

Grupo 5: Políticas sociales, laborales y de seguridad social

Coordinación: Claudia Danani - cdanani@arnet.com.ar

Alejandra Beccaria - abeccari@ungs.edu.ar

Los trabajadores formales y el sistema de protecciones sociales. Estrategias en torno a la atención de la salud.

Maitena Fidalgo.

Instituto de Investigaciones Gino Germani. UBA.

maitenafidalgo@gmail.com

Introducción:

En este trabajo se aborda la transformación del sistema de protecciones sociales de los trabajadores formales en lo referido específicamente al ámbito de la salud. Se pretende combinar un eje de análisis a nivel institucional- organizacional y otro vinculado con el nivel individual – familiar de los trabajadores. Al reconocer el carácter estructural del trabajo en las sociedades capitalistas y la capacidad del mismo para definir lugares físicos y simbólicos en la sociedad, el análisis del mismo resulta fundamental para considerar formas y condiciones de acceso a los servicios de salud. El subsector del sistema de salud que encuentra a las obras sociales como protagonistas fue fundado a partir de la obligatoriedad de los aportes a la entidad sindical que los representaba para otorgar servicios de salud, al mismo tiempo que fijaba mecanismos también obligatorios y colectivos de solidaridad. La transformación de dichas condiciones, a partir de la posibilidad de libre elección de obra social al interior del Régimen Nacional de Obras Sociales (Ley N° 23660 y 23661) junto con la personalización del aporte a la seguridad social redefinieron las reglas de juego de ese campo. Son los trabajadores formales los que construyen (y co-construyen con otros actores) nuevas formas de vinculación con las protecciones sociales.

En relación con la propuesta metodológica se desarrolla un abordaje cualitativo que pretende explorar dichas formas de vinculación de los trabajadores formales con las protecciones sociales. Se propicia una perspectiva político – cultural que permita examinar en forma analítica-compreensiva los procesos sociales. En tal sentido, se apunta a la comprensión de los significados socialmente construidos y de las prácticas de los sujetos.

El abordaje propuesto se basa en la realización de entrevistas en profundidad a trabajadores en distintas posiciones del mercado de trabajo formal, realizadas en el año 2005. También recoge entrevistas a representantes de entidades gubernamentales del campo de la seguridad social. La revisión normativa y el seguimiento en medios de prensa escritos de los núcleos temáticos se convierten en una constante de la investigación.

En tanto trabajo que supone la realización de un recorrido teórico – analítico más amplio en el tema propuesto se constituye en un esfuerzo de síntesis, haciendo referencia a los ejes relevantes en el abordaje de recorte realizado.

Trabajo y Protecciones Sociales

La pretensión de reflexionar sobre el sistema de protecciones sociales en el país obliga a remitirse a la forma de estructuración del trabajo formal, ya que ha sido desde dicha figura que se desplegó el andamiaje de protecciones, derechos y garantías. Esto representa no menos que un desafío si uno reconoce la transformación que el mercado de trabajo ha evidenciado en los últimos años y con ello la relación del trabajador con el mismo.

Partimos entonces de la vinculación histórica que se ha construido en el país entre empleo formal y protecciones sociales. En otro lugar nos referimos 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-económico¹. Indicamos esa variación en los tipos y grados de institucionalización para dar cuenta de la existencia de un espectro relativamente amplio de orientaciones, alcances y formas organizativas y de financiamiento”².

La configuración estatal e institucional que se define en cada momento histórico fija las regulaciones colectivas de integración. En términos de reconocimiento histórico podemos

¹ Castel los conceptualiza como “riesgos capaces de entrañar una degradación de la situación de los individuos (2004, 11), a la vez que se refiere a la protección social como a un “...sistema de regulación colectiva, de derechos definidos en función de su pertenencia a conjuntos [en situaciones en las que] es la instancia del colectivo la que pueda dar seguridad al individuo” (2004, 50).

² Nos referimos a la conceptualización realizada en el capítulo denominado “Riesgos y Contingencias de la vida: estrategias e institucionalidad confusa” Grassi, E. y Danani, C. (2009: 3001).

sostener que el contexto de emergencia de la sociedad moderna estuvo marcado por la formación del Estado, el desarrollo del capitalismo y los procesos de urbanización y secularización. Dicho contexto creó una agenda de problemas vinculados a la vida urbana e industrial, entre los cuales se destaca especialmente la asociación entre la pobreza y el surgimiento de enfermedades y/o epidemias que ponían en peligro a la sociedad en su conjunto. La sociedad moderna definió al trabajo (en tanto asalariado y formal) como el mecanismo socialmente reconocido de pertenencia: la participación en el mercado de trabajo ha estructurado sistemas de derechos y protecciones. De allí que las transformaciones en el mercado de trabajo y de la relación capital - trabajo sean un vector central del sistema de protecciones en el país.

La existencia de riesgos o contingencias que pueden los sujetos tener que afrontar remite a las formas de previsión ante ellos. Por lo tanto es necesario recuperar tanto el proceso de construcción y definición social como también el que atraviesan los dispositivos institucionales creados para afrontarlos. Agregaríamos además en la consideración el nivel individual / familiar en el cual los sujetos construyen desde su cotidianeidad prácticas con poder instituyente.

En relación al proceso histórico por el cual las sociedades debieron establecer mecanismos institucionales para la protección frente a los riesgos sociales, De Swaan afirma que “ni el ahorro individual ni el colectivo parecían ofrecer un remedio adecuado (...) por lo tanto algunos propusieron que interviniera el Estado (...) debía imponer un sistema de seguro obligatorio”. Este hecho se constituyó en una forma de institucionalización / imposición de nuevos mecanismos de previsión, que estructuraron la vida cotidiana de las personas a través de modalidades “externas y obligatorias”. Son las dudas o la imposibilidad de “auto planificar o auto ahorrar” las que llevaron del ahorro privado o colectivo voluntario hacia formas institucionales de previsión colectiva y obligatoria. No obstante, el autor señala que la “aversión al riesgo” que muestran los ciudadanos modernos hace que acepten reducir sus ingresos en forma moderada antes que afrontar un gasto mayor. Como señala Baldwin (1992) el “velo de ignorancia” que afecta a todos hace que se conjuguen elementos altruistas y egoístas, pero en definitiva todos son “potencialmente” demandantes de la seguridad social. Esta situación descripta es la que hizo posible el establecimiento de sistemas de seguridad social.

Los seguros sociales nacen íntimamente asociados al proceso de industrialización, surgiendo como derechos específicos de la clase trabajadora y creando instancias de solidaridad horizontal

al interior del grupo de riesgo. Como sintetiza Grassi (2003), por el esquema del seguro se institucionalizan derechos específicos de clase, correspondiendo a los potenciales beneficiarios su financiamiento; mientras que la seguridad social “corresponde a la institucionalización de protecciones no condicionadas al estado de necesidad, a la clase y al riesgo potencial por sector” por lo cual se desprende que sus servicios sociales son universales y uniformes. La figura del trabajador o la del ciudadano se corresponden como “figura de derecho” de cada uno, respectivamente. No obstante, suele emplearse el concepto de seguridad social para referirse al conjunto de las protecciones sociales³ institucionalizadas por el Estado.

En este sentido, nos interesa destacar que el proceso de conformación del sistema de protecciones sociales en el país debe entenderse teniendo necesariamente en consideración procesos sociales vinculados con el campo del trabajo y con las redefiniciones de la política del Estado.

Trabajo y Salud: las obras sociales como forma de organización de la atención de la salud⁴

Hacia fines del siglo XIX, la profesión médica no estaba aún conformada como cuerpo profesional. Los profesionales titulados escaseaban y no se registraba homogeneidad disciplinaria. Se observaba la vigencia de prácticas de cuidado de la salud alternativas a la medicina, vinculadas con cuestiones religiosas, étnicas, económico – políticas, a las cuales muchas veces las personas recurrían y que rivalizaban con la práctica legal de la medicina. La mayor parte de la población acudía a curanderos y “expertos” que basaban su intervención en conocimientos populares.

Hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, la práctica médica se desarrollaba en instituciones públicas y privadas, sin observarse un sistema articulado de servicios médicos. En el modelo tradicional de ejercicio de la profesión médica la figura central era la del “médico de familia”. Un profesional generalista que atendía en su consultorio particular, visitando ocasionalmente a sus pacientes, entablando con ellos una relación personalizada, que en muchos casos excedía las cuestiones de atención de la salud enfermedad. Esto se debe justamente al lugar

³ Hecha esta salvedad, queda explicitado que los términos “seguridad social” y “seguro social” corresponden conceptualmente a formas de protección diferentes en la definición de su cobertura, tipo de prestaciones brindadas, financiamiento, etc.

⁴ Para una mayor profundización sobre este tema ver Fidalgo, M. (2008).

de referencia que el profesional ocupaba, y que se va a consolidar bajo la tradición médico higienista.

La modalidad de financiamiento observada era directa de las personas, a través de su aporte privado que sostenía (sin intermediación alguna) los costos profesionales. Ante el posible requerimiento de una práctica de cierta complejidad, se recurría a algún establecimiento público o privado. No obstante, se señala que el grado de complejidad de la práctica médica y los límites tecnológicos de la época redujeron de manera considerable el requerimiento de este tipo de prácticas. Como señala Belmartino (2005), el profesional médico cumplía así dos características esenciales de la medicina liberal: la capacidad de regular su propia actividad y el derecho de fijar el precio de su trabajo y las condiciones de pago. Es decir que contaba con niveles altísimos de autonomía profesional.

En la segunda mitad del siglo XIX comienzan a surgir en el país las primeras formas de organización mutual. La primera de ellas data de 1854, fecha en la que se creó la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos, seguida por la Sociedad de Socorros Mutuos San Crispín (1856), perteneciente al gremio del calzado. El fenómeno del mutualismo o de las asociaciones de socorros mutuos se comprende en el marco de vínculos basados en la solidaridad, a partir de situaciones de vida similares, ligadas ya sea a la condición inmigratoria o a la participación de las personas en el mercado de trabajo. Es a partir de identificaciones de ese orden que comienzan a gestarse en el país estas formas de solidaridad entre los sectores de menores recursos. Dicho sentimiento de solidaridad se veía reforzado por la incertidumbre que generaba afrontar las vicisitudes de una posible enfermedad, por ello se optó por formas colectivas de organización que brindaran contención afectiva y económica ante la contingencia. Esto llevó a las personas a participar en forma voluntaria en determinada entidad mutual, pagando una cuota mensual que les aseguraba acceder luego a los beneficios médico - asistenciales de la misma. Es posible plantear que dichas instituciones actuaron como una verdadera “red de apoyo” para las personas, a partir de sentimientos identificatorios. Las mutuales se constituyen así en “expresión de la solidaridad de grupos sociales” (Tobar, 2001), definiéndose como entidades sin fines de lucro.

Belmartino (2005)⁵ señala dos características que considera centrales para entender el fenómeno del mutualismo en el país: “la heterogeneidad organizativa y la accesibilidad estratificada”. La

⁵ Se sugiere especialmente la lectura de la obra de Susana Belmartino “La atención médica en la Argentina. Instituciones y procesos” (2005) en la cual realiza un profundo estudio de reconstrucción histórica de los servicios médicos en la Argentina.

primera se vincula con la diversidad de modalidades de atención que las mutuales acostumbraron desarrollar para brindar la cobertura; así como también se relaciona con la multiplicidad de fines que podía asumir la entidad (se observó una clara tendencia a la especialización), si bien la atención médica suele ser el fin institucional mayoritario. Los criterios de agrupamiento llevaban a la conformación de “mutualidades ricas y mutualidades pobres” como señala Belmartino, hecho que se tradujo en fuertes diferencias de coberturas y calidad de las prácticas brindadas. La dispersión de la población mutualizada, señala la autora, le permite postular una “hipótesis de estratificación” para brindar una efectiva cobertura a los asociados distribuidos en diferentes regiones.

En cuanto a la historia de las obras sociales sindicales, dos son los momentos claves. El primero de ellos (1) permite 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. El espíritu de la propuesta era vincular la inserción laboral con la atención de la salud de los trabajadores. El segundo momento (2) que se considera clave en la fundación del sistema de obras sociales se ubica ya en 1970, con la sanción de la ley N° 18.610, ya que ella constituyó “el más importante hecho posterior a la constitución del sistema de obras sociales: generalizó el modelo, universalizó la cobertura al declararla obligatoria para todos los trabajadores en relación de dependencia y unificó los descuentos salariales y la responsabilidad de los empleadores” (Danani, 1994). De allí que pueda afirmarse que constituyó una medida que se inscribió en una política pública que tendió a organizar el sistema de obras sociales, estableciendo criterios de funcionamiento y distribuyendo los costos de la atención de la salud de los trabajadores con los empleadores.

En base a lo anterior, afirmamos que el sub sector de las obras sociales del sistema de salud argentino se estructuró en el país sobre la base de determinados mecanismos de solidaridad y con un esquema compulsivo – obligatorio de aportes por parte de los trabajadores y empleadores. La conformación de las obras sociales a partir de los sindicatos por ramas de actividad también aporta a un tipo específico de organización. Interesa remarcar que este esquema de organización (como uno posible entre otros) debe comprenderse en relación con la trayectoria del campo laboral y de la política laboral misma.

Nuevas reglas de juego: otro panorama para las protecciones sociales

Diversos estudios (Álvarez Uría, 1998; Bustelo, 1992; Grassi, Hintze y Neufeuld, 1992) han descripto acabadamente las características que asumió el proceso de reforma neoliberal en la Argentina. Interesa aquí mencionar los rasgos generales del campo de la salud, específicamente en los referidos a las obras sociales sindicales. Los argumentos tendientes a transformar el sistema se concentraron en la posibilidad de elegir el tipo de entidad prestadora, ya fuera manteniendo una entidad sindical o bien accediendo a una empresa de medicina prepaga. Las críticas a las obras sociales se inscribieron en dos claves: su lógica de funcionamiento (principalmente, por la cautividad de los beneficiarios) y la naturaleza sindical de la administración y gestión. Ambas confluyeron en la justificación de la tan apelada “libre elección”.

Destacamos que la crítica, tanto al Estado como a las entidades sindicales fue, en tanto argumento, la principal herramienta de creación de las condiciones de posibilidad de las transformaciones en ambos sectores. Como señala Grassi (2003: 158) “tanto el sistema de obras sociales como el sistema previsional hicieron un camino directo y culminaron en la modalidad de los seguros de mercado corrientes (de salud y de retiro, respectivamente), transitando desde el reparto y la solidaridad sectorial a la capacidad de prepago y la capitalización individual”. Ambos mantuvieron su base de financiamiento (en cuanto a la parte correspondiente a los aportes patronales y los realizados por los trabajadores) variando la forma de gestión de los mismos y la naturaleza de los sistemas que produjeron.

El eje principal de la reforma en el campo de las obras sociales⁶ se centró en establecer condiciones de competencia entre las obras sociales y empresas de medicina prepaga. Los argumentos esgrimidos para esto último, según Danani (1994:24), se resumieron en dos cuestiones, una de las cuales ya hemos anticipado: “la identificación de la condición cautiva de los beneficiarios como uno de los problemas básicos de ineficiencia del sistema anterior, y el carácter puramente formal de la solidaridad” en la que el sistema decía basarse. Se postulaba que

⁶ Las obras sociales quedaron constituidas como un sistema de seguro médico de carácter obligatorio establecido para todos los trabajadores formales (relación de dependencia) y sus familiares directos. “Funcionarán como entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa y tendrán el carácter de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas” (Ley N° 23.660). Son entidades sin fines de lucro, sujetas a regulación estatal.

serían las condiciones de competencia entre las entidades las que harían que los individuos racionalmente eligieran, alcanzándose así mayor eficiencia en el sistema.

La cuestión se planteó entonces en torno a la noción de “desregulación del sistema”. Fue con el decreto 9/93⁷ que se sentaron las bases del panorama analizado aquí. Por dicha norma se estableció que los beneficiarios de las obras sociales comprendidas en la ley N° 23.660 tenían libertad de opción de la entidad prestadora. Pero la ruptura más importante que introduce dicha norma es, como señala Danani (1994) la personalización del aporte. Así, el hecho de que el trabajador al cambiar su obra social “llevara consigo” su aporte cuestiona los principios de solidaridad históricamente sostenidos por el subsector de la seguridad social. Es por esa vía que los cambios introducidos tienden a asemejarse a la lógica de funcionamiento del sector privado, rompiendo con el modelo de organización y con los principios fundamentales del sistema, vigentes hasta entonces.

Si bien durante la década del 90 se establecieron las condiciones de posibilidad para la competencia directa entre obras sociales, no llegó a incorporarse formalmente a las empresas de medicina prepaga. No obstante, existe un legado no formalizado, respecto del cual es oportuno introducir la cuestión de las formas de vinculación entre ambos tipos de entidades, por las cuales las obras sociales establecen convenios de atención con las empresas de medicina prepaga. Desde entonces, los trabajadores formales pueden utilizar su aporte a la seguridad social como un medio para acceder a una cobertura privada de salud; ya sea reduciendo el gasto que antes tenían por su doble afiliación a una obra social y una empresa de medicina prepaga o bien permitiendo el ingreso de afiliados al mercado de seguros privados de salud, a través de la intermediación de la obra social. En cualquiera de los dos casos, y dependiendo del correspondiente nivel de ingresos/aportes, estos últimos pueden tener que complementarse con un gasto “de bolsillo” de los afiliados en caso de preferir los servicios de una empresa de medicina prepaga⁸. El afiliado puede “moverse” por el sistema de obras sociales con su aporte eligiendo aquella entidad sindical que le brinda la posibilidad de acceder a cierta empresa de medicina prepaga con la condición de dejar en su obra social intermediadora un cierto porcentaje del aporte. Así, las posibilidades que planteó el decreto 9/93 no significaron la exclusión de las

⁷ Junto con el Decreto 576/93.

⁸ Una normativa que merece especial consideración fue el decreto N° 292/95, por el cual se buscaba eliminar la “doble cobertura” generada por el múltiple empleo personal o familiar, y que obligó a unificar los aportes. Esto permitió que grupos familiares de ingresos medios y aún medios-bajos pudieran unificar aportes que antes tenían en más de una entidad, unificarlos y así tener mayor posibilidad de elección.

empresas de medicina prepaga en la disputa por la captación de afiliados al sistema de la seguridad social sino que, por el contrario, más bien sentaron esa posibilidad, pero en condiciones de intermediación por parte de las obra sociales y bajo una modalidad de seguro individual. La piedra fundamental para el establecimiento de una lógica de seguro individual. En este sentido, afirmamos que una transferencia que se reinscribía en un mecanismo de solidaridad colectivo (propio de las obras sociales), se redujo a un monto de dinero a “descontar” del valor de la cuota del seguro privado de salud. Planteamos entonces que ha sido la articulación obra social- empresa de medicina prepaga la que se constituyó en foco de atracción y de movilidad de los afiliados dentro del sistema de obras sociales. Pero la ruptura fundamental se vincula no sólo con la “libre opción de obra social” sino fundamentalmente con la “personalización del aporte”, ya que ese elemento rompe con los mecanismos de solidaridad entre trabajadores de diferentes niveles de ingresos.

La anunciada “desregulación de la salud” y los términos en los cuales la misma se concretó se corresponden con un esquema de organización de la atención de la salud de los trabajadores diferente a aquel definido en el momento fundacional de las obras sociales. Ahora son los trabajadores los que deciden el “destino de su aporte” (no así la posibilidad de no hacerlos), definiéndose así como una estrategia individual /familiar: la asociación entre inserción y /o identidad laboral con obra social se ha roto.

Argentina: mercado de trabajo y salud⁹

La pretensión de conocer las estrategias de atención de la salud desde el relato de los sujetos y más precisamente desde su condición de trabajador exige diversas consideraciones teórico-metodológicas. Se realizaron entrevistas en profundidad a trabajadores en diferentes posiciones del campo social y con diferentes formas de vinculación con el mundo del trabajo. Específicamente nos interesa rescatar en este análisis aquellas que aportan información significativa en cuanto a la definición de la estrategia de atención de la salud a partir de la posibilidad de ejercer la opción de cambio de obra social. El objeto de análisis se ha centrado en los argumentos desarrollados por los entrevistados, reconociéndolos como sujetos

⁹ Las entrevistas analizadas corresponden al trabajo colectivo plasmado en el libro: *El mundo del trabajo y los caminos de la vida. Trabajar para vivir; vivir para trabajar*. Espacio Editorial, Buenos Aires, 2009, del Grupo de Estudio sobre Políticas Sociales y Condiciones de Trabajo del IIGG-UBA dirigido por las Dras. Danani y Grassi.

reflexivos y es desde dicho reconocimiento que se construyeron los datos, muchos de los cuales ya fueron planteados. En las entrevistas emerge la experiencia personal/familiar, que se pone en juego al momento de argumentar, como así también la información y las creencias de las que dispone el entrevistado sobre el sistema en su conjunto. Estos testimonios expresan (pre) juicios, clasificaciones y valoraciones, los mismos que se ponen en juego al momento de señalar la importancia de contar o no con un seguro de salud, por ejemplo. No nos ha guiado la pretensión de encontrar verdades y certezas, si la intención de explorar las formas de vinculación entre trabajo y salud, desde las condiciones de los sujetos en el campo social.

Los entrevistados que efectivizaron su libertad de elección muestran conocimiento de los términos de la operación y en todos ellos el motivo del cambio fue acceder, a partir de la intermediación sindical, a una cobertura privada. En sus afirmaciones, la obra social se presenta como un “medio” que les permite adherirse a la prepaga, haciendo uso de su aporte (o incluso abonando la diferencia con el plan acordado), pero sólo actúa como intermediadora y no como prestadora del seguro de salud. Destacamos que los entrevistados manifiestan un conocimiento instrumental del mecanismo de opción de cambio.

“Yo tenía asignada la Obra Social de Empleados de Comercio y me cambié, opté por la Obra Social del Automóvil Club Argentino, que desregula para AMSA. Para tener AMSA yo pasé al Automóvil Club”. Soledad de 31 años.

“Ellos te aportan a la obra social del personal de farmacias [...] pero yo después me cambié, averigüé en el grupo de Swiss Medical, en una que es Nubial que es la más barata [...] tus aportes te los derivan a otra obra social, esta le retiene un porcentaje y esa obra social de la Swiss Medical podés poner algo más o no [...] una parte la retiene la Obra Social de los Organismos de Control en mí caso, pero no tengo nada que ver con ella, es la intermediaria [...] pongo 10 pesos, nada más”. Ezequiel de 34 años.

El caso de Ismael de 50 años se presenta diferente. En su trabajo pasó de la condición de contratado a planta efectiva. Por eso afirma que quiso mantener la cobertura privada que tenía por su cuenta. *“Yo tenía una prepaga que no trabajaba con ninguna obra social sindical así que tuve que optar o por el sindicato de la empresa que no me convenía o bueno como no me convenía ingresé a OSDE por intermedio del sindicato, es decir como para poder pasarme a una privada tenía que ser por intermedio de un sindicato [...] lo que ahora me aporta la empresa a mí va a OSDE y yo pago la diferencia si no llego a cubrir la cuota [...] hoy por*

hoy te podés cambiar lo que pasa que tiene que ser siempre por una sindical o sea no podés ir a una privada directamente. Entonces bueno, al final terminé en OSDE”.

El caso de Hugo de 53 años, trabajador en una fábrica recuperada es atrayente porque muestra cómo la libre elección de obra social se sumó a una estrategia de unificación de los aportes de ambos para acceder a una cobertura privada. Ambos aportan así a la obra social de publicidad. *“Yo mi aporte como autónomo también lo hago allí, que a su vez nos da la cobertura del hospital Francés”.*

Indagar en las razones expuestas para el cambio desde la obra social de origen permite detectar las cuestiones que están buscando encontrar en la empresa de medicina prepaga.

“Cada vez que me quise atender en la obra social me daban turno para venir en dos meses, tardaban mucho con los turnos. Era más o menos como ir al Hospital de Clínicas. Y en la privada es como que es todo más ágil, son además diferentes los servicios”, dice Soledad.

“La obra social tenía dos o tres centros de atención, donde va mucha gente, tenés problemas con los turnos [...] en la prepaga tenés una cartilla, vas a cualquiera y te atienden en el momento [...] desde la cobertura en farmacia es lo mismos, los centros son mucho mejores, cuanto más cara la prepaga va a ser mejor el centro o más reconocido [...] tenés más opciones”. Ezequiel.

Hay dos escenarios que se emparentan y confunden entre sí, pero que merecen una distinción. Uno de ellos es el que se levanta a partir de la posibilidad de atención en una prepaga por intermediación de una obra social sindical, en el marco de una estrategia individual - familiar; y otro escenario corresponde a aquellos que acceden a una entidad privada por un acuerdo corporativo que su empleador posee. Muchos de dichos acuerdos resultan del interés de la obra social correspondiente por retener a sus afiliados, ofreciéndoles ciertos beneficios a través de la entidad sindical (entre ellos un valor más reducido de la cuota) para acceder a una cobertura privada.

Este último es el caso de Pedro de 28 años. *“Me aportan para Omint [...] la compañía hace dos años tenía Medicus pero había muchos empleados de provincia que no tenía clínicas entonces hubo un conjunto de firmas y cambiaron a Omint y es bárbara la prepaga”.*

Nicolás, de 25 años, licenciado en administración de empresas de una multinacional relata su experiencia. *“En mi primer trabajo había tenido AMSA, que después pasamos a Docthos y ahí no hubo elección, me la asignaron. Y la verdad es que me resultó muy buena. Y ahora cuando me efectivizaron tuve la posibilidad de elegir y era entre Docthos, Tim y Medicus y como yo tenía Docthos la volví a elegir [...] lo cubre todo la empresa”*.

Entre las personas que podrían haber optado por cambiar de entidad pero han decidido no hacerlo, se destacan las posiciones de Facundo y de Norberto. Sus casos muestran confluencias entre trabajadores con trayectorias y condiciones presentes diferentes, que apelan a evaluaciones pragmáticas para tomar sus respectivas decisiones:

“Creo que podría cambiar o utilizar otra obra social [...] no nos ha pasado que hemos tenido una complicación seria y que la obra social no haya respondido [...] pero no he tenido cuestiones serias [...] ahora pagar una prepaga por si tengo algún problema complicado de salud, que no pueda resolver [...] pagar de antemano por si te llegás a enfermar, no me parece”, afirma Facundo de 39 años, quien accede a la obra social por el empleo de su esposa.

Por su parte, Norberto (47 años, trabajador en una fábrica recuperada) dice: *“La cobertura social la tenemos porque estamos pagando el monotributo. Y seguimos optando la mayoría por seguir en el rubro del plástico [...] uno ahora puede optar y salir de un gremio a otro. Elegir otra empresa. Y la mayoría, como estamos conformes con la atención en el gremio del plástico, nos quedamos ahí [...] la única que conozco y que siempre estuve satisfecho”*.

El caso de José es distinto de todos los anteriores, pues cuenta con la cobertura de Obsba (Obra Social de Buenos Aires, ex IMOS), es decir de una entidad que no se encuentra comprendida en el Sistema Nacional del Seguro de Salud (Leyes N° 23.660 y 23.661) no

puede ejercer la opción de cambio¹⁰. Su caso es emblemático de la condición de “cautividad” dentro de una entidad en la actualidad.

“En mi trabajo sí, tengo la obra social que corresponde OBSBA [...] es la que nos enchufaron. Sí, incluso ahora que estaba la posibilidad esa, hace un par de años, de optar, nosotros estamos cautivos y para pasarte tenés que hacer todo un lío legal [...] aparentemente ahora es imposible”. José tiene 39 años, es músico de planta del GCBS. Señala que su grupo familiar no usa obra social suya, sino OSDE, que les corresponde por el trabajo de su esposa. *“Si pudiera optar podría optar por la medicina prepaga que tengo ahora y por ahí, sumando aportes tenemos un plan mejor”*.

La posibilidad de elección es, en el común de los casos, una estrategia individual /familiar para acceder a una cobertura privada. Variadas son las formas en las cuales esto puede concretarse. Los aportes a la seguridad social (tanto individuales como unificados, en el caso de los matrimonios) sirven para cubrir el monto de la cuota. El plan de salud al que se accede se define en función del monto de dicho/s aporte/s y en algunos casos se complementa con un pago “de bolsillo”. La ventaja que poseen aquellos que suscriben a un seguro privado de salud a través de una obra social, es que no tributa el 10,5% en concepto de Impuesto al Valor Agregado (IVA) que sí pagan los asociados directos.

Lo considerado hasta aquí empuja nuestra propia reflexión sobre el carácter solidario de los mecanismos de previsión social. En este sentido podemos coincidir con Castel (2004: 83) en que “el manejo de los riesgos no es ya, consecuentemente, una empresa colectiva, sino una estrategia individual”. La percepción de los riesgos como una cuestión a ser afrontada en términos individuales contribuyó al desarrollo de los seguros privados -en este caso, de las empresas de medicina prepaga-, y a la vez este desarrollo reforzó aquella percepción individualizada de los riesgos. Estas formas de autoprotección-previsión emergen en una conformación institucional que posiciona al individuo como responsable de la atención de sus necesidades, a la vez que le abre posibilidades de elegir –más o menos efectivas según la

¹⁰ Al momento de redacción de esta ponencia, si bien ha finalizado la intervención dispuesta por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a dicha obra social y se ha aprobado la ley N° 3021/09 de la Legislatura Porteña referida a la desregulación de la obra social, no se ha avanzado en la concreción de la misma. Por otro lado los términos de libre opción se definen como diferentes a los afiliados a una entidad del Régimen Nacional de Obras Sociales, ya que según afirma la ley los afiliados podrán optar entre aquellas entidades que hagan acuerdo con Obsba, pero no abandonarán dicha institución.

propia situación, claro está- de las que no siempre dispuso. La crisis de las protecciones sociales clásicas construidas en torno a la figura del trabajador asalariado presentan todas estas aristas, y entre ellas emerge una nueva configuración institucional de la que aún puede asegurarse poco más que el hecho de que en ella domina una lógica privatista e individualista.

A partir del análisis realizado se puso en discusión el carácter *colectivo y solidario* de los mecanismos de protección social vigentes, en lo referido al campo de la salud. Las estrategias de los trabajadores formales se definen por su carácter individual y privado, desconectándose de esquemas colectivos de protección social.

A modo de síntesis:

¿Siguen siendo colectivas y solidarias las protecciones sociales en el país?

En este trabajo apostamos a analizar las estrategias de atención de la salud de los trabajadores formales porque consideramos que se constituye en un ámbito clave para pensar los mecanismos de protección social. La vinculación entre “mercado de trabajo y salud”, por la singularidad histórica del país, es una asociación válida para la reflexión. Así, las transformaciones en el mercado de trabajo y en la relación salarial han sido parte medular de un cambio profundo de la situación de las personas en relación con sus protecciones, involucrando desde el diseño institucional hasta las vivencias más particulares. No obstante, la posibilidad de afrontar una enfermedad, por ejemplo, continúa dependiendo de la participación de los sujetos en el mercado de trabajo. En efecto, esa participación sigue definiendo la situación de las personas respecto de las protecciones, tanto si ellas están inscriptas en la relación laboral, como si se trata de estrategias individuales derivadas de la capacidad de pago, porque del mercado laboral provendrán los ingresos.

Vista desde el punto de vista de las protecciones, la imagen de la relación asalariada es la que se construye como ideal, en clara vinculación con el hecho de haber sido la que desarrolló una mayor imbricación con esta dimensión. Es recurrente observar en las afirmaciones de los entrevistados el anhelo de la estabilidad y de los derechos que otorga dicha posición en el mercado laboral. Sólo se alejan de tal aspiración quienes desempeñan exitosamente nuevas

formas de gestión del trabajo y disponen de un capital social, cultural, económico y educativo que les permite desarrollar estrategias más convenientes y efectivas para afrontar las contingencias.

Las solidaridades amplias y la aceptación de mecanismos de redistribución han cedido paso a estrategias individuales regidas por la derivación del aporte y la búsqueda de la optimización de los recursos personales, todos ellos desanclados de mecanismos colectivos de protección social. Al considerar los casos en que se ejerció la opción de cambio de la obra social correspondiente, se observa que la motivación excluyente ha sido acceder a un seguro privado de salud utilizando el aporte a la seguridad social.

El interrogante se centra entonces en las nuevas formas que las sociedades definan como deseables, puedan y deban diseñar, para neutralizar o mermar la inseguridad /desprotección en el futuro. Esta discusión es de naturaleza profundamente política y compromete a grupos y sujetos en su conjunto ya que, en definitiva, da cuenta de la construcción de una sociedad diferente de aquella que enlazó las protecciones al trabajo.

Bibliografía:

- ALVAREZ URÍA, Fernando. (1998) “Retórica neoliberal. La gran ofensiva de los científicos sociales contra las políticas sociales en EEUU”. En: Revista Claves de razón práctica.
- BALDWIN, Peter (1992): *La política de solidaridad social*. Colección Ediciones de la Revista de Trabajo. Número 39. Madrid.
- BECK, Ulrich (1998): *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós. España.
- BELMARTINO, Susana (2005). *La Atención Médica Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Siglo veintiuno Editores. Bs. As.
- BUSTELO, Eduardo. (1992). “El ajuste a la crisis y la crisis de lo social”. En: Serie Informes técnicos N° 14. Programa de Desarrollo de Políticas de salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

- CASTEL, Robert (2004): *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Manantial. Buenos Aires
- ----- (1997): *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires. Paidós.
- DE SWAAN, Abram. *A cargo del Estado*. Ediciones Pomares– Corredor, S. A, 1992.
- DANANI, Claudia (2008): “Seguridad Social”. En: *A outra economia*. Cattani, A; Laville, J.L; Gaiger, L.S.; y Hespanha, P. Almedina-Coimbra (en prensa).
- ----- (1994) "El Proyecto de Libre Afiliación a las Obras Sociales: análisis y perspectivas". En: PRONATASS: Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Bs. As.
- ----- (2006): “Las políticas sociales de los 90: los resultados de la combinación de individualización y comunitarización de la protección”. Coloquio Internacional: “Trabajo, conflictos sociales e integración monetaria: América Latina en una perspectiva comparada”, Instituto de Ciencias (UNGS)/Institut de Reserche por le Développement/ANPCyT-FONCyT, Bs. As., Argentina. URL (<http://www.riless.org/biblioteca>).
- FIDALGO, Maitena (2008): *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- -----(2006): “Acerca del Seguro Privado de Salud: reconstrucción histórica y configuración actual”. Tesis de Maestría en Políticas Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- GRASSI, E. y DANANI, C. (2009) *El mundo del trabajo y los caminos de la vida. Trabajar para vivir; vivir para trabajar*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- GRASSI, Estela (2003): *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame I*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- -----(2002): “Variaciones en torno a la exclusión: ¿De qué integración hablamos?”, *Revista Servicio Social & Sociedade*, Volumen 70, año XXII, Editada por Cortez Editora, Sao Paulo (Brasil), julio.
- GRASSI, Estela., HINTZE, Susana., NEUFEULD, M. Rosa (1994) *Políticas Sociales: crisis y ajuste estructural*. Espacio Editorial. Bs. As.
- TOBAR, Federico (2001). “Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina”. Documento de trabajo. Fundación Isalud. Mimeo [En línea] disponible en: http://www.isalud.org/documentación/Breve_historia.pdf.