

Análisis de la estructura y organización de Obras Sociales Sindicales argentinas.

Irene Verónica Beyreuther.

Cita:

Irene Verónica Beyreuther (2017). *Análisis de la estructura y organización de Obras Sociales Sindicales argentinas*. XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-018/3135>



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Análisis de la estructura y organización de Obras Sociales Sindicales argentinas.

I. VERONICA BEYREUTHER – veronicabey@hotmail.com

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES.
UNIVERSIDAD de BUENOS AIRES.
ARGENTINA**



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RESUMEN

El Sistema de Salud en Argentina se encuentra compuesto por tres sectores: público, privado y Obras Sociales. La bibliografía consultada coincide en describirlo como fragmentado y con una deficiente coordinación, falta de integración, heterogeneidad y como poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como el acceso a los servicios. Los diagnósticos identifican mecanismos de aseguramiento "mixtos" donde diferentes grupos poblacionales aportan a fondos alternativos para la cobertura de servicios de salud. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago de los aportantes y sus familias y la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad proveedora de servicios de salud. A estas características, se suma un sistema de seguridad social muy atomizado, con más de 300 fondos de gerenciamiento y atención de la salud, en gran medida basado en la prestación de servicios terciarizados en el sector privado. Focalizados en el análisis, estructura y organización del subsector de las OBRAS SOCIALES hemos comenzado los primeros relevamientos en campo sobre Obras Sociales Sindicales. El enfoque es exploratorio, y se realiza a través de la recolección de fuentes de información primaria y secundaria; entrevistas semi estructuradas a informantes clave de cada organización. Partiendo de la tesis que las Obras Sociales pertenecen a los trabajadores y sus organizaciones sindicales, quienes como colectivo de clase decidieron crear y conducir sus propias organizaciones sociales, nacieron por fuera de las estructuras del Estado, con criterios de equidad y solidaridad. Las hipótesis que guían nuestro trabajo intentan verificar si en la actualidad las obras sociales sindicales (y hasta qué punto) continúan manteniendo fuertes vínculos con empresas de medicina prepaga vía contratación de prestaciones médicas asistenciales a terceros proveedores; entre otras cosas generando un modelo prestador de servicios médicos que mostraría que, a través del financiamiento de la seguridad social médica se produce y contribuye a un mayor crecimiento y desarrollo del sector privado, y hasta qué punto, orientan sus inversiones en la generación de servicios de salud propios

ABSTRACT

The Health System in Argentina is made up of three sectors: public, private and Social Work. The bibliography consulted coincides in describing it as fragmented and with a poor coordination, lack of integration, heterogeneity and as inequitable both in relation to organization and financing and access to services. The diagnoses identify "mixed" insurance mechanisms where different population groups contribute to alternative funds for the coverage of health services. Thus, the breadth of the services offered is related to the ability of the contributors and their families to pay, and the location of each individual within each jurisdiction places them in a differential position vis-à-vis access to each unit providing health services. To these characteristics, a very fragmented social security system is added, with more than 300 funds of management and health care, largely based on the provision of outsourced services in the private sector. Focused on the analysis, structure and organization of the subsector of SOCIAL WORKS, we have begun the first field surveys on Trade Union Social Works. The approach is exploratory, and is carried out through the



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

collection of primary and secondary information sources; semi structured interviews with key informants of each organization. Starting from the thesis that the Social Works belong to the workers and their trade union organizations, who as a class collective decided to create and conduct their own social organizations, are born outside the structures of the State, with criteria of equity and solidarity. The hypotheses that guide our work attempt to verify if at present the union social works (and to what extent) continue to maintain strong links with companies of prepaid medicine through the contracting of medical assistance services to third-party providers; among other things, generating a medical service provider model that would show that, through the financing of medical social security, it produces and contributes to a greater growth and development of the private sector, and to what extent, they direct their investments in the generation of services of health.

Palabras clave

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO, SINDICATOS, OBRAS SOCIALES

Keywords

ARGENTINE HEALTH SYSTEM, TRADE UNIONS, SOCIAL WORKS



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

I. Introducción

En el marco de la materia de grado "Estructura y Organización de Obras Sociales" de la Tecnicatura de la Carrera de Relaciones del Trabajo de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, focalizados en el análisis, estructura y organización del subsector de las OBRAS SOCIALES hemos comenzado los primeros relevamientos en sobre Obras Sociales Sindicales argentinas, ya que en la actualidad aparecen como inexistentes en la literatura especializada sobre el tema.

El Sistema de Salud en Argentina se encuentra compuesto por tres sectores: público, privado y Obras Sociales. La bibliografía consultada coincide en describirlo como fragmentado y con una deficiente coordinación, falta de integración, heterogeneidad y como poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como el acceso a los servicios. Los diagnósticos identifican además, mecanismos de aseguramiento "mixtos" donde diferentes grupos poblacionales aportan a fondos alternativos para la cobertura de servicios de salud. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago de los aportantes y sus familias, y la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad proveedora de servicios de salud. A estas características, se suma un sistema de seguridad social muy atomizado, con más de 300 fondos de gerenciamiento y atención de la salud, en gran medida basado en la prestación de servicios terciarizados en el sector privado.

En la Argentina el subsistema de Obras Sociales se consolida como tal para 1970, a través de la Ley 18.610; y aunque éstas existían desde mucho antes, la modalidad que asumían no era la que hoy conocemos. Las Obras Sociales durante las décadas del '50 y '60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas sólo en parte a través de servicios propios; siendo el rasgo central de este subsector el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad a través de instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia, sobre todo a partir de Obras Sociales Sindicales y a los jubilados, del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados y sus familiares directos, cuyo aporte obligatorio se realiza a través de las contribuciones, tanto del empleador como del empleado.

Así nace el seguro de salud en la Argentina por decisión de los trabajadores, con aportes desde el salario, por rama de actividad y con criterios de solidaridad.

Las Obras Sociales adquirieron un marco legal que las regula, diferenciándose en:

1. Obras Sociales Sindicales,



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

2. Obras Sociales de administración mixta (integrada por representantes del Estado y de las organizaciones sindicales respectivas),
3. Obras Sociales de la administración central del Estado Nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados,
4. Obras Sociales de empresas y sociedades del Estado,
5. Obras Sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios (corresponde al personal comprendido fuera de los convenios colectivos),
6. Obras Sociales constituidas por convenios con empresas privadas o públicas,
7. Obras Sociales del personal de las FFAA y de seguridad.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

II. Marco teórico/marco conceptual

Las Obras Sociales son entidades encargadas de organizar la prestación de la atención médica de los trabajadores en Argentina. Así el trabajador junto a su grupo familiar¹, se encuentra protegido al poder acceder a la atención médica, medicamentos y prácticas de asistencia médica. Por ley todas las personas trabajadoras deben tener una obra social, en el cual la misma es financiada actualmente a través del trabajador que abona el 3% de sus aportes de la remuneración bruta, como el empleador que contribuye el 5%.

Previo al año 1946 en Argentina, la salud pública era escasa; la medicina era una función privada. Por ello, algunos gremios empezaron con la acción mutualista para cubrir los requerimientos de sus afiliados. A lo que con el tiempo comenzó a llamarse "Obra Social". Inicialmente la Obra Social estaba dirigida a prestar ayuda frente a la enfermedad y la cobertura de la muerte.

O sea que, a mediados de siglo XX los trabajadores en Argentina, a través de sus organizaciones sindicales decidieron asumir el desarrollo de estructuras sociales que dieran respuestas a la problemática de la salud y sus determinantes, en un contexto de pleno auge del desarrollo industrial y en el marco del nacimiento de un movimiento político que se instalaba en el centro de la escena a la clase trabajadora y fortalecía su conciencia de clase. Como clase social habían acumulado el suficiente poder para constituirse en la resolución de sus problemas de salud y participar activamente en satisfacer sus necesidades. En este contexto, el Estado comenzaba a intervenir en el bienestar de sus ciudadanos y, en la preservación de la fuerza del trabajo y de su familia.

Las Obras Sociales Sindicales representaron una parte mayoritaria de la población económicamente activa. De esta forma, los mejores salarios colaboraban con sus aportes con los de menores ingresos en un fondo solidario administrado por los trabajadores a través de sus propias organizaciones.

Daniel Cieza (2011:3), afirma que *“La reforma del estado junto a este tipo de políticas propusieron un fuerte impacto en las obras sociales sindicales, en el cual la última dictadura cívico – militar las interviene e intenta sacarlas de la esfera sindical”*. Para Cecilia Acuña (2000:9) *“En 1974 se estableció el Sistema Integrado de Salud, (SNIS), que representa este objetivo de conformar un sistema de salud de eje estatal que otorgara a la población un acceso igualitario. No logró la participación de todos los sectores sociales. Las Obras Sociales de trabajadores no se integraron al sistema y sólo algunos departamentos provinciales acogieron la propuesta, en el cual tuvieron importantes logros hasta su intervención en el período militar”*.

En el Proceso de Reorganización Nacional, las normas decretadas tuvieron como objetivo central limitar la capacidad política de los sindicatos, llegando a intervenir las propias estructuras de las obras sociales y sindicales. Las consecuencias observadas son el crecimiento del desempleo, subempleo y precarización laboral; el deterioro progresivo del salario.

¹ El alcance es para la mujer si está desempleada y los hijos hasta 21 años pudiéndose postergar hasta los 25 años si se encuentra estudiando y bajo el cargo del titular, además de no contar con trabajo.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

A partir de la década de los noventa se consolidó o fue más visible el modelo económico neoliberal en la mayoría de los países de la región, el cual no solo generó la reestructuración del Estado sino también de buena parte de sus políticas sociales. Este modelo se caracterizó por una intervención estatal limitada en la economía y por una mayor confianza en el libre mercado. Si bien tuvo diferentes patrones y efectos en la región, es innegable que, en general, tuvo efectos negativos en la protección del trabajo y en los sistemas de seguridad social; la desregulación, la flexibilización, la tercerización y la precariedad laboral, entre otros fenómenos, han sido desde entonces parte de la cotidianidad de las relaciones laborales.

En la Argentina, las normas que rigen la afiliación a una u otra Obra Social se flexibilizaron, permitiendo al trabajador mayor libertad en la elección de la obra social a la cual desea pertenecer.

Daniel Cieza (2011:6) indica que *“Los cambios producidos en los '90 se visualizan en la reducción de la población ocupada de manera formal, en el cual produjo un fuerte impacto en la desfinanciación en las obras sociales”*².

Los autores Carlos Acuña y Mariana Chudnovsky (2002:23) afirman que *“Durante estos años el sector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de obras sociales. Entre 1969 y 1995, la participación en los establecimientos asistenciales del país se cuadruplicó, donde el Estado ha tenido poca intervención regulatoria”*³.

Y Cecilia Acuña (2000:10) sostiene *“Una primera propuesta de reforma integral orientada a lograr una mayor competencia entre las Obras Sociales se produjo en el año 1991 con el proyecto de la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM). En ese período, se promulgaron diversos decretos⁴ que implicaron cambios positivos de menor escala. Entre ellos está el establecimiento de un esquema centralizado y unificado de la recaudación de todos los subsistemas que integran la seguridad social, (SUSS). Este cambio redundó positivamente en el nivel de recaudación de la seguridad social en general y de las obras sociales en particular, tal como lo demuestra el aumento del 30% experimentado desde su creación en 1993 hasta el presente.*

2 Otro aspecto del desfinanciamiento fue por la reducción del salario y de las sumas fijas no remuneratorias y sobre todo el fomento de las modalidades contractuales flexibles. Además se le adiciona la posibilidad de desregulación de las obras sociales, en el cual “la aristocracia obrera” comenzó a acceder a la medicina privada. El autor afirma que la reforma de Estado de los años 90, y las políticas neoliberales impactan negativamente sobre las Obras Sociales, ya que consideraban anómalo que el mercado de la salud laboral estuviera en manos de los sindicatos. Es así como parte de los esquemas desregulatorios de esta época, termina con el vínculo directo entre la acción gremial y la salud laboral. Esto tiene una consecuencia no del todo evaluada, La obra social ya no tiene a su cargo un conjunto social homogéneo donde se puede hacer prevención de los riesgos del oficio, sino una masa heterogénea de pacientes.

3 En Argentina se operan alrededor de 196 empresas de medicina prepaga, en el cual el 58% tiene base en Capital Federal, en el Gran Buenos Aires el 19% y el 23% en el interior. Del volumen total de asociados, el 65% de los casos se trata de adherentes individuales y el resto (35%) está conformado por afiliaciones corporativas.

4 A fines de 1995, con la sanción del Decreto 292/95 se introdujeron reformas con contenido operativo, especialmente sobre el régimen financiero. Los elementos más relevantes de dichas reformas, eran: Reducción de las contribuciones patronales desde el 6% al 5% de los salarios, eliminación de los recursos de otra naturaleza que beneficiaban a determinadas obras sociales (bancarios, seguros y Ministerio de Economía), incorporación de un mecanismo automático de distribución de subsidios hacia los trabajadores de menores ingresos (éste consiste en que el ente recaudador -Dirección General Impositiva- garantiza con la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución, un monto mínimo de 40 dólares mensuales a aquellos trabajadores cuya cotización sea inferior a dicho valor), establecimiento de la posibilidad de opción para los trabajadores pasivos, de modo que puedan escoger entre la Obra Social de los jubilados o algunas de las obras sociales inscritas en un registro creado para tal fin, establecimiento de una canasta básica de prestaciones.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

La crisis del 2001 arrastró a varias obras sociales a la quiebra, agravada por las políticas de desregulación y la crisis financiera producto de la disminución de la masa de aportantes por el incesante incremento del desempleo, la menor participación del salario en el producto bruto y los aumentos de los costos de las prestaciones asistenciales.

Normativa y Marcos Regulatorios.

La ley 23.660 (de Obras Sociales) y la ley 23.661 (del Seguro Nacional de Salud) fueron sancionadas en 1989 y llevan más de 25 años de vigencia con algunas modificaciones.

En lo que hace a las personas incluidas en la norma han quedado obligatoriamente incorporados en la cobertura los titulares, definidos en el artículo 8 de la ley 23.660 como los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y de la Administración Pública Nacional, entendiendo esta última como del Poder Ejecutivo Nacional ya que el Poder Legislativo y el Judicial tienen entidades de salud propias que no integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Además de esos titulares, la ley contempla la cobertura obligatoria del grupo familiar primario y de otros integrantes detallados.

Tanto las leyes 23.660 y 23.661, contemplaron la inclusión de los autónomos, especialmente el artículo 5 de la ley 23.661, entendiendo a tales beneficiarios como aquellos trabajadores por cuenta propia.

Al año siguiente, en 1990, el por entonces Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) dictó la resolución N° 490/90-INOS que permitió a las obras sociales incorporar beneficiarios en calidad de *adherentes*. Estos *adherentes* fueron identificados en esa normativa como aquellos que no se encuentran obligatoriamente integrados a un agente del seguro de salud y que optaren por gozar de los servicios médico asistenciales de una obra social.

Esa normativa, además, incluía los mecanismos de cobertura y de pago, que trasladaban la condición de agente de retención del aporte al Fondo Solidario de Redistribución en cabeza de la Obra Social.

Entre ambas puntas transitaban aquellos trabajadores de actividades que no contaban y no cuentan con una relación de dependencia clásica, entendiendo en este concepto aquellos que tienen un salario mensual, aportes y contribuciones y relaciones laborales sostenidas en el tiempo de manera formal.

En el año 2000 se dictó la ley 24.977 que incorporó la figura del pequeño contribuyente (monotributista), que contuvo y contiene a los autónomos de menores ingresos. Esta inclusión de los *adherentes* de las obras sociales se mantuvo desde el año 1990 hasta mayo de 2011 en que se dictó la ley 26.682 de medicina prepaga.

La vigencia de esa nueva norma (Ley 26.682) de medicina prepaga incluyó dentro de la ley la figura de los adherentes de las obras sociales, o voluntarios de la anterior resolución 490/90-INOS



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

mencionada anteriormente, norma posterior y de mayor jerarquía que derogó tácitamente la del Instituto Nacional de Obras Sociales.

La situación recobra vigencia con el dictado de la ley 27.203 5 que regula la actividad actuarial y su decreto reglamentario que incorporan la figura del trabajo discontinuo, calificándolo como aquél que se presta en forma intermitente o alternada durante el año, con uno o varios empleadores, sin embargo, en materia de seguridad social y más específicamente de obras sociales, estos trabajadores no encajan en ninguna de las categorías vigentes, motivo por el cual hoy se encuentran en una situación de desprotección en materia de salud, tanto ellos como su grupo familiar primario.

5 Ver ley:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=8A84DE4CCBF3C597BDEA0253BF2E6409?id=255670>



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

III. Metodología

El enfoque de esta investigación es de tipo exploratorio y se utilizan herramientas cualitativas que se realizan a través de la recolección de fuentes de información primaria y secundaria; revisión de publicaciones, paginas web como también entrevistas abiertas y semi estructuradas a informantes clave de cada organización, etc.

Partiendo de la tesis que las Obras Sociales pertenecen a los trabajadores y sus organizaciones sindicales, quienes como colectivo de clase decidieron crear y conducir sus propias organizaciones sociales, nacen por fuera de la estructuras del Estado, con criterios de equidad y solidaridad.

Las hipótesis que guían nuestro trabajo intentan verificar si en la actualidad las obras sociales sindicales (y hasta qué punto) continúan manteniendo fuertes vínculos con empresas de medicina prepaga vía contratación de prestaciones médicas asistenciales a terceros proveedores; entre otras cosas generando un modelo prestador de servicios médicos que mostraría que, a través del financiamiento de la seguridad social médica se produce y contribuye a un mayor crecimiento y desarrollo del sector privado, o si, por el contrario y hasta qué punto, orientan sus inversiones en la generación de servicios de salud propios, y en cada caso, analizar la brecha existente entre cobertura teórica y efectiva, analizando los diferentes planes que se ofrecen cada una de ellas.

Los análisis se realizaron sobre 4 Obras Sociales:

1. Obra Social del Personal de Televisión (OSPV) del Sindicato Argentino de Televisión (SAT);
2. Obra Social del Personal de la Industria Lechera (OSPIL) de la Asociación de Trabajadores de la Industria Lechera de la República Argentina (ATILRA)
3. Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina (OSUOMRA) de la Unión Obrera Metalúrgica (UOM) de la Seccional Quilmes, Florencio Varela y Berazategui (Buenos Aires), y por último
4. Obra Social de los Trabajadores de las Empresas de Electricidad (OSTEE) del Sindicato Luz y Fuerza, Sección Capital.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

IV. Análisis de datos más relevantes

1. Obra Social del Personal de Televisión (OSPV) del Sindicato Argentino de Televisión (SAT)

El sindicato SATSAID, cuenta con su propia obra social denominada TV SALUD. Desde 1972 la Obra Social del Personal de Televisión "*hace realidad*" el proyecto de asegurar la salud de todos los trabajadores de TV, funcionando bajo el principio básico "sistema solidario" que permite "garantizar una cobertura segura y calidad de prestación", brindando cobertura de salud a más de 72.000 beneficiarios en todo el país.

Si bien los trabajadores del sector de medios audiovisual tienen beneficios varios, se distinguió para el caso una separación en las prestaciones médicas otorgadas por la obra social del sindicato. Por un lado, un Plan para los afiliados, el Plan SAT, y por el otro, un plan de salud vinculado a aquellos que NO están afiliados al Sindicato, lo que involucra la contraprestación de copagos para acceder a la salud.

Además de la distinción sistemática e institucional del sindicato (deliberada), no hay información clara sobre cómo se administran los planes de salud, dado que se obtuvieron datos contrapuestos provenientes de distintas fuentes entrevistadas. En principio lo que explica un delegado durante la entrevista semi-estructurada realizada difiere de la información institucional de la página web de la Obra Social y por del discurso del Secretario de Acción Social acerca de la solidaridad de las prestaciones de salud, hay diferente cobertura, consecuente de la afiliación y de la posibilidad económica del trabajador de poder pagar los aportes necesarios para obtener el plan SAT.

El devenir histórico demuestra que han pasado por varios intentos de ser privatizados, y hasta han sido perjudicados mediante leyes que en la práctica afectan los índices de afiliación. Pero si las obras sociales hoy en día siguen "*teniendo éxito*" es gracias a la resistencia que han presentado los mismos trabajadores a todos estos cambios.

El crecimiento en los últimos años de afiliados en el SAT podría deberse al aumento de la actividad de los servicios con respecto a la industria, ya que en los 90` se vio afectada la estructura productiva del país en detrimento de las actividades primarias, y como consecuencia, de las políticas neoliberales y del crecimiento del sector terciario.

2. Obra Social del Personal de la Industria Lechera (OSPIL) de la Asociación de Trabajadores de la Industria Lechera de la República Argentina (ATILRA)

La Asociación de Trabajadores de la Industria Lechera es el único sindicato que opera en el sector. El gremio está habilitado para representar sindicalmente a todos los trabajadores de la industria láctea, tanto en tareas de fabricación, administración, comercialización y distribución de todos los



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

productos lácteos y sus derivados, dentro del ámbito de todo el territorio nacional. **O.S.P.I.L. Obra Social del Personal de la Industria Lechera** es la Obra Social Sindical, fundada el 12 de Diciembre de 1990. Brinda cobertura médico asistencial a unos 100.000 beneficiarios en todo el país y cubre el Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

Si bien O.S.P.I.L. en su nacimiento tuvo que enfrentarse a estas medidas desreguladoras, según lo declarado por el entrevistado, se mantuvo fuerte y con una tasa de afiliación relativamente estable. El mismo comenta *“en los años '90 nos vimos afectados pero no sufrimos mucha movilidad de afiliados a otras obras sociales. Esta siempre fue baja. Los afiliados están conformes con esta obra social y no quieren cambiarse”*.

Esta estabilidad por parte de la Obra Social y sus afiliados se debe a que pertenece a un sindicato que encuadra a un segmento importante de trabajadores, primordial para el desarrollo de la industria argentina, lo que hace que pueda resistir ante estas situaciones sin sufrir grandes modificaciones en su estructura.

Lo mismo es aplicable a la crisis, producto de dicho modelo, del año 2001. Al preguntarle al entrevistado acerca de los efectos que la misma habría causado tanto en el sindicato como en la obra social el mismo respondió *“la crisis mucho no nos afectó, vacas siempre hubo. La gente no deja de comprar lácteos”*. De los datos volcados surge que si bien la obra social fue afectada por la gran depresión que abarcó los años 1999 a 2001, el daño no fue tan grave como en otros gremios.

Se puede concluir que se trata de una Obra Social que no representa la mayoría de los casos de otras obras sociales que fueron atravesadas por la desregulación del modelo neoliberal. La estabilidad que logró sostener la misma durante este periodo, teniendo en cuenta que se debe al sector al cual nuclea el sindicato, un sector amplio que abarca todo el país y cuyo aporte a la economía del mismo es muy importante. Es por esto, que pese a crearse como obra social en el año 1990, logró esquivar los obstáculos impuestos por una política totalmente desproteccionista y debilitante del colectivo obrero, apoyándose en un sindicato mayoritario con alta incidencia en cuestiones macro. Esta resistencia por parte del Sindicato y de la Obra Social le permitió crecer aún más durante el periodo de crecimiento económico iniciado en el año 2003 bajo la conducción de Néstor Kirchner, gobierno que retornó a los principios de equidad y justicia social como base para la construcción de un nuevo proyecto, como así también al desarrollo de la industria argentina. Aspecto que favorece, y en gran medida, al crecimiento de la industria lechera.

3. Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina (OSUOMRA) de la Unión Obrera Metalúrgica (UOM) de la Seccional Quilmes, Florencio Varela y Berazategui (Buenos Aires)

La OSUOMRA Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina, desarrolla su actividad desde mediados de 2001 a través de prestadores y redes prestadoras, con quienes ha terciarizado la totalidad de las prestaciones médico-asistenciales. Ello ha significado un profundo cambio en el modelo prestador, basado fundamentalmente en Servicios propios a cargo directo de la



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

O.S.U.O.M.R.A. La contratación global de Servicios se ha extendido prácticamente a todo el país, con inclusión del cinturón industrial que va desde La Plata a Rosario, sede de la mayor concentración y complejidad de Servicios Médicos propios. Esta decisión no ha significado el desmantelamiento mismo, cuya titularidad le pertenece al Sindicato (U.O.M.), sino un cambio en su administración que ha sido transferida a los prestadores.

El proceso de cambio se inició en 1997, cuando se “regionalizaron” las prestaciones en el interior del país incorporando estructuras propias de complejidad mediana o baja en los convenios con prestadores. Han quedado暂时amente bajo la administración directa de las Seccionales, las prestaciones en los siguientes lugares: Seccional Quilmes, Chaco, La Rioja, Jujuy, Puerto Madryn, Río Grande, San Juan y Villa Constitución.

Conforme la Resol. 201/2002 del Ministerio de Salud Pública de la Nación, que puso en vigencia el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), se ha adecuado el actual Programa Médico Asistencial de la Obra Social. Se han mantenido los Programas de Prevención enunciados en el PMA 2003, incorporando las modificaciones previstas en el PMOE. Se preservan los Equipos Básicos de Atención Médica Primaria (EBAMP) en las regiones cuyo sistema médico de atención ya los tiene incorporados, propiciando su desarrollo en las demás regiones. Se podría sostener para este caso que la recuperación del trabajo tradicional y la inclusión a la seguridad social de nuevas figuras del mundo del trabajo, han traído un fuerte impacto en la economía de las obras sociales. Lo que conlleva a repensar su estructura y fuentes de financiamiento.

La obra social de la Seccional Quilmes, tiene claros problemas de financiamiento por el elevado costo de las prestaciones médicas, que no concuerdan con los aportes realizados por los beneficiarios, que se encuentran bastante desfasados de las necesidades económicas reales, para sostener el sistema.

En algún momento, no muy lejano, se consideraban a las obras sociales sindicales como “la caja”, de las organizaciones; eran un coto de caza preciado por su fuerte economía. Cosa que en la actualidad indudablemente cambió, convirtiéndose en un foco de endeudamiento, pues necesita para su sostenimiento del aporte de otros recursos por parte de las organizaciones gremiales. Esto, sumado a la cantidad compulsiva de incorporación de beneficiarios que realizan también aportes económicos segmentados, llevó a que la estructura deba adaptarse para poder cumplir con las prestaciones, cuya calidad se encuentra interpelada.

El abordaje de soluciones y el proceso de reformulación del sistema se encuentra en pleno proceso. Alienta la idea de la incorporación cada vez mayor de trabajadores y trabajadoras al trabajo registrado, y nos interpela también la premisa que, para que se garantice la justicia social, es también necesario rever los costos no sólo de los prestadores, sino de los proveedores tanto de insumos como de medicamentos, un tema aún controversial en Argentina.

4. Obra Social de los Trabajadores de las Empresas de Electricidad (OSTEE) del Sindicato Luz y Fuerza, Sección Capital.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

El 1 de Julio de 1992 nace O.S.T.E.E.-Luz Médica como respuesta sindical a las transformaciones que se empiezan a dar en el sector energético.

Cuando hacia fines de 1988 asume el nuevo Consejo Directivo del Sindicato de Luz y Fuerza, su entonces Secretario General Oscar Lescano, definía claramente el comienzo de una nueva etapa que consolide definitivamente el aspecto social, diferenciándola de la anterior, donde el aspecto predominante fue el de la recuperación de los derechos arrancados por la dictadura, a través de la puesta en vigencia del Convenio Colectivo de Trabajo.

La gestión del sindicato comienza a transitar entonces un camino de grandes dificultades derivadas fundamentalmente de dos procesos inflacionarios que vivió el país, además de las conocidas falencias estructurales de la empresa SEGBA (Servicios Eléctricos de Buenos Aires), agravadas en el aspecto social por la discontinuidad de la conducción del área asistencial (dos funcionarios y tres intervenciones en el término de tres años) ocasionando múltiples inconvenientes que erosionaron la relación con los distintos prestadores de la Salud.

La Estructura de O.S.T.E.E. está constituida como un Ente Autárquico, cuya administración es realizada por la Secretaria de Acción Social del sindicato. Esta figura le garantiza a la organización sindical que ante una hipotética crisis económica de la Obra social, esta no arrastraría al sindicato.

No posee estructura edilicia propia, cuenta con una Sede Central, viejo edificio donde funcionaba el Policlínico de SEGBA usado en comodato que el Estado Nacional Argentino le otorgó en la etapa de negociaciones con el sindicato y las empresas. Brinda servicios médicos y de estudios desde el Policlínico y tiene contratados todos los servicios de salud que brinda por fuera de éste, ya sea desde médicos de familia o prácticas de estudios o internaciones.

Cuenta con una dirección política, representada por miembros del sindicato y una dirección médica conformada por profesionales médicos de diferentes especialidades. La Dirección Política está conformada por un Presidente ocupado por el Secretario General del Sindicato de Luz y Fuerza, una vicepresidencia ocupada por el Secretario General de la Asociación del Personal Superior de las Empresas de Energía (APSEE). Un Secretario de Acción Social que lo ocupa el Secretario de Acción Social del Sindicato de Luz y Fuerza, un tesorero que es el Secretario de Hacienda del Sindicato de Luz y Fuerza, un Secretario de Actas que es el mismo del de la Asociación y tres revisores de cuenta; uno por la Asociación y dos por el Sindicato.

La Dirección Médica, está dividida en tres Gerencias, una Gerencia de Prestaciones, una Gerencia Legal y una Gerencia de Auditoría. Dentro de esta última se encuentra el Departamento de Médicos de Familia y el Departamento de facturación Clínica. Estas Direcciones y Departamentos funcionan en el Policlínico, allí se centraliza el seguimiento y control de los servicios o sanatorios contratados por la Obra Social y de las llamadas “islas prestacionales” que son los servicios de salud por zonas, geográficas como ser, Norte, Sur, Oeste proveídos por privados que tienen convenio con la Obra Social y para dar respuestas a los afiliados más cerca de su domicilio.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

En O.S.T.E.E. trabajan alrededor de ciento diez empleados que poseen relación de dependencia directa con esta. La cantidad de beneficiarios titulares que posee la Obra Social es de aproximadamente 37.000 personas a las que hay que sumarle su grupo familiar a cargo. Los jubilados beneficiarios titulares representan casi 28.000 personas de ese universo.

El sindicato tiene alrededor de 9000 afiliados de los cuales el 60 % está dentro de la Obra Social, de acuerdo a lo manifestado por nuestro informante clave.

Esta Obra Social no es de alcance nacional porque se circunscribe específicamente al ámbito de actuación del sindicato de Luz y Fuerza de Capital Federal. Es decir, presta Servicios médicos en Capital Federal y los partidos de la Provincia de Buenos Aires hasta donde llega la representación gremial del sindicato que está claramente delimitada en el Estatuto de la Organización.

Asimismo tiene contratada la atención médica primaria en los alrededores de los hoteles sindicales que posee en el ámbito nacional que presta servicios en forma exclusiva a los circunstanciales pasajeros de sus hoteles sindicales que sean beneficiarios de ella.

El área de cobertura abarca Capital Federal y un radio de 60 km. fuera de la misma (Gran Buenos Aires, La Plata y Gran La Plata) y no cubre ni se hace cargo de prestaciones que los beneficiarios reciban fuera de la misma.

Luz y Fuerza Capital Federal tiene su propia Obra Social que la distingue del resto de los sindicatos de Luz y Fuerza del País. Optó por mantenerla a pesar de que todos los sindicatos eléctricos del País (42) están nucleados en la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza (FATLyF) y poseen como sistema de salud de alcance nacional a la Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza (OSFATLyF). Tampoco adoptó el turismo social que la Federación brinda a todos los sindicatos del país a través de su cadena hotelera Intersur hoteles.

Con respecto a la financiación de O.S.T.E.E., el sindicato renegoció ese sistema con el Estado y con los consorcios privados, como así también reestructuró el funcionamiento de los servicios traspasados para que se ajuste a las verdaderas necesidades de los beneficiarios. El sobredimensionamiento de los servicios asistenciales que tenía la gran empresa estatal y cuyos recursos parecían ilimitados, tenían ahora que ser racionalizados y acordes a la estructura que el sindicato podía darle a la Obra Social.

En lo relacionado a las razones que determinan el porcentaje de afiliados que permanece en un sistema de salud ajeno al brindado por la organización gremial (40%), según nuestro informante clave serían: *“la poca comunicación institucional y falta de campañas en los sectores de trabajo por parte de las Delegaciones gremiales destinadas a concientizar a los trabajadores sobre la importancia de contar con un sistema solidario de salud. Otras de las razones es que, los trabajadores con ingresos más altos optan por las Obras Sociales que tienen convenios con la medicina prepaga ya que la normativa tributaria les permite deducir ganancias, consiguiendo también un status más*



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

elevado que el resto de sus compañeros y mejor hotelería hospitalaria a su disposición. Por último, si el trabajador al momento de ingresar a trabajar en alguna de las empresas de la actividad no opta por O.S.T.E.E., las propias empresas le asignan una ajena a la relación sindical con el fin de desfinanciar en forma indirecta a la organización gremial”.

Si tomamos en cuenta que los afiliados del sindicato son aproximadamente 9.000, pero O.S.T.E.E. posee actualmente alrededor de 37.000 beneficiarios (entre el sector activo y pasivo y sus respectivos grupos familiares) podemos decir que presenta dos características que la colocan en situación de inviabilidad económica tal como lo definiría cualquier empresa de salud privada, es decir la desfinancian: la gran cantidad de beneficiarios que representan el sector pasivo sumado al envejecimiento de su población activa, y la deserción de muchos trabajadores de la actividad que cambian de obra social o bien al momento de ingresar a trabajar en la actividad optan por otra.

Los números de O.S.T.E.E. muestran que existe una brecha en la población de beneficiarios, reflejo de lo acontecido en las empresas de electricidad. Durante los noventa y hasta el 2004 las empresas de electricidad no tenían prácticamente ingreso de personal con contrato por tiempo indeterminado, sino que optaban por la incorporación de personal a través de empresas tercerizadas para realizar la tarea habitual y permanente de los trabajadores afiliados a Luz y Fuerza. Este personal ingresaba bajo distintas modalidades de contratación inferiores a las que tenían los trabajadores de las empresas madres, con otro encuadre sindical y por consiguiente con otra Obra Social. Sumando a eso, la gran cantidad de trabajadores que se habían acogido al retiro voluntario durante los primeros años de mediados de los noventa podremos observar la merma permanente de trabajadores por los cuales las empresas realizarían los aportes para la atención de la salud, trayendo aparejado un claro desfinanciamiento del sistema de salud sindical.

Desde su origen se hizo cargo de 25.000 jubilados, hecho inédito para la Seguridad Social, en comparación con el resto de las organizaciones sindicales. Los jubilados que opten por mantenerse en el sistema solidario de salud del sindicato deberán afiliarse nuevamente al mismo una vez finalizado su etapa de trabajador y de afiliado activo. Esta nueva afiliación como Jubilado será posible realizando el aporte correspondiente del 5 % (afiliado) más un aporte voluntario del 7% de sus haberes que serán destinados a la Obra Social, además del 6% de aportes obligatorios por ley a PAMI, no así su cuota-aguinaldo.

Anteriormente mencionamos que las empresas aportan la contribución a la obra social más la parte que le corresponde al trabajador. Esto hace que el trabajador esté libre de aportes a la misma, conquista lograda por la organización gremial. Pero según nuestra investigación este procedimiento no está reflejado en ninguno de los Convenios Colectivos de Trabajo firmados entre las empresas del sector eléctrico y el sindicato sino mediante Actas de Acuerdo entre el sindicato y el sector patronal.

Las prestaciones de salud también alcanzan al sector monotributista que mediante sorteo el sistema le asigna la cobertura de O.S.T.E.E. Otro grupo que recibe atención médica desde esta obra social



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

son las trabajadoras del servicio. Si bien no constituyen un grupo de beneficiarios numeroso, los aportes que realizan también son del mismo monto económico que los del sector monotributista.

Además, las recientes políticas de gobierno que implementaron el sistema de moratoria previsional permitió que muchas mujeres esposas de jubilados puedan optar por seguir atendándose con O.S.T.E.E. Estas nuevas jubiladas que se afilian a la Organización Sindical también realizan el aporte correspondiente del 12% total al gremio (entre afiliación y aporte a la obra social) y el 6% que por ley se les descuenta destinado a PAMI.

Durante la entrevista realizada a un trabajador beneficiario de la Obra Social, escuchamos los inconvenientes que a su entender tenía O.S.T.E.E.. A saber, las demoras en la atención, preocupantes para el trabajador que necesitaba una atención de manera más inmediata, y que la obra social se encontraba imposibilitada para darla, derivó en que muchos de sus compañeros de trabajo emigraran hacia otras Obras sociales que mantenían convenios con las empresas prepagas de salud.

La Obra social atiende a un universo de nuevas categorías que fueron incluidos recientemente en el sistema de salud (antes eran atendidos por el sistema de salud pública) y cuyos aportes económicos son mínimos con respecto a los costos que demanda la atención de la salud en el mercado.

Con el pase a planta permanente o efectivización de miles de trabajadores de empresas contratistas que tenían y tienen todavía, una elevada proporción de trabajadores con numerosas patologías como por ejemplo adicciones que no fueron advertidas anteriormente debido a la fragilidad de los controles llevados a cabo sobre el personal contratista. Es decir, en el contexto actual de devolución de derechos ingresan ahora a una situación de trabajo más estable y más digna pero que afloran las consecuencias de situaciones no detectadas anteriormente y que terminan repercutiendo en las prestaciones de salud que la obra social deberá atender.

Además, otro de los grandes inconvenientes que tienen las obras sociales sindicales es que la cartelización de laboratorios, empresas de salud, y diversos prestadores aumentan en forma constante los costos de los insumos necesarios para la salud y que imposibilitan que las obras sociales sindicales puedan afrontar ese gasto extra, ajustando los aportes solo cuando se discute la pauta salarial en paritarias. Con ella se mejora el porcentaje destinado a la obra social.

Por todo lo mencionado hasta aquí y sin lugar a dudas la inclusión llevada a cabo mediante medidas gubernamentales de los últimos años, trajo aparejado una saturación de los sistemas de salud y sobre todo del sistema de salud solidario prestado por las Obras Sociales sindicales, que repercute como consecuencia en los servicios brindados con acotados presupuestos a un universo poblacional cada vez más heterogéneo, y con mayor necesidad de atención.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

V. Conclusiones

A principios de siglo XXI, la frontera entre obra social y medicina prepaga resulta difusa debido a las maniobras comerciales implementadas por las obras sociales junto con un achicamiento del estado en cuanto a su rol de protector el servicio social.

Las obras sociales ofrecen un producto básico legal con varias limitaciones a la vez que algún as ofrecen otros productos más completos pagando un plus por encima del aporte retenido automáticamente del salario. Dicha brecha, hace que las obras sociales no puedan competir con la medicina prepaga.

La influencia de la medicina prepaga y de las Gerenciadoras de la Salud laboral ha modificado la cultura organizacional de las tradicionales obras sociales sindicales. En rigor, no solo la obra social cumplía funciones en la atención de algunas enfermedades, las previstas en el Plan Médico Obligatorio. Se atendían todas las patologías, y además se prestaban una serie de servicios sociales, que tenían vinculación con un concepto integral de salud: deportes, capacitación, turismo social, programas de vivienda.

Si bien algunas de estos servicios subsisten, las estructuras y las practicas organizacionales de las actuales obras sociales han cambiado mucho. Se enfoca la salud como un problema individual mercantilizado y no como un derecho humano que se desenvuelve en un contexto colectivo. (Daniel Cieza, 2011:8).

Primeros resultados y algunas reflexiones:

A partir de las hipótesis planteadas podemos sostener para los casos analizados que las obras sociales sindicales mantienen fuertes vínculos con empresas de medicina prepaga vía contratación de prestaciones médicas asistenciales a terceros proveedores; generando un modelo prestador de servicios médicos que, a través del financiamiento de la seguridad social médica contribuye a un mayor crecimiento y desarrollo del sector privado, y donde se pudo diferenciar "distintos tipos de cobertura", acorde la procedencia de los afiliados (monotributistas, personal doméstico, etc.).

Las obras sociales continúan siendo la principal herramienta de asistencia y prevención en materia de salud ocupacional que se constituyeron como el seguro social en Argentina.

La estructura del sistema que cubre al 40% de la población - incluyendo a familiares y adherentes-, reproduce las desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica, ya que los aportes y contribuciones descansan sobre los salarios medios de las distintas ramas de producción de bienes y servicios, y casi desde su creación dicha modalidad presenta un alto grado de heterogeneidad en el acceso. Ello determina niveles disímiles de recaudación de recursos entre las distintas entidades y provoca profundas disparidades en el nivel de oferta, acceso a los servicios y gastos en prestaciones médicas, a pesar de la ayuda de un Fondo de Redistribución Solidario (FSR) que actúa como compensador y que intenta -sin demasiado éxito- atenuar dichas diferencias.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Verificamos que pocas obras sociales sindicales poseen capacidad instalada propia; son en su mayoría instituciones financiadoras que contratan servicios con el sector privado y esporádicamente con los hospitales públicos.

La distribución según tramos de tamaño de las entidades sindicales, permite apreciar una excesiva concentración de afiliados en pocas instituciones. Las obras sociales que nuclean a más de 100.000 afiliados constituyen sólo el 11% del total, pero integran al sistema el 72% del conjunto de afiliados. En cambio, las que poseen hasta 10.000 afiliados están conformadas por un poco más de la mitad de las obras sociales (55%), y concentran sólo el 4% del total de afiliados, mostrando que bajo el amparo de la organización por actividad productiva, los sindicatos conformaron diversas entidades con una reducida cantidad de beneficiarios (Superintendencia de Servicios de Salud, 1999).

La relación entre el tamaño de estas entidades y el ingreso promedio mensual per cápita percibido exhibe diferencias significativas y esta desigual distribución incide fuertemente en el nivel de prestaciones y en el gasto en prestaciones médicas. El número promedio de consultas disminuye notablemente a medida que el nivel de ingreso promedio de las entidades decrece. Mientras que las entidades más pobres gastan mucho menos en prestaciones médicas que las más ricas, esta relación no se refleja en igual medida en la cantidad de consultas médicas que ofrecen las obras sociales más acaudaladas (Findling, 2002).

El nivel de endeudamiento de las obras sociales sindicales alcanza elevados pasivos y varias se encuentran al borde de la quiebra.

Si bien la recuperación del trabajo tradicional y la inclusión a la seguridad social de nuevas figuras del mundo del trabajo han traído un fuerte impacto en la economía de las Obras Sociales, hay que repensar su estructura y fuentes de financiamiento.

Después del recorrido realizado, tanto del marco histórico, como legal, pasando por la gestión del sistema, y los cambios tanto estructurales, como políticos que se fueron suscitando en cada etapa, en particular desde el año 2003 a la fecha, podemos decir, que la generación de empleo y la inclusión, son dos elementos poderosos de dignificación. Pero para que sea aún más efectivo el trabajo debe ser decente⁶, como las prestaciones recibidas, de calidad.

Además de la actual reforma laboral y previsional que se está discutiendo en estos momentos en el Parlamento de la Argentina, desde los actores involucrados el escenario futuro sigue siendo incierto y más bien adverso. Desde una mirada interna del subsector las deficiencias en el manejo administrativo de los fondos de las Obras Sociales, la grave crisis financiera de las entidades, la necesidad impuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud de contar con reservas líquidas

⁶ El **trabajo decente** es un concepto propuesto por la [Organización Internacional del Trabajo](#) que establece las condiciones que debe reunir una [relación laboral](#) para cumplir los estándares laborales internacionales, de manera que el trabajo se realice en forma libre, igualitaria, segura y humanamente digna.⁴ Por debajo de tales estándares, deben considerarse violados los [derechos humanos](#) del trabajador afectado y que no existe [trabajo libre](#), propiamente dicho.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

correspondientes a un mes de facturación, la elevada evasión de los aportes empresarios, la mayor precarización del trabajo y las fuertes pujas políticas entre dirigentes perjudican a los usuarios como sujetos activos del proceso de reforma ya que se imponen fuertes restricciones en la oferta de los servicios médicos.

Los dirigentes sindicales continuarán exigiendo montos mínimos mayores para cubrir el Programa Médico Obligatorio. El rechazo al ingreso de las pre-pagas se justifica para preservar la identidad y la pertenencia del beneficiario a su Obra Social y evitar una fractura en la **solidaridad** del sistema.

El sector privado -afectado por la crisis económica-, ha sufrido una mayor concentración y disminuye sus costos también a expensas del usuario que paga montos adicionales para acceder a una cobertura integral. Pero paralelamente aparecen en escena proyectos de reforma tanto para el PAMI como para las Obras Sociales, originadas fundamentalmente por actores con intereses en el sector privado que intentan instalar en la agenda el concepto de subsidio a la demanda.

Aunque existan tenues propuestas para evitar la desfinanciación del sector, como la regionalización para entidades chicas del interior del país, es poco probable que disminuya a corto plazo la inequidad del sistema, ya que éste continuará sumamente polarizado: en un extremo se ubicarán los beneficiarios con mayor capacidad de pago con acceso a ofertas más prestigiosas en entidades privadas, y en el otro permanecerán los afiliados de menores ingresos y menor información sobre las opciones, que accederán a servicios de salud más limitados, ofrecidos por Obras Sociales con escasa viabilidad financiera.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

VI. Bibliografía

- **Acuña, Carlos H. y Chudnovsky, Mariana.** (2012) El Sistema de Salud en Argentina. Documento 60.
- **Acuña, Cecilia** (2002)
- **Cieza, Daniel** (2010) “Apuntes sobre obras sociales, derecho a la salud y sindicatos en la Argentina” en Cieza, D. Violencia y trabajo en Argentina, UBA-UNLP.
- **Danani, Claudia C.** "Los procesos que esconde la reforma de la seguridad social Argentina: el caso de las obras sociales". Instituto de Investigación “Gino Germani”. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- **Findling, Liliana.** (2002) Salud y reforma de las obras sociales ¿un capítulo cerrado?