleg.mecon.gov.ar)
8. Hospital Italiano. [www.hospitalitaliano.org.ar/plan/](http://www.hospitalitaliano.org.ar/plan/)
9. Laurell, Cristina (2008) “Los subsidios al sector privado de salud”. En: *La Jornada*-(7/8/08). Mexico.
10. 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. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México. Noviembre 1995
11. López, Susan (1998). “Las políticas de salud en la argentina de hoy. Políticas Sanitarias y gasto social. En : El Médico del Conurbano. Avellaneda
12. OSDE. [www.osdebinario.com.ar](http://www.osdebinario.com.ar)
13. OSPAT. (2009) *El modelo OSPAT*. En [www.ospat.com.ar](http://www.ospat.com.ar)
14. Ministerio de Economía y Producción. “Presupuestos de APE- 2004-2009” . En: [www.mecon.gov.ar/onp.htm](http://www.mecon.gov.ar/onp.htm)

15. 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.
16. SIGEN (2004) *Informe de evaluación del sistema de control interno 2003*. Administración de Programas Especiales. En: [www.sigen.gov.ar](http://www.sigen.gov.ar)
17. SIGEN (2008) *Informe de evaluación del sistema de control interno 2007*. Administración de Programas Especiales. En : [www.sigen.gov.ar](http://www.sigen.gov.ar)