

Artículos seleccionados

Las prácticas de los trabajadores formales como protagonistas del seguro de salud

Maitena Fidalgo*

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2014
Fecha de aceptación: 15 de mayo de 2014
Correspondencia a: Maitena Fidalgo
Correo electrónico: maitenafidalgo@gmail.com

*. Doctora en Ciencias Sociales. Integrante del Grupo De Estudios Sobre Políticas Sociales y Condiciones De Trabajo - IIGG. Docente de la Carrera de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo pretende aportar a la discusión y problematización de las prácticas de los trabajadores formales en el campo de la salud, por el carácter instituyente que las mismas asumen en las actuales condiciones de organización del seguro de salud en la Argentina.

La noción de "lo público" también se define como analizador de una compleja red de relaciones entre trabajadores, instituciones y el Estado.

La política de libre elección de obra social, rompió con la pertenencia obligatoria de los trabajadores a la obra social vinculada con la actividad laboral. Desregulación, competencia y eficiencia son las claves de comprensión de la transformación.

Luego de 15 años de implementación de la política, se observa cómo las prácticas de los trabajadores -con sus decisiones de permanencia o cambio en determinada entidad- posicionan en diferentes lugares a las obras sociales a partir de la captación, retención o

pérdida de afiliados. Pero en definitiva, da cuenta de estrategias de los trabajadores por definir aquel que consideran el mejor acceso a los servicios de salud, poniendo en juego valoraciones y posibilidades.

La investigación en la que se asienta el presente artículo, se inscribe en el análisis del sistema de protecciones sociales, en el campo mismo de la política social.

Palabras clave: Trabajadores - Salud - Prácticas.

Resumo

Práticas de trabalhadores como o principal SEGURO SAÚDE formal.

Este artigo pretende contribuir para a discussão e práticas de interrogatório de trabalhadores formais no campo da saúde por instituir caráter que eles assumem nas condições atuais de organização de seguro de saúde na Argentina.

A noção de "público" também é definida como uma relação de analisador de rede complexa entre os trabalhadores e as instituições do Estado.

A escolha da política de assistência social rompeu com participação obrigatória de trabalhadores para o trabalho social relacionado com a atividade de trabalho. A desregulamentação, a concorrência e a eficiência são as chaves para a compreensão da transformação.

Após 15 anos de implementação da política (Comunicação de 1998 até à data) mostra como as práticas de trabalhadores, com as suas decisões para permanecer ou alterar determinada entidade posicionado em diferentes locais de trabalho social, a partir da coleta, retenção ou perda de adesão. Mas em última análise, percebe estratégias empregadas para definir quem consideram um melhor acesso aos serviços de saúde, apostando suas classificações e possibilidades.

A pesquisa na qual este artigo se baseia, faz parte da análise do sistema de proteção social, no mesmo campo da política social.

Palabras chave: Trabajadores - Saúde - Prático.

Introducción

La política de libre elección de obra social ha cambiado las reglas y las condiciones de la Seguridad Social en el campo de la salud. La configuración histórica del seguro de salud, se basó en la pertenencia obligatoria del trabajador a la actividad de rama. La posibilidad de cambiar de entidad sindical que gestione la atención de la salud, marca la clave de la transformación. Y es el trabajador quien decide -en ciertas condiciones de posibilidad- la que considera su mejor estrategia de acceso a los servicios de salud. De allí que le asignemos el lugar de protagonista en la gestión de seguro de salud y en el sistema. Son las estrategias de perma-

nencia o cambio de entidad, las que delinean no sólo la configuración del subsector de obras sociales, sino también las estrategias de las entidades.

En este sentido, el presente artículo pretende aportar a la discusión y problematización de las prácticas de los trabajadores formales en el campo de la salud por el carácter instituyente que las mismas asumen en las actuales condiciones de organización del seguro de salud en la Argentina¹.

Cómo entendemos las prácticas

Cuando sostenemos la capacidad instituyente de las prácticas de los sujetos, hacemos referencia a

1. Se presentan aquí algunos de los resultados de la investigación en la cual se inscribe la tesis doctoral "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.

la noción que marca tanto la direccionalidad de la transformación en el campo de la salud, como la construcción misma de la institucionalidad, y en la que se entrelazan la construcción teórica y empírica del seguro de salud. En efecto, hablamos de la capacidad instituyente de las prácticas en dos sentidos: como premisa teórica -en tanto forma de concebir la vida social y reconocer que las prácticas de los sujetos “hacen” sociedad-, y también como atributo empírico del sistema de la seguridad social en salud, que se activa como tal “capacidad instituyente” en virtud de que el cambio de normativa habilitó a los trabajadores a desplazarse, elegir/descartar, derivar aportes, etc. (queda claro que en este caso el ámbito de referencia es el espacio institucional de las obras sociales, no la vida social en general). Resulta pertinente señalar, que la generación de esa capacidad (previamente inexistente) permite pensar y observar el cambio tanto en las prácticas de los sujetos como en las instituciones. La fuerza instituyente anida en lo cotidiano, sorprende y genera nuevas formas sociales. “Es algo indefinido y vivificante” afirma Bergua Amores (2005: 66). Aquí, la capacidad instituyente de las prácticas de los trabajadores, se convierte en un punto de análisis en la medida en que el cambio de las reglas y de las condiciones del campo lo hacen posible. La política de libre elección ha permitido desplegar, bajo ciertas circunstancias, ese potencial creativo.

A partir del reconocimiento de la “capacidad instituyente” de las prácticas humanas, nuestra propuesta apunta entonces a reconocerla y reconstruirla a través de los argumentos y valoraciones de los trabajadores. Con ello pretendemos conocer, entender y significar esas prácticas; inscribirlas en la totalidad del sistema a cuya construcción aportan para sí, identificar el sistema de protecciones sociales resultante de ese proceso; en definitiva, pretendemos dar cuenta de la conformación (y transformación) de este sistema específico de atención de la salud. Advertencia: ningún “condicionante”, por fuerte que sea su carácter estructural y permanente su presencia, es concebido aquí como determinación.

Es Giddens quien, en sus avances respecto de lo que invoca como una “teoría de la estructu-

ración”, sugiere tanto esa delimitación, como un modo fértil de vinculación entre ambas dimensiones. Ello sucede en tanto, finalmente, Giddens denomina “estructuración” al proceso mismo de “hacer sociedad”, pues no es otra cosa ese “...proceso activo de constitución, realizado por los procederes de los sujetos activos” (1987: 122), en el que entran en juego elementos de orden cultural, social, simbólico y biológico. Con apoyo en este encuadre, pensar las formas de atención de la salud lleva a rastrear, tanto las formas institucionales y de organización de los servicios de salud como los sentidos construidos y las prácticas que los sujetos realizan en torno a “la salud”, permitiendo movernos e internarnos en sus intersticios y coincidencias, y detectar las disrupciones entre una y otra dimensión (organización/institución y prácticas) y entre dominios (la salud, el trabajo, la vida familiar, etc.). En definitiva, “la vida social puede considerarse como un conjunto de prácticas reproducidas”, dice Giddens (op. cit., 105), sin que ello implique, en modo alguno, “repetidas”: por el contrario, esas prácticas, desarrolladas en el marco de estructuras de cierta permanencia, constituyen el proceso en producción y creación, a la vez que en prácticas recursivas y ancladas en relaciones pre-existentes.

¿Por qué este enfático recurso a Giddens? Porque su perspectiva contribuye a reintroducir al sujeto en la estructura, destaca y reconoce su importancia (la de su capacidad creadora) y la importancia de las relaciones de poder existentes, haciendo hincapié no sólo en la estabilidad de los sistemas sociales sino en la posibilidad del cambio y en la contingencia de los procesos a través de los cuales se alcanza una y otro. Sirva esto como marco epistemológico y metodológico (aunque parcial), en el que desarrollaremos el análisis: una conceptualización de las prácticas sociales en general, en el marco de la cual intentaremos describir y explicarnos prácticas específicas (las de atención de la salud) en condiciones también específicas (las de la reforma denominada de “libre elección de la obra social”).

Como ya mencionamos, sólo a partir de la comprensión de la historia del seguro de salud en Argentina, es posible dimensionar el carácter instituyente de las prácticas de los trabajadores.

Dijimos que la política de libre elección, marcó el punto de transformación del seguro de salud. Dos son las normas que definieron el período fundacional y de consolidación del subsector del sistema de salud, que tiene a las obras sociales como entidades gestoras del seguro y que ubicamos entre 1940 y 1990: el decreto 30.655/44 y la ley 18.610/79. En algún sentido, postulamos que con ellas tomó cuerpo el proceso de conformación de las obras sociales.

El primer hito permitió situar el origen del Sistema de Obras Sociales en las décadas del 40 y 50, con la creación de la Comisión de Servicio Social (Decreto 30.655/44) encargada de brindar servicios sociales desde las empresas. Dicha norma es considerada como "acto instituyente de la salud de los trabajadores como cuestión de Estado, y ya no dependiente de la buena voluntad o disposición de los empleadores, pero no para que este asumiera la función como tal sino para que (...) lo reenviara a las organizaciones de trabajadores" (Danani, 2005: 284-285). El espíritu de la medida, era vincular la inserción laboral con la atención de la salud de los trabajadores. Los alcances parciales de dicha norma y su limitado impacto en el conjunto del sistema, se tradujeron en una cierta opacidad del reconocimiento de dicho decreto como "fundante" del subsector. Independientemente de esa controversia, dicha norma constituye un referente necesario en esta tarea de reconstrucción histórica, aunque es la ley 18.610 la que establece la institucionalización plena del subsector. Es este el segundo hito que consideramos clave en la conformación de las obras sociales: se trata de la sanción de la ley N° 18.610 de 1970, que apostó a la generalización del modelo al mismo tiempo que 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). De allí que afirmamos, que constituyó una medida que se inscribió en una política pública que organizó el sistema de obras sociales bajo y a través de una normativa estatal y, de hecho, invistió al sector con ese carácter, estableciendo criterios de funcionamiento y distribuyendo los costos de la atención de la salud de los trabajadores con los

empleadores. Esta ley alcanzó ese primer punto de institucionalización del subsector de las obras sociales, normalizándolo.

Un aspecto que marca una característica singular del caso argentino, es el hecho de que la ley depositara en los sindicatos (y no en entidades de segundo o tercer grado), la gestión del seguro. A su vez, posibilitó un crecimiento sin igual de las organizaciones de base y también una reorientación de su actividad.

Las leyes N° 23.660 y N° 23.661 de 1988 aportaron a la consolidación institucional, en la medida en que se establecieron que las obras sociales quedaran constituidas como un sistema de seguro médico de carácter obligatorio, instaurado para todos los trabajadores formales y sus familiares directos. Se las definió como entidades de derecho público, no estatal y sujetas a regulación estatal. Se convirtieron así, en agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Hasta aquí, la obligatoriedad del aporte y la cautividad a la entidad correspondiente a la rama de actividad, marcaron los puntos de continuidad en el seguro de salud.

La transformación: la desregulación de las obras sociales

¿Cómo se concretó finalmente la reforma del subsector de las obras sociales? Fue el Decreto 9/93, el que marcó la clave de la modificación, y sentó las bases que continúan vigentes hasta la actualidad. Por dicha norma se estableció que los beneficiarios de las obras sociales comprendidas en la ley N° 23.660 tendrían libertad de opción de su entidad, es decir que las empresas de medicina prepaga quedaron formalmente excluidas de la competencia. El argumento central era que la "libre elección de obra social" por parte de los trabajadores, tornaría más eficiente al sistema por la competencia que establecía entre las entidades. El decreto N°576, del mismo año, brindó más especificidades en cuanto a la forma de implementación de la desregulación del subsector y constituyó a su vez la reglamentación de las leyes N° 23.660 y N° 23.661, ante la libertad

de opción. Entre las cuestiones más salientes, se destacó que quedaron establecidos los tipos de afiliados que están obligados a recibir los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Además, en su artículo N° 16, señalaba que los aportes y las contribuciones de los trabajadores “le pertenecen” y puede disponer de los mismos para la libre elección de Agente del Seguro, pues constituyen parte de su salario “diferido y solidario”. Agregó, además, que los trabajadores y empleadores podrían pactar un aporte adicional.

Pero la efectivización de la desregulación no fue inmediata. Las reglas de la misma se establecieron de la siguiente forma: los afiliados podían ejercer la opción de cambio de obra social (una vez al año) ante la obra social elegida y las obras sociales debían brindar al beneficiario información completa y entregarle una cartilla actualizada. Están obligadas a asegurar el Programa Médico Obligatorio (conjunto de prestaciones médico - asistenciales), siendo decisión del afiliado si desean adherir a un plan superador.

En síntesis: el proyecto que finalmente se concretó, implicó la definición del aporte como diferido y solidario, y fijó la competencia al estableció al interior del sistema entre obras sociales. Estas dos cuestiones definen, a nuestro criterio, las líneas de reformas (que se entrecruzan permanentemente) construidas en este subsector del sistema de salud.

Ahora bien: ¿Por qué afirmamos que las condiciones de implementación de la política de libre le han otorgado el carácter instituyente a las prácticas de los trabajadores?

Porque en la configuración actual del subsector, son las estrategias de permanencia o cambio de entidades desarrolladas por los trabajadores las que dinamizan el sistema. Así, las obras sociales compiten por la captación y retención de afiliados desarrollando también sus propias estrategias.

Si bien excede el objetivo aquí planteado, en otras oportunidades hemos analizado los convenios

entre obra sociales y empresas de medicina prepaga en el marco de la libre elección de obra social (Fidalgo, 2008 y Fidalgo, 2013). Oportunamente, propusimos estudiar a las empresas de medicina prepaga como “testigos y protagonistas” de la política de libre elección de obra social. Pero ¿es posible cumplir las dos condiciones a la vez? Sí, por varios motivos. “Testigos” decimos, desde la formalidad de la política, ya que no quedaron incluidas en el escenario formal de la misma y en las condiciones de competencia explícita con las obras sociales sindicales. “Protagonistas”, porque supieron construir un “lugar” – juntamente con determinadas obras sociales sindicales- que sirvió para movilizar un determinado perfil de trabajadores, que vieron la oportunidad de acceder a la Medicina Prepaga. O bien, de reducir los costos de ese acceso, a través de la utilización de los aportes a la seguridad social (a diferencia de la situación anterior, cuando mantenían doble afiliación a los dos subsectores).

La desregulación suponía que, en condiciones de competencia, los trabajadores se moverían por las entidades, buscando aquella que brinde un servicio eficiente y de calidad. La cautividad en la entidad sindical de la rama de actividad, obligaba a las personas, a permanecer en una entidad aunque estuviera disconforme con la atención recibida. Es en este giro, es que las prácticas de los trabajadores formales cobraron protagonismo en la definición del acceso a los servicios de salud.

Como afirmó un importante funcionario de la Superintendencia de Servicios de Salud (entidad estatal de regulación de las obras sociales y empresas de medicina prepaga) en un acto oficial: “hoy la opción de cambio está instalada en la sociedad, en la gente y en el sistema, creo que no podríamos volver atrás”². Si bien los funcionarios reconocen que la política de libre elección de obra social se inscribió en el marco de las reformas neoliberales, y que estaba fundada en el argumento de la necesidad de establecer condiciones de competencia entre las entidades, en la actualidad se resignifica como una conquista de los trabajadores, siendo simultáneamente un

2. La expresión fue brindada en un acto realizado por la Superintendencia de Servicios de Salud a raíz del Bicentenario de la República y ante los 40 años de la Seguridad Social, 2011.

beneficio y una oportunidad. Antes de la política de libre elección, la mirada oficial estaba puesto en las entidades; ahora, en los trabajadores. En la década del 90 -cuando se construyeron los debates que apuntaban a la transformación del subsector- el interés se centraba en mejorar las condiciones de funcionamiento de las entidades, estableciendo una situación de competencia entre ellas. Esto suponía obtener mayor eficiencia, lo cual redundaría en la calidad de los servicios de salud que se brindaban. Actualmente, los discursos oficiales ponen el acento en el derecho de los trabajadores a elegir la entidad que deseen, en el marco de la búsqueda (individual- familiar, podríamos agregar) de una mejor atención. Los cambios pueden analizarse desde dos planos: desde el trabajador, la posibilidad de cambio de entidad se asocia con una búsqueda personal/familiar por mejorar su acceso a los servicios de salud, y desde el plano institucional, la política introdujo al individuo en una estructura que hasta entonces lo ignoraba.

El análisis de las prácticas de los trabajadores

En otro lugar, analizamos la información de la Superintendencia de Servicios de Salud sobre las opciones de cambio registradas desde el inicio de la política de libre elección (Fidalgo, 2013). Allí vimos como las opciones de cambio de los trabajadores ubicaron a algunas entidades sindicales como ganadoras de la política en la medida en que crecieron significativamente, más allá del tope que antes tenían por la rama de actividad. En esas estrategias de crecimiento, el establecimiento de convenios de atención con empresas de medicina prepaga se ha convertido en un foco de atracción de ciertos trabajadores interesados en utilizar el aporte -que obligatoriamente realizan a la obra social- para concretar y/o reducir los costos en el acceso a la Medicina Prepaga.

Aquí nos interesa ahondar en el análisis de las prácticas de los trabajadores y su acceso a los servicios de salud, desde la posición que ocupan en el campo social. Dijimos, que la política de libre elección de obra social, desplazó el eje de gravitación desde las prácticas sindicales hacia las

de los trabajadores / afiliados. Todos los trabajadores formales, se ubican en una cierta posición respecto de la política. Cambiar o no cambiar de entidad es concebido en esos términos. Permanecer en la entidad sindical de la rama de actividad, cambiar por otra entidad sindical para suscribir a la atención de la salud o cambiar por otra entidad sindical con el objetivo de acceder -a través de ella- a una empresa de medicina prepaga son estrategias que conviven en el escenario de la desregulación y por los términos en los cuales la misma fue planteada.

Es posible señalar algunas de las cuestiones que condensan las estrategias de los trabajadores en relación al tema. Destacamos: la cuestión laboral y de ingresos, la composición específica del grupo familiar (estructura de parentesco y edades), la trayectoria personal y familiar sobre el proceso de salud -enfermedad-atención, y por último, los contenidos políticos- ideológicos y culturales. Ahondaremos en algunas de las características de estas cuestiones. El ámbito laboral ocupa un lugar significativo en la definición de la estrategia del trabajador por elementos de diferente orden. Desde el lugar de la experiencia de otros compañeros/as, hasta la creencia que el cambio de entidad, puede ser perjudicial en su trayectoria profesional. El cambio de obra social no supone un gasto extra para ese trabajador y su grupo familiar, siempre que no decidan acceder a un plan superador del Programa Médico Obligatorio (ya sea dentro de la obra social o a través de una empresa de medicina prepaga). En estos últimos casos, la capacidad de pago de ese trabajador y su nivel de ingresos económicos es decisiva ante esa circunstancia. La composición del grupo familiar también merece una especial consideración, específicamente por la cantidad de integrantes, y por las edades de los mismos. Observamos que esta cuestión, gravita especialmente, cuando el trabajador evalúa la posibilidad de acceder a un plan superador, ya que esta implica un pago extra en la economía familiar. La trayectoria personal y familiar en relación con los procesos de salud- enfermedad, ubica a la experiencia como fundante para la permanencia o el cambio de entidad. Experiencias favorables de atención en determinados prestadores, respues-

tas esperadas en las entidades, el reconocimiento científico y profesional de ciertas entidades se convierten en justificativos de permanencia en la entidad sindical. Por último, señalamos los contenidos políticos- ideológicos y culturales para englobar los sentidos, los significados y la manera de reconstruir el proceso. Nos asomamos a las concepciones que las personas sostienen en relación a ciertos puntos fundamentales de la vida en sociedad, y que orientan sus prácticas; y sabemos que esas concepciones son a la vez medio y resultado de la lucha entre posiciones dominantes y posiciones dominadas en el espacio social.

En términos globales, identificamos tres factores de importancia en la consideración de la política analizada. En primer lugar, la fuerza que asumió la información con la que contaban las personas para construir su estrategia. En segundo lugar, constatamos -una vez más, pues en relación con otros ámbitos institucionales se encuentran resultados similares- el protagonismo de la mujer como constructora de la estrategia (ya sea como titular del seguro o como integrante del grupo familiar). Finalmente, afirmamos que el posicionamiento de los trabajadores ante la política de libre elección, estuvo mediado por su lugar de residencia: esta política tiene formas de construcción diferenciales en el territorio nacional. Ello obedece no sólo a desigualdades económicas, sino también al acceso a redes de prestadores y lugares con diferentes grados de desarrollo del mercado de la salud.

Más resultados podrían compartirse en esta línea, pero a los intereses que aquí nos convocan, basta con señalar que este trabajo no se ocupa del “impacto” cuantitativo de la política, sino de los mo-

dos en que se constituyen espacios y oportunidades de relaciones, y de prácticas de atención de la salud. En este sentido, nos interesa remarcar que la transformación del subsector de las obras sociales- a partir de la política de libre elección- puso en el centro de la discusión al trabajador y sus prácticas. De allí la atribución del carácter instituyente que las mismas adquieren en la institucionalidad resultante.

A modo de cierre

La discusión sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud es profundamente política, situando el tema en el mundo del trabajo formal y la construcción de las protecciones en salud.

La política de libre elección se construyó no sólo por las reglas y condiciones formalmente definidas, sino fundamentalmente por las prácticas que los sujetos definieron, basadas en la noción de salud a la que adhieren y en las oportunidades a las que efectivamente han podido acceder.

La configuración institucional vigente, muestra que la libre elección de entidad, introdujo la posibilidad de nuevas formas de acceso institucional al mismo tiempo que permitió comprender cómo la capacidad instituyente que le atribuimos al trabajador en esta institucionalidad, fue el plano de análisis que nos permitió captar la transformación del subsector de las obras sociales. Ha sido el reconocimiento de esa capacidad instituyente de las prácticas de los sujetos -no sólo como premisa teórica- sino fundamentalmente como atributo empírico, la que nos ha permitido observar cómo esta institucionalidad definió protecciones sociales de diferente tipo y contenido.

Bibliografía

- Bergua Amores, Á. (2005): *Para una sociología no clásica de los cambios, conflictos y crisis*. En: Acciones e Investigaciones Sociales, N° 20. España.
- 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.
- Danani, C. (1994): *El Proyecto de Libre Afiliación a las Obras Sociales: análisis y perspectivas*. En: - PRONATASS: Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Bs. As.
- 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 doctoral - UBA.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud*. El desarrollo de la medicina prepaga. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Giddens, A. (1995): *La constitución de la sociedad*. Bases para la teoría de la estructuración. Amorrortu. Buenos Aires.
- Giddens, A. (1987) *Las nuevas reglas del método sociológico*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Minteguiaga, A. (2009) *Lo público de la educación pública: la reforma educativa de los 90 en Argentina*, FLACSO, México.

Fuentes documentales

- Decreto 9/93
Decreto N°576/93.
Ley 23.660/88
Ley 23.661/88
Ley 18.610/79
Decreto 30.655/44