

LA SALUD, LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS MUTUALES EN LA ARGENTINA

RESEÑA HISTÓRICA

Durante la época de la conquista y dominación española en lo referente a la atención de la salud, existían normas que ordenaban que en toda ciudad que se fundaba, debía preverse un lugar físico para la instalación de un hospital, aunque debe aclararse que no tenían ni médicos ni botiquines farmacéuticos. Los primeros hospitales sirvieron de albergues para aislar a los enfermos contagiosos, dementes e indigentes. Las leyes que ordenaban a virreyes y gobernadores vigilar la curación de enfermos pobres e indígenas, lo hacían con el apoyo de la caridad cristiana.

En general durante esa época los enfermos se curaban o morían en sus viviendas y hasta las primeras décadas del siglo XX, la atención de los partos y de los recién nacidos, cualquiera fuera su estado de salud, se realizaban en los propios domicilios.

Desde el punto de vista epidemiológico, en ciudades como el Buenos Aires antiguo, existía falta de higiene, sin agua potable ni cloacas y consecuentemente, no se daba adecuada atención a la salud, ya que ello no era una cuestión de Estado. La población tomaba agua del Río de la Plata contaminada por los mataderos y saladeros que arrojaban sus desperdicios y aguas servidas al mismo río, produciendo contaminación y favoreciendo entre otras, enfermedades del aparato respiratorio, infecciones, reumatismo, etc.

Hasta los primeros años del siglo XIX los médicos que actuaban en Argentina eran principalmente ingleses. Es entre los años 1880 y 1900, con la gran inmigración que se produjo, cuando empiezan a aparecer en mayor número los médicos, encargados de la atención real de los enfermos.

Con posterioridad, en las primeras décadas del nuevo siglo y antes del despegue de la Seguridad Social en Salud, aparecen en el país buenos médicos sanitarios, quienes realizaron un gran trabajo sobre las enfermedades de prevalencia urbana y suburbana, de las viviendas multifamiliares llamadas inquilinatos o conventillos, donde la tuberculosis y enfermedades infecciosas eran las patologías habituales de inmigrantes. Es aquí donde se advierte el rol del Estado. Ingresando al siglo XX las patologías de las poblaciones del interior argentino, como el mal de chagas y el

paludismo fueron la gran preocupación de famosos médicos que se ocuparon de prevenir y atender estas enfermedades tropicales o subtropicales.

PRIMERAS MUTUALES

Las primeras mutualidades y entidades de beneficencia, de adhesión voluntaria y organización democrática, comenzaron a desarrollarse a mediados del siglo XIX. Se formaron a partir de la acción de las colectividades italianas, españolas, francesas, portuguesas, etc., principalmente en Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Tucumán, llegando a 74 mutuales en el año 1875 y superando las 600 en tiempos de la Independencia (1816) con más de 200.000 asociados, para diversos tipos de servicios, principalmente de salud.

Las organizaciones sindicales evolucionaron rápidamente y si bien entre sus reclamos se insistía en la protección contra los riesgos en general, la salud social seguía reservada a los hospitales públicos, asociaciones de beneficencia y mutualidades.

A partir de 1943 las reivindicaciones obreras en algunas actividades permitieron la creación de obras sociales, encargadas de la atención de la salud algunas con hospitales propios y la mayoría contratando con el sector público y privado. El financiamiento desde ese entonces se sustenta con los aportes y contribuciones sobre los salarios. El mutualismo de salud comenzó así a perder beneficiarios o a transformarse en coberturas para compensar co-pagos o atenciones complementarias.

EXPANSIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES

Con la industrialización y el mayor desarrollo agropecuario se genera la necesidad de tener un sistema de salud obligatorio que permita mantener la salud de los obreros y trabajadores rurales. La seguridad social en un verdadero desarrollo ordenado, se puede situar en el año 1971 con el dictado de una ley nacional de obras sociales, permitiendo que la salud de los trabajadores en la mayoría de las actividades, se brinde a través de estas organizaciones constituidas y administradas por los sindicatos.

En el año 1972 el 68% de la población económicamente activa que representaba el 55% de los habitantes, estaba cubierto en salud por obras sociales.

Pero la transformación no vino acompañada del reconocimiento de la trayectoria y capacidad operativa sanitaria de las entidades de la economía social. La concreción

de los beneficios de la seguridad social en el área de la salud a través de las obras sociales, excluyó o ignoró totalmente a las mutuales que tanto habían hecho hasta entonces por la protección sanitaria de la población.

Las obras sociales que aparecen, son en su mayoría sindicales, creándose otras de administración mixta con el Estado o de empresas, algunas de personal de dirección, de universidades, del Poder Judicial y de las distintas fuerzas de seguridad. Se llega así a más de 400 obras sociales, con enorme disparidad de servicios entre ellas, por la asimetría en el número de afiliados y de financiamiento de acuerdo a la actividad .

Entre las mayores cuestiones de la problemática social, se encontraban los ancianos y los niños. En el año 1971 se crea por ley la Obra Social para Jubilados y Pensionados, con aportes obligatorios a cargo de los activos y pasivos, a la cual se derivan todos los ex-trabajadores del sector privado y público nacional, quienes en un comienzo mejoran considerablemente su situación.

Para completar la descripción y grado de atomización o fraccionamiento de los sistemas, se agrega que, conforme a la organización Federal vigente en la Argentina, las provincias de acuerdo a la Constitución Nacional, conservan en manejo de la salud en sus jurisdicciones y en tal sentido si bien admiten a las obras sociales sindicales de orden nacional, cada provincia crea una propia obra social para el personal activo y pasivo de la administración pública de su jurisdicción. Aquí las mutuales solo pueden dar en muy pocos casos, atención complementaria.

En lo referente a la administración de las entidades de la Seguridad Social en general, sus recursos deben destinarse entre el 75% y el 80% a la atención sanitaria, contratando en parte prestación en el sector público y principalmente al privado. Dentro del privado las mutuales que originariamente atendían como sus asociados a quienes luego pasaron a la Seguridad Social Obligatoria, debieron transformar en esta evolución histórica a sus hospitales mutuales con adecuada capacidad sanitaria, en efectores privados de la Seguridad Social, pero sin el volumen histórico de asociados y con precios muchas veces impuestos políticamente

EL SEGURO NACIONAL DE SALUD

En el año 1989 se dicta la actual ley de obras sociales, que se completa con la Ley del Sistema Nacional de Seguro de Salud. Mantienen ambas leyes la vigencia de las obras sociales por actividad, a las que designa como “Agentes del Seguro Nacional de Salud”.

En los debates parlamentarios de dichas leyes, logra el mutualismo introducir una norma que permite a las mutuales transformarse en Agentes del Seguro, adquiriendo los mismos derechos y obligaciones de las Obras Sociales. La lucha por ingresar las mutuales en dicho régimen no tiene descanso aún en estos días. En realidad debido a reglamentaciones confusas dictadas con posterioridad a la ley, a las mutuales que deciden optar por ser Agentes del Seguro Nacional de Salud, se les niega el derecho y deben transitar un largo camino judicial como única forma de acceder a ello. Esta situación constituye uno de los principales reclamos del mutualismo de salud Argentino que posiblemente, en este aspecto, se enfrenta a otros intereses que no quieren su competencia con las obras sociales de carácter sindical.

El derecho a la salud si bien estaba contemplado en forma indirecta aunque implícita en la Constitución Nacional Argentina, con la reforma constitucional del año 1994 ha quedado incorporado mediante normas de protección a la salud, en particular en la relación con el derecho de los consumidores. Otro de los contenidos de este derecho que aparece con jerarquía constitucional, se produjo al incorporarse a la misma, los Tratados Internacionales como: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención de los Derechos del Niño, Declaración Americana de los Derechos del Hombre y otros que fundamentalmente estipulan el derecho a la salud con un contenido y alcance referidos a las obligaciones del Estado.

El año 2002 fue de el de mayor crisis económica y social que vivió la Argentina. Cayó el 10% el P.B.I., descendió en más del 50% la inversión, crece la desocupación y la línea de pobreza trepó al 57%. El gasto en medicamentos de los más pobres, representó el 80% de lo destinado por ellos a salud.

Frente a esa crisis la Seguridad Social sufre gravísimos problemas que lleva al Estado a dictar leyes de Emergencia Económica y Sanitaria.

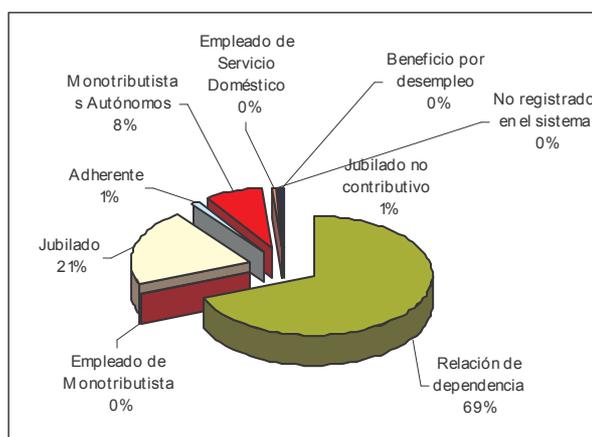
El mutualismo de salud intensificó su participación social antes de la crisis económica y entre otras actividades, celebró convenios de prestaciones con obras sociales, por los cuales éstas ceden aportes y contribuciones de trabajadores que optan por los servicios de mutuales, a cambio de brindarles los servicios de salud a los que obliga la Seguridad Social. Este proceso que también realiza la medicina pre-paga mejora los tiempos de espera y la calidad de atención de los planes de salud e introduce una participación del mutualismo en el ámbito de la Seguridad Social. Hoy existen mutuales que tiene prácticamente todos sus asociados con este metodología de cobertura.

Mayor es la participación sanitaria en el mercado informal del trabajo, que llega de aproximadamente el 35% de la población económicamente activa. El mutualismo de salud experimentó un crecimiento del 30% en este sector, durante el período posterior a la crisis de 2002 en virtud de su mejor oferta en la relación costos-servicios.

ESTADO DE SITUACIÓN ACTUAL EN NUMEROS

En el “Cuadro 1” se muestra como está distribuida solo la población cubierta por obras sociales de trabajadores privados en el orden nacional, activos y pasivos que suman algo más de 15.000.000 de personas, según informa la Superintendencia de Servicios de Salud.

Tipo de Beneficiario	Cantidad Total
Relación de dependencia	10.668.388
Empleado de Monotributista	10.582
Jubilado	3.201.052
Adherente	161.950
Monotributistas Autónomos	1.207.226
Empleado de Servicio Doméstico	67.201
No registrado en el sistema	77
Jubilado no contributivo	79.099
Beneficio por desempleo	70.918
	15.466.493



Cuadro 1

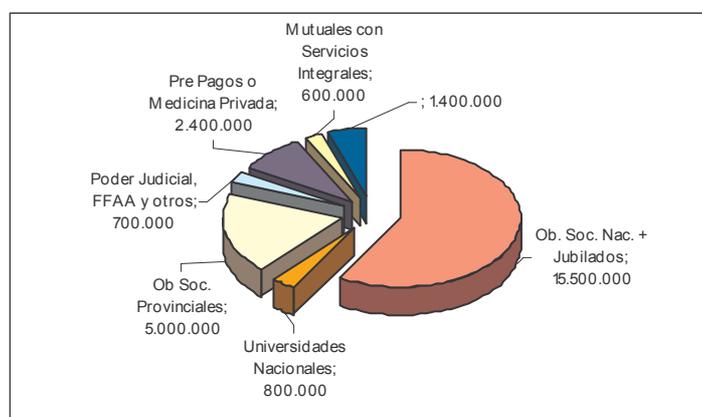
La Argentina es un país que en el año 2006 tiene una población aproximada de 37.000.000 de habitantes. Según los últimos datos oficiales el 31% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza. Esto es contradictorio si se lo compara con el crecimiento del Producto Bruto Interno de los últimos cuatro años que en promedio está en el 8% anual, pero su distribución y también debido a insuficiencia en educación, el crecimiento del PBI no se refleja en la baja de los niveles de pobreza, lo cual afecta directamente a la salud.

El desempleo ha descendido mucho después de la crisis del año 2001 y hoy se encuentra en el 12% aproximadamente, sin distinguir entre trabajo formal e informal. Debe aclararse que sería superior el desempleo si se tomara como desocupados a un importante grupo de personas carenciadas (jefas y jefes de familia), que reciben subsidios mensuales del Estado.

En el “Cuadro 2” se puede apreciar como se distribuye para el total de la población la cobertura de obras sociales, de otras entidades denominadas de medicina pre-paga, que no son compañías de seguros, sino que brindan a través de su red contratada, prestaciones sanitarias a los usuarios. También aparecen las mutuales y cooperativas con servicios integrales para quienes están fuera de la Seguridad Social (600.000). Mención por separado y bajo el cuadro, se indican los beneficiarios de servicios complementarios de los subsistemas oficiales, brindados por mutuales y cooperativas, o de carácter parcial para segmentos poblacionales de menores ingresos (1.400.000).

Población con y sin cobertura

15.500.000	Ob. Soc. Nac. + Jubilados
800.000	Universidades Nacionales
5.000.000	Ob Soc. Provinciales
700.000	Poder Judicial, FFAA y otros
2.400.000	Pre Pagos o Medicina Privada
600.000	Mutuales con Servicios Integrales
25.000.000	Total con cobertura
12.000.000	Total sin cobertura
37.000.000	Población Total



1.400.000 personas asistidas en Mutuales y Cooperativas con Servicios Complementarios (médicos, farmacéuticos, odontológicos, etc.)

Cuadro 2 (cifras con redondeo)

PARTICIPACIÓN DE LAS MUTUALES EN LA SALUD

Se han dado a conocer en el año 2006 los resultados del censo general hecho por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), que es el Organismo de control de Cooperativas y Mutuales.

Los datos del censo señalan que el 27%, del total de mutuales de Argentina, es decir 861 prestan servicios de salud que agrupan una población cercana a 1.800.000 personas. Comparado este dato del año 2006 con el de 1998, surge un crecimiento del 71% en cantidad de entidades.

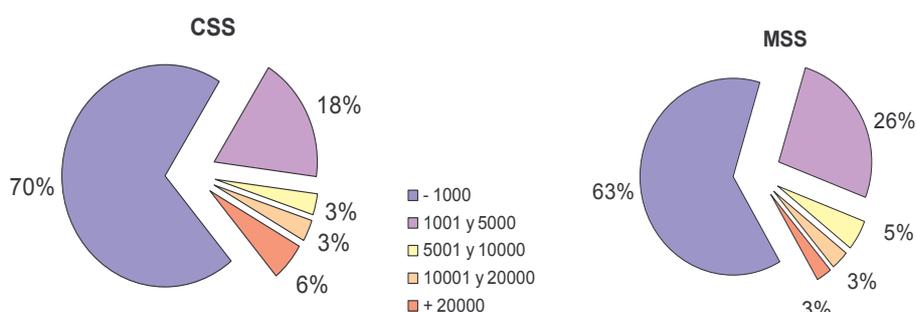
Las cooperativas de salud tienen 300.000 personas aproximadamente, distribuidas en 195 entidades.

Pero si se compara que porcentaje tienen asociadas para salud cooperativas y mutuales, dentro del total de la población cubierta por la Seguridad Social y los sistemas privados, se llega al 8% del total de la población cubierta. Este porcentaje era muy superior antes de ampliar su campo la Seguridad Social.

En los “Cuadros 3, 4” se muestran cifras del último censo. Como conclusión del mismo se deduce que un alto porcentaje de mutuales tiene menos de 5.000 asociados y así mismo las mutuales de salud tienen una mayor participación en los servicios sanitarios en comparación con las cooperativas.

Número de asociados por tipo de entidad y por rango

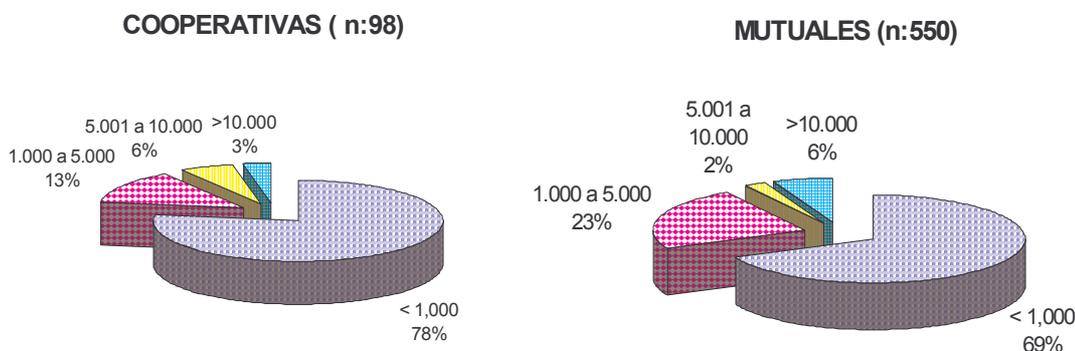
Cooperativas que brindan servicios de salud (CSS): 295.805 personas
 Mutuales que brindan servicios de salud (MSS): 1.762.738 personas



Cuadro 3

Entidades que brindan servicios de salud al sector de la Economía Social.

Número de beneficiarios por tipo de entidad y por rango



Cuadro 4

LOS EXCLUIDOS SOCIALES Y EL FUTURO DE LA MUTUALES

El empleo formal en Argentina permite que cualquier trabajador tenga una cobertura de salud en las condiciones que las leyes lo establecen. También es cierto que no todas las personas cubiertas tienen la totalidad de las prestaciones necesarias. Más de 11.000.000 las personas carecen de una cobertura formal.

Los trabajadores informales y más aún los desocupados tienen que recurrir al sector público como único recurso. Este sector es insuficiente para atender toda la demanda y además carece en gran medida de la capacidad e infraestructura operativa y prestacional que la demanda exige.

En virtud de ello la población sin cobertura, pero con escasos recursos, cuando prefiere una cobertura más accesible en cuanto tiempos de espera y calidad prestacional, debe recurrir a sistemas de medicina pre-paga o mutuales de salud.

Las entidades de medicina pre-paga comerciales no se encuentran reguladas por ninguna ley. Solo las leyes de defensa al consumidor aplicada por los jueces ante el vacío legal, han dado respuesta a los usuarios-clientes. Desde hace años se las quiere encuadrar en una regulación, pero fuertes intereses impiden que se logre hacerlo.

En esas discusiones se ha querido incluir a las mutuales que no pueden ni deben estar en la regulación de entidades comerciales, debido a que la economía social tiene su organismo de control en pleno funcionamiento. El mutualismo organizado con FAMSA a la cabeza trabaja intensamente para evitar que se regule al mutualismo con los seguros comerciales.

Hoy las mutuales organizadas están procurando no solo mantener el terreno que han recuperado, sino avanzar para conseguir el lugar que por ley les corresponde como agentes del Seguros Nacional de Salud, dentro del campo de la Seguridad Social obligatoria, para todos aquellos trabajadores que voluntariamente las elijan.

Mención especial merece el servicio de farmacia que ofrecen muchas de las mutuales. Este servicio permite que un gran número de personas reciban medicamentos de primeras marcas y especialmente los llamados “genéricos”, con importantes descuentos. El servicio también se presta a obras sociales de trabajadores activos y pasivos, mediante convenios individuales y corporativos que se han logrado concretar en el ámbito de la Seguridad Social.

Considerando que aún hay mucho por hacer en materia de adecuada atención sanitaria, las entidades de la Economía Social han expresado que tienen capacidad técnica y territorial para ofrecer un programa de cobertura participativa y con decisión democrática en la gestión y financiamiento, para una creciente masa de

personas que sin ser carenciados, están en condiciones de realizar una gestión autónoma de sus entidades de cobertura sanitaria, aportando en parte para este propósito, sumando fondos complementarios de financiamiento público, mediante una metodología de sustitución de parte del gasto público en salud, por un presupuesto destinado al efecto, administrado por los propios interesados, a través de mutuales y con el debido control público.

Para ello en un reciente Congreso realizado en el mes de Noviembre de 2006 en Buenos Aires, el mutualismo ha dado las bases de este proyecto, colocando a la atención primaria como objetivo fundamental y estimándose que durante el año 2007 se lo podrá elaborar técnica y financieramente.

El Programa STEP de OIT-AIM seguramente podrá ser de gran ayuda para encarar este emprendimiento social de vital necesidad para el futuro sanitario de ARGENTINA.

Buenos Aires, 26 de Diciembre de 2006.-

Por FAMSA

José M. Garriga
Coordinador General

Ildefonso Olego
Presidente