



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

De Fazio, Federico Leandro

Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales
en Argentina: un análisis histórico-político

Salud Colectiva, vol. 9, núm. 3, septiembre-agosto, 2013, pp. 301-315

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73129417003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político

The relationship between the State and workers' unions and its impacts in the union-based health coverage regime in Argentina: an historical and political analysis

De Fazio, Federico Leandro¹

¹Abogado. Doctorando en Derecho, Universidad de Buenos Aires. Becario UBACyT. Investigador Adscripto, Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales Ambrosio Lucas Gioja, Argentina. fldefazio@gmail.com

RESUMEN El presente trabajo se propone realizar una reconstrucción histórico-política, cuyo período transita desde fines del siglo XIX hasta la actualidad, que indague sobre la relación entre el Estado argentino y los sindicatos y sus repercusiones en torno a la constitución, consolidación y potencial ocaso del sistema de prestación de atención médica a los trabajadores administrado por los sindicatos, denominado en Argentina como *obras sociales*. Asimismo, sostendrá la hipótesis de que el financiamiento obtenido por parte de las cúpulas sindicales a través de las obras sociales ha sido un instrumento eficaz para sostener un modelo sindical centralizado que garantizó, en ciertos casos, gobernabilidad no solo a las cúpulas sino también a los diferentes gobiernos nacionales.

PALABRAS CLAVES Administración de los Servicios de Salud; Sindicatos; Estado; Derecho a la Salud; Argentina.

ABSTRACT This paper aims at developing a political and historical reconstruction of the period spanning from the late nineteenth century to the present. In particular, this work investigates the relationship between the Argentine State and workers' unions and the impacts of that relationship in the establishment, consolidation and potential decline of the health coverage system administrated by unions, in Argentina called *obras sociales*. This work will also support the hypothesis that the financing obtained by union leaders through this health coverage system has been an efficient instrument for sustaining a centralized union model and has in some cases guaranteed the continued governance of both union leaders and different national governments.

KEY WORDS Health Services Administration; Labor Unions; State, Right to Health; Argentina.

INTRODUCCIÓN

Son innumerables los trabajos científicos y de divulgación que exhiben y manifiestan el carácter complejo, heterogéneo, fragmentario y no universal del sistema de salud argentino a lo largo de su historia (1-3). Un factor clave, aunque no el único (3) para comprender dicha realidad, surge del análisis de la constitución y consolidación y potencial ocaso del subsistema de seguro de salud basado en las mutuales y en las obras sociales.

El presente trabajo se propone realizar una reconstrucción histórico-política del subsistema de obras sociales en Argentina, teniendo en cuenta la evolución del sindicalismo en dicho país y las relaciones que este entabló con el Estado y sus bases. Tal reconstrucción está guiada por la siguiente hipótesis: el desarrollo del régimen de obras sociales ha tenido una relación de *co-implicación* con la evolución de un modelo sindical de tipo centralizado. En este sentido, no solo la constitución de un modelo sindical centralizado ha sido esencial para la constitución de mutuales y obras sociales, sino que, a la inversa, aquel financiamiento gremial obtenido a través del presupuesto ingresado por los aportes y contribuciones del subsistema de obras sociales ha resultado, en ocasiones, una variable fundamental para sostener dicho modelo sindical centralizado, lo cual garantizaría altos niveles de gobernabilidad tanto a las cúpulas sindicales como a diferentes gobiernos nacionales.

Para demostrar esa relación de *co-implicación* entre el régimen de obras sociales y el “modelo sindical” se busca exponer:

- La evolución de la organización mutualista en el país, desde finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX, y su progresiva reconfiguración por rama de actividad (en consonancia con la propia reconfiguración de la organización sindical).
- La importancia que ha tenido el sindicalismo por actividad para la llegada de Perón al poder y su influencia sobre la agenda de políticas sociales de salud del gobierno peronista; las que, a su vez y gracias a las normas que regularon a las mutuales, han fortalecido el financiamiento de la organización administrativa de dichos gremios.

- La institucionalización definitiva del actual sistema denominado “obras sociales” y su vinculación con la estrategia de fortalecer a las estructuras administrativas de los sindicatos por actividad que, bajo el control de las cúpulas sindicales, han funcionado como dique de contención de la conflictividad social luego del derrocamiento de Perón en el año 1955 hasta llegado el golpe de Estado del año 1976.
- El nuevo patrón de acumulación de capital establecido durante las últimas tres décadas y, como consecuencia, el debilitamiento de la figura del trabajador, lo que ha puesto en crisis no solo a la racionalidad del sindicalismo centralizado sino también al régimen de obras sociales (que ha comenzado a ceder terreno a las instituciones de cobertura privada).
- Por último, se exponen las conclusiones a las que arribamos.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La metodología utilizada es de tipo cualitativa, basada en el análisis de investigaciones referidas a la evolución del sistema de salud argentino (prestando particular atención sobre aquellas que focalizan su labor sobre el régimen de prestación de atención médica para trabajadores, administrado por los sindicatos, denominado como subsistema de obras sociales) como investigaciones referidas a la evolución de la organización sindical en Argentina y sus relaciones con el Estado y sus bases. El análisis de dichos textos se complementó con el estudio de documentos legislativos que tuvieran pertinencia o significación respecto a la institucionalización de las mutuales u obras sociales. Así, se analizaron tanto reglamentaciones surgidas de las diversas reformas de la Constitución Nacional, de las leyes provenientes del Congreso Nacional como, asimismo, de los decretos del Poder Ejecutivo.

Se ha propuesto una división temporal del análisis constituida por cuatro etapas: la primera se circunscribe a la evolución de las mutuales desde sus primeras manifestaciones a partir de fines del siglo XIX y principios de siglo XX hasta la asunción de Perón al gobierno nacional en 1945. La segunda etapa, se focaliza sobre la consolidación

del régimen mutualista durante los dos primeros gobiernos peronistas, entre 1945 y 1955, y sus tensiones con la propuesta de un régimen de salud centralizado en el Estado. La tercera etapa agrupa todo el período de inestabilidad institucional argentina, entre 1955 y 1983, signado por sucesivos golpes de Estado, y por la consolidación de aquello que Belmartino ha denominado como “pacto corporativo” entre las asociaciones sindicales y las corporaciones médicas, lo que quedó formulado institucionalmente en la Ley 18610. La última etapa, se circunscribe al período que va desde 1983 hasta nuestros días, marcado por una crisis de racionalidad del subsistema de obras sociales y un pasaje de la lógica corporativa a la lógica del mercado. Teniendo en cuenta las particularidades que cada período presenta, tanto respecto a la evolución del sistema de salud como a la evolución del sindicalismo, la división temporal-analítica propuesta resulta justificada.

EL ANTECEDENTE INMEDIATO: EL MUTUALISMO

Hay un acuerdo bastante generalizado en los trabajos de historiadores, sociólogos, juristas y politólogos dedicados al tema que nos ocupa, en reconocer un primer período histórico (que va desde mediados del siglo XIX hasta alrededor de la década de 1940) cuya principal característica ha sido la ausencia de una política estatal de tipo sistemática con respecto a la salud (3-8).

En efecto, desde la constitución del Estado argentino hasta los primeros años del siglo XX, la salud, como concepto, tenía una connotación estrictamente individual. La enfermedad y su curación eran vistas como parte de un problema subjetivo y su relación jurídica se suscitaba en forma de contrato privado entre el paciente y el médico. Si bien se reconoce que la salud ha sido catalogada como parte de la “cuestión social” ya en el siglo XIX por parte de los higienistas (9 p.102), su tratamiento teórico-científico no tuvo fines de universalizar lo que hoy entendemos como “derecho a la salud”, sino prevenir enfermedades o epidemias que pudieran expandirse por todo el cuerpo social (sin distinguir entre los estratos sociales) y que pudieran presentar frenos al desarrollo de la

modernización del país. Bajo este paradigma se insertan las reflexiones de Sarmiento y Rawson sobre la cuestión, las propuestas teórico-sanitarias de Emilio Coni y la constitución del Departamento Nacional de Higiene en el año 1880 (10 p.194).

En ese contexto, la salud de la ciudadanía no significaba un componente en la agenda del Estado, en tanto Estado “gendarme”, más allá del cuidado de la higiene urbana y la prevención ante las epidemias (1 p.60). La exigua matriz pública del floreciente “sistema de salud argentino” estaba administrada por las diferentes jurisdicciones provinciales y municipales y por las damas de la Sociedad de Beneficencia, las que con recursos subsidiados por el propio Estado se encargaban del funcionamiento de algunos hospitales públicos. Sin embargo, la gratuidad de las prestaciones otorgadas por las instituciones financiadas públicamente solo estaba garantizada para aquellos declarados, por el comisario o el presidente de la comisión auxiliar de higiene parroquial del domicilio del afectado, como “pobres de solemnidad” (3 p.31).

Siendo la atención médica un servicio solo otorgado en forma privada, salvo condiciones de pobreza sumamente altas, comenzaba a volverse una preocupación para los sectores obreros el cuidado de su salud. Tras ese espacio de cobertura ausente surgen, de manera espontánea, las llamadas “mutuales de socorros” (o “mutuales”, a secas). Ellas resultaron una forma de organización “*sui generis*” (3 p.32) por su carácter solidario de cobertura de los costos médicos, basado en aportes voluntarios y/o periódicos. Estas mutuales encontraron su origen, fundamentalmente, en las corrientes inmigratorias europeas. Ello queda de manifiesto en algunos de los tipos de mutualidades que se gestaron: en algunos casos el fundamento era la nacionalidad y, en otros, la identificación laboral. El primer tipo conformó su heterogeneidad interna sobre la base de lazos de identidad de origen patrio, y lograron, en los casos más paradigmáticos, servicios de atención hospitalaria para sus afiliados (como el Hospital Italiano, Hospital Alemán, Hospital Español, entre otros). El segundo tipo halló su heterogeneidad interna a partir del oficio (por ejemplo, la mutual del sindicato de conductores de trenes La Fraternidad), la actividad realizada (la mutual del sindicato Unión Tipográfica), la empresa en la que laboraban (mutual de socorros de la actividad

ferroviaria que contaba con aportes patronales), la zona o lugar de trabajo (generalmente en los sindicatos locales de oficios varios de tendencia anarquista), su orientación ideológica socialista y, en contraposición a esta última, por su orientación religiosa (los llamados Círculos Obreros Católicos). En su generalidad, las mutuales que hallaban sus rasgos identitarios en el trabajo no alcanzaron a desarrollar centros de atención propios, sino que su principal función ha sido cubrir y financiar los gastos de atención médica que, en su mayoría, se gestaban en establecimientos privados (1 p.70).

De acuerdo con las estadísticas reunidas por el presidente del Departamento Nacional del Trabajo en 1919, Alejandro Unsain, el número de mutuales fue creciendo exponencialmente desde el último cuarto del siglo XIX hasta el primer cuarto del siglo XX. Según el censo de 1927, el país ya contaba con una 1.141 mutuales que cubrían a 552.986 afiliados (1 p.67).

Si a ello le sumamos el debilitamiento del anarquismo como agente organizador de un movimiento obrero revolucionario y la consolidación de la corriente "sindicalista" (11), que comenzó a estructurar la agremiación por rama de actividad, entonces podemos confirmar la hipótesis de que el desarrollo mutualista fue paulatinamente reconfigurándose, también mayoritariamente, por rama de actividad. Esa tradición cultural mutualista montada sobre los carriles del propio alineamiento sindical en el país resulta el antecedente inmediato, a la vez que un determinante, para el posterior desarrollo del subsistema que hoy conocemos como "obras sociales" (3 p.32).

Sin embargo, aquel modelo de cobertura mutualista, cuya afiliación era de tipo voluntaria, comenzó a entrar en crisis como consecuencia de un aumento de los costos de financiamiento, producto del desarrollo tecnológico que dotó a la medicina de una mayor carga de especialización, de aparatología y fármacos (3 p.72). Las dificultades de financiamiento que comenzaron a tener las mutuales, sobre todo aquellas medianas y pequeñas, hicieron que comenzaran a estrecharse los lazos y las relaciones entre estas entidades y el Estado.

Por otro lado, los impactos de la crisis económica del año 1929 trajeron aparejado un aumento de la cantidad de usuarios que, por falta de recursos propios, recurrieron a los hospitales públicos (3 p.81). De esta manera, comenzaron a

tomar fuerza los debates doctrinarios e institucionales acerca de la función del Estado en la salud y sobre su capacidad interventora (3 p.107). Es reconocido por la bibliografía especializada que las propuestas regulatorias del peronismo en la arena del sistema político venían cargadas de un debate doctrinario previo que consideraba, casi con unanimidad, que la centralización de los recursos y servicios médicos en manos del Estado sería más eficiente.

EL SINDICALISMO Y LA SALUD DURANTE LA FORMACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL PERONISMO

Se acepta que, desde la asunción del peronismo al gobierno nacional, la política sanitaria tuvo un intento fallido de centralización del sistema de salud en manos estatales. La creación de la Secretaría de Salud Pública (a) en 1946, dependiente de la propia Vicepresidencia de la Nación, es una prueba de ello. En primer lugar, la autonomización de esa Secretaría respecto al Ministerio del Interior de la Nación le otorgó "rango de ministerio" a sus decisiones burocráticas. En segundo lugar, la designación de Ramón Carrillo como su principal miembro significó una concentración y jerarquización, en lo referente a la importancia en la agenda pública, de aquellas medidas que el Estado pasaría a abordar con respecto a la "cuestión salud". Teniendo en cuenta estos datos, es innegable que el Estado comenzaba a consolidar la idea de que la salud era un asunto público, idea que ya había comenzado a gestarse en el país primero con los higienistas y luego con la crisis de financiamiento de las mutuales, pero que también adquirió trascendencia internacional, sobre todo, tras el llamado "Plan Beveridge", publicado por el gobierno británico en 1942. Tal como lo explica Arce, la idea de salud como un dilema individual ya estaba hartamente problematizado imponiéndose el concepto de "salud pública" en todo el mundo occidental, como resultado de la política internacional de posguerra (1 p.106).

Sin embargo, la idea de una política sanitaria integral comenzó a encontrar serios límites, tanto por factores endógenos como exógenos al gobierno, que hallaban su raíz, incluso, en la

propia gestación del peronismo. Así, por diferentes causas, la Secretaría de Salud Pública no pudo ejecutar su “plan estratégico de administración centralizada”. La literatura especializada reconoce dos motivos fundamentales: por un lado, la preponderancia financiera que adquirió la Fundación Eva Perón que, a decir de Belmartino, se guiaba por criterios político-electorales y no por los criterios técnicos que la Secretaría aconsejaba (3 p.116). Por el otro, la propia construcción de apoyo político, sustentada sobre los sindicatos, que hizo llegar al peronismo al gobierno nacional. Se supone que la participación institucional que comenzaron a tener los grandes sindicatos por rama de actividad en la Secretaría de Trabajo y Previsión, y la legitimación que desde allí se fue gestando de la figura de Perón terminaron condicionando, *a posteriori*, las políticas de salud del Estado, una vez que asumió la presidencia. En esta última razón nos detendremos.

Tal como se sugería en el apartado anterior, la suerte del sistema de salud, al menos en la matriz que corresponde al funcionamiento de las mutuales, estaría notablemente signada por los pasos que fuera dando el sindicalismo y sus relaciones con el Estado. Para reflexionar sobre esa hipótesis será necesario ingresar en otro debate con respecto al desarrollo del sindicalismo en el país. Creemos que, en este caso, sigue siendo ilustrativo el clásico trabajo de Murmis y Portantiero, ubicado en los *Estudios sobre los orígenes del peronismo* (12). Allí, los autores abandonan la idea contenida en los análisis que provenían de Gino Germani y del revisionismo histórico que consideraban, pese a sus conclusiones antagónicas, que el peronismo como movimiento nacional y popular hallaba su origen en una “nueva clase obrera” llegada a Buenos Aires por la inmigración interior del país. Contrariamente, Murmis y Portantiero consideran que tanto los “nuevos” como los “viejos” trabajadores (los que ya habitaban y se sindicalizaban en Buenos Aires desde el siglo XIX y cuya cultura provenía de la inmigración europea) encontraron en el peronismo un proyecto común “homogeneizante” (b). Concluyen que aquel modelo de sindicalismo por rama de actividad que venía consolidándose desde el IX Congreso de la Federación Obrera Regional Argentina (FORA) y, posteriormente, con la constitución de la Confederación General del Trabajo (CGT) en 1930 (“la vieja guardia sindical”, tal como

luego la llamaría Juan Carlos Torre) ha sido sumamente importante para el ascenso del peronismo al poder y ha tenido una notable influencia en sus decisiones de políticas sociales (12). Una buena manera de verificarlo, surge al analizar cómo se han distribuido y administrado los recursos en salud durante el período que va de 1943 a 1955.

En este sentido, previamente a la creación de la Secretaría de Salud Pública y su posterior mudanza institucional a Ministerio de Salud Pública (gracias a su proclamación constitucional en 1949), el Estado ya iba definiendo lazos con los sindicatos de mayor poder de negociación que serían imposibles de desanudar a los efectos de propiciar un sistema de salud centralizado. En efecto, tras el golpe de 1943, se creó, en octubre del mismo año, la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior. Allí se unificaron varias entidades que se hallaban dispersas intentando centralizar administrativamente la cuestión (3 p.110). Sin embargo, poco duró dicha centralización, puesto que en agosto de 1944 se delegaron las funciones de asistencia social a la Secretaría de Trabajo y Previsión (creada en 1943 en reemplazo del Departamento Nacional del Trabajo).

A partir de allí, dicha Secretaría comenzó a acumular más y más funciones dedicadas tanto al trabajo como a la seguridad social, entre ellas la salud de los trabajadores. Tal es así que en su seno se desarrollaron debates y disputas entre los actores sociales involucrados que terminaron regulando, por ejemplo, el trabajo de la profesión médica a través del Decreto-Ley 22212/45 (13), aún vigente, y la constitución y administración de las mutuales (Decreto-Ley 24499/45) (14) (c).

Al considerar la trascendencia política que adquirió la Secretaría de Trabajo y Previsión para la configuración de la imagen política de Perón, resulta plausible sostener que las negociaciones que se desarrollaron en su seno signaron las decisiones posteriores del Estado en materia social y, específicamente, en material de salud. En definitiva, a partir de allí se ahondaría en la heterogeneidad administrativa al otorgarle reconocimiento jurídico-institucional a las mutuales y nuevas facilidades de financiamiento (obligatoriedad en aportes y contribuciones y subsidios estatales).

Para obtener esas ventajas, claro está, era imprescindible no solo una postura sindical abierta

al diálogo con el Estado (las mutuales no reconocidas por el Estado quedaban implícitamente prohibidas, por disposición del Artículo 38 del Decreto-Ley 24499/45) (d) sino, además, poder de conflicto. El caso del sindicato Unión Ferroviaria es ilustrativo en este sentido. La Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios (DGF), creada por el Decreto 168/44, es el primer reconocimiento legal a una caja de salud sindical y se suscitó en el marco de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Tal regulación implantó la obligatoriedad de los aportes del personal ferroviario (15 p.80), la obligatoriedad de las contribuciones patronales y la cobertura de salud para el beneficiario directo (trabajador ferroviario) y sus familiares de primer grado (15 p.80). Este parece ser un ejemplo notorio de cómo la llamada “vieja guardia sindical” incidió, no solo en el apoyo a Perón, sino además en sus propias medidas de gobierno con respecto a la salud.

De esta forma, esa regulación sería el puntapié inicial para la constitución de un sinnúmero de direcciones generales de asistencia y previsión por rama de actividad. A partir de allí, el Estado participaría, de manera expresa (e), en la regulación de la salud, pero como vimos, no con exclusivas pretensiones de centralización. Las normas referidas a mutuales aseguraron la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones; otorgaron derechos de subsidios y obligaciones de fiscalización (3 p.123), lo cual lo asemeja mucho más a nuestra actual noción de “obras sociales”. Esto traería tres consecuencias principales: en primer lugar, profundizó la heterogeneidad en la administración y distribución de recursos destinados a la salud (más allá de las obras hechas por la gestión de Carrillo). En segundo lugar, al establecer la obligatoriedad en los aportes y contribuciones reforzó una fuente de financiamiento muy importante para el crecimiento burocrático-administrativo de los sindicatos por rama de actividad con mayor poder de influencia (en algunos casos, instituyendo sus propios hospitales). Por último, consolidó la institucionalización de un sistema de salud basado en la figura del trabajador y principalmente contributivo (tal es así, que la Constitución Nacional sancionada en 1949 y el Artículo 14 bis de la Constitución de 1957 incluyeron al derecho a la salud como perteneciente a los derechos laborales).

LA ANTESALA DE LA LEY DE OBRAS SOCIALES

La destitución del gobierno peronista traería como consecuencia inestabilidades políticas e institucionales que se desarrollarían de manera ininterrumpida hasta la consolidación democrática en 1983. A decir de O'Donnell, durante esta etapa el Estado se debilitó como centro decisorio, siendo colonizado por el juego de intereses privados y corporativos (16). En lo que hace específicamente al sistema de salud, la literatura especializada reconoce que el período que va de 1955 a 1970 se caracteriza por una progresiva desestructuración de aquellos atisbos de centralidad instaurados por la gestión de Carrillo y por la proyección influyente del sindicalismo peronista y de la corporación médica.

Una vez derrocado Perón, tanto el breve mandato del gobierno *de facto* de Lonardi como el de Aramburu tuvieron una mira común: la reducción del gasto público y la descentralización administrativa. En este sentido, se entendía que, por un lado, había que racionalizar el déficit presupuestario estatal y que, por otro, había que “desperonizar” su gestión (esto es: revertir la centralidad administrativa en órganos públicos nacionales ya que era identificada con la tendencia fascista) (8 p.549). Ello confluye con otra variable no menos importante: la resistencia sindical peronista durante todo el proceso de la autodenominada Revolución Libertadora (17). Más allá de las medidas proscriptivas sobre el peronismo, tanto en lo partidario como en lo sindical y en lo simbólico en general, el proceso de resistencia, más o menos homogéneo (hasta ese momento, al menos), entre las dirigencias sindicales peronistas y sus bases implicaron no solo la subsistencia del peronismo como corriente política (representado en las corporaciones) sino, además, la persistencia del sindicalismo como un actor importante en el sistema político. En efecto, el sindicalismo, en el período de exilio de Perón, actuó como fuerza opositora a las medidas de los gobiernos y como influencia decisiva tanto para la victoria electoral de un candidato (como el caso de la asunción de Frondizi), como para el derrocamiento de un gobierno (como el caso de la estrategia de unión entre los sindicatos y los militares para la caída de Illia) (17).

Teniendo en cuenta ese contexto, podemos comprender el porqué del debilitamiento progresivo del subsistema público y la coincidente expansión de las obras sociales hasta los años setenta. Para los gobiernos de la Revolución Libertadora, continuar las políticas de centralización sanitaria implicaría continuar con altos gastos públicos a nivel nacional que resultarían difíciles de sostener y, asimismo, quedar expuestos a una creciente desconfianza por parte de los sectores conservadores y antiperonistas. Por otro lado, impedir la evolución del sistema de obras sociales implicaría profundizar aún más las diferencias con el sindicalismo peronista y, como consecuencia, abandonar la expectativa de integrarlo a sus objetivos políticos. Desde el punto de vista de las dirigencias sindicales, perder la financiación de tipo mutualista implicaría, por un lado, dejar ir a una de sus principales fuentes de financiamiento y, por el otro, en un contexto de reducción del servicio público de salud, la falta de financiamiento mutualista podría agravar las crecientes tensiones que las cúpulas sindicales tenían para controlar a sus bases (germen de la llamada “resistencia peronista”) (17). Esto implicó que, a partir de mediados de los años cincuenta, las obras sociales sigan expandiéndose más y más. Pero ya no, como durante los años peronistas, en búsqueda de la creación de instalaciones médicas propias (tal como sucedía con los sindicatos más fuertes) sino como un fondo de financiamiento de servicios que se prestaban en entidades de tipo privadas (que también lograron gran expansión durante esos años) (3 p.130).

Esta relación entre el Estado y los sindicatos, basada principalmente en el conflicto y en las resistencias, cambiaría al llegar Frondizi a la presidencia (gracias al apoyo electoral del peronismo mediado por sus sindicatos). Frondizi cumple con el pacto al sancionar la nueva Ley 14455 de Asociaciones Profesionales de Trabajadores (18) que restituía la regulación peronista en materia gremial, dado que el Decreto-Ley 23852/45 había sido derogado por Aramburu. Esta nueva regulación vuelve a centralizar al movimiento sindical otorgándole amplias facultades a las cúpulas sindicales. Si a ello le sumamos, siguiendo a James, que los fracasos en las huelgas de 1959 y 1960 (contra la realización del plan de racionalización productiva propuesto por el gobierno

desarrollista y las empresas) provocaron una desmovilización de las bases como causa de su creciente desmotivación (17 p.208), es natural comprender el progresivo proceso de burocratización de las dirigencias sindicales durante esos años (el surgimiento del “vandonismo” es un ejemplo en ese sentido). A partir de allí la legitimidad de las dirigencias sindicales se basaría en las concesiones y servicios (17 p.229) que brinden a sus representados, que ya no tendrían una activa militancia en el seno sindical. Para financiar todos esos servicios fue fundamental la nueva Ley de Asociaciones Profesionales de Trabajadores que establecía la obligatoriedad en las retenciones de los empleadores para cuotas sindicales y los llamados “aportes solidarios” (f). Pero también, y se reconoce que más importante también lo ha sido la retención de aportes y contribuciones destinados a las obras sociales. Se calcula que, para 1964, del total de los fondos administrados por los sindicales, el 60% provenía de los aportes obreros, dentro de los cuales el 33% de esa cantidad provenían de las cotizaciones destinadas a las obras sociales. El 40% restante provenía de las contribuciones patronales (17 p.228). Es decir que el ingreso por cobertura de salud era mayor ya en esos años que el propio ingreso por cuota de afiliado.

Otra cuestión relevante es que, tras la caída de Perón, se reunificó la corporación médica que hasta allí se debatía entre los que preconizaban el concepto “salud pública” basado en la administración estatal (la herencia de Carrillo) y aquellos que veían a la centralización estatal como un límite a su libertad de contratación como profesionales. La retracción de la idea de “centralismo estatal” luego del intento de Carrillo y la progresiva consolidación del sistema de obras sociales sindicales implicó que los profesionales médicos se reagruparan nuevamente tras su interés corporativo con exclusividad. Su influencia de aquí en más comenzaría a ser decisiva como un actor social consolidado para influir en la agenda estatal. En la interacción entre las corporaciones obreras y médicas en el ámbito estatal comenzaría, entonces, a diseñarse la Ley 18610 de Obras Sociales (19), que Belmartino denomina como el producto de un “pacto corporativo” (3).

CONSOLIDACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES: LA SANCIÓN DE LA LEY 18610

Una vez depuesto Illia de la presidencia, por parte del Comandante en Jefe del Ejército Juan Carlos Onganía (g) y con la complicidad del sindicalismo peronista, este último buscó institucionalizar nuevamente su privilegiada posición como interlocutor de la clase trabajadora ante el Estado (Onganía cumplía su parte del trato derogando el Decreto 969/66 firmado por Illia, que liberalizaba y descentralizaba a las organizaciones sindicales). Sin embargo, la confianza que las cúpulas sindicales depositaron en su futura relación con el gobierno de facto entraría en crisis luego de aplicarse las primeras medidas económicas del nuevo gobierno. El plan del nuevo ministro de Economía, Adalberto Krieger Vasena, implicaría estrictos límites a los aumentos salariales, mediante la suspensión de las negociaciones colectivas. El 1 de marzo de 1967 se desató la primera huelga entablada por la CGT. El gobierno respondió con represión, quita de personerías jurídicas a algunos sindicatos y la nueva puesta en vigencia del Decreto 969/66 (17 p.291).

Esta situación pondría al sindicalismo peronista ante un serio desafío: lidiar entre la tensión de ser suprimido por el Estado, por un lado, y perder legitimidad antes sus bases, por el otro (17 p.292). La disyuntiva quedó impresa en la propia institucionalidad de la CGT: en marzo de 1968 la CGT se dividió en la "CGT de los Argentinos" y la "CGT Azopardo". La primera fue encabezada por Raimundo Ongaro y tuvo una posición de directa oposición al nuevo gobierno. La segunda, donde se agrupó el ala vanderista, tuvo una posición más cautelosa y dialoguista con aquel.

Las persistentes medidas de gobierno que implicaron pérdidas de derechos para los obreros comenzaron a aumentar la conflictividad social. En efecto, una serie de reclamos comenzaron a desarrollarse en los años 1968 y 1969, de los cuales su expresión máxima fue el "Cordobazo". Los nuevos militantes de base se expresaron no solo contra la empresa y el Estado, sino además contra las propias dirigencias sindicales. Se estima que estos conflictos fueron estimulados por dos razones: por un lado, las características geográficas de ciertos barrios industriales del interior

(donde la asociación de personas es más sencilla por cuestiones de vecindad) y, por el otro, porque las nuevas empresas multinacionales que, a partir de la década de 1950, iban llegando al país solicitaban, a cambio de su instalación, que los organismos estatales den personería gremial a nuevos sindicatos a nivel empresa (u oficio) con los cuales poder negociar directamente (lo cual fue consolidado por los normas que buscaban descentralizar al movimiento obrero, como el ya citado Decreto 969/66). La presencia en esas plantas de sindicatos con poca vida institucional y relativamente pequeños provocó que sus dirigencias no funcionaran como contención a las oposiciones internas que planteaban los trabajadores de base (17 p.301). En este sentido, estos sindicatos no pudieron evitar la instalación de cuerpos de delegados y el desarrollo de movilizaciones combativas. Allí se fue gestando el sindicalismo clasista, cuyo representante más renombrado ha sido Agustín Tosco.

El Estado vio truncada su inicial estrategia y encontró en las tradicionales cúpulas sindicales la respuesta para contener el creciente conflicto social. Así, un año después del Cordobazo, y ya con el gobierno de Onganía en retirada, se dicta la Ley 18610, de Obras Sociales (19), y el Decreto 2477/70 (20), que restituía el modelo sindical al viejo esquema establecido por Perón. El objetivo era recentralizar al movimiento obrero y otorgarles financiamiento a fin de contener la militancia de base (1 p.189).

Para verificar esa estrategia, basta observar cómo se gestó la flamante Ley de Obras Sociales en la propia estructura estatal. El proyecto de legislación se originó en el Ministerio de Bienestar Social, el cual no hallaba dentro de sí homogeneidad (al menos en lo que hace a la planificación de políticas públicas). Por un lado, venía desarrollándose la iniciativa de fortalecer la matriz pública del sistema de salud en la Secretaría de Salud Pública a cargo de Ezequiel Holmberg. La intención de Holmberg era adaptar el sistema de salud nacional a los requerimientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otro lado, se encontraba la Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad (SPAC), a cargo de Santiago de Estrada. Suele reconocerse que De Estrada sustentaba las convicciones de la "doctrina social de la iglesia católica", la cual descarta

argumentos tecnocráticos y promueve una idea de subsidiariedad del Estado en el juego de reconocimiento de los intereses. Según una parte de la bibliografía, ello implicó que adoptara una posición “dialoguista” con las corporaciones sindicales y médicas (1). Pero, desde nuestro punto de vista, esa corriente dentro del Ministerio de Bienestar Social es producto de la coyuntura socioeconómica que estuvimos describiendo líneas arriba. En efecto, la propuesta normativa que venció fue la de la SPAC y, para ello, contó con el apoyo y el aval (g) del por entonces Ministro de Bienestar Social, Carlos Consigli, que, precisamente, había sido nombrado tras la crisis ministerial desatada luego de “Cordobazo” (3 p.167).

Si consideramos las oposiciones que el proyecto de Holmberg había recibido por parte de las cúpulas sindicales y las corporaciones médicas (que veían cualquier “estatización” como contrario a sus libertades de contratación), es razonable intuir que la nueva Ley 18610 (19) nació producto de la presión de estas. En definitiva, tal como comenta Belmartino, el Estado se hallaba ante una incapacidad real para imponer reglas generales y, en vías de sostener la gobernabilidad, se vio obligado a realizar “pactos corporativos” (3 p.164). En dicho contexto social, haber quitado repentinamente la asistencia que las asociaciones sindicales brindaban a sus afiliados hubiera sido una torpeza. Los ideólogos de la “Revolución Argentina” comprendieron tarde aquello que Frondizi astutamente había anticipado: que las movilizaciones sociales producto de medidas de gobierno impopulares deben ser contenidas mediante un pacto con las cúpulas sindicales peronistas y que ello implicaba fortalecer sus administraciones (mediante potestades legales y gran capacidad de financiamiento). Así también lo entendió la nueva administración peronista al sancionar, en 1973, la Ley 20615 (22) que exacerbó el poder de los dirigentes de las federaciones sindicales en un contexto de movilizaciones de la extrema izquierda peronista.

Con el Decreto 2477/70 (20) de Onganía, la legalidad sindical quedó enmarcada nuevamente en los grandes sindicatos y federaciones por actividad y, a su vez, con la nueva Ley 18610 de Obras Sociales (19), el financiamiento para fortalecerlos aumentaría. En efecto, la nueva ley establecía la obligatoriedad, a los gremios reconocidos con “personería gremial”, de constituir obras sociales

para sus representados y la exigencia de aportes para todo trabajador dependiente de la actividad correspondiente.

La “lógica corporativa” de la flamante Ley de Obras Sociales, en vista de un “colchón de gobernabilidad”, quedaría sumamente evidenciada, posteriormente con la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como centro de negociación corporativa (incluso, en 1971, el INOS se transfiere a la jurisdicción del Ministerio de Trabajo) y con la creación de una Comisión Paritaria Nacional, mediante la sanción de la Ley 19710 de Obras y Servicios Sociales (23), que establecía un organismo donde se concertarían convenios tarifarios entre las organizaciones obreras y las médicas (24 p.3360). Esa misma “lógica corporativa” se proyectaría en lo sucesivo, como manifestación de la correlación de fuerzas, a través de la obstrucción a cualquier intento regulatorio diferente. Los ejemplos al respecto son la resistencia al llamado “Proyecto Liotta” (h), en 1973, y a la intervención estatal, por parte de la dictadura militar, de las obras sociales a través de la Ley 22269 de 1980 (26) (i).

LA LEY 23660 DE OBRAS SOCIALES DE 1989 Y SUS POSTERIORES REFORMAS: DE LA “LÓGICA CORPORATIVA” A LA “LÓGICA DEL MERCADO”

En el año 1983 se imponía electoralmente, por primera vez, un gobierno proveniente de la Unión Cívica Radical, sin estar proscripto el peronismo. Pese a la exigua ventaja electoral con respecto a este último, el gobierno de Ricardo Alfonsín sintió un enorme impulso inicial para realizar ciertas reformas sustanciales (28 p.289). Esas reformas tendrían dos objetivos principales: eliminar la violenta relación entre el Estado y la sociedad civil, por un lado, y fortalecer las instituciones democrático-representativas por sobre las relaciones corporativas, por el otro (28 p.287). De allí que el radicalismo haga dos intentos, finalmente frustrados, por reformar el mapa sindical y la autonomía de las obras sociales mediante nuevas legislaciones.

Dicha intención se plasmó en el llamado proyecto de “Ley Mucci”, presentado por el Poder

Ejecutivo en 1983, que pretendía garantizar una mayor democratización interna de los sindicatos, y en el "Proyecto Neri", presentado por el Poder Ejecutivo en 1984, que buscaba unificar el financiamiento del sistema de salud en manos estatales (sin perjuicio de la persistencia de administraciones descentralizadas) y una mayor fiscalización en la administración de las obras sociales sindicales. Ambos intentos de regulación no llegaron a destino y se reconoce como causa principal la oposición de las cúpulas sindicales. De allí en más, y una vez demostrada la debilidad del gobierno en este aspecto, el alfonsinismo tendrá que adoptar una postura conciliadora con respecto al sindicalismo peronista. Más aun, la caída del salario real tras al ejecución del "Plan Austral" en el año 1986 aumentó el número de huelgas generales y culminó en la derrota electoral de 1987, en manos de un peronismo tenazmente apoyado por el gremialismo.

Esta nueva coyuntura y la renovación en los cargos de gobierno (j) llevaron a que las leyes que regulan el sistema de salud sigan el curso del "pacto corporativo" anudado institucionalmente en el año 1970. Así, luego de que se sancionara de manera oficial, en 1988, la Ley 23551 de Asociaciones Sindicales (29) (hoy en día vigente) que reestructuraba el viejo modelo sindical centralizado, el radicalismo debió apoyar la sanción, al año siguiente, de la Ley 23660 de Obras Sociales (30) (también actualmente vigente) que, en lo sustancial, restablecía el sistema de salud de la Ley 18610 de 1970 (3 p. 175). Los éxitos del sindicalismo reflejaron el progresivo ocaso del gobierno de Alfonsín, hasta llegar a su anticipada caída en 1989 con la asunción de un nuevo gobierno peronista. Pero la llegada de este nuevo gobierno no iba a implicar, necesariamente, que el sindicalismo mantuviera su histórica integración al sistema político como un condicionante de las decisiones gubernamentales (pese a su identificación partidaria), sino, como ya veremos, una integración mucho más subordinada.

Lo que habitualmente se denomina como "crisis del sindicalismo" –generalmente reconocida a fines de la década de 1980 y toda la década de 1990– en el caso argentino estuvo signada por dos razones fundamentales: el legado del exterminio de la militancia sindical de base durante la última dictadura militar (31) y el cambio del patrón de acumulación basado en la actividad financiera y la

brusca caída de los niveles de empleo. Ello devino, por un lado, en una mayor autonomización de las cúpulas sindicales respecto de las bases y, por el otro, un debilitamiento de su influencia, como actor corporativo, en el sistema político. Además, y ya asumida la presidencia por Carlos Menem, el sindicalismo peronista se halló ante otra encrucijada: la crisis de su identificación partidaria con un gobierno de origen peronista que no sustentaba su política en mejoras sociales. Así, y siguiendo en esto a Murillo, la falta de recursos industriales (producto de una escasa capacidad de movilización de bases) y de recursos políticos (producto de la renovación del peronismo) originaron un viraje de las estrategias sindicales que se entablaron, a partir de allí, en términos de "supervivencia organizativa" basada en la obtención de recursos financieros (32 p.433). La derrota en el campo de la regulación laboral durante esos años se entiende como la contraprestación por el aumento de los recursos que las cúpulas dirigenciales obtendrían para financiar sus servicios sociales. En este sentido, algunos sindicatos comenzaron a participar como accionistas en las privatizaciones de empresas públicas, como accionistas de administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones (AFJP), entre otros beneficios que hicieron que esta nueva estrategia sindical sea denominada como "sindicalismo empresario".

Puede interpretarse, en primer lugar, que el menemismo comprendía que realizar el proceso de transformación del Estado y del mercado sin el apoyo de las cúpulas sindicales sería un imposible (más allá de la identificación partidaria) y, en segundo lugar, que las cúpulas sindicales asumían su decadencia como actor de influencia en el sistema político y que su deslegitimación, producto de las reformas laborales, podría sortearse con grandes ingresos financieros destinado a servicios sociales para sus afiliados. Ello implicó que el gobierno no intervenga en materia de regulación de las asociaciones sindicales y sea mucho menos decisivo en su programa de reforma de las obras sociales, y que el sindicalismo admita las reformas laborales de flexibilización pero se oponga de manera recurrente a la "reconversión" del sistema de obras sociales.

De hecho, la CGT realizó su única huelga general durante este período, en el año 1992, cuando el gobierno intentó liberalizar la competencia entre obras sociales y empresas de medicina prepagas (32 p.430) (lo cual concluyó en

el Decreto 9/93 que solo establecía competencia entre las propias obras sociales). Asimismo, en el año 1994 amenazó con otra huelga general cuando el gobierno se dispuso a regular la reducción de las contribuciones patronales para obras sociales (32 p.431).

Sin embargo, y pese a la defensa sindical del sistema de obras sociales, su régimen legal pudo ser reformado gracias a un problema de tipo estructural: la crisis de los sistemas contributivos de la seguridad social tras la modificación del patrón de acumulación del capital a partir del golpe de Estado de 1976. El aumento del desempleo, de las nuevas formas de contratación y del trabajo no registrado, sumado al crecimiento de los costos en atención médica por los procesos hiperinflacionarios, generaron deudas millonarias para las obras sociales. Ello implicó límites a su capacidad de resistencia, lo cual derivó en un préstamo que el Banco Mundial otorgó a las obras sociales a cambio de que acaten el proceso de reconversión del sistema (en particular, se exigía que adhieran a las resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud) (3 p.209).

De esta manera, y pese a la resistencia que los sindicalistas oponían a la aplicación del Decreto 9/93 (33), tras la sanción de la Resolución 633/96 por parte de la Superintendencia (34), comenzó a ejecutarse la denominada “libertad de opción” entre obras sociales. En el irrefrenable afán de conseguir nuevas vías de financiamiento, algunas cúpulas sindicales intentaron adaptarse al nuevo contexto comprendiendo que el crecimiento del ingreso por obras sociales debería sustanciarse en la competencia de mercado con otras obras sociales. Más, paradójicamente, la principal estrategia para atraer nuevos afiliados se centró en la celebración de convenios con las empresas de medicinas prepagas para la oferta de “planes superadores” (k). De allí que la generalidad de los traspasos de afiliados se haya producido en los sectores de mayor nivel adquisitivo, en búsqueda de los servicios de una prepaga determinada que se encontraba velada tras alguna obra social sindical (l). De esta manera, debido a la transferencia de aportantes del subsistema contributivo basado en la categoría laboral al subsistema privado de seguros prepagos, las obras sociales acrecentaron su desfinanciamiento y se volvieron menos solidarias (intra-clase) al asumir la función de meros

intermediarios entre el afiliado y la prepaga. La lucha por la consecución competitiva de recursos, por parte de las obras sociales sindicales, se manifiesta hoy en día en las acusaciones de discrecionalidad y defraudación en la distribución de la Administración de Programas Especiales (APE). Resulta evidente que, con la crisis de financiamiento, la obtención de grandes porciones de los fondos de la APE resultará de vital importancia para mantener la administración de la totalidad de los servicios sindicales.

En este sentido, utilizando las palabras de Belmartino, el paso de la década de 1990 parece haber roto el tradicional “pacto corporativo” que se había expresado en la Ley 18610 pasando, progresivamente, de un sistema de salud originado según la lógica de las pujas político-corporativas a otro originado en lógicas de mercado (3). La nueva Ley 26682 de Medicina Prepaga (35), del año 2011, parece ser el reconocimiento institucional de un sistema de salud que rompe los esquemas solidarios (intra-clase) individualizando las relaciones jurídicas en salud (4).

CONCLUSIONES

A esta altura parece muy difícil trazar conclusiones generales. El proceso histórico relatado se presenta como sumamente cambiante y complejo. Sin embargo, nos gustaría esbozar algunas reflexiones y posibles líneas de investigación para el futuro en torno a la hipótesis planteada.

En primer lugar, creemos que el sistema de obras sociales tiene un fuerte enclave cultural que incluso es previo a la constitución del movimiento peronista. Sin embargo, puede reconocerse que la conformación del sindicalismo por actividad, que luego se alineó para llevar a Perón al poder, y que se mantuvo pese a la ausencia de su líder, ha sido un actor social altamente significativo para la conformación de aquello que Belmartino denomina “el pacto corporativo”.

En segundo lugar, creemos que hay fuertes motivos para considerar que los diferentes gobiernos que han procurado estabilidad y gobernabilidad han debido trazar fuertes vínculos con las cúpulas sindicales a fin de que contengan el conflicto social. Para ello, ha resultado clave no solo

la regulación centralizada de la organización sindical sino, además, la perduración del sistema de obras sociales, a los fines de que esas cúpulas gocen de notables ingresos económicos que les faciliten las concesiones a sus representados y el financiamiento de sus campañas electorales para los cargos sindicales. Los gobiernos que han sabido trazar sus estrategias junto a las cúpulas sindicales han encontrado relativos niveles de éxito en la implementación de sus políticas. Los gobiernos que se han enfrentado a ellas, en cambio, no solo han sufrido la oposición de las cúpulas sino, además, mayores niveles de conflictividad llevados adelante por parte de las bases. De aceptarse tanto la primera conclusión como esta segunda puede comprenderse por qué hemos decidido denominar a la relación entre sindicatos y obras sociales como una relación de co-implicación. En este sentido cada institución ha participado, recíprocamente, en el fortalecimiento de la otra.

En tercer lugar, el sistema de obras sociales ha creado un sistema de salud esencialmente contributivo basado en la figura del trabajador, figura que hoy en día se halla en crisis. Ello puede notarse en el progresivo desfinanciamiento de las obras sociales y en la escasa oposición que el sindicalismo pudo entablar a la arremetida del mercado desde la década del 1990 hasta nuestros días.

Por último, la irrupción de la “lógica de mercado” en reemplazo de la “lógica corporativa” no ha atenuado los niveles de fragmentación sino que, por el contrario, los ha exacerbado. Así no solo rompió lazos de solidaridad intra-clase sino que, además, parece restituir el sistema de salud a sus concepciones originales basadas en la individualidad de las personas. Los derechos de ciudadanía que durante el “pacto corporativo” parecían basarse en la condición de trabajador hoy se trasladan a la condición de consumidor (36), lo cual desgasta aun más al derecho a la salud entendido en términos igualitarios.

NOTAS FINALES

a. La Secretaría reemplazó al ya mencionado Departamento Nacional de Higiene.

b. Según estos autores (12), como consecuencia del gran proceso de industrialización desde los años treinta, del crecimiento de los niveles de explotación y de la escasa apertura de canales políticos.

c. Respecto a este punto, el Decreto-Ley 24499, sancionado el 6 de octubre de 1945, creó la Dirección de Mutualidades, que dependería de la propia Secretaría de Trabajo y Previsión. En este último decreto, el Estado reconoció la importancia histórica de las mutuales y se propuso “estimular esa actividad social, coordinando su actuación, para que esta beneficie por igual a todos los ámbitos de su territorio y pueda así llegar a cualquiera de los integrantes de su población” (14 p.605). Para ello, se le atribuyó a la Dirección de Mutualidades la capacidad de conceder o quitar personería jurídica a las mutuales, organizar un registro de ellas, fiscalizarlas, etc.

d. Artículo 38. – Queda terminantemente prohibido el uso de las expresiones “Socorro Mutuo”, “mutualidad”, “Protección Recíproca”, “Previsión Social” o cualquier otro aditamento similar en el nombre de las sociedades o empresas que no estén constituidas de acuerdo con las disposiciones del presente. La violación de esta prohibición será

penada con multas de cien hasta diez mil pesos moneda nacional y clausura de las oficinas que infrinjan esta disposición” (14 p.610).

e. Anteriormente habían existido proyectos para regular a las mutuales, pero solo habían sido propuestas aisladas y desatendidas. En todos los casos, se trató de proyectos de legisladores socialistas. Por ejemplo, el proyecto presentado por Bunge en 1919.

f. Los llamados “aportes solidarios” son aquellas cláusulas convencionales que los sindicatos con personería gremial pactan a los fines de entablar un aporte compulsivo a todo el personal de la actividad como contraprestación por las mejoras obtenidas en la negociación con la patronal.

g. En el año 1966 se suscitó en la Argentina un golpe de Estado denominado “Revolución Argentina” encabezado por Juan Carlos Onganía. En el mismo se destituyó al presidente electo mediante procedimiento democrático Arturo Illia, perteneciente a la Unión Cívica Radical.

h. El proyecto de legislación fue firmado por Consigli y Estrada (21 p.182).

i. Como ejemplo de la primera oposición por parte de las corporaciones de trabajadores y médico-sanatoriales, se presentó en diciembre de 1973, cuando el Poder Ejecutivo, presidido por Cámpora, elevó al Congreso Nacional el llamado

“Proyecto Liotta”, titulado así porque su ideólogo era el por entonces secretario de Salud Pública, Domingo Liotta. Ese proyecto, según palabras de Veronelli y Veronelli, era de tendencia estatista y universalista, tal como lo sugería el principalismo del ya mencionado “Plan Beveridge”. Esto, interfería con los intereses, por un lado, de los sindicatos, puesto que eliminaría una enorme fuente de ingresos para estos y, por el otro, de las empresas de medicina privada, de la industria de fármacos y de los profesionales médicos, que verían peligrar su libertad a los beneficios del mercado de salud. De este modo, el proyecto original fue modificado en el propio Congreso de la Nación quitándole, en su redacción, la obligatoriedad de adhesión al sistema público por parte de las provincias y las obras sociales, y tornándolo facultativo. La ley, por tanto, careció de operatividad concreta. Parece razonable, tal como lo sostienen Belmartino y Bloch (25), que durante los dos años siguientes ni siquiera asuman dimensión pública proyectos de ese estilo, teniendo en cuenta la importancia que volverían a tener las cúpulas sindicales en el nuevo mandato de Perón.

j. La segunda oposición fue entablada en 1980, cuando el régimen militar comenzaba a debilitarse. Luego de una política inicial de persecución y prohibición de las actividades sindicales (se derogan los convenios colectivos, se cierran las negociaciones sindicales, se prohíbe la huelga y se intervienen innumerables sindicatos) y, sobre todo, de exterminio a las bases, la dictadura militar comienza a completar su estrategia, una vez eliminado las posibilidades de “*accountability* sindical” de las bases, a través de una nueva recentralización sindical. Ello se manifiesta en la sanción, en 1979, de la Ley 22105 (27) que retorna al modelo sindical peronista y con la reaparición de las cúpulas sindicales (el ejemplo más citado es el caso de Lorenzo Miguel, quien luego de ser encarcelado en 1976, fue repuesto como secretario general de la UOM en enero de 1983). Una vez sentadas las bases del nuevo patrón de acumulación del capital, el tradi-

cional sindicalismo peronista y conciliador podría ser perfectamente compatible con la “liberalización de la economía” (ello se confirmó, posteriormente, en la década de 1990). Sin embargo, la reforma a la Ley de Obras Sociales parece, en este sentido, una contradicción. El 30 de julio de 1980 se dictó el Ley 22269 (26) que instituyó a las llamadas “Entidades de Obras Sociales (EOS)” que significaba el traspaso de las obras sociales sindicales a manos de interventores estatales nombrados por el INOS. Asimismo, establecía la posibilidad de evitar permanecer en las EOS acreditando la pertenencia o inscripción a una agencia de medicina prepaga, fundando así el primer antecedente legal en este sentido. La ley, pese a su dictado, no tuvo aplicación alguna. Creemos, que más allá de que esta reforma coincidía con las aspiraciones estatales y económicas de la dictadura, significó imposible su efectivización como consecuencia del debilitamiento del gobierno y del reagrupamiento del sindicalismo como un actor de importancia en el sistema político.

k. Precisamente Antonio Mucci debió cederle el lugar a Juan Manuel Casella y Carlos Alderete que adoptaron la nueva estrategia conciliadora. A su vez, Aldo Neri, debió abandonar su cargo de Ministro de Salud en abril de 1986, una vez fracasado el nuevo intento de unificación financiera del sistema de salud.

l. Las únicas excepciones han sido la Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC) que no celebró ningún convenio y la Obra social de la Unión Personal Civil de la Nación (UP) que fundó su propia prepaga originada de fondos sindicales (5 p.103).

m. Las obras sociales que han obtenido mayor número de traspasos a su favor han sido aquellas que cuentan con convenios con las más reconocidas empresas de medicina privada (5 p.103).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arce HE. El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. Buenos Aires: Prometeo; 2010.
2. Aren J. Régimen legal de las obras sociales agentes del Seguro Nacional de Salud. Buenos Aires: Lexis-Nexis; 2007.
3. Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2005.
4. Clérico L, Ronconi L, Scioscioli S, Aldao M. Notas y preguntas sobre el “marco regulatorio de

la medicina prepaga”. Jurisprudencia Argentina. 2011;(8):3-35.

5. Fidalgo MM. Adiós al derecho a la salud. Buenos Aires: Espacio; 2008.

6. Maceira D. Financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud en Argentina [Internet]. 2010 [citado 20 feb 2013]. Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/Maceira-IDRC-ArgSistematicoPPP-final-14julio2010%5B1%5D%5B1%5D.pdf>.

7. Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud [Internet]. 2000 [citado 20 feb 2013].

- Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-139.pdf>.
8. Veronelli JC, Veronelli-Correch M. Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina. Buenos Aires: OPS; 2004.
 9. Zimmermann E. Los liberales reformistas: La cuestión social en la Argentina, 1890-1916. Buenos Aires: Sudamericana; 1995.
 10. Armus D. Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. Buenos Aires 1870-1950. En: Suriano J. La cuestión social en Argentina, 1870-1943. Buenos Aires: La Colmena; 2000.
 11. Torre JC. La vieja guardia sindical y Perón: sobre los orígenes del peronismo. Buenos Aires: R y R; 2011.
 12. Murmis M, Portantiero JC. Estudios sobre los orígenes del peronismo. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2011.
 13. Argentina. Decreto-Ley 22212/45, Díctase el estatuto de los profesionales del arte de curar [Internet]. 19 sep 1945 [citado 21 feb 2013]. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/190000-194999/194451/norma.htm>.
 14. Argentina. Decreto-Ley 24499/45. Anales de Legislación Argentina. 1945;V:605-611.
 15. Anales de Legislación Argentina. 1945;V: 605-611.
 16. O'Donnell G. El Estado burocrático autoritario. Buenos Aires: Prometeo; 2010.
 17. James D. Resistencia e integración: El peronismo y la clase trabajadora argentina. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2010.
 18. Argentina. Ley 14455. Boletín Oficial de la República Argentina. 1958;LXVI(18.747):1-3.
 19. Argentina. Ley 18610, Obras Sociales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1970;LXXVIII (21882):2-3.
 20. Argentina. Decreto 2477/70. Boletín Oficial de la República Argentina. 1970;LXXVIII(21.941):5-7.
 21. Anales de Legislación Argentina. 1970;XXX-A:180-185.
 22. Argentina. Ley 20615, Asociaciones Profesionales de Trabajadores. Boletín Oficial de la República Argentina. 1973;LXXXI(22.812):2-5.
 23. Argentina. Ley 19710, Obras y Servicios Sociales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1972;LXXX(22.458):2-3.
 24. Anales de Legislación Argentina. 1972;XXXII-C:3357-3362.
 25. Belmartino S, Bloch C. Políticas estatales y seguridad social en Argentina. Cuadernos Médico Sociales [Internet]. 1982 [citado 20 feb 2013];(22):1-16. Disponible en: <http://www.ila-zarte.com.ar/cuadernos/pdf/n22a074.pdf>.
 26. Argentina. Ley 22269, Obras Sociales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1980;LXXXVIII (24484):2-6.
 27. Argentina. Ley 22105, Ley de Asociaciones Gremiales de Trabajadores. Boletín Oficial de la República Argentina. 1979;LXXXVII(22269):2-5.
 28. Persello AV. Historia del Radicalismo. Buenos Aires: Edhasa; 2007.
 29. Argentina. Ley 23551, Asociaciones Sindicales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1988;XCVI(26366):1-4.
 30. Argentina. Ley 23660, Obras Sociales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1989;XCVII (26555):1-3.
 31. Basualdo V. Complicidad patronal-militar en la última dictadura argentina: Los casos de Acindar, Astarsa, Dálmide Siderca, Ford, Ledesma y Mercedes Benz. Presentado en: IV Seminario Internacional Políticas de la Memoria "Ampliación del campo de los derechos humanos: Memoria y perspectivas"; 28-30 sep, 1 oct 2011; Centro Cultural de la Memoria Haroldo Conti, Buenos Aires, Argentina.
 32. Murillo MV. La adaptación del sindicalismo argentino a las reformas de mercado en la primera presidencia de Menem. Desarrollo Económico. 1997;147(37):419-446.
 33. Argentina. Decreto 9/93, Obras Sociales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1993;CI (27557):3-4.
 34. Argentina. Resolución 633/96, Obras Sociales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1996;CIV(28547):11.
 35. Argentina. Ley 26682, Medicina Prepaga [Internet]. 2011 [citado 20 feb 2013]. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/texact.htm>.
 36. Bauman Z. Vida de consumo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Anales de Legislación Argentina. 1944; Tomo I.

Belmartino S. ¿Estado social o Estado de compromiso?: agotamiento, crisis y reformulación de las instituciones de atención médica. Argentina 1920-1945. En: Lvovich D, Suriano J, editores. Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina, 1870-1952. Buenos Aires: Prometeo; 2005.

Campos L. Estado y sindicatos: un análisis de sus relaciones a partir de los mecanismos de regulación y conformación de la estructura sindical en Argentina (1943-1988). [Tesis de Maestría en Economía Política]. Buenos Aires: FLACSO; 2008.

Clérico L. La jurisprudencia de la Corte sobre medicina prepaga en el contexto de un sistema de salud con fronteras "híbridas". Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina; 2010.

Del Campo H. Sindicalismo y peronismo: los comienzos de un vínculo perdurable. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2005.

Findling L, Ferrero JP. El escenario de la reforma de obras sociales: actores, estrategias y entretelones. Presentado en: V Congreso Nacional de Ciencia Política; 14 al 17 de Noviembre de 2001; Río Cuarto, Argentina.

Palomino H. Elecciones en la UOM: un espejo de la normalización sindical. El Bimestre Político y Económico. 1986;4(19):2-6.

Ramaciotti K. La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires: Biblos; 2009.

Rosanvallon P. La nueva cuestión social: repensar el Estado de Providencia. Buenos Aires: Manantial; 1995.

Suriano J. La cuestión social en Argentina, 1870-1943. Buenos Aires: La Colmena; 2000.

Zapata F. Autonomía y subordinación en el sindicalismo latinoamericano. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1993.

FORMA DE CITAR

De Fazio FL. Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político. Salud Colectiva. 2013;9(3):301-315.

Recibido: 10 de junio de 2013

Aprobado: 9 de septiembre de 2013



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.