



**CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO
DE LA REPUBLICA ARGENTINA**

ORIGEN Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES SINDICALES

Mario Gasparri y Alvaro Orsatti

**Publicado en Instituto Arturo Jauretche: El debate actual sobre la
seguridad social, Buenos Aires 2002. Con el apoyo de OIT-
Oficina Buenos Aires**

1. LA SOLIDARIDAD Y EL MUTUALISMO EN LAS PRIMERAS ORGANIZACIONES SINDICALES Y DE COLECTIVIDADES.

Las obras sociales sindicales (OSS) tienen su origen más remoto en la gestión solidaria de las primeras agrupaciones gremiales. Las más antiguas organizaciones obreras (la Sociedad Tipográfica Bonaerense data de 1857) tenían un sentido mutualista en tanto privilegiaban las necesidades del sector especialmente en lo atinente a mejores condiciones de trabajo. Así un paro de actividades podía estar relacionado con la insalubridad del establecimiento, la falta de higiene, la imposición a los trabajadores del uso de sus propias herramientas, la falta de iluminación, en fin, objetivos puntuales y acotados, aunque no por eso menos reivindicativos.

La gestión solidaria implicaba también la activación de los mecanismos tendientes a cubrir las necesidades de los trabajadores asociados que sufrieran la pérdida de su empleo o fueran encarcelados por su actividad sindical. Respecto de esta última situación, existen antecedentes de asociaciones “ad hoc” destinadas a recaudar fondos para las familias de las víctimas de la represión gubernamental o los llamados “comités pro presos” que eran promovidos por las centrales sindicales y operaban en la coyuntura.

Esta acción solidaria debía ser complementada necesariamente con la disponibilidad de recursos. Para ello se diseñaban campañas que incluían distintas actividades como rifas, bailes, colectas; o se aventuraban en empresas como la de la fábrica de cigarrillos de la Unión General de Trabajadores con objetivos recaudadores de fondos. El sentido solidario también se observa bajo la forma de préstamos de la Central a distintos sindicatos y también préstamos entre sindicatos, tal como figura en los libros de actas y copiadores de notas.

Desde mediados de la década del ochenta, la migración masiva ultramarina modificó la conformación de los cuadros proletarios. Ello trabajó el desarrollo del sindicalismo puro, expresión ideológica que más adelante predominó en la Federación Obrera Regional Argentina (FORA) del Noveno Congreso (1915-1922), y desde allí fue gravitante en la consolidación del sindicato institución como órgano propio de los trabajadores en oposición a los “órganos de dominación burgueses”, incluidos los partidos políticos.

Los obreros europeos también trajeron consigo las mutuales y las sociedades de socorros mutuos a nivel de sus colectividades locales, que ponían el acento en la cobertura sanitaria, para salvar las deficiencias del sistema hospitalario argentino, sobrepasado por el crecimiento poblacional y la ausencia de proyectos superadores de la situación. Por lo tanto, fue natural que tales estructuras quedaran estrechamente relacionadas con las nuevas asociaciones sindicales, que incluían un gran número de cotizantes de aquel origen. La ideología de la

solidaridad y el colectivismo motorizaba estas organizaciones y los comunes denominadores y afinidades definieron una acción paralela e integrada de sindicatos y mutuales.

2. EL HOSPITAL DE LOS TRABAJADORES EN EL MODELO FERROVIARIO

La primera gran organización sindical que desarrolla la acción mutualista fue la Union Ferroviaria (UF), en relación con el hecho de que desde 1919 tenía su propia Caja de Jubilaciones (Ley 10650); cuatro años después también crearía el Hogar Ferroviario en carácter de entidad complementaria (Ley 11173), para el otorgamiento de préstamos destinados a la adquisición o construcción de viviendas.

Lo distintivo de esta norma es que establecía una retención de aportes de los asociados por parte de las patronales ferroviarias para su derivación posterior al gremio, lo que transformó sustancialmente la modalidad recaudadora de la primera etapa del sindicalismo, tan irregular como deficiente en la percepción de las cotizaciones.

El papel relevante de la UF en el conjunto del sindicalismo surge también del hecho que sus representantes eran mayoría en el Comité Nacional Sindical de la CGT creada en septiembre de 1930, a pocos días del golpe militar que derrocó al radical Hipólito Yrigoyen.

Aunque fueron años de crisis política y económica, la organización obrera sostuvo una gestión que si bien no fue decisiva, posibilitó una suerte de estabilidad de sus cuadros componentes, que acompañaron con entusiasmo los reclamos sectoriales: se destacaron, entre otros, la huelga de los telefónicos de 1932, la de los obreros de la construcción en 1936, la movilización permanente de los empleados de comercio en defensa de la ley 11729. Durante este período comenzó a esbozarse la modalidad gremial de establecer alianzas circunstanciales con grupos políticos afines para la defensa de sus derechos así como la concurrencia a los despachos, oficiales cuando la situación lo requería.

Más adelante, en 1935, la Comisión Mixta Ferroviaria, integrada por la Unión y por el gremio de los maquinistas La Fraternidad, acordaron la instalación de un hospital destinado a sus afiliados, el que fue inaugurado en 1940 con el nombre de Hospital Ferroviario. Posteriormente, también se habilitaron consultorios externos en Rosario, mediante acuerdos con el Hospital Italiano de esa ciudad

El gremio valorizaba claramente esta política, como lo reflejan los documentos de la XX Asamblea de la UF (1943): *“El gremio ferroviario tenía necesidad imperiosa de poseer un instituto propio para la atención de la salud física de sus componentes y para la prevención de las enfermedades..”*

Se habilitaron además consultorios externos en Rosario, se estableció un acuerdo con el Hospital Italiano de Rosario para casos de urgencia mientras que la cirugía e internaciones estaban a cargo del HF de Buenos Aires. Mediante convenios con clínicas privadas los casos pulmonares se derivaban a Córdoba mientras se gestionaba la entidad propia.

3. PRIMERAS REGULACIONES ESTATALES

La conducción militar del golpe de Estado de junio de 1943 incursionó en áreas que hasta ese momento no habían sido consideradas de envergadura por los sectores dominantes. El movimiento obrero estaba dividido entonces en tres centrales: la CGT N° 1, la CGT N° 2 (separación de marzo de 1943) y la USA (Unión Sindical Argentina, desprendimiento de diciembre de 1935)). Ninguna de ellas podía arrogarse la representatividad de la mayoría de los trabajadores aunque la CGT N° 1, cuyo núcleo eran los ferroviarios, era la más homogénea. Pero esto se diluyó porque el gobierno desahució a la CGT N°2 y la UF fue intervenida en agosto de 1943. El ineficiente Departamento Nacional del Trabajo (creado en 1907) fue reemplazado por la Secretaría de Trabajo y Previsión en noviembre de ese año, quedando a cargo del nuevo organismo el Cnl Juan Perón.

El enfoque de los gremialistas históricos sobre las OSS se incorporó rápidamente al ideario peronista, considerando la interacción de la STP con los gremios que acompañaron sin complejos entre 1943 y 1945 el desarrollo de la gestión del Cnl Perón, principalmente la Confederación de Empleados de Comercio y la UF.

En el caso ferroviario, ello favoreció la creación de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios (decreto 9694 de abril de 1944). Este decreto determinaba que los bienes muebles e inmuebles de la UF y La Fraternidad destinados a la asistencia médica quedaban afectados, en cuanto a su dirección y administración al nuevo organismo, manteniendo ambas entidades gremiales el dominio patrimonial de los mismos.

Los fondos de la institución provenían de la contribución obligatoria (decreto 168/44) de todo el personal de los ferrocarriles y demás entidades comprendidas en el régimen de la Ley 10650 y sus complementarias, como así también de la contribución obligatoria patronal de un peso moneda nacional por mes y por cada empleado y obrero que revistara. La Dirección General, a cargo del poder público, y el Consejo de Administración, integrado por representantes de los sectores obreros y patronales, regulaban las actividades. El proyecto cubría las necesidades sanitarias del gremio y se desplegó hacia las regiones cubiertas por la red ferroviaria. (Memoria y Balance 1945 de la UF, publicada en 1946)

La medida más destacada del período en este campo fue la creación de la Comisión de Servicio Social (Decreto 30655/44), encargada de “propulsar la

implementación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas”. Los beneficios que debían brindarse a través de tales servicios eran: atención médica gratuita, atención farmacéutica al precio de costo, suministro de artículos de alimentación, de vestir, y de uso indispensable para el hogar a precio de costo. La empresa debía prestar tales servicios “como mínimo”, aunque también se consideraba la posibilidad de que fuera la organización mutualista o cooperativa la que sustituyera a la empresa.

El Decreto de Asociaciones Profesionales 23852 de octubre de 1945 y el Decreto 33302 (Instituto Nacional de Remuneraciones, Aguinaldo) de diciembre de ese año fortalecieron definitivamente la economía sindical. Estos decretos fueron la base de la ley 12921 de 1947.

La independencia y autonomía en el manejo de los recursos posibilitaron un impresionante crecimiento y colocaron a los gremios en una posición sin precedentes en lo relacionado no solamente con la dinámica tradicional sino con la nueva instancia de participación gravitante en la definición de políticas de alcance nacional.

4. POLITICAS ESTATALES DE SALUD

En junio de 1946 Perón asumió la presidencia de la Nación, iniciando el primer ciclo de gobiernos justicialistas, hasta 1955. En el campo de la salud, modifica la concepción socialmente abstencionista, con dos características básicas:

- la importancia dada a la planificación de los servicios de salud.
- la consolidación de un sector público que desplazará a la red filantrópica y de beneficencia que había atendido a los sectores sin acceso a la medicina privada.

Durante la Conferencia Interamericana de Seguridad Social de 1951, la postura argentina definía a la misma *como un mecanismo protector de los individuos frente a los distintos estados de necesidad, asegurándoles condiciones dignas y justas de subsistencia. La Seguridad Social es la conjunción de tres políticas: la social, la económica y la sanitaria.* (Dr. Eduardo Stafforini: Orientación para el desarrollo de la seguridad social en las Américas. Buenos Aires, 1951).

Luego, el *Segundo Plan Quinquenal (1953-1957)*, en el rubro Salud Pública precisa: *“El objetivo fundamental de la Nación en materia de salud pública será desarrollar la protección y el mejoramiento de la salud del pueblo, a fin de acrecentar su bienestar físico, intelectual y moral”. Y describe: “Antes de 1946 la medicina era con exclusividad una función privada. La acción estatal era asombrosamente mala y puramente individualista, y el Estado prácticamente no tenía una organización nacional de Salud Pública”.* (2° Plan Quinquenal. Presidencia de la Nación. Subsecretaría de Informaciones, 1953)

Como resultado de este proceso, creció fuertemente la disponibilidad de camas en distintos tipos de establecimientos públicos (nacionales, provinciales, municipales, universidades, Fundación Eva Perón y OS estatales), simultáneo a un descenso de las de origen privado. Entre 1946 y 1951 aumentó el número de las camas estatales en más del 100% (de 42.000 a 93.000), pasando a representar el 81% del total, desde el inicial 64%.

La creación del Ministerio de Salud Pública en 1949 y la complementación en medicina asistencial de la Fundación de Ayuda Social Eva Perón, sostenida en un 85 por ciento por los aportes de los obreros, confirieron al proyecto un sesgo doctrinario al definir una tercera posición en lo referido a la función social de los establecimientos médicos y los profesionales. En este Plan la conducción era centralizada y se destacaba la función que habrían de desempeñar las entidades privadas que se relacionaban con las asociaciones profesionales.

El Plan mencionado introduce explícitamente el papel de las OSS, al afirmar que la salud pública *será realizado mediante:*

- a) *la acción estatal pura;*
- b) *la cooperación entre la acción estatal y los organismos médico-asistenciales privados, en particular aquellos dependientes de asociaciones profesionales;*
- c) *La acción privada exclusiva, supervisada por el Estado (mutualidades; Asistencia médica en la industria; institutos privados)*

Entretanto, las camas en mutuales y otras entidades privadas se reducían 10% (de 24.000 a 21.000), y luego continuó descendiendo (hasta 18.000 camas). En consecuencia, si bien el impulso principal en este campo provino de la acción directa del Estado, se fomentó también una vía complementaria de carácter privado, que llevó a la creación de las primeras obras sociales, en relación al gran fortalecimiento e institucionalización del sindicalismo en este periodo.

No obstante, un gremio importante y numeroso como la Confederación de Empleados de Comercio, durante el desarrollo de su XX Congreso (1954) consideró riesgoso para una organización de sus características desarrollar un sistema de implantación de policlínicos y dar gratuitamente remedios aunque estimaban plausible el *".....propósito que inspira la iniciativa de atender la salud de los trabajadores mediante estos sistemas, pero los mismos deben estar condicionados a las particularidades del gremio y en ese sentido consideramos que una organización de nuestro carácter no puede costear este beneficio en forma continuada porque ello implicaría un drenaje económico de los fondos sociales que obligaría en un momento dado a suprimir una asistencia de esa magnitud. Esta materia la hemos estudiado bien y sabemos que son muchos los que se encuentran frente a problemas económicos insolubles por haber*

implantado este servicio social.....” (Palabras del Secretario Gral del gremio y Ministro del Interior Angel Borlenghi).

Un ejemplo de esta aseveración del dirigente mercantil es el caso de la Unión Tranviarios Automotor y su inconcluso Policlínico Central, situado en Puerto Nuevo, en terrenos cedidos con carácter precario y a título gratuito por el gobierno peronista. A fines de 1954 la Comisión Directiva de la UTA decidió proceder a su venta, destinando el producido a ampliar el servicio de la Mutualidad de obreros y empleados de Transportes de Buenos Aires.. La venta en principio se concertó con la Fundación Eva Perón pero la gestión fue interrumpida por el golpe de septiembre de 1955

5. EL PROTAGONISMO SINDICAL DURANTE EL POSTJUSTICIALISMO

La caída del peronismo en 1955 trae consigo la intervención de la CGT y de la mayor parte de los gremios. Recién en mayo de 1961 el gobierno de Arturo Frondizi (1958-1962) entregó a la “Comisión de los 20” el edificio de Azopardo 802. La Central Obrera fue normalizada en el Congreso de enero de 1963. La nueva ley 14455 de Asociaciones Profesionales (sancionada en 1958) regulaba la actividad sindical. Después del derrocamiento del presidente Frondizi, la CGT presentó un programa mínimo reivindicativo y diseñó el Plan de Lucha (1963-1965) cuya instrumentación y aplicación coincidió con el gobierno del radical del pueblo Arturo Illia (1963-1966). Esta fue la etapa de afirmación de la nueva dirigencia sindical.

En este periodo, la política de salud se encaminó a una disminución gradual del rol del Estado. En este marco, los emprendimientos sociales de los sindicatos fueron asumiendo un papel menos complementario y más sustitutorio, no expresado necesariamente en la disponibilidad de infraestructura propia, sino en la cobertura de trabajadores a través de contratos con particulares, financiado desde los convenios colectivos.

Al respecto, resulta interesante releer el punto de vista de un conspicuo integrante de la CD de la CGT con relación a este proceso, centrado en la figura del “sindicalismo múltiple”. Se trata de Luis Angeleri, secretario de Prensa y Cultura entre 1963 y 1965, que en su libro de 1970, *Los sindicatos argentinos son poder*, señala: “a medida que los trabajadores fueron militando en sus organizaciones obreras, comprendieron que perfeccionando y valorizando la actividad de las mismas, podrían alcanzar otros campos que significaban realmente el motivo fundamental cuando se crearon los sindicatos. Efectivamente, la justicia social no vendrá solamente con salarios, y su incorporación masiva a ello, aparte de la fuerza colectiva para reclamar sus derechos, les fue dando una capacidad económica apta para lanzar a sus organizaciones en otras etapas que consolidasen el aspecto económico que alcanzarían los salarios y conformase la atención del ser humano, en el

verdadero concepto que el mismo representa. Las cuotas que pagaban al Sindicato mensualmente sus afiliados, los aportes extraordinarios de carácter económico con que ellos contribuían, etc., comenzaron a dar a la organización gremial un caudal económico que dieron la pauta a los trabajadores que podían hilvanar una acción social de carácter integral, por parte de los Sindicatos, para dispensar al trabajador y su familia de toda una protección y disfrute que le permitiese alcanzar en plenitud, toda la concepción y dimensión que le acreditaba el derecho natural a su existencia como ser humano.

Nació así el sindicalismo múltiple que comprende que el sindicato, explotando todos los recursos económicos que le reporta el volumen de sus afiliados reunidos, debe abarcar todas las etapas correspondientes al ser humano desde su nacimiento hasta su vejez y otorgando los servicios necesarios para que cada una de ellas se celebre con el alcance y envergadura que significa la justicia social. Todo esto no tan sólo al trabajador sino que extensivo a su familia. Llega así el beneficio del sindicalismo al núcleo familiar, preocupación mayor de la organización gremial en esta etapa.

Surgen las obras sociales emprendidas por los sindicatos, cubriendo una vacancia dejada por el Estado desde hacía largo rato. La comunidad hasta ese entonces tenía dos alternativas para curarse o preservar su salud, los hospitales o los sanatorios. Los primeros sostenidos por el Estado donde por conocido el funcionamiento de los mismos, no se hará una extensa descripción de esos servicios. Solamente no encierran – la gran mayoría – el concepto integral de ser humano que interpretan los Sindicatos y que debería ser considerado por quienes prestan esos servicios. Allí falta de todo y el ámbito conforma una antesala de desaliento donde lejos de pensar en una recuperación de la salud, se concluye lo contrario a pesar de la idoneidad indudable y la capacidad humana del personal hospitalario.

Los sanatorios por su elevado costo están vedados a la mayoría de la población. Los sindicatos comenzaron a llenar ese vacío e impusieron la asistencia médica integral, que contempla la cobertura al grupo familiar del afiliado tanto en medicina preventiva como en complicadas intervenciones.

Los policlínicos de los sindicatos son verdaderos centros de salud donde se manifiesta la concepción social de las organizaciones obreras argentinas”.

A fines de los años 60 las OSS ya cubrían a 3.5 millones de personas, equivalente al 27% de la población.

6. INTENTOS DE UNA NUEVA REGULACIÓN

A mediados de los años sesenta existía preocupación del gobierno radical por incorporar elementos regulatorios a la fuerte heterogeneidad y atomización de las OSS desarrolladas en las dos décadas anteriores. Con ese objetivo, se encara la Encuesta Preliminar sobre Obras Sociales y Mutualidades, la que

concluyó en un diagnóstico que destacaba la diversidad de alcances de los múltiples regímenes existentes.

Por esa época las OSS actuaban como resultado de tres diferentes razones: su propia determinación, en cumplimiento de cláusulas de convenios colectivos de trabajo, o normas legales específicas.

Además de las OSS, se encontraban:

- OS estatales, cuya administración corresponde a organismos públicos centralizados y entidades públicas descentralizadas.
- OS llamadas mixtas, porque en su administración participan representantes estatales y de los beneficiarios, como la de jubilados y pensionados, y de algunos sectores de la administración pública.
- OS del personal jerárquico o de dirección.
- OS adheridas de base provincial y municipal.-
- OS establecidas por algunos convenios colectivos de trabajo, con prestación directa de servicios médicos a cargo de las empresas.
- OS provinciales, municipales, de las fuerzas armadas y de seguridad, del Congreso y del Poder Judicial.

El gobierno militar asumido en 1966 creó la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales (Decreto 17230/68) evaluaba como desalentadores los logros alcanzados por las OSS: “el grado de satisfacción de las expectativas creadas a los cotizantes del sistema son tan variadas, como variables son los niveles de eficiencia con que los distintos organismos han cumplido sus finalidades sustanciales. Las notables diferencias observadas, tanto en lo referente a las obligaciones como a los derechos de los afiliados, evidencian una vulneración de los principios de igualdad de oportunidad y justicia distributiva aceptados universalmente como fundamento de todo el sistema de Seguridad Social”.

7. LA CREACION DEL SISTEMA

La Ley de Obras Sociales 18610, de febrero de 1970, coincide con un período de agitación política generalizada que había tenido su clímax en mayo de 1969 con el “Cordobazo”. La CGT (recompuesta en julio de ese año) había adoptado en ese momento una oposición sostenida. Sin embargo esta ley apareció como un gesto conciliatorio por parte del gobierno.

La ley creaba un Sistema de OS, ordenando los entes preexistentes ya mencionados, excepto las mencionadas en último término. La Ley implicaba:

- la asunción por parte del Estado del papel de regulador de las OS en funcionamiento, normatizando y ordenando el funcionamiento de los entes preexistentes.

- la universalización de la cobertura, en hogares con asalariados ocupados en el sector formal privado y en el sector público, al declararla obligatoria para todos los trabajadores bajo convención colectiva, y no sólo los afiliados, y extenderla a sus familiares..
- la unificación de aportes y contribuciones sobre la nómina salarial: 2% el empleador, 1% el trabajador, 1% la familia del trabajador, 2% los jubilados y pensionados.
- la extensión a otras prestaciones que las médico-asistenciales, aunque estableciéndose que estas últimas fueran las prioritarias, destinándoseles el 80% de los recursos.
- la declaración de los empleadores como agentes de retención, con depósito mensual directo a la orden de las propias OS.
- la creación del INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) como organismo descentralizado, con funciones de promoción, coordinación e integración entre OS y control técnico, administrativo y contable .
- la creación del Fondo de Redistribución, integrado por aportes y contribuciones correspondientes al aguinaldo, el 10% del resto de la recaudación, y el 40% de los recursos especiales provenientes de terceras fuentes, con destino al incremento y mejora de capacidad instalada y asistencia financiera en general.
- la autorización para el funcionamiento de capacidad instalada propia y el establecimiento de regímenes de contratación de prestaciones a profesionales.

La nueva Ley reconoció también la plena jurisdicción de los sindicatos sobre el manejo financiero, administrativo y asistencial de las OS.

La CGT expresó su opinión detalladamente en una Declaración de octubre de 1971: *“La CGT ha observado atentamente en este último tiempo como se han agudizado los enfrentamientos de diversos sectores de opinión vinculados al tratamiento de la política sanitaria nacional.*

La Central Obrera ha auspiciado, contribuido y participado en la adopción y en la aplicación del sistema que comporta la ley 18610.

Lo ha hecho en el momento de la implementación del régimen y lo sigue haciendo como desde el comienzo integrando el directorio del INOS, porque interpretó en su momento y lo sigue entendiendo ahora que el régimen creado constituye un cuerpo de vocación revolucionaria en el diagnóstico y tratamiento del problema de la Salud. Su decisión de entonces y ahora se ve ratificada por los hechos.

Estos hechos lo constituyen fundamentalmente la oposición que a ese régimen expresan y con más agresividad los órganos gremiales que invocan la representación de los profesionales vinculados a la asistencia médica, que en la mayoría de los casos, defienden los intereses de las sociedades financieras que lucran con la salud del pueblo.....”

“.....La Subsecretaría de Salud Pública no define claramente su política de salud.

Muestra, por el contrario, una tolerancia cómplice con los intereses de los círculos médicos en detrimento de los grandes objetivos que originaron el avance de las Obras Sociales Sindicales

La ley 18912 sancionada con el auspicio de la mencionada Subsecretaría reconoce a las entidades médicas el derecho de imponer, sin participación de los interesados regímenes de pago de las prestaciones que afectan seriamente la economía de las Obras Sociales....."....."Es sintomático que el INOS esté sometido a una campaña de desprestigio y a una tarea de neutralización que ya lleva quince meses, negándosele la estructura funcional y orgánica que le permitieran concretar vigorosamente la filosofía que encierra la ley que le dio origen....."...." ¿Se intenta acaso volcar esos recursos y los de las Obras Sociales a un eventual sistema de Seguro de Salud del cual los países más adelantados del mundo ya están de vuelta?...."

(CGT, Memoria y Balance, período 1970-1971)

Durante este período la defensa de la ley y del INOS, incluyó también un serio cuestionamiento al accionar de las entidades mutualistas que actuaban *"motorizadas por los intereses que protagonizaron la reacción inicial contra el régimen de las Obras Sociales que son todos aquellos para quienes el tema de la salud es otro de los tantos que entran al mercado del lucro"*. (Memoria y balance CGT, 1972)

8. DESARROLLOS POSTERIORES

Con posterioridad, se dictaron diversas leyes complementarias:

- la ampliación de la cobertura de las OS a nuevas categorías de trabajadores: a domicilio, talleristas, vendedores de diarios y revistas, y personal superior, jubilados y pensionados, y trabajadores rurales.
- creación del régimen de contrataciones de las prestaciones, y en su marco del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, Bioquímicas y Sanitarias, documento oficial obligatorio para las contrataciones de todo el Sistema. El Nomenclador es, básicamente, un listado codificado de servicios médicos quirúrgicos, de laboratorios y hospitalarios, valorizados en unidades convencionales ajustados periódicamente. Lo complementa un capítulo de normas de trabajo que encuadran la labor de los prestadores, y los mecanismos de control del proceso un listado codificado de servicios, valorizado en unidades convencionales ("galenos" y "unidades sanatorias"), también ajustable.

Desde el punto de vista del número de entidades, las OSS siempre representaron una parte claramente mayoritaria del total (entre el 70% y el 80%). Desde el punto de vista del número de beneficiarios, la importancia de las OSS creció rápidamente, como resultado del nuevo concepto aplicado: a

comienzos de los años 70' ya cubrían cerca de 6 millones de beneficiarios, equivaliendo al 53% del total,

Otras consecuencias de esta legislación fue el impulso dado al sector privado no sindical, ya que la relativamente escasa capacidad asistencial instalada propia de las OSS hizo que se multiplicaran los contratos con este sector, y con ello las instalaciones privadas para atención ambulatoria e internación (más del 60% entre 1965-80). Simultáneamente, retrocedía en casi 10% la capacidad asistencial del sector público entre 1969-1980.

9. INTENTOS DE REFORMA DURANTE EL NUEVO GOBIERNO JUSTICIALISTA

Desde el año 1972 hasta 1973 el movimiento obrero organizado comenzó a transitar un camino político que tuvo tres fechas emblemáticas: 17 de noviembre de 1972 (retorno de Perón), 11 de marzo de 1973 (triunfo electoral del FREJULI) y 23 de setiembre de 1973 (triunfo electoral de Perón). El Pacto Social rubricado en junio de 1973 colocó al sindicalismo en una posición de fuerte protagonismo habida cuenta de la presencia de muchos representantes cegetistas en cargos políticos de trascendencia.

En diciembre de 1973 el Presidente Perón pronunció un mensaje en la sede de la CGT en el que afirmó que el Plan Trienal, que iniciaba su vigencia el 1° de enero de 1974, era la continuidad del proyecto contenido en los planes quinquenales de la primera etapa peronista. (Memoria y Balance 1972-1974, CGT). En el área Salud el Plan Trienal imponía una revisión de las políticas aplicadas en los últimos años y señalaba el deterioro operado en la cobertura sanitaria por el descenso de las partidas presupuestarias, el aumento de la mortalidad infantil, la alta tasa de morbilidad, y la *“tendencia a delegar responsabilidades por parte del Estado que halla su culminación con el INOS, cristalizándose de este modo una estratificación de la población en tres grupos: pudientes, asalariados –cubiertos por las Obras Sociales-, e indigentes, cada uno de los cuales recibe una asistencia médica de calidad muy diferenciada.”* (Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional).

El Estado decidió garantizar la salud de los habitantes, efectivizando el principio de justicia social y además ser cogestor en la dirección de un *Sistema Nacional Integrado de Salud* por el que se encauzaría el crecimiento del Sector Salud través de un planeamiento racional aceptable por todos los sectores. Se preveía además la integración voluntaria, ordenada y paulatina de las obras sociales. Este proyecto fue convalidado por la sanción de la ley 20748, de creación del SNIS, en setiembre de 1974 que contemplaba la constitución de un Consejo Federal en el que los representantes cegetistas tenían dos lugares y el cuerpo consultivo del secretario ejecutivo nacional donde recalaría un representante obrero. El art 36 eximía de la ley, hasta su presentación voluntaria, los

establecimientos y servicios asistenciales pertenecientes a las obras sociales, encuadrados o no en la ley 18610, *existentes a la fecha, o que se crearan en el futuro, con participación sindical*.

Asimismo, en la presentación del proyecto del PE a las Cámaras Legislativas, se consideraban todos los fundamentos delineados en el Plan Trienal pero se omitió la referencia al INOS citada más arriba.

10. EL AUTORITARISMO DE LOS AÑOS SETENTA Y OCHENTA

La última administración militar (1976/83), instaura el autoritarismo en los servicios de salud (ley 22269, de 1980), que interviene las OSS con autoridades designadas por el Estado y decide:

- la virtual estatización de las OS, cuyos fondos pasan a ser de naturaleza pública, con administración estatal.
- la separación administrativa, financiera y patrimonial de OSS y sindicatos, lo que se dirigió a socavar el poder político y económico de las organizaciones gremiales, particularmente por la vía de restringir las posibilidades de destinar fondos a actividades político-sindicales.
- la eliminación de la obligatoriedad de afiliación a la OSS creada por el sindicato de rama: con ello se autorizó a imputar el 90% del aporte personal a la afiliación a otras OS o entidades de medicina prepaga.
- la prohibición a las OSS de montar nueva infraestructura propia, y explícita recomendación de reducir la existente. Esta disposición fue un poderoso incentivo de los contratos con el sector privado

11. LOS INTENTOS DE REFORMA DEL RADICALISMO EN LOS AÑOS OCHENTA

La recuperación de la democracia puso en evidencia la dimensión de la crisis del Sistema de OS, en la cual a su financiamiento, dado el desvío de recursos del Fondo de Redistribución del INOS, la caída del salario real (base de cálculo del aporte), y el aumento de la población afiliada.

En 1985, la CGT lanzó la propuesta denominada *“Los Veintiseis Puntos Programáticos de la CGT”*, cuyos puntos 21, 22 y 23 aludían al tema de las OS sindicales y el 23 instaba a la normalización del INOS y a la integración al mismo de representantes cegetistas. Naturalmente, el proyecto que quería imponer la CGT (proyecto Azul y Blanco de OS) consistía fundamentalmente en la recuperación de la normativa de la ley 18610 avasallada por la dictadura.

El gobierno intentó crear un Sistema Nacional de Salud en 1986, que encuadrara a las OSS, aunque con características diferenciadas de las solicitadas por el sindicalismo y los propios empresarios de la salud. Como resultado, las normas finalmente aprobadas en 1988, trajeron escasos

cambios, al legislarse por separado sobre el Sistema y las OS. Durante este periodo, el gobierno adoptó las siguientes decisiones:

- subrogó al Estado en las fuertes deudas de las OSS acumuladas durante el período de intervención militar, aunque sin poner en práctica los mecanismos pertinentes.
- reconoció la titularidad patrimonial de las OSS por parte de las organizaciones gremiales, y su derecho a la gestión administrativo-financiera. También se mantenía la elección directa de las autoridades de cada entidad por los beneficiarios.
- reemplazó al INOS por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSAAL), con representación mayoritaria del Estado y participación sindical.
- mantuvo el aporte de los trabajadores y se aumentaba el 6% el de los empleadores.

12. LA POSICION DE LA CGT EN SU APOORTE A LA PLATAFORMA ELECTORAL DE 1989

En el documento de la CGT elaborado como aporte a la plataforma electoral del Partido Justicialista, en marzo de 1989, se tomó posición a favor de la estructuración de un Sistema Nacional Integrado de Atención de la Salud, incluyendo las OSS, para garantizar a toda la población igualdad de condiciones de calidad y accesibilidad a las prestaciones requeridas para la salud, mediante una red integrada de atención en todo el territorio, que refirme el papel preponderante del Hospital Público.

El Estado aparece en este esquema como “garante” de la salud y responsable de la planificación, conducción y ejecución de las acciones, mediante el Ministerio de Salud y Acción Social.

El sindicalismo también planteaba la extensión de las prestaciones a los trabajadores autónomos, desocupados y subocupados, con la financiación necesaria, contemplada en el Presupuesto Nacional.