

# SOCIALES en DEBATE 09

## **Seguridad social en salud:** política regulatoria, trabajadores e instituciones

MAITENA FIDALGO

DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES (UBA), MAGÍSTER EN POLÍTICAS SOCIALES (UBA), ESPECIALISTA EN GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES (UBA). DOCENTE DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL (UBA). JEFA DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE LA DIVISIÓN SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. I. PIROVANO, CABA. INTEGRANTE DEL GRUPO DE ESTUDIOS Y CONDICIONES DE TRABAJO CON SEDE EN IIGG.



La seguridad social en salud ha atravesado una profunda transformación en los últimos veinte años.<sup>1</sup> La modificación del marco regulatorio del sector ha repositionado tanto a los trabajadores formales como a las instituciones. La política de libre elección de obra social estableció nuevas reglas y condiciones, rompiendo con la cautividad de los trabajadores a la obra social perteneciente a la rama de actividad.

Así, obras sociales y empresas de medicina prepaga se reacomodaron en el escenario posdesregulación desarrollando estrategias de captación de afiliados y repositionamiento. Las primeras como legítimas entidades que —en el marco de la libre elección— podían atraer opciones de cambio. Las segundas —excluidas de las condiciones de competencia— estableciendo convenios con entidades sindicales para captar indirectamente a los afiliados. Dichos convenios le han permitido a las empresas desarrollar una forma de participación indirecta en la seguridad social, constituyendo una presencia instituyente de nuevos sentidos en el campo.

La transformación que analizamos en la seguridad social en salud nos permite repensar las formas de construcción de protecciones sociales.

## **¿Cómo entendemos la seguridad social en salud?**

La noción de seguridad social en salud es planteada aquí a partir de dos aproximaciones. En primer lugar, la ubicamos en el campo de las protecciones sociales, en el

---

<sup>1</sup> Este artículo recupera algunos de los resultados de la tesis de doctorado en Ciencias Sociales titulada “La transformación de la Seguridad Social en salud: la política de libre elección de obra social como parte de las redefiniciones del sistema de protecciones sociales. Área Metropolitana de Buenos Aires (1990-2010)”, defendida el 21 de agosto de 2013 en la Universidad de Buenos Aires. Además se enmarca en la labor colectiva desarrollada en el Grupo de Estudios sobre Políticas Sociales y condiciones de trabajo con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

que necesidades y contingencias están relacionadas con la noción de satisfacción. Ello sitúa la cuestión en el plano de aquello que se construye como deseable en una sociedad, en un plano ético y político. En un segundo nivel, entendido como institucional, se encuentra al seguro social de los trabajadores, construido por la intervención estatal sobre los aportes y las contribuciones surgidas de una relación salarial formal y ante contingencias específicas. En este sentido, como dijimos oportunamente: “la seguridad social en salud nos remite a las formas de vinculación entre los sujetos-trabajadores y la sociedad en su conjunto con los riesgos sociales en este campo” (Fidalgo, 2013). Cada sociedad define un diseño institucional-organizacional que reconoce/desconoce derechos y sujetos de las protecciones. Así, el tema de la atención de la salud de los trabajadores a través de una obra social, forma parte estratégica del campo de las protecciones sociales.

En esta alianza entre trabajo y salud, definimos a las obras sociales como protagonistas de un sistema de protecciones en salud centrado en la figura del trabajador asalariado formal.

### **Obras Sociales: trayectoria y reforma**

Empezaremos reconstruyendo la historia de las obras sociales a través de los procesos de legislación y normativización en general que fueron dándoles cuerpo. El decreto 30.655/44 y la ley Nº 18.610/79 se destacan en esa reconstrucción iniciada en la década del '40 y que en la del '70 alcanzó un punto de cristalización, con diferentes momentos instituyentes y coyunturas socio-políticas.

Remontamos el origen del Sistema de Obras Sociales a las décadas del 40 y 50, con la creación de la Comisión de Servicio Social (Decreto 30.655/44) cuya misión era otorgar servicios sociales desde las empresas. Dicha medida plasmó la vinculación entre la inserción laboral y la atención de la salud de los trabajadores pero tuvo un impacto relativo. Fue la sanción de la ley Nº 18.610 de 1970 la que adquirió fuerza instituyente. Definió la generalización del modelo, universalizó la cobertura al declararla obligatoria para todos los trabajadores en relación de dependencia y fijó los aportes a cargo del trabajador y las contribuciones a cargo del empleador (Danani, 1994: 17). Entre algunos de sus alcances se destaca el otorgamiento del beneficio a todo trabajador en relación de dependencia y su grupo familiar a la entidad de la actividad

respectiva, la creación del Fondo Solidario de Redistribución<sup>2</sup> y la utilización de los recursos en forma prioritaria para las prestaciones médico asistenciales mínimas. Pero fundamentalmente, esta norma estableció criterios de funcionamiento y estableció como obligatorio y homogéneo el cofinanciamiento entre empleadores y empleados.

Con la sanción de la ley de obras sociales, N° 23.660 y de la ley denominada del Sistema Nacional del Seguro de salud, N° 23.661 (aprobadas en 1988 y promulgadas en el año siguiente) el sistema alcanzó un formato bastante estable en términos normativos e institucionales. En la primera de dichas normas se estableció que las obras sociales quedaran constituidas como un sistema de seguro médico de carácter obligatorio establecido para todos los trabajadores formales (relación de dependencia) y sus familiares directos. Se las definió como entidades de derecho público no estatal, a la vez que se las reconoció como entidades sin fines de lucro, sujetas a regulación estatal. Es decir que, a diferencia de las empresas de medicina prepaga, estas entidades sindicales no tuvieron (ni lo tienen hasta la actualidad) como objeto la obtención de ganancia sino la gestión de los servicios de atención de la salud de los trabajadores y sus grupos familiares. Fueron conceptualizadas como agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

El diseño institucional definido hasta aquí estableció sistemas de transferencias de distinto tipo. Siguiendo a Danani (1994 y 2005) destacamos dos tipos de transferencias “intra-clases”: 1) de los beneficiarios de mayores hacia los de menores ingresos, transferencias dentro de una misma rama de actividad sobre el supuesto de prestaciones igualitarias y 2) de las instituciones de mayores a menores ingresos corrientes, se vincula con el sentido del Fondo Solidario de Redistribución y con la asistencia financiera a las entidades. El otro mecanismo de solidaridad, “entre clases” se basó en la contribución de los empleadores para el financiamiento del sistema.

El modelo de seguro social constituido en la Argentina se basó en la adhesión obligatoria a una entidad sindical encargada de la gestión del seguro de salud. A partir de la acción reguladora del Estado se instituyó la conformación de las obras sociales al mismo tiempo que

---

<sup>2</sup> El Fondo Solidario de Redistribución se creó para disminuir las diferencias existentes entre las distintas obras sociales a partir de una redistribución más igualitaria que asegurara que todos los afiliados pudieran recibir las prestaciones médico-asistenciales que requieran aportando también a la viabilidad del sistema.

se definió una plataforma que abrió una serie de posibilidades de acción a las obras sociales y a los sindicatos a la vez que ninguna capacidad de agencia a los trabajadores en términos institucionales. La gran ruptura institucional se construyó en la década del '90.

### **Política de libre elección: competencia, desregulación y calidad, como claves para la transformación**

La década del 90 mostró un panorama propicio para las críticas al modelo de funcionamiento sindical en la gestión de la atención de la salud de los trabajadores. Junto con la hegemonía del pensamiento neoliberal, se estableció un fuerte cuestionamiento a las obras sociales. Argumentos centrados en la deficiencia de los servicios, la inestabilidad económica de las entidades y la disconformidad de los trabajadores con la atención recibida sirvieron para exigir imperiosamente la reforma. Se afirmaba que el establecimiento de condiciones de competencia entre las entidades serviría para mejorar la calidad de los servicios. En ese nuevo escenario, de ruptura de la cautividad, estas debían retener a los trabajadores propios y captar nuevos. La gran discusión: ¿la competencia debía establecerse entre entidades sindicales o debía incorporar a las empresas de medicina prepaga? Estas quedaron formalmente excluidas de las condiciones de competencia que la política de libre elección definió.

Fue por medio de un decreto del Poder Ejecutivo Nacional que se definió el camino de la transformación. El Decreto 9/93 pautó las bases de la reforma que continúan vigentes hasta la actualidad. Por dicha norma se establecía que los beneficiarios de las obras sociales comprendidas en la ley N° 23.660 tendrían libertad de opción de su entidad entre las obras sociales del régimen nacional. El argumento central era que la libre elección de obra social por parte de los trabajadores tornaría más eficiente al sistema por las condiciones de competencia. Posteriormente se avanzó con la reglamentación. Como una de los aspectos más significativos se destacó la definición de que los aportes y las contribuciones "le pertenecían" al trabajador pudiendo disponer de los mismos para la libre elección de Agente del Seguro. Esto se basó en su consideración como parte del salario "diferido y solidario" del trabajador. Agregó, además, que los trabajadores y empleadores podrían pactar un aporte adicional a fin de acceder a un plan superador del Programa Médico Obligatorio. La implementación recién comenzó en mayo de 1998. A partir de entonces los afiliados podían ejercer la opción de cambio de obra social

(una vez al año) ante la obra social elegida. Las obras sociales debían brindar al beneficiario información completa y entregarle una cartilla actualizada y estaban obligadas a asegurar el Programa Médico Obligatorio. Estas condiciones y reglas generales se mantienen vigentes hasta la actualidad.

¿Qué cuestiones merecieron especial análisis? Como dijimos oportunamente, el proyecto que finalmente se concretó en torno de la desregulación de la seguridad social en salud y en función de la libre elección de obra social de los trabajadores implicó la definición del aporte como diferido y solidario, por lo tanto implicó la personalización del aporte. Es decir que el aporte se “desincrustó” de un esquema de redistribución entre trabajadores y se redefinió como un monto personalísimo, cautivo dentro del sistema nacional de obra social pero “libre” en términos relativos para elegir su destino. Como mencionamos las posibilidades que enfrentaron los trabajadores para elegir de entidad no incluían como opción a las empresas de medicina prepaga.

La exclusión formal de las empresas de medicina prepaga en las condiciones de competencia no implicó que las mismas permanecieran ajenas al escenario de la política de libre elección. Dicha política habilitó estrategias de reposicionamiento por parte de las empresas de medicina prepaga y permitió que —de la mano de la alianza entre entidades sindicales y empresas— estas últimas adquieran centralidad en la política. Sostenemos que han sido una fuerza generadora del nuevo diseño institucional a partir de los convenios que establecieron con las entidades sindicales. Su presencia —aunque invisibilizada— ha traccionado opciones de cambio de los trabajadores. En el escenario definido por la política regulatoria sobre las obras sociales, los trabajadores pudieron construir sus estrategias de acceso a los servicios de salud a través de la libre elección de obra social. La política regulatoria vigente estableció condiciones por las cuales estableció la capacidad instituyente de las prácticas de los trabajadores como atributo empírico del sistema de la seguridad social en salud, ya que la normativa habilitó a los trabajadores a cambiar o permanecer en la entidad sindical que les corresponde por actividad. Así, la conformación institucional del sistema expresó las prácticas de los sujetos, situación que en condiciones de cautividad— no asumía esta trascendencia.

Según datos oficiales de la Superintendencia de Servicios de Salud<sup>3</sup>, desde mayo de 1998 hasta enero de 2005 se registraron 1.365.177 opciones de cambio, destacándose las siguientes entidades como aquellas que más opciones captaron. A saber: OSPACA (Obra Social del Automóvil Club Argentino, OSPOCE (Obra Social del Personal de Organismos de Control) y OSOCNA (Obra Social de Comisarios Navales). Según la información oficial registrada hasta mayo de 2011, las opciones acumuladas fueron 4.069.702 y siguen siendo las mismas entidades las que lideran el ranking de opciones de cambio favorables. ¿Cuáles son los motivos de ese liderazgo? Los convenios con empresas de medicina prepaga parecen ser las razones. En efecto, las entidades mencionadas han establecido —desde los inicios de la política de libre elección— convenios con las siguientes entidades: OSPACA con la empresa GALENO, OSPOCE con la empresa Swiss Medical Group y OSOCNA con OSDE.

### **Conclusiones: la redefinición de las protecciones en salud**

La noción de protecciones sociales constituye un referente analítico que permite repensar a la seguridad social en salud. Oportunamente definimos a las protecciones sociales como “los mecanismos socialmente organizados que, con variables tipos y grados de institucionalización, proporcionan a los miembros de una sociedad seguridades políticamente instituidas ante (y contra) los riesgos que amenazan su bienestar socio-económico” (Fidalgo, 2009: 301). Este concepto posiciona a la política pública, las instituciones y las prácticas de los sujetos frente a los riesgos y las contingencias de la vida. Si antes era posible analizar la seguridad social en salud considerando casi con exclusividad a las instituciones, en la actualidad es imposible analizarla al margen de los sujetos y lo que ellos hacen (o dejan de hacer). La política de libre elección de obra social les permitió a las empresas de medicina prepaga situarse en la seguridad social en salud, generando e instalando lógicas propias de los seguros privados. Y esto es posible por dos motivos recíprocos: tanto la reforma institucional que lo permitió como las prácticas de los trabajadores. De allí que identifiquemos la necesidad de repensar las concepciones y los diseños institucionales vigentes en el campo de las protecciones.

Lo expuesto hasta aquí nos ha llevado a postular la existencia de una “institucionalidad confusa” en términos de protecciones sociales. Esto implica afirmar que los arreglos

---

<sup>3</sup> La Superintendencia de Servicios de Salud es el organismo de control y regulación de las obras sociales. Ver link: <http://www.sssalud.gov.ar>

institucionales dispuestos para atender las contingencias han adquirido límites difusos y que se ha producido un desfasaje: ello implica que usamos términos que aluden a realidades que ya no son tales y que nos faltan nuevas categorías para explicar lo existente. Ante una “nueva institucionalidad” estatalmente fundada, los sujetos han devenido protagonistas de los nuevos contornos (y de su confusión). Hemos podido repensar tanto el carácter protector de la institucionalidad frente a las contingencias, como los contenidos institucionales y sociopolíticos que asumieron las protecciones.

## **Bibliografía**

Beck, U. (1998). *La Sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. España, Paidós.

Belmartino, S. (2005). *La Atención Médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores.

Castel, R. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires, Manantial.

Danani, C. y Grassi, E. (organizadoras) (2009). *El mundo del trabajo y los caminos de la vida: Trabajar para vivir; vivir para trabajar*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Danani, C. (2005). *La construcción socio-política de la relación asalariada: obras sociales y sindicatos en la Argentina, 1960-2000*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Danani, C. (1994). “El Proyecto de Libre Afiliación a las Obras Sociales: análisis y perspectivas”. En PRONATASS: *Planificación y Gestión de Políticas Sociales*. Buenos Aires.

Fidalgo, M. (2013). *La transformación de la Seguridad Social en salud: la política de libre elección de obra social como parte de las redefiniciones del sistema de protecciones sociales*. Área Metropolitana de Buenos Aires (1990-2010). Tesis.

Fidalgo, M. (2009). “Riesgos y contingencias de la vida: estrategias e institucionalidad confusa”. En Danani, C. y Grassi, E. (organizadora). *El mundo del trabajo y los caminos de la vida*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

