

## OBRAS SOCIALES UNIVERSITARIAS

Ernesto R. Gagliano<sup>1</sup>  
DASPU/UNC

Las Obras Sociales Universitarias son una de las diversas formas de “actores” que se han ido construyendo/configurando en el complejo y multifacético sistema de salud de nuestro país. Por una parte, son organizaciones que tienen su origen en principios “mutualistas y solidarios” de ciudadanos que prefieren tener y fortalecer la capacidad de administrar sus propias instituciones a nivel local; pero también son organizaciones seleccionadas para ser presionadas y sometidas a los vaivenes de los intereses políticos y, en buena medida, de los diversos y contradictorios caminos de las políticas económicas y sociales implementadas en la Argentina moderna.

Los enfoques y políticas acerca del modelo de atención a la salud han variado casi constantemente en los foros de análisis de opciones de política, y sus puestas en marcha casi siempre han sido frustradas. Así, hemos pasado de propuestas altamente concentradoras-estatistas (todo el poder al presidente o ministro de salud del estado nacional) a altamente concentradoras-privatistas de tinte conservador (todo el poder a la libertad de acción de los actores y a la competencia en el mercado).

Estas propuestas se han encontrado con estructuras relativamente resistentes en obras sociales de todo tipo, especialmente las sindicales, y probablemente más resistencia aún en los directivos de sindicatos y federaciones sindicales. Sin embargo esto no implica que dichas organizaciones tengan un proyecto que asegure la atención equitativa de sus afiliados, en un marco de transparencia en el manejo de los aportes realizados para atender a su salud.

### **Breve reseña histórica**

De alguna manera se puede decir que la historia de las obras sociales comienza cuando se plantea la problemática de la atención a la salud de la población del país en las últimas décadas del siglo XIX. En ese entonces pequeñas organizaciones mutuales, que funcionan como cajas de ayuda mutua frente a contingencias, fueron instrumentos de solidaridad de clase o de pertenencia cultural. Esto es significativo entre grupos de trabajadores, o inmigrantes, que quizá hayan consolidado sus rasgos solidarios frente a la adversidad.

Ya en esos tiempos se hizo evidente la necesidad de evitar enfermedades y mejorar los sistemas de atención a las personas enfermas. Esta necesidad crece a medida que avanza la mancha urbana, producto del crecimiento acelerado del dinámico sector exportador y la incipiente industrialización, y se extiende a servicios (públicos y privados) vinculados a dicho crecimiento y a la lógica ampliación de la actividad comercial.

---

<sup>1</sup> Profesor Titular de Salud y Políticas Públicas, Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Presidente de DASPU Obra Social Universitaria de Córdoba mail [fliagagliano@ciudad.com.ar](mailto:fliagagliano@ciudad.com.ar)

Desde gobiernos económica y políticamente conservadores, (pero “modernos” en cuanto a la percepción de su papel respecto a ciertas políticas sociales como la educación y la salud), se aceptó la necesidad de destinar recursos crecientes para atender a la enfermedad de las personas y tratar de evitar que se repitieran las epidemias ocurridas en un pasado no tan remoto.

A las altas inversiones hechas en educación a partir de 1870, les suceden las realizadas por las gestiones de gobierno a principios del siglo XX. Éstas se destacaron por ser las que culminan el diseño y ejecución de los sistemas de agua potable y cloacas, obras de alto impacto sobre la salud y calidad de vida de la población.

Se crearon también instituciones hospitalarias públicas: dispensarios, hospitales locales y principalmente unidades hospitalarias relativamente grandes en las principales ciudades. También hubo aportes de origen “privado”: hacia las primeras décadas del siglo XX existían decenas de los denominados Hospitales de Comunidades (¿en que capital de provincia o ciudad importante de la época no hay un Hospital Italiano o un Hospital Español?)

Las facultades de Medicina de las grandes universidades, con sus modernos hospitales de clínicas, formaron profesionales médicos de excelente calidad. A su lado crecieron, en algunos casos, escuelas de Enfermería, Bioquímica y otras disciplinas que conforman el equipo de salud.

También se adoptaron medidas preventivas de cierta efectividad contra las enfermedades infecciosas prevalentes: tuberculosis, viruela, poliomielitis, fiebre tifoidea y sífilis (para mencionar algunas de las principales), esto como resultado de avances tecnológicos significativos en el diagnóstico, prevención específica y tratamiento farmacológico. Por otra parte, y para atender éstas y otras enfermedades agudas y crónicas, se expandió la red de hospitales y dispensarios públicos orientados a los sectores más carenciados.

La oferta de servicios de salud en instituciones hospitalarias privadas era muy reducida y orientada a clases de altos ingresos o pertenecientes a asociaciones mutuales.

A principios de la década de 1940, poco antes del nacimiento de las obras sociales, se tienen referencias de que poco más de 4 millones de personas pertenecían a alguna mutual que les daba cobertura de algún tipo.

El proceso de creación de la seguridad social se inicia – paradójicamente - durante un gobierno conservador (1943) que toma modelos originados en países europeos, especialmente Inglaterra y Alemania, con el objeto de dar respuesta a una realidad política y sindical de la época. Este proceso crece notablemente en 1945, con el primer gobierno de Juan D. Perón.

Sin duda, la Argentina vivió, durante la postguerra, un período de alto crecimiento industrial (en el marco del denominado proceso de sustitución de importaciones y con buenos mercados para nuestros productos de exportación), Articulado con políticas basadas en un fuerte gasto social, orientado a la cobertura educativa y sanitaria de la población.

Pero, y a diferencia de los sistemas europeos, en Argentina se desarrollará un doble modelo. Por una parte una red estatal con fuerte capacidad instalada y programática, centralizada en el Ministerio de Salud de la Nación, y articulada en sus delegaciones provinciales. Paralelamente nace y crece otra red, que opera

como seguro social, en la que tienen parte activa organizaciones controladas por los grandes sindicatos de actividades vitales para la economía de la época y que comienza con ferroviarios y tranviarios, extendiéndose poco a poco a otras ramas de actividad.

En lo discursivo la política de salud parecía orientarse a sostener algunos principios:

- 1) universalidad: sistema de cobertura para todos y una modalidad de atención unificada;
- 2) integralidad: servicios articulados de prevención, curación; rehabilitación;
- 3) gratuidad: acceso para todos, y sin costo;
- 4) oportunidad: atención en el momento en que se necesitaba;
- 5) eficacia: capacidad para atender adecuadamente los problemas de todos.

Se destaca en esta etapa (especialmente hacia 1950) una nueva ola de inversiones en infraestructura, en la que se construyen de manera descentralizada edificios de nuevas escuelas, hospitales, hogares de ancianos, etc. Edificios y programas, -algunos eficaces y otros de mayor peso simbólico- constituyen políticas públicas de carácter social (que algunos caracterizan de “populistas”), y que acompañaban a la rápida urbanización y proletarización de las principales ciudades y a la creación de una red institucional en la que la Confederación General del Trabajo y los sindicatos a ella adheridos jugaban un papel central en la sustentabilidad económica y política de las obras sociales

Baste dar cuenta de dos situaciones. En 1946, cuando se inicia el mandato de Perón, había en el país poco más de 15 mil camas hospitalarias, en tanto que en 1954, un año antes del derrocamiento del segundo gobierno, se contaban 38 mil camas. A la vez, este dato hay que situarlo en un marco más amplio: entre 1950 y 1954, el presupuesto nacional del sector salud se había duplicado (a precios constantes).

En esta etapa se ponen en marcha diversas prácticas de un Estado que trata de contener a todos los tipos de organizaciones sociales existentes o creadas a sus instancias: estrategias que apoyan a las organizaciones devenidas de la cultura “mutualista”, imponiendo algunas modificaciones. Se crea y refuerza una red de atención a la salud vinculada a la pirámide sindical, con eje en una fuerte Confederación General del Trabajo pero que también fortalece las federaciones y sindicatos por rama; al mismo tiempo que se crea y refuerza también una concepción claramente “estatista” (la atención en los hospitales públicos).

En este contexto nacen las obras sociales sindicales, ofreciendo ventajas de diverso tipo a sus afiliados (servicios de atención a la salud, colonias vacacionales, y en algunos casos clínicas y hospitales propios).

Tal vez la más importante fue la Obra Social de Ferroviarios que tenía en 1944 la mayoría de los delegados en la CGT, y que en los años setenta deviene en el Instituto Nacional de Servicios Sociales Ferroviarios, creado por leyes nacionales junto a otros similares (rurales y afines, bancarios, etc.).

## **Tiempos de golpes y negociaciones**

Los gobiernos militares que suceden al gobierno peronista intervienen las organizaciones sindicales, incluidas las obras sociales, produciendo modificaciones legislativas que tendían a controlar los fondos de los mismos, y disminuyendo notablemente las partidas presupuestarias para políticas sociales. En el caso de las obras sociales sindicales, se utilizó el control de los aportes como prendas de negociación, permitiendo el acceso restringido a alguna capacidad de gobierno (y fondos) a nuevas cúpulas sindicales a cambio de ciertas pautas de comportamiento político.

En cuanto al sistema hospitalario estatal, comienza un período de deterioro. A partir de 1957 el gobierno militar comienza a dismantlar el sistema público de atención, disfrazando esta política mediante supuestas mejoras en la eficiencia mediante “transferencias” a las provincias y municipios (descentralización) de los establecimientos nacionales. Se basó para eso en un extenso informe de la OPS (Oficina Sanitaria Panamericana) que concluía argumentando sobre la imposibilidad de la eficacia si el sistema permanecía centralizado. Tal vez sea bueno recordar que, paradójicamente, poco después, Inglaterra ponía en marcha su Sistema Nacional de Salud aún vigente.

Paralelamente, al disminuir los ingresos y el empleo, producto de las nuevas políticas implementadas luego de 1955, se reducen los aportes a las organizaciones sindicales, lo cual disminuye también la disponibilidad de fondos para mantener la atención a la salud de los trabajadores afiliados a las mismas.

### **Los prestadores de servicios como actores**

Pero no debemos olvidar que esta historia también tiene otros actores. ¿Cuáles eran las circunstancias en que se movían los actores e instituciones vinculados a la atención a la salud en esos tiempos?

Durante la guerra se habían desarrollados nuevas tecnologías (medicamentos, aparatología e instrumentos). Hacia fines de la década de 1940, las empresas que los producían salieron a colocarlos promoviéndolos en los mercados de todo el mundo.

A la vez, comenzó a modificarse la formación de los profesionales, que paulatinamente se va estructurando en torno a la nueva tecnología disponible. Por su parte, las instituciones que nucleaban a los profesionales médicos fortalecieron cada vez más su hegemonía.

Surgieron además importantes instituciones privadas de atención, las cuales crecieron rápidamente en las grandes y medianas ciudades argentinas, especialmente orientadas a satisfacer la demanda de la creciente población con cobertura social. En este marco, los hospitales públicos, si bien continuaban su proceso de decaimiento, sirvieron como unidades de introducción de las nuevas tecnologías y formación de los “modernos” profesionales.

La cultura poblacional fue permeada mediáticamente por discursos que situaron a la profesión médica y a la institución de atención a la salud en un lugar muy particular. Para decirlo de manera cruda: se fue fortaleciendo la “creencia” de que el paciente debía estar “sometido” al nuevo saber médico.

En este contexto, los hospitales públicos y las clínicas y sanatorios privados, junto a los diversos tipos de “seguros de salud”, las mutuales y obras sociales, debieron incorporar nuevas formas contractuales y

organizativas para poder contar con los nuevos “paquetes de atención” diseñados cada vez más de acuerdo a la oferta tecnificada y especializada. Usuarios particulares, directivos de instituciones y sus afiliados poco a poco fueron adecuadamente entrenados para demandarlos. Así, aparecieron y se difundieron con mayor o menor éxito formas asociativas entre instituciones y obras sociales, sistemas mixtos de seguros, etc.

Si bien la cobertura a cargo de las unidades gubernamentales abarcaba una proporción significativamente grande de la población, la regulación estatal sobre las unidades prestatarias privadas y sus sistemas de financiamiento era escasa y, en todo caso, controlada por las mismas pautas culturales de los prestadores, bajo el pretexto de la necesaria “modernización”.

De esta manera, es importante tener en cuenta estas circunstancias para poder comprender el tipo de “mercados” que se van montando lentamente, y a los que tendrán que incorporarse las Obras Sociales en general, incluidas las universitarias (con algunas particularidades propias).

Una adecuada síntesis de esta situación es la que plantea la especialista Susana Belmartino:

*“La adopción de programas de seguro de enfermedad generó algunos conflictos, motivados en la necesidad de programar la inversión de recursos predeterminados en un escenario donde la profesión médica reclamaba libertad de prescripción. La cuestión más conflictiva giró en torno a decisiones sobre gasto tomadas en el interior de una relación médico / paciente cuya garantía de eficacia se asociaba con la construcción de un vínculo privado y personal, que sería perjudicado por la intervención de terceros.*

*“En la práctica, las organizaciones a cargo de la cobertura aceptaron la tradicional reivindicación de autonomía por parte de la profesión médica y se orientaron a asegurar la disponibilidad de una cantidad suficiente de recursos para permitir a la población beneficiaria el acceso igualitario, oportuno e integral a los servicios disponibles. Los conocimientos existentes, la ética profesional del médico y su competencia constituían las principales garantías de que todos los servicios médicos requeridos, y solamente éstos, serían proporcionados al paciente.*

*La regulación del sistema de servicios quedó en consecuencia descentralizada. Se fundó sobre el saber médico, e implícitamente sobre la reivindicación de los profesionales relativa a que su vínculo con el paciente no debía someterse a decisiones tomadas por legos.”<sup>2</sup>*

## **Los (pen)últimos Tiempos de Reformas**

Sin dejar de reconocer que la historia de la administración de los fondos de las Obras Sociales durante las décadas 1960/80 merece un análisis muy profundo, en este trabajo nos proponemos ubicar al lector en la situación que viven hoy las Obras Sociales Universitarias, por lo cual centraremos nuestro

---

2

Belmartino, Susana: **Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos.** Panel *Políticas de Salud Pública en el siglo XX. 5º Foro del Bicentenario o” salud y Políticas de Salud* 14 de mayo de 2009.

análisis en el proceso que se desarrolla a partir de la década de 1980.

Recordemos que en 1971 se había dictado la Ley 18.610, que de alguna manera ponía bajo cobertura del sistema de obras sociales a casi todos los trabajadores formales. Poco después se dictó la Ley 19.032 de creación del PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados)

De estos (pen)últimos tiempos parece importante recordar dos momentos: primero, las propuestas del primer gobierno asumido al recuperarse las instituciones democráticas, y segundo, la gravísima crisis hiperinflacionaria sufrida por Argentina hacia fines del siglo XX, una de las más grandes de su historia.

En 1983, apenas recuperadas las instituciones democráticas, se pone sobre la mesa de negociación una de las propuestas del partido gobernante. Encabezada por el Ministro Aldo Neri se propone la creación de una nueva institucionalidad para el sector salud. Después de cuatro años (en 1987) se logra la aprobación de las Leyes 23.660 y 23.661 (la primera creando el Seguro Nacional de Salud, la segunda modificando las normas sobre Obras Sociales). A pesar de estos “logros”, en los hechos, ni el gobierno ni quienes lucharon por ello, podrán ver coronada su propuesta. Pese a esto, parecía que el tema seguía sobre la mesa y sólo se había postergado para ser ejecutado, y quizá con más decisión, por las autoridades que asumieran en 1989.

Sin embargo, a poco tiempo de asumir, el gobierno del presidente Carlos Menem sorprende a todos con sus enfoques cada vez mas alejados de la creación de un Sistema Nacional de Salud y cada vez más cerca de un modelo de libre mercado. En este marco, las políticas económicas (y sociales) que devinieron para tratar de detener la crisis hiperinflacionaria, implicaron medidas de corte liberal cuyos terribles resultados hoy nadie desconoce, medidas que también alcanzaron e impactaron a las Obras Sociales y a los actores que forman la red prestacional y financiadora del subsistema.

Una de las principales medidas del gobierno menemista en este sector, apuntaba a la desregulación de las obras sociales, entendiendo que la libre elección de los beneficiarios las obligaría a preocuparse de la calidad de su cobertura y al control de sus recursos. A la vez, se consideraba que la competencia entre Obras Sociales tendría como resultado, a mediano plazo, cierta preferencia en la elección de las mismas, lo cual haría desaparecer a las Obras Sociales que, por pequeñas, se consideraban ineficientes.

Para los diseñadores de la política, esta relativa concentración de afiliados en un número reducido de Obras Sociales eficientes se articularía con la incorporación de la posibilidad de elegir a una empresa prepaga de salud como opción, y de esa manera el proceso de “privatización” sería producto de la “libre elección”. El Banco Mundial colaboró notablemente en el diseño y financiamiento de la propuesta de reformas, pagando consultorías y abriendo una línea de créditos orientados a sanear financieramente a las obras sociales deficitarias y a que las administraciones se hicieran más eficientes.

Por diversas razones la política no tuvo el éxito esperado, ya que finalmente no se concretó la apertura de las empresas prepagas como opción, aunque si se permitió y promovió la “competencia” entre obras sociales sindicales.

No es nuestro objetivo tratar de explicar aquí las razones del relativo fracaso de dicha propuesta, aunque es posible, mencionar algunos elementos que jugaron en el mismo: demoras en la definición, negociaciones abiertas (y menos abiertas) con los distintos actores, dificultades internas entre los sectores del partido gobernante, evidente oposición de algunos sectores minoritarios, negociaciones entre sindicatos,

etc.

Sin embargo, pueden destacarse algunas cifras: en 1994 se contabilizaban 361 obras sociales inscriptas, cinco años después, su número había bajado a poco menos de 300. Durante todo el período se mantuvo una enorme disparidad en el número de afiliados entre obras sociales (por ejemplo, mientras ocho obras sociales superaban los cien mil afiliados, doscientas de ellas tenían menos de diez mil).

Las empresas de medicina prepaga, montaron su línea de acción estratégica estableciendo acuerdos con algunas obras sociales que les transferían los aportes de sus afiliados para que se les diera atención según el monto aportado. El mecanismo, puesto en marcha hacia 1997, asimilaba estas transferencias a las cuotas de los diferentes planes ofrecidos por dichas empresas. Desde el punto de vista de los principios “mutualistas”, este procedimiento es el más perverso ya que atenta contra el principio de solidaridad en el cual cada quien aporta de acuerdo a sus ingresos y adquiere el derecho a recibir iguales beneficios.

### **Las Obras Sociales Universitarias**

Antes de 1955 los trabajadores de las universidades nacionales atendían sus problemas de salud de manera privada o en los hospitales públicos, aunque en ocasiones lograban ser atendidos en los propios hospitales universitarios. También hubo casos de convenios realizados con unidades asistenciales privadas y administrados por las propias autoridades universitarias, sin participación de los trabajadores.

Hasta fines de 1960, el número de docentes universitarios fue pequeño y sus ingresos relativamente altos, mientras que el número de administrativos no era tan pequeño y sus ingresos eran relativamente bajos en relación a los docentes. Sin embargo, al crecer notablemente y cambiar paulatinamente su composición social, la cobertura del personal de las Universidades fue modificándose aceleradamente.

Hasta ese momento, el personal de las universidades lograba en buen número ser atendido en las Facultades de Medicina en los Hospitales de Clínicas o en las clínicas donde atendían los profesores o profesionales destacados de los servicios, ya que éstos siempre se movieron simultáneamente en tres niveles: el hospital público, la clínica privada y la cátedra universitaria ligada a los Hospitales de Clínicas. A la vez, en casi todas las universidades (vale recordar que no eran ni una decena) existían formas “mutuales” de organización (especialmente entre no docentes) sumadas a algunas reparticiones de las mismas universidades previstas para dar “asistencia social” al personal universitario.

En este marco, y por cuestiones ligadas a la propia política interna de las universidades se crearon unidades tales como secretarías o direcciones de asistencia social al personal u otras formas semejantes, que prestaban discrecionalmente ayuda financiera, facilitaban contactos, etc. En ciertos casos promovieron, de hecho y de derecho, verdaderas mutuales. He allí algunos de los gérmenes de las Obras Sociales Universitarias.

Debemos señalar que parece que no todo fue claro y transparente. Hubo tensiones por el manejo de los fondos asignados a dichas unidades. Tensiones intra e intersectoriales y las políticas en función de la pertenencia u apoyos prestados a las redes partidarias, las sectoriales ligadas a la disputa por el manejo político-financiero entre el personal docente (que en general tenía mediana dedicación) y el personal

administrativo – llamado actualmente no docente – que casi siempre fue de tiempo completo y heredero de estilos conservadores de gestión.

En este contexto, y luego del golpe militar de 1955 que derrocó al segundo gobierno de J. Perón, se inicia un proceso paulatino y sostenido de creación y consolidación de Obras Sociales Universitaria, organizaciones orientadas a atender la salud y el bienestar social de trabajadores universitarios, como parte de las estructuras de las universidades, pero con tendencia a una creciente autonomía.

El crecimiento del número de Universidades en las últimas décadas ha sido notable: actualmente suman cuarenta, y parece haber nuevas propuestas de creación a punto de ser aprobadas. Las Obras Sociales Universitarias, que son casi treinta, están hoy localizadas en todo el territorio nacional, y dan cobertura a decenas de miles de afiliados de diverso tipo; docentes, no docentes y sus familiares, pero también estudiantes y jubilados universitarios, además de la posibilidad de sumar adherentes generalmente asociados a los claustros que integran el gobierno de las universidades nacionales.

Aun cuando pueden ser consideradas cuantitativamente marginales al sistema de salud nacional (tanto por lo reducido del monto financiero que administran, como por su dispersión geográfica y las características de la población de afiliados que agrupan), las OSU han sido y son significativamente importantes para sus beneficiarios, y como modelo de gestión exitoso

### **El marco regulatorio de las OSU**

Recordemos que existían leyes que comprendían a las Obras Sociales Sindicales, pero que excluían a otras como el INSSJP (PAMI), las Obras Sociales Provinciales, así como a las dependientes de las fuerzas armadas y las universidades. Los legisladores consideraron que estas instituciones requerían legislaciones especiales, y es así que se dicta la Ley de Obras Sociales Universitarias, la cual, por diversas razones, trae la posibilidad de múltiples y conflictivas interpretaciones que aún hoy no se han podido terminar de resolver

La ley define a las Obras Sociales Universitarias (OSU) como “entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa, (que) tendrán el carácter de sujeto de derecho conforme lo establece el Código Civil para las entidades con personería jurídica.”<sup>3</sup>

Si bien son afiliados obligatorios al personal de las universidades, se establece que “(I) las mismas serán libres de celebrar convenios y recibir, en calidad de adherentes, afiliados de otras obras sociales, cualquiera fuera su régimen, de acuerdo a las normas que establezcan la legislación vigente y los respectivos estatutos”, y garantiza el derecho de los trabajadores universitarios a la libre elección de la obra social.<sup>4</sup>

Además la ley exige que cada Universidad de cobertura y no que tenga su Obra Social, dejando abierta la posibilidad de que en alguna de ellas pueden buscar cobertura mediante convenios u otros instrumentos jurídicos, de acuerdo a la voluntad de los trabajadores universitarios respectivos

Si bien la ley establece que la organización quedará a cargo de aquellos que los Estatutos de cada OSU definan, determina la composición de los Consejos Directivos, asegurando la participación de

---

<sup>3</sup> Artículo 1° de la Ley.

<sup>4</sup> Ídem

representantes elegidos por voto directo de docentes, no docentes y jubilados, y dando también lugar a la representación de docentes y no docentes designados por los Consejos Superiores de las Universidades

La ley define también cómo se integran los ingresos regulares de las OSU. En efecto, éstos quedan conformados por: a) una contribución de la universidad del seis por ciento (6 %) de las remuneraciones de sus empleados; b) un aporte a cargo de los empleados del tres por ciento (3 %) de su sueldo, calculado sobre la base de jornada laboral completa; c) un aporte a cargo de miembros adherentes según una cifra a determinar por el Consejo Directivo; d) las donaciones, legados, contribuciones y subsidios que pudieran percibir; e) los bienes muebles e inmuebles que hayan logrado y logren mediante su propia disponibilidad financiera.

A la vez, la norma establece que “(l) los beneficiarios de la presente ley, ya sea como beneficiarios titulares o como miembros del grupo familiar primario, que estén afiliados a otro agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud, deberán optar por una sola obra social y unificar su afiliación y aportes” (si bien esta parte de la norma ha sido observada por el Decreto Nacional 335/00 (BO. 25/4/00). Al mismo tiempo determina que “será autoridad de aplicación de la presente ley, en todo aquello que tenga relación con las prestaciones médico asistenciales, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación”.

A mediados de 2009 existían 26 Obras Sociales Universitarias, con casi 200 mil personas como afiliadas obligatorias (lo que permite estimar una cobertura de no menos de 600 mil personas, si se incluyen los grupos familiares primarios)

La distribución por unidad era la siguiente:

	<i>Obra Social</i>	<i>Afiliados obligatorios</i>
1	<i>DOSUBA Buenos Aires</i>	43216
2	<i>DASUTEN Tecnológica</i>	22364
3	<i>DSS La Plata</i>	20231
4	<i>DASPU Córdoba</i>	14950
5	<i>OSUNR Rosario</i>	13290
6	<i>ASUNT Tucumán</i>	9200
7	<i>DAMSU Cuyo</i>	8612
8	<i>OSUNL del Litoral</i>	6780
9	<i>ISSUNNE Nordeste</i>	6300
10	<i>DAMSU San Juan</i>	6186
11	<i>SUMA Mar del Plata</i>	5825
12	<i>SOSUNS del Sur</i>	4686
13	<i>DASU La Patagonia</i>	3799
14	<i>SOSUNC Comahue</i>	3384
15	<i>OSUNER Entre Ríos</i>	3147

16	<i>OSPUNBA del Centro Pcia Bs As</i>	3077
17	<i>DASMI Lujan</i>	2596
18	<i>UNSAM General San Martín</i>	2476
19	<i>ASPURC Río Cuarto</i>	2431
20	<i>DOSPU San Luis</i>	2404
21	<i>OSUNSA Salta</i>	2346
22	<i>SMAUNaM Misiones</i>	2131
23	<i>OSUNLaR La Rioja</i>	1955
24	<i>OSUNLM La Matanza</i>	1931
25	<i>SMAUNSE San.del Estero</i>	1476
26	<i>UNQ Quilmes</i>	1025
	<i>TOTAL</i>	<i>195818</i>

Es evidente la heterogeneidad en función de la población afiliada Sin embargo, deben señalarse dos hechos significativos: por un lado, que la mayoría de estas organizaciones es de pequeña escala y continúan naciendo, y por otro, que las más antiguas hayan subsistido ¿Como pueden subsistir Obras Sociales tan pequeñas? ¿Cómo pueden subsistir con las características de las prestaciones demandadas actualmente a una Obra Social, y en especial a una universitaria?

Indudablemente el número de afiliados obligatorios que cubren las Obras Sociales Universitarias está relacionado con el tamaño y composición de las plantas de personal de las Universidades a las que pertenecen, a las que se suman los familiares directos del grupo primario. En este sentido, algunas OSU han ampliado su base de afiliados, incorporando cantidades a veces significativas de adherentes de diversas condiciones. En este marco, los jubilados universitarios tienden a sumarse como adherentes, si bien tienen además el formal beneficio del PAMI. Esto los hace afiliados de doble imposición y doble cobertura, sin embargo el PAMI tiende a desvincularse de compartir el compromiso con las OSU.

Las OSU son, en alguna medida, semejantes a las Obras Sociales Sindicales, pero en su accionar han mostrado diferencias que parece importante destacar:

- En principio, pueden describirse como instituciones de gran diversidad por su tamaño, composición y forma de operar.
- La cobertura de servicios que intentan ofrecer es más o menos similar, pero difieren las formas que cada una implementa para tratar de asegurar esa cobertura. Algunas han creado una importante capacidad propia de atención que comparten con prestadores externos. Otras sólo recurren a convenios con prestadores externos. Las menos complejas sólo contratan seguro de atención de acuerdo al rango de ingreso de cada

afiliado.

- Varía también el radio geográfico de cobertura que garantizan (algunas concentradas en una sola ciudad o localidades muy cercanas -como la Universidad Nacional del Litoral- otras muy dispersas, abarcando localidades de más de una provincia y cubriendo cientos de kilómetros, como la OSU de Patagonia.

-En el caso de las localizadas en el área metropolitana del Gran Buenos Aires, se observa la posibilidad de que haya docentes que pertenezcan a más de una de ellas, existiendo doble aporte y ( de hecho) potencial doble cobertura.

- La diversidad en cuanto a su antigüedad define una variable que determina la posibilidad de incorporación de afiliados jubilados y pensionados, que son en ciertos casos un peso importante del gasto, y que requiere de una compensación con un número relativamente grande de afiliados jóvenes y de altos ingresos.

- Existen diferencias, a veces significativas, en virtud de la dedicación promedio de su planta docente, y otros indicadores como la baja/alta relación docentes/no docentes.

Pueden señalarse también algunas ventajas, ligadas fundamentalmente al tipo de trabajadores que son sus potenciales afiliados: en el sector universitario no hay posibilidades de contar con “trabajadores sin cobertura”. Tampoco es usual que haya demoras en la transferencia de aportes y contribuciones por parte de la institución universitaria, en la medida que ésta recibe con cierta regularidad las partidas del Gobierno Nacional.

A la vez, las OSU parecen dar cuenta de una “cultura asociativa”, de un sentido de pertenencia que se mueve de forma diferente a la de las OS Sindicales y que parece haber crecido con el tiempo. Esto podría asociarse a su condición de población urbana concentrada y a la creciente desconfianza que la cada vez mayor mercantilización genera en sus beneficiarios que, como en ninguna otra obra social, tienen la mayor concentración de personas con estudios universitarios completos o incompletos y casi todos con nivel secundario finalizado.

Tal vez sea una ventaja que las OSU no estén reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. Debido a esto, no participan de los denominados programas especiales, y por lo tanto están alejadas de la tramitación y disputa de fondos del APE (Administración de Programas Especiales, denominación de lo que fuera el Fondo de Redistribución del INOS).

### **Estrategias de asociatividad: Solidaridad vertical y horizontal**

Teniendo en cuenta sus formas de operar, consideramos que las OSU aún tratan de moverse y aplicar las tradicionales concepciones mutualistas que tenían los viejos sindicatos y las viejas federaciones sindicales. Esto implica tratar de lograr y asegurar un trato equitativo a cada “compañero”, promoviendo la asociatividad o solidaridad vertical (aportando una proporción de los ingresos, los miembros de mayores ingresos ayudan a los de menores ingresos) y también la asociatividad o solidaridad horizontal (las federaciones constituyen un fondo para apoyar a todos y los sindicatos de ciudades más grandes ayudan a los de las más chicas).

La primera estrategia se aplica internamente *en* cada OSU, procurando lograr un tratamiento

equitativo entre los diversos tipos de aportantes. Recordemos que los aportes de afiliados obligatorios son altamente dispersos. Sin embargo las OSU tratan de que cada afiliado tenga iguales derechos a cobertura. Este punto parece ser una demanda sentida en todas, aún cuando algunas no logran ajustarse totalmente a esa demanda.

La segunda estrategia se aplica a la relación entre OSU. Para ello han creado dos mecanismos de asociatividad que alguna vez fueron aplicados por grupos de cooperativas. El Cosun (Consejo Nacional de Obras Sociales Universitarias Nacionales) con mas de treinta años de funcionamiento, y el Sumas, Sistema Médico Asistencial Solidario con diez años de existencia-. Esta estrategia parece ser recuperada por muchos movimientos cooperativistas y/o mutualistas.

### **La asociatividad horizontal del C.O.S.U.N.**

Las OSU han creado el Consejo de Obras Sociales Universitarias Nacionales (C.O.S.U.N.) que según sus Estatutos “*es una asociación civil sin fines de lucro, constituida por decisión de los organismos que en cada ámbito de las Universidades Nacionales tienen a su cargo la conducción y/o administración de los servicios de salud y acción social del personal y/o de la comunidad universitaria*”.

El C.O.S.U.N es administrativa y financieramente independiente de las OSU. No es un organismo conductor, es un órgano de coordinación, consultoría y asesoramiento, que tiene como objetivos propender, promover, y afianzar la salud y el bienestar social de las distintas comunidades universitarias que lo integran, defendiendo los intereses y derechos de las mismas.

La estructura administrativa de COSUN es de bajo costo, se financia con un aporte de cada Obra Social integrante y sus autoridades son funcionarios de las respectivas Obras Sociales Universitarias, que surgen por elección entre sus pares.

COSUN debate, estudia y define sus asuntos de manera orgánica, efectuando reuniones periódicas y el mantenimiento de una red constante de intercambio de información. Asimismo promueve, mantiene y afianza la vinculación permanente entre sus miembros, con el objeto de analizar y ofrecer soluciones a los problemas comunes y/o individuales de los mismos y de otros organismos Promueve también la creación, desarrollo y perfeccionamiento de los servicios y prestaciones en el área de la salud, turismo y acción social de sus miembros y de la comunidad universitaria, así como los mecanismos para el mejoramiento permanente de los sistemas de reciprocidad de los servicios y prestaciones.

Sus objetivos incluyen también: promover y tomar acciones tendientes al mejor aprovechamiento y perfeccionamiento de los recursos humanos, tecnológicos, organizacionales, y de infraestructura disponible, a los efectos de lograr la optimización del funcionamiento de sus miembros; propender a la incorporación del C.O.S.U.N. a los órganos interuniversitarios de las Universidades Nacionales, como miembro consultor en las áreas específicas. Asimismo aspira a ser incorporado a organismos nacionales e internacionales del

sector de la salud y acción social relacionados con la comunidad universitaria.

### **Principios democráticos y transparencia**

C.O.S.U.N. está formado por un Directorio integrado por un representante de cada uno de sus miembros asociados u organismos titulares, que en cada ámbito de las Universidades Nacionales tienen a su cargo la conducción y/o administración de los servicios de salud y acción social del personal y/o de la comunidad universitaria. La designación recae en quien éstos indiquen para ocupar el cargo de Director, que deberá contar con mandato suficiente para ejercer la representación oficial, pudiendo el otorgante revocarlo en caso de imposibilidad de concurrencia o si así lo decidiese el organismo por cualquier otro motivo.

El Directorio designa una Mesa Directiva, con funciones ejecutivas, conformada por Presidente, Vicepresidente, y cinco Secretarías, cubiertas por organismos miembros con funciones de apoyo y asesoramiento.

El mandato de los integrantes de la Mesa Directiva es de hasta dos años, pudiendo ser reelectos por una sola vez. Para reelegir al Presidente se deberá lograr una mayoría especial de dos terceras partes de los miembros presentes.

Además se asegura una distribución dispersa de los miembros de la Mesa Directiva ya que deben estar representadas por lo menos seis organizaciones diferentes.

### **Convenios de reciprocidad**

Sin duda, una de las creaciones más significativas del C.O.S.U.N es la Red Nacional de Prestaciones para todos los afiliados de las Obras Sociales asociadas, mediante el mecanismo de Convenios de Reciprocidad. En estos convenios se establecen categorías de beneficiarios:

- a) Afiliados que tengan su domicilio habitual o fijen su residencia fuera de su provincia de origen (Afiliados con residencia en extraña jurisdicción).
- b) Afiliados que circunstancialmente se encuentren en jurisdicción de otra Obra Social que no es la suya de origen (Afiliados en tránsito). Los mismos pueden hacer uso de los servicios convenidos, con exclusión de las prestaciones programadas.
- c) Afiliados enviados por la Obra Social de origen a la Obra Social Prestadora para que ésta les brinde atención médica (Afiliados derivados).

Asimismo se establece que cada parte otorgará a los afiliados de la otra los servicios médicos que presta a los propios, en igualdad de condiciones y con los mismos profesionales y establecimientos.

El único requisito necesario para acceder a la Reciprocidad de Servicios es la presentación de la

documentación extendida por la Obra Social de origen del beneficiario solicitante, quien no desembolsará dinero alguno mientras es asistido, pues la Obra Social prestataria del servicio se hace cargo de la totalidad de los gastos de las prestaciones brindadas, importe que es reintegrado posteriormente por la Obra Social de origen del beneficiario.

En los casos de urgencia (cuya comprobación será responsabilidad de la parte que otorgue el servicio) el afiliado podrá requerir prestación, presentando a tal efecto su credencial de afiliación y el recibo del último haber cobrado en la Universidad respectiva. En este mecanismo parece, a primera vista, que las OSU más grandes ayudan a las más chicas. En efecto, existen OSU que son receptoras de reciprocidad de manera permanente o estacional, y otras que son generalmente emisoras de reciprocidad.

Pero en realidad la relación debe analizarse desde el punto de vista del conjunto de los afiliados. Éstos, especialmente los obligatorios, aportan una cuota proporcional a sus ingresos, lo cual significa una forma progresiva de seguro dependiendo del tipo de afiliado que solicite las prácticas por el sistema de reciprocidad, los resultados no siempre serán similares. Sin embargo todos tienen la misma cobertura: por eso afirmamos que el sistema de Convenios de reciprocidad entre OSU es una red de solidaridad que protege, y da cuenta de un infrecuente mecanismo de red solidaria de eficaz funcionamiento.

Sólo a los efectos de resaltar la importancia de la red nacional de prestaciones, se hace notar que cooperativas y mutuales de salud bajo la órbita del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), con más de mil cooperativas y mutuales asociadas en todo el territorio nacional, no han logrado aún conformar red alguna.

### **Asociatividad vertical y horizontal. Sistema Universitario Médico Asistencial (SUMAS)**

El desarrollo experimentado por la tecnología médica ha implicado una suba constante de complejidad y costos de muchas de las prácticas diagnósticas y terapéuticas. Las Obras Sociales Universitarias se han esforzado por asegurar la mejor cobertura a sus afiliados. Por eso es que desde C.O.S.U.N. se panificó y ejecutó un sistema viable para la cobertura en transplantes y otras prácticas de alto costo, sin que esto pusiera en riesgo el financiamiento de las entidades, en especial las más pequeñas.

Como resultado de diversos estudios, primero en el ámbito de cada Obra Social y luego en el conjunto, no sin antes prolongados y reiterados en varias reuniones del C.O.S.U.N., surgió la idea de creación de un fondo común solidario para atender los gastos de los transplantes en primera instancia, y de las prácticas de alto costo y baja frecuencia luego.

De manera que las OSU crearon un mecanismo de seguro capitado para afrontar las contingencias de alto costo, el Sistema Universitario Médico Asistencial Solidario (S.U.M.A.S.), una asociación civil sin fines de lucro, con autonomía jurídica, financiera y administrativa, que funciona como sistema solidario para financiar prestaciones preestablecidas, como transplantes y otras prácticas de alto costo.

S.U.M.A.S. es financiado con una cápita que cada Obra Social Universitaria aporta mensualmente, proporcional a su cantidad de afiliados. Los beneficiarios de las prestaciones son todos los afiliados declarados por cada Obra Social adherida al sistema, de acuerdo a las pautas que se establecen en el reglamento de prestaciones y coberturas.

Cada Obra Social Universitaria integrante de S.U.M.A.S. brinda el servicio al afiliado según su modalidad. Luego se efectúa el trámite de reclamo del reintegro que se hace efectivo una vez aprobado bajo severas y confiables normas de control. El proceso es una gestión de exclusiva responsabilidad de cada OSU. No en todos los casos la institución recupera la totalidad del gasto, pero sí la suficiente para asegurar la cobertura total para el afiliado.

En este caso los más grandes ayudan a los más chicos y los más chicos ayudan a los más grandes. Ya que todos aportan una misma cuota, esto significa una forma regresiva de seguro: la cápita igual en realidad representa una proporción menor a medida que sube el total del aporte. Sin embargo todos tienen la misma cobertura: solidaridad que protege.

A diez años de su creación, el S.U.M.A.S. ha funcionado sin inconvenientes, y ha permitido asegurar asistencia en el acceso a prácticas que las OSU -y mucho menos las familias de las personas beneficiarias- no estarían en condiciones de afrontar. Las OSU cubren esas prácticas a costo cero para el afiliado, gracias a la pequeña cuota mensual que se aporta por cada uno de ellos. El costo para cada OSU es, sin duda, notablemente menor a un seguro.

Todos los afiliados de las Obras Sociales Sindicales tienen, en principio, cobertura para estas contingencias, y todas las personas del país podrían estar cubiertas si se abonara una cuota pequeña por persona a un Fondo de atención de prácticas de alto costo. Parece una utopía, pero es una posibilidad viable. Y es mucho más factible cuando hay organizaciones que están “cerca” de sus afiliados.

Si cada ciudadano hiciera su aporte o lograra un subsidio para hacerlo, constituyendo fondos solidarios por alguna vía institucional, por ejemplo por la vía de las cooperativas de servicios u otras organizaciones locales similares y si todas esas pequeñas contribuciones se sumaran en un solo fondo de

solidaridad, todos tendríamos cubiertas las contingencias de alto costo.

### **Algunas reflexiones para seguir pensando**

Teniendo en cuenta esta experiencia, quizá podría pensarse que es más viable alcanzar la cobertura de las contingencias más graves a través de la ayuda mutua, que lograr que los partidos políticos y los gobiernos comprendan que un Seguro Nacional de Salud debería ser una Política de Estado.

A modo de conclusión, todas las obras sociales universitarias, por pequeñas están hoy dando servicios satisfactorios a sus afiliados

Las OSU están atravesadas no solo por las disputas sectoriales o políticas del conjunto del sector sino que a eso se le suman las propias de las universidades nacionales

Las OSU con bajos aportes logran cubrir una canasta prestacional por encima de la media nacional del sistema, lo cual parece reforzar la afirmación de que al sistema de salud argentino no son precisamente recursos lo que faltan.

Organizaciones públicas pueden ser solidarias y eficientes, constituirse en redes nacionales democráticas y transparentes sin la tutela de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Córdoba 01 de Abril de 2010.-