

MAESTRIA ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

TESINA:

GERENCIAMIENTO PARA OBRAS SOCIALES

LIC. CINTIA L. DEGANO

BUENOS AIRES - ARGENTINA

SEPTIEMBRE DE 2008

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Carrera de Posgrado

Maestría en Administración de Servicios de Salud

Director:

Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus

Tutor:

Magíster Ana Maria Vincenti

Tesina:

Gerenciamiento de Obras sociales

Autor:

Lic. Cintia Degano

Septiembre de 2008

Hay hombres que luchan un día y son buenos.

Hay otros que luchan un año y son mejores.

Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos.

Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los

Imprescindibles.

Bertolt Brecht

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I. METODOLOGIA.....	8
I.1. Objetivo de la investigación y tipo de estudio.....	9
I.2. Identificación y formulación de problemas a investigar.....	10
I.3. Marco conceptual.....	12
I.4. Conceptos y variables.....	13
I.5. Hipótesis.....	14
I.6. Tipo de diseño.....	15
I.7. Definición y selección de unidades.....	14
I.8. Instrumentos técnicos.....	15
I.9. Análisis de los datos.....	15
I.10. Limitaciones.....	15
CAPITULO II. MARCO TEORICO.....	16
II.1. La misión del modelo de gerenciamiento.....	17
II.2. Actores del Sistema de Salud.....	32
II.3. Problemática del Sistema de Salud.....	36
II.4. Posicionamiento en el Mercado de las Obras Sociales.....	41
II.5. Organismos competentes y Legislación vigente para O. S.....	47
II.6. Análisis y desarrollo de la Estructura interna de las Obras Sociales.....	48
II.7. Cambios organizacionales.....	49
II.8. Estrategias funcionales.....	57
II.9. Matriz BCG.....	60
II.10. Matriz FODA.....	62
II.11. Marco Jurídico.....	62
CAPITULO III. CUADRO DE SITUACION.....	65
III.1. Beneficiarios de Obras Sociales por naturaleza institucional.....	66
III.2. Cantidad de Obras Sociales y cantidad de beneficiarios según naturaleza institucional.....	67
III.3. Población total por cobertura de Obra Social y/o plan de salud privado, mutual según sexo y grupos de edad.....	68
III.4. Población sin cobertura de Obra Social, plan medico o mutual por grupo de edad y sexo según provincia.....	68
RESULTADOS.....	69
a. Tablas y Figuras- Gráficos.....	69
CONCLUSIONES.....	93
RESUMEN.....	96
AGRADECIMIENTOS.....	99
BIBLIOGRAFIA.....	100
ANEXOS.....	102

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es el resultado de estudiar la estructura organizativa y funcional de las obras sociales sindicales que actúan en el escenario actual del sistema de salud y tienen jurisdicción en todo el país. Debido a los importantes cambios generados en el escenario del sistema, la misión es plantear un nuevo esquema de organización para lograr un nivel de gerenciamiento y administración adecuados, que les permita a las obras sociales de estudio interactuar en el mercado y por consiguiente, competir.

A tal fin, con un diseño de tipo descriptivo y cuyo universo es la Argentina, que toma en cuenta las características de las Obras Sociales provenientes del sistema estadístico nacional en los años 2000-2005, se procedió a recolectar los datos, identificar, ordenar y analizar dicha información.

El objetivo del presente trabajo es, identificar los problemas actuales que enfrentan las obras sociales nacionales para su desarrollo y crecimiento y proponer un gerenciamiento de las mismas con un enfoque empresarial y actual que identifique oportunidades y fortalezas para que estos organismos puedan interactuar en el sub-sistema de salud.

La propuesta es crear un modelo de gerenciamiento para obras sociales en crisis con el objetivo de reposicionarlas en el mercado de la salud a través de la implementación de un sistema de gestión empresarial, de acuerdo al mundo en que vivimos hoy.

Para ello, en adelante, se llevará a cabo un estudio de los conceptos a tener en cuenta para desarrollar este modelo. En primer lugar, se presentará una descripción de la evolución del sistema de salud en la Argentina hasta profundizar en el sector de obras sociales y desde ese punto, evaluar su escenario para desarrollar la propuesta de gerenciamiento.

El resultado esperado es obtener, a través de un gerenciamiento eficaz y eficiente, un mejor nivel del sistema de salud de las obras sociales.

Saber identificar los problemas de salud prevalentes y de mayor incidencia, permitirá el más adecuado uso de recursos y el máximo aprovechamiento del potencial del recurso humano, factor que nunca debe ser reemplazado.

Se debe tener en cuenta que el mercado de la salud, día a día, cuenta con elementos competitivos y diferenciales entre los diversos integrantes que prestan servicios al usuario. Si se tiene en cuenta los términos de COMPETITIVIDAD, DIFERENCIACION, EFICACIA Y EFICIENCIA como punto de partida, se genera este análisis para lograr maximizar los atributos de estas obras sociales.

Para poder sentar las bases para hablar de planeamiento estratégico, parece fundamental partir de cuatro premisas básicas. La primera es que cualquier organización, sea esta pequeña o grande, con o sin fines de lucro, privada o estatal, local o transnacional, requiere de un plan estratégico. A algunos les puede parecer raro que una empresa estatal como las obras sociales lo pudiesen necesitar, pero toda organización tiene una razón de ser y debe responder de la mejor forma a su objetivo para ser exitosa.

La segunda premisa es que el planeamiento debe desarrollarse sobre una base metodológica que deberá adecuarse al tipo de organización, a los negocios de cada empresa, a su posición competitiva, etc. No hay metodología ni método único de trabajo, pero cada empresa necesita basarse en uno.

La tercera, independientemente de si el planeamiento es desarrollado internamente o con consultores, es que la falta de un firme convencimiento de la alta dirección y de un adecuado involucramiento de los distintos niveles de la organización, asegura un fracaso. Las premisas no son nuevas. Sin embargo, en la práctica, suelen ser ignoradas.

Todo planeamiento debe basarse en un diagnóstico estratégico; es decir, una evaluación objetiva (medible) de los resultados alcanzados, de los logros y fracasos, de la capacidad competitiva actual, etc.

Se debe recordar que planificar el horizonte de acción permite alcanzar beneficios en cuatro aspectos:

- * Que la alta dirección y el personal en general tengan claro su posicionamiento como organización (qué son, a dónde van, cómo van, a quién se dirigen).

- * Lograr estrategias específicas para cada unidad de negocio dentro de la organización. Desarrollar estrategias ganadoras a la medida de sus necesidades, coherentes con la concepción corporativa.

* Valorizar, para cada caso, los beneficios esperados para convalidar la efectividad de las estrategias.

* Definir los indicadores de control (tablero de mando) para evaluar, corregir, redireccionar y fortalecer, los resultados obtenidos.

Todo proceso de planeamiento debe permitir, en resumen, sentar las bases estratégicas para maximizar beneficios: incrementar ingresos, mantener o mejorar los márgenes, y reducir costos vía eficiencia y tecnología.

El éxito de una estrategia no depende principalmente de la calidad de su implementación, sino de la calidad de la estrategia definida. Una buena implementación no mejora la estrategia.

Lo que se quiere es proponer que se reflexione sobre la importancia de planificar formalmente en un entorno cada vez más complejo y cambiante. De esta manera, se logrará ubicarse en una mejor posición para alcanzar los resultados estratégicos y económicos que todos quisieran para la empresa del futuro.

Desde el método descriptivo, en primer lugar se hará una presentación de los componentes del sistema de salud en Argentina, su situación histórica y actual para luego concluir en el análisis que interesa profundizar en relación a las obras sociales que no han podido adaptarse a los cambios que genera el mercado día a día. Por tales motivos, la visión de gestión de gerenciamiento que se propone, intenta demostrar que con profesionalismo pueden estas obras sociales re-posicionarse en el mercado de la salud.

Muchos cambios están ocurriendo a nivel mundial, exigiendo una nueva postura por parte de las organizaciones. No se pueden quedar observando y dejar que las cosas sucedan sin hacer nada, pues esto puede acarrear inseguridad en cuanto al futuro de la propia organización. Hay algunos cambios que vienen provocando una rápida inestabilidad si no se está preparado gerencialmente para el cambio. La alternativa, muchas veces, es saber lidiar con lo ocurrido intentando sacar el mejor provecho posible de la situación.

CAPITULO I - METODOLOGÍA

El presente trabajo comprendió el estudio multidisciplinario de la gestión de todos los organismos de Obras Sociales nacionales que interactúan en el Sistema de Salud de la República Argentina.

Dado que no puede concebirse un estudio de investigación sin un detallado y concreto diseño que trate de considerar la mayoría de los elementos y circunstancias ligados a los mismos; se procedió a definir éste, previamente a cualquier otra tarea.

El diseño resultante es el que se expone a continuación para explicitar los Materiales y Métodos, ya que resulta de utilidad guiarse por una metódica coherente que determine la mayoría de las probables circunstancias que se le presentarán al investigador y las soluciones previstas, tanto como la definición de variables y los criterios de confiabilidad bioestadística empleados.

Como se verá, la complejidad del estudio aumentó proporcionalmente la densidad de este capítulo, por lo que, asimismo, era de todas maneras necesaria su división en acápite que facilitarían al lector una comprensión cabal de la problemática a tratar.

I.1. Objetivo de la investigación y tipo de estudio

a. Básicos: proyecto orientado a incrementar el campo de conocimiento general sobre la gestión de las Obras Sociales nacionales del Sistema de Salud de la República Argentina partiendo de resultados insuficientes para competir en el mercado actual.

b. Aplicados: proyecto orientado a aportar algún tipo de datos para resolver problemas concretos. En este caso el demandante de la investigación es la población de Obras sociales con una tasa máxima de probabilidad de desaparición en el mercado de la salud dentro de la Capital Federal e interior del país y que en base a la experiencia personal (experiencia desarrollada en gerenciamiento de obras sociales) no tenían una gestión adecuada con respecto al gerenciamiento y el posicionamiento en el mercado.

En cierta manera el estudio era:

b.1. Diagnóstico

En base al diagnóstico sus resultados debían proveer datos descriptivos para colaborar en actividades a realizar en el futuro.

- b.1.1.** Planeamiento.
- b.1.2.** Toma de decisiones.
- b.1.3.** Formulación de políticas.
- b.1.4.** Programas específicos a desarrollar.

Este objetivo era el que primaba dentro del proyecto.

b.2. Para evaluar actividades ya realizadas; este campo, aunque no específicamente, estaba incluido en el objetivo final, pues en forma indirecta se efectuaba una investigación evaluativa para determinar en qué medida el plan o programa que se implementó hasta el momento, resolvió o no el problema para el cual se realizó.

I.2. Identificación o formulación del problema

a. Situación problema

El propósito general de la investigación es describir prospectivamente, la gestión de algunas obras sociales nacionales que, por diferentes variables externas e internas, han decaído en el mercado de la salud con escasas posibilidades de subsistir sin un marco conceptual claro, estrategias poco definidas y escasa mentalidad profesional por parte de sus actores.

- a.1.** Establecer la existencia de diferentes amenazas en el sistema de salud que componen las obras sociales.
- a.3.** Determinar el perfil, las motivaciones y los objetivos de los actores de estos organismos en estudio.
- a.4.** Definir el rol específico de cada área de las obras sociales en el problema.

b. Actividad o programa que trata de solucionar la situación problema

- b.1.** Describir, revelar y definir las amenazas y debilidades específicas de la población estudiada.
- b. 2.** Especificar el rol de la figura que avale la visión de gerenciamiento que se plantea para estos organismos.

I.3. Marco conceptual**a. Revisión de la literatura nacional y extranjera**

Se realizó una prolija investigación bibliográfica. Ésta fue usada exhaustivamente para analizar los propios datos y fundar las conclusiones finales.

b. Elaboración del marco conceptual

En cada capítulo se decidió brindar un resumen concreto sobre aspectos de la teoría general del Sistema de Salud en la Republica Argentina y específicamente una descripción de la situación evolutiva de las obras sociales en el mercado actual, sus confirmaciones empíricas y derivaciones, sustento del problema a estudiar.

I.4. Concepto y variables**a. Conceptos**

Se creyó necesario definir los principales conceptos a utilizar.

- **Obras sociales:** financiadores del Sistema de Salud y, por sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población que percibe aportes y contribuciones de sus empleadores.
- **Mercado:** Conjunto de compradores actuales y potenciales de un producto y/o servicio.
- **Posicionamiento:** Determina si el producto está en la mente del consumidor.
- **Dirección de Estrategias:** Asignación de acciones específicas a personas concretas de la organización, a las que se les asignan los

medios materiales necesarios, para que alcancen los objetivos previstos por la organización.

b. Variables

Es toda propiedad, de alguna unidad de análisis, susceptible de asumir diferentes valores.

Para ello se utilizaron los siguientes indicadores (variables que están en el nivel empírico, es decir, directamente mensurables):

- Variables externas

Las variables externas se relacionan con la evolución económica general, cambios imprevistos en la demanda, acciones de los competidores, aparición o desaparición de sustitutos, etcétera. A su vez cada una de estas grandes variables puede ser afectada por múltiples factores económicos, políticos, sociales, legales, culturales e incluso ecológicos. Entre ellas, se destacan las siguientes para este análisis:

1. Factor cronológico (parámetro de un tiempo cronológico determinado mediante el cual, el mercado de la salud fluctúa en cambios diversos)
2. Factores económicos (factores que modifican el presupuesto en el sistema de Salud de la Argentina. Estos factores están íntimamente relacionados con la situación política del país)
3. Factores legales (cambios en la legislación relacionados con el Sistema de Salud)
4. Factores sociales (cambios socio-culturales, tasas de empleo que determinan que porcentaje de la población es activa y goza de los beneficios del sistema de salud de las obras sociales, indican el porcentaje de crecimiento de la población en actividad y el nivel de calidad de vida de los ciudadanos)
5. Factores demográficos (relacionados con las diferentes tasas de uso natalidad-mortalidad de la sociedad)
6. Factores políticos (relacionados con las políticas de Estado que se adquieren en relación al Sistema de Salud).

- Variables internas

Se relacionan con la estrategia general de la empresa, factores y procesos de producción, canales comerciales, manejo de la mezcla de marketing, cantidad y calidad de su fuerza de ventas, etcétera. Las variables internas también pueden ser afectadas por múltiples factores y restricciones. Todo pronóstico de crecimiento debe reflejar la influencia de todas estas variables.

Para la recolección y posterior tratamiento de las variables multidimensionales se utilizaron y se diseñaron los siguientes elementos de recolección de datos:

- Se utilizaron:
 - Estadísticas de crecimiento de las obras sociales en los últimos 10 años
 - Estadísticas de decrecimiento de las obras sociales en los últimos 5 años

I.5. Hipótesis

a. Formulación

Se establecieron determinadas hipótesis generales fruto del análisis bibliográfico y la observación. Para una mejor comprensión de la formulación de la hipótesis; en este punto se detallan algunos conceptos, aspectos débiles, que se han observado a la hora de evaluar la organización de estudio. A partir de estas debilidades, se plantea la hipótesis de implementar un modelo de gerenciamiento en las obras sociales con deficiencias estratégicas para competir en el mercado. Se considera que si se logra generar una nueva mentalidad de cambio en estas organizaciones adaptándose a los tiempos que transcurren donde las organizaciones conviven constantemente con la idea de liderazgo, diferenciación, competencia y posicionamiento; podrá lograrse el éxito para subsistir en el mercado de las Obras Sociales. Se han observado las siguientes debilidades que se podrán trabajar, para llegar a la hipótesis de gerenciamiento ya planteada:

a.1. Falta de mentalidad estratégica de los participantes en las organizaciones de salud

a.2. Falta de cambios estratégicos adaptados a los tiempos que se viven

a.3. Falta de gerenciamiento

a.4. Ausencia de políticas internas claras con la finalidad de competir en el mercado

I.6. Tipo de diseño

Se diseñaron estudios comparativos: comparación de los niveles de crecimiento entre organizaciones que componen las Obras sociales de similares características medidos en el mismo intervalo de tiempo; de seguimiento.

I.7. Definición y selección de unidades

a. Naturaleza del caso

Se trataba de estudiar en forma retrospectiva y descriptiva el crecimiento y evolución de los organismos de obras sociales sindicales en la población control y la población objeto de estudio.

b. Definición de la población, institución, etc. en estudio.

Denominándose “población” a cualquier conjunto de personas que poseen en común alguna característica observable y que nos interesa estudiar: definimos a la nuestra como a los organismos de obras sociales nacionales que interactúan en el sistema de salud de nuestro país.

Por la investigación bibliográfica realizada se decidió que el medio más idóneo para la recolección de datos era la Superintendencia de Servicios de Salud, ya que:

Posee datos de todas las Obras sociales nacionales, provinciales, de dirección y de jubilados.

Posee registros de la cantidad de afiliados en cada organismo distribuidos en zonas geográficas.

No se pueden realizar conclusiones sobre el decrecimiento de estos organismos, salvo las referentes a tendencia de crecimiento de sus padrones a partir de los registros que presenta este Organismo competente.

Asimismo un término de cinco años como el usado era garantía de ofrecer una muestra extraordinariamente representativa estadísticamente para determinar la cantidad de organismos con población beneficiaria decreciente.

d. Técnicas de medición

En todos los casos se evitaron pérdidas de datos e información incompleta.

Se utilizaron las matrices BCG y FODA para determinar el posicionamiento del modelo de gerenciamiento planteado dentro del mercado de la Salud (Matriz BCG) y para analizar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que presenta el mercado (Matriz FODA). A partir de estas técnicas de medición y evaluación, se intenta demostrar que revirtiendo aspectos organizativos primitivos se puede lograr el cambio de mentalidad y el posicionamiento dentro del mercado específico de las Obras Sociales.

e. Reparos que merecen los datos obtenidos

Dentro de amplios límites de confiabilidad, se puede decir que los datos obtenidos no ofrecen reparos.

I.8.Aspectos técnicos

a. Técnicos

a.1. Información a obtener

Se realizó una lista detallada de las características que se considerarían en la población en estudio. Con estas listas se elaboraron las unidades de medidas comentadas.

a.2. Fuente

Se obtuvieron datos por:

- Obtención de datos en registros oficiales
- Estudios anteriores sobre datos utilizados.

a.3. Marco

La investigación se realizó tomando como cabecera de tareas:

- Registros de la Superintendencia de Servicios de Salud
- Datos estadísticos del Anses

- Observación de la dinámica que presentaban algunas Obras Sociales

I.9. Análisis de los datos

a. Forma de presentación

Los resultados de la investigación se presentaron en forma gráfica.

b. Plan de análisis

Se realizó un plan de trabajo previo al análisis de datos derivado de los elementos planteado en la hipótesis.

c. Tablas e hipótesis

Se trató que la distribución de datos confirmara la hipótesis o la refutaran con la mayor eficiencia y economía posible. Así se puede resumir la forma, plan y tablas consideradas.

d. Herramientas de análisis

Las herramientas informáticas utilizadas fueron el Microsoft Word y el Microsoft Excel para la elaboración de tablas.

I.10. Limitaciones

No las hubo en cuanto a la confiabilidad y validez de los datos y reparos usados.

Se establecieron en base a la aprobación o rechazo a las hipótesis generales y especiales referidas en el acápite 5, consignado constantemente las probables líneas de investigación que se abarcan de estas conclusiones.

CAPITULO II – MARCO TEORICO

II. 1. La Misión del Modelo de Gerenciamiento

La misión que se plantea a través de este modelo en base a estas organizaciones para lograr un gerenciamiento eficaz, es adaptar la estructura interna en un modelo flexible que se sustente en líneas de mando claras y directas basadas en canales de comunicación precisos que puedan ser recepcionados por todos los emisores de la organización. A su vez, lograr que la unidad de negocios de estas obras sociales, tenga el apoyo de una organización creada con el objetivo de gestión de gerenciamiento para salir a competir al mercado con fortalezas bien definidas para posicionarse. Asimismo se intenta lograr que la unidad de negocios prepare planes de mercadotecnia que respalden el plan general de la organización.

Esta misión esta basada en maximizar las capacidades de las organizaciones para reformular la estructura interna.

Esta visión de gerenciamiento estaría respaldada por personas idóneas y profesionales de la salud y de administración y gerenciamiento de empresas con el objetivo de reformular la gestión de estas obras sociales.

Los objetivos son, lograr que la misión sea clara para que sirva de guía a los miembros de las organizaciones de modo que puedan trabajar en forma independiente y también en colectividad con los miembros de las obras sociales para alcanzar las metas globales. Se debe tener en cuenta que para lograr los objetivos, habrá que manejarse dentro de la organización de gerenciamiento con un lenguaje claro y preciso. Si la misión es reformular la estructura interna de las obras sociales en decadencia, se debe desmenuzar los objetivos detallados para que respalden los niveles administrativos.

En relación a la unidad de negocios, los objetivos son definir una cartera de negocios para lograr resultados que signifiquen mayor rentabilidad y ganancia. A su vez, invertir esos recursos en las especialidades mas requeridas por este tipo de organizaciones de salud y disminuir lo costos en especialidades menos utilizadas o débiles.

II.2. Actores del Sistema de Salud en la Argentina

Antes de profundizar en el tema central que aborda esta tesina, es necesario analizar el sistema de salud en Argentina, es decir, presentar sus actores como así también evaluar el escenario actual con sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas partiendo del punto de partida histórico que marca una importante evolución y cambio a través de los años y de la historia económica, social y política del país.

En la Argentina conviven varios subsistemas de salud. Dentro del sector público, se encuentra el hospitalario, financiado en su mayoría por los presupuestos estatales, y el PAMI, que obtiene sus recursos del 5 % de la masa salarial de los trabajadores activos y de las jubilaciones que cobran los beneficiarios. En el sector no estatal, ha crecido la medicina prepaga que atiende a quienes pagan las cuotas por los servicios y, por otro lado, las obras sociales, que reciben aportes y contribuciones calculados sobre la nómina de salarios, y que son, básicamente, de trabajadores incluidos en convenios colectivos de trabajo o de personal jerarquizado. Las primeras de este tipo están en manos de dirigentes sindicales y las segundas tienen fuertes vinculaciones con las empresas de medicina prepaga y las cámaras empresariales. Más recientemente, se agregó una parte de los trabajadores monotributistas.

Las obras sociales, que suman a 290 agentes del seguro de salud aproximadamente, comparten un "mercado" hasta ahora prácticamente cautivo de 11,6 millones de beneficiarios; más de la mitad de ellas tienen menos de 25.000 beneficiarios y solo 27 superan los 100.000 beneficiarios; 12 del total, aproximadamente 270, pueden ser consideradas "modelos", mientras que 23 están equilibradas y sin deudas. Además, 138 deben a prestadores 338 millones con probabilidades de repago; 36 deben 146 millones, con alguna posibilidad de cumplir con sus compromisos y 61 deben 424 millones, que no pueden pagar. Se estima que en el corto plazo tendrán que cerrar 50 obras sociales. Algunas deberán reconvertirse o fusionarse, o realizar consorcios para evitar la intervención y la liquidación. A partir de esta amenaza, la intención de este trabajo es plantear un modelo de gerenciamiento sobre estas obras sociales que, están a punto de desaparecer del mercado. Mas adelante, se evaluarán y se presentarán conceptos que se deberán tener en cuenta para modificar la

estructura de estas Obras Sociales para lograr su reposicionamiento en el mercado.

El gobierno busca que a estas obras sociales se les sumen las empresas de medicina prepaga y que todas ellas compitan entre sí. Incluso, hasta los jubilados y pensionados pueden elegir obra social. Las empresas de medicina prepaga afirman que no están dispuestas a ingresar al sistema de obras sociales porque se pueden ver obligados a tener que dar servicios que para ellas son costosos y recibir ingresos muy inferiores. Si los esfuerzos de las obras sociales se orientan a la eficiencia y a la calidad, el sistema mejorará. En consecuencia, las obras sociales tendrán que potenciar sus fortalezas y tratar de reducir sus debilidades con profesionalismo. Sobre estos aspectos, se basa este trabajo de investigación.

En los últimos años se reformularon diversas políticas, pero no en un sector clave para el bienestar de la sociedad.

II.2.a. Historia de la Prestación del Servicio de Salud en la Argentina

La intención en el siguiente análisis es presentar algunas de las categorías analíticas, que han sido elaboradas por diferentes autores argentinos para dar cuenta de la dinámica evolutiva de los servicios médicos. Por este motivo, se comenzará con una sintética reseña de alguno de los enfoques que han sido aplicados al estudio histórico de la salud. En segundo lugar, se presentará un modelo que distingue cuatro etapas en la historia de los servicios de salud de acuerdo a los cambios en el papel del Estado en cada momento.

II.2.b. Enfoques en el Análisis Histórico de la Salud

Hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país:

- a) la situación de salud de la población
- b) sus políticas de salud
- c) su sistema de salud

a) La situación de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud. Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de

salud. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos.

b) Las políticas de salud constituyen una parte de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud.

Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud.

c) El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población.

La historia de la situación de salud es una historia epidemiológica donde adquieren gran protagonismo las condiciones ambientales y sociales, tales como los procesos de urbanización.

Las políticas de salud en Argentina son de desarrollo reciente. Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En los sistemas de salud sedimentan los esquemas de acción, las respuestas sanitarias, sociales y económicas definidas por las sucesivas políticas de salud.

Tanto en la salud como en todos los campos de actuación, el abordaje sistémico es reactivo a la historización, la perspectiva de los sistemas detenta su propio marco analítico propio de la perspectiva sistémica que tiene más relevancia distinguir funciones, inputs y outputs.

II.2.c. Etapas en la Historia de los Servicios de Salud

Pueden distinguirse cuatro grandes fases en la historia de los servicios de salud. A continuación hacemos referencia a las mismas para poder entender mejor nuestra realidad y nuestro presente::

1. La primera etapa del desarrollo de los servicios de salud se caracterizó por leyes que casi nunca fueron cumplidas con relación a la jornada laboral, a los accidentes y al trabajo femenino e infantil.
2. El inicio del proceso de industrialización inaugura la etapa de crecimiento "hacia fuera". En esta etapa las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social.

3. La etapa siguiente del desarrollo del capitalismo industrial da lugar a dos grandes tendencias: la privatización y la incorporación de tecnología.

4. Finalmente, la crisis económica reciente del capitalismo mundial redefine tanto los patrones de acumulación como los modelos de producción y la división internacional del trabajo, configurando grandes bloques. En los países desarrollados cuya producción es liderada por los sectores productivos, se abandona el modelo.

Este esquema permite describir la evolución del sector salud en la Argentina. De acuerdo con él podrían identificarse básicamente cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. En conclusión, las etapas o fases de la evolución del sector salud argentino son:

1. La policía médica
2. El Estado de Bienestar
3. El Modelo desarrollista
4. El Modelo Neoliberal

1. La policía médica

Durante una extensa primer fase del desarrollo del sector salud la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada que presionaba sobre las estructuras de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias.

El prestigio médico fundamentaba una asimetría de poder entre médico y paciente que justificaba decisiones unilaterales del primero sobre el segundo.

Para el Estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por "aislar a los enfermos" que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental. La figura del sanitarista es anterior a la del médico.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta “policía médica” constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Hacia fines del siglo pasado, esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma. En conclusión, para el Estado liberal la salud no formaba parte de la “cosa pública”.

En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de “policía médica” ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno. A esta modalidad particular de relación Estado - ciudadano los analistas han denominado “ciudadanía invertida” porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos sino una “dádiva” otorgada a los excluidos, los no ciudadanos.

2. El Estado de Bienestar y la salud

El surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, tales como guerras, epidemias y grandes catástrofes, unido a las expansión de demandas sociales impulsaron una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud.

Se han identificado dos grandes trayectorias históricas en el desarrollo de los servicios de salud. Por un lado la trayectoria liberal de los Estados Unidos de Norteamérica que deriva en la consolidación de un fuerte mercado de seguros privados. Por otro lado, el modelo del seguro social bismarckiano.

2.1. Surgimiento del seguro social

Estados Unidos de Norteamérica ha persistido en esa definición de los cuidados de salud como un problema privado. Sólo a partir de los efectos sociales de la crisis de 1929, el país comenzó a avanzar hacia la incorporación

de esquemas de protección social en general y de salud, en particular. El modelo existente de seguros sociales recién se institucionaliza en Estados Unidos en 1935. Fue necesario atravesar otra catástrofe, como la derrota de Vietnam, para que surjan los programas de salud dentro de la estructura del seguro social. Así se pasó de programas de asistencia para pobres, ancianos y ex combatientes a la institucionalización del Medicare -seguro de salud para ancianos- y del Medicaid -seguros de salud para carenciados.

En Europa, comienzan a surgir mecanismos administrativos y financieros de concesión de beneficios tales como pensiones, seguros por accidente de trabajo, atención de la salud del trabajador y su familia, guarderías, auxilio por natalidad, peculio, etc... Los mismos se expanden tanto por iniciativa de los propios trabajadores –de forma autónoma a la que se denominó mutualismo- como de forma conjunta con las empresas y el Estado –esquema tripartito-.

El modelo del seguro social expresa un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Desde una perspectiva histórica la modalidad del seguro social se corresponde con las formas clásicas de asociación sindical y mutual. Es entonces cuando comienzan a surgir efectivamente nuevos sindicatos y corporaciones profesionales.

Los gremios y sindicatos se hicieron cargo de la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado y el mercado. Pero lo que transforma este modelo de atención y protección de la salud en un sistema es el pasaje del seguro individual al seguro social.

Es decir, la proclamación legal de la obligatoriedad del seguro. El seguro gremial evoluciona hasta la intervención del Estado. Es entonces cuando el gobierno incorpora las funciones de regulación del mercado de trabajo, con una leve regulación de las empresas y adquiere responsabilidad en el financiamiento de las acciones.

2.2 El Estado de Bienestar

A medida que el mercado de trabajo formal crecía el seguro social como esquema de protección se expandía y redefinía.

Las guerras en Europa ocasionaron una transformación en el comportamiento de las personas y afectaron el funcionamiento de los esquemas de protección social.

Cuando una ciudad era bombardeada no existía forma de distinguir entre los heridos aquellos que contaban con protección social de los que la tenían. Esta situación originó formas de solidaridad diferentes a las tradicionales que impulsaron a los esquemas de protección asistencialista y del seguro social. Se formula entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos. Esta forma de organización de los sistemas de salud se tornó hegemónica en Europa a partir de los años cincuenta. Desde el punto de vista de la financiación la universalización de la protección de la salud que surge en la postguerra se apoya en cierta facilidad para lograr solventar a esa porción minoritaria de la población que no contaba con ninguna forma de protección social. Financiar esa nueva obligación del Estado a través de recursos fiscales obtenidos vía impuestos y contribuciones laborales no resultaba muy difícil en países que pasaban por una fase de franca recuperación económica. Estos son los principales motivos por los cuales surge el modelo universalista o de la seguridad social.

Sus características son:

- Tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos.
- Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema.

En su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

2.3. El Estado de Compromiso

En Argentina esta dinámica no sigue exactamente los mismos padrones que en Europa. Luego de la crisis del '29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza entonces la expansión de los servicios de salud asociada a la ampliación de los derechos del ciudadano. Hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del

Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

En el ámbito de la salud, la década del 40 es escenario de dos nacimientos: el del Estado “responsable-garante” del derecho a la salud, y el de las organizaciones sindicales, estatales y para-estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales. Es decir, por un lado, la década del cuarenta registra la expansión de los derechos sociales en general y de una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud.

Como evidencia a favor de considerar que la Argentina avanzó en la incorporación de un estado de Bienestar se puede argumentar que entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó las camas públicas a más de 130.000, esto significa 7,4 camas cada 1000 habitantes. En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó. En comienzos de los 50 se había erradicado el paludismo que solo cuatro años antes afectaba a trescientos mil argentinos y nuestro país contaba con una de las mayores coberturas del mundo.

Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de sanidad pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente, y para ofrecer servicios a tarifas reducidos a otro 20% de la población en mejor posición económica.

Sin embargo, también se argumenta que la lógica de expansión de los servicios de salud no siguió el modelo igualitario y universal del Estado de Bienestar Europeo. Poco después de la gestión de Ramón Carrillo con sus avances en la implementación de un sistema público de salud, la dirección del sistema comenzó a avanzar en el sentido de un modelo de seguros de salud. En la década del cincuenta se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculados con sistemas solidarios de financiamiento de servicios

de atención médica; con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados.

El surgimiento del sindicalismo como actor reconocido en el interior del sistema político, que se encuentra en la base del “Estado de Compromiso”, no solo representa una de las diferencias más importante con las condiciones vigentes bajo el Estado liberal; constituirá además un dato sustantivo en las formas de organización de los sistemas de salud y atención médica.

La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre las políticas públicas permite la inclusión de modelos técnicos modernos en la gestión del Estado.

De esta manera, el gobierno asume un amplio conjunto de funciones en el área de salud, como la de proveedor de servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, etc.. No obstante, al mismo tiempo, persisten instituciones de salud propias de la Argentina liberal, hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades, etc., de poca vinculación con la política estatal, de carácter clientelista, y de baja racionalidad en su gestión. Aunque la salud como cosa pública aumenta la legislación social referida a salud se restringe a los accidentes de trabajo. En otras palabras, el rol del Estado se redefine en términos globales incluyendo al bienestar de la población como premisa y una amplia convocatoria social. A pesar de ello se consolida un sistema heterogéneo y fragmentado que luego se constituirá en el principal condicionante de la formulación de políticas de salud. La preservación y expansión del seguro de salud asociado a los gremios y con control estatal caracteriza una modalidad particular de expansión de la ciudadanía que ha sido caracterizada como “ciudadanía regulada”.

3. El Estado desarrollista y la salud

Las propuestas de descentralización concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta política impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucra una privatización. Los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención.

4. El Estado Neoliberal y la salud

Este modelo repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial. Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

En conclusión, pueden identificarse en nuestro país cuatro modelos de Estado en relación a las políticas de salud. En el primero, la salud es totalmente subsidiaria. La esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella la salud en su carácter de "cosa pública". Este crecimiento es enteramente mediatizado por un Estado centralista y con un Poder Ejecutivo hiperdesarrollado. Los derechos sociales, y en particular los de salud, se expanden pero el acceso no se plantea de manera universal sino de forma regulada por el Estado. La coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de seguro de salud (obras sociales) incorpora una gran fragmentación del sistema. La modalidad financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo son los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro.

El sistema de salud comienza a ser descentralizado con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias en 1957. Al año siguiente los mismos son devueltos a Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias. La descentralización permanece como resultado de la confluencia de esta premisa. No obstante, la democratización incorpora en la reformulación de los servicios la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud. Esta participación está dando sus primeros pasos y las

pocas experiencias desarrolladas con éxito dificultan la identificación de estrategias apropiadas para todos los contextos. En la formulación de las políticas de salud la participación difícilmente supera el carácter declarativo.

En esta época las políticas de salud están muy fuertemente vinculadas a un arte y una ciencia, que es patrimonio de los médicos. La salud o mejor dicho la enfermedad como concepto general en esa época es totalmente compartido, indiscutido y de responsabilidad médica.

Cuando la evolución social da lugar a una creciente demanda de servicios médicos y de salud colectiva, a la que se suma la exigencia de control por la autoridad de salud sobre otros campos que se relacionan con la producción, el trabajo y la satisfacción social, surge la mayor importancia de las políticas de salud.

En la actualidad el campo de la salud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena. Además adquiere importancia en la industrialización y exportación de bienes (medicamentos, alimentos y equipo médico) ampliando su clásico cometido de atender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad en la población.

La tradición de privilegiar la atención médica genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados. Por otro lado se debilita la función de la fiscalización que es una competencia indelegable del Estado, para el control de: la calidad de los servicios médicos, de la producción de medicamentos y en el control de los riesgos en el campo de la industria de la alimentación y de productos agrícolas por consumo de bienes y servicios.

Todas estas actividades directa o indirectamente constituyen una forma de retorno económico en la contribución del sector salud al desarrollo.

II.2.d. Institucionalización y Morfología de los diferentes Modelos de Provisión de Servicios Médicos en la Argentina

Hasta fines del siglo XIX la atención de la salud de la población en Argentina estaba basada en el hospital público, gratuito y la medicina privada independiente. A partir del siglo XX se produce una dinámica de extensión de servicios con el surgimiento, de esquemas comunitarios o de base social inspirados en una lógica solidaria tales como las mutuales y asociaciones profesionales y asociaciones sindicales. Estas últimas derivan en el modelo de Obra Sociales y se expanden de forma sostenida a tal punto que en la década del 70 más de las tres cuartas partes de los argentinos eran sus beneficiarios. En la década de 1980 surge una nueva conformación de servicios médicos privados, se trata de la medicina prepaga.

Las Obras sociales

Los sindicatos comenzaron a preocuparse por proteger la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado. En Argentina este esquema se expandió de forma sostenida a partir de la crisis del 30 y fue alentado desde el gobierno nacional a partir de 1946. Sin embargo, la adopción del seguro social como estrategia hegemónica de protección de la salud de la población solo se consolida con la caída de Perón.

Las décadas del '60 y '70 fueron las de expansión del sistema de Obras sociales, como resultado de las políticas de pleno empleo, el auge del sindicalismo como expresión política de la clase trabajadora y la vigencia de la Ley 18.610 y las que la complementan. La necesidad de las autoridades de concertar con las organizaciones sindicales les permitió conseguir muchas ventajas, entre ellas una abundante y fluida financiación que se volcó, en alguna medida, en la atención de salud de sus afiliados obteniendo un nivel de servicios bastante satisfactorio.

El mercado actual de obras sociales en la Argentina se clasifica en grandes grupos con alcances de mercado diferentes:

Obras sociales Totales del Sistema Nacional del Seguro de Salud

- 1) Obras sociales para Monotributistas
- 2) Obras sociales para la atención del Personal de Servicio Doméstico
- 3) Obras sociales con Régimen de Adherentes

- 4) Obras sociales para la atención de Jubilados y Pensionados
- 5) Obras sociales de Otra Naturaleza
- 6) Obras sociales Sindicales
- 7) Obras sociales Estatales
- 8) Obras sociales por Convenio
- 9) Obras sociales de Personal de Dirección
- 10) Obras sociales de Administración Mixta
- 11) Asociaciones de Obras sociales (A.D.O.S.)
- 12) Obras sociales Ley 21.476
- 13) Obras sociales de Empresas
- 14) Federaciones
- 15) Mutuales
- 16) Obras sociales Universitarias
- 17) Obras sociales por Adhesión

Mutuales

A finales del siglo XIX comienzan a gestarse las primeras formas de organización comunitaria, copia de organizaciones europeas, como un aporte adicional de la inmigración impulsada como estrategia para el desarrollo por la Generación del '80.

Estas organizaciones conocidas como mutuales o mutualidades son expresión de la solidaridad de grupos sociales afines, en particular por la nacionalidad de origen, impulsados por la necesidad de satisfacer las demandas de atención médica de grupos de población de escasos recursos.

En ellas, por una cuota mensual de ayuda mutua de los asociados voluntarios, en un principio se organiza y administra la demanda de servicios médicos en un principio y se continúa luego con la organización y administración de la oferta.

Con el transcurrir del tiempo estas mutuales se abrieron a otros núcleos de la población, limitando la posibilidad de ingreso a la voluntad de los interesados y a la aceptación por parte de los directivos.

Organizaciones sindicales

La organización sindical de los trabajadores, también importada de Europa, en un principio con el único objetivo de luchar por mejores condiciones

de empleo, evolucionó lenta y desorganizadamente en formas incipientes de organización de la demanda de atención médica.

A principios de la década de 1920 el país ha evolucionado, de la organización económica exportadora basada en la ganadería, a una organización más compleja que incorpora la actividad agrícola, una incipiente industria y el comienzo del desarrollo de las actividades de servicios. Como resultado se consolida una cada vez más amplia "clase media".

La diferencia en cuanto a prestaciones que determinaba la pertenencia a distintas clases sociales, las ideas de igualdad ante la enfermedad y la generalización de las ideas de solidaridad que muestran las organizaciones colectivas mencionadas, instalan en nuestro país la noción de "necesidad de asistencia médica para toda la población" aún cuando no se diseña un plan orgánico para prestarla.

La Medicina Prepaga

Los sanatorios privados ante la capacidad ociosa de sus instalaciones, hacen nacer los "prepagos sanatoriales". En el año 1955 se forma el Centro Médico Pueyrredón, cuya modalidad de atención era únicamente para los pacientes de los médicos de ese centro. Ese mismo año un sanatorio encara decididamente explotar un sistema asistencial comercialmente, para ello desarrolla un producto cerrado, centralizado (brinda toda la cobertura dentro de un solo edificio), el cual se denomina Policlínica Privada. Esta idea, de uno de los fundadores de Policlínica Privada tuvo su origen en los seguros de salud de Estados Unidos, los cuales asumían la responsabilidad, únicamente desde el punto de vista económico.

En el año 1963, se lanza el Sanatorio Metropolitano, con un sistema también cerrado y centralizado pero con una particularidad, ya que únicamente se atendían los abonados al plan del sanatorio. Posteriormente en 1962 nace Asistencia Médica Social Argentina (A.M.S.A.), quién produce un verdadero cambio, ya que implementa un sistema cerrado descentralizado, cuya característica fue ofrecer una cartilla de profesionales que atiende en sus consultorios particulares, y estudios diagnósticos o internación en distintos centros de diagnóstico y tratamiento, como así también en varios sanatorios de Capital y del Gran Buenos Aires. A muy cercana fecha nace Centro Médico del

Sur (CEMES), con la misma particularidad de sistema anterior, pero convirtiéndose en la primera empresa en brindar cobertura en todo el país, inclusive en las Islas Malvinas y también pioneros en cubrir a sus afiliados propios y de otras prepagas en las zonas de veraneo.

Los planes de cobertura en los inicios de la actividad, cubrían principalmente la internación, pero el mercado no sólo exigió la ampliación de ellas sino que como efecto de la competencia fueron incorporándose más y mejores coberturas, al tiempo que exclusiones y tiempos de espera fueron disminuyendo.

En los setenta aparecen las obras sociales de personal de dirección y superior de las empresas, como una segmentación especializada de las Obras sociales. A raíz de esta situación se dificulta la ampliación de las carteras de socios de las entidades de medicina prepaga, las cuales fueron orientándose más a la clase media y media-alta, ya que eran las que adquirieron mayor conciencia, a través de los ejemplos que brindaban las mutualidades y obras sociales, de las ventajas que implicaba este tipo de cobertura.

En los ochenta la situación social cambia radicalmente, a raíz de la disminución del salario de los trabajadores en términos relativos y el incremento continuo de los costos prestacionales se agrava la situación de las obras sociales. Esto genera condiciones propicias para la expansión de las prepagas. Entre 1961 y 1980 ingresan al sector 60 entidades, y brinda cobertura a una importante cantidad de población ya sea porque el asociado ingresó en forma directa al sistema o porque a través de su obra social accede a los servicios de un prepago. Entre 1981 y 1990 ingresan 57 nuevas entidades. Desde entonces y hasta 1992 se mantiene una situación de estabilidad en el número de prepagas, cuando comienzan profundos cambios, mediante liquidaciones, fusiones y absorciones y la llegada de empresas extranjeras a competir en este mercado.

Fuente: Aguad, Alfredo; Paganelli; Palmeyro, Alejandro. Medicina Prepaga. Historia y Futuro

Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga

Las empresas de medicina prepaga son administradoras de fondos de terceros y por lo tanto depositarias de la fe pública. Es evidente que al igual que

ya lo hace con las entidades financieras las compañías de seguro las AFJP y las ART el Estado deberá regular y monitorear las actividades de esas empresas mediante la Superintendencia de Servicios de Salud.

A este efecto se está estudiando el conjunto de normas que en el ámbito de la Ley que tiene media sanción del Congreso Nacional provea el marco regulatorio para la actividad.

Se hace necesario realizar la regulación de las empresas de medicina prepaga no sólo para garantizar a los usuarios del sistema el cumplimiento de las condiciones contractuales sino por la necesidad de calificar a las entidades especialmente ante la posibilidad de participación en un proceso de competencia regulada.

El control sobre estas entidades deberá extenderse a dos aspectos principales: el prestacional verificando el estricto cumplimiento del PMO al que están obligadas de acuerdo a la Ley 24.756 y el económico financiero a partir de un modelo de diagnóstico y evaluación económico financiera que permita conocer con anticipación posibles situaciones de falencia. Se determinarán requisitos patrimoniales reservas técnicas condiciones de liquidez entre otros aspectos y se implementarán procedimientos de crisis y de intervención de estas entidades.

El diagnóstico de situación es claro: cobertura desigual, indefinición del modelo prestacional, crisis del sector privado, fragmentación e ineficiencia en el uso de recursos, escasos recursos asignados a la prevención, desigualdad en el acceso, mortalidad y morbilidad evitables, variabilidad en la calidad y falta de planificación en recursos humanos. Estas características dan un panorama del lamentable estado en que se encuentra el sistema de salud argentino. La Superintendencia de Servicios de Salud debería cumplir su función, pero en lugar de ello se ocupa de controlar un poco a las obras sociales y analizar el gasto.

II.3. Problemática del Sistema de Salud

El sistema de salud en la Argentina tiene serios problemas. Los hospitales públicos tienen serios problemas de financiamiento y gestión. Cada tanto, algunos funcionarios dicen que el sistema público es eficiente pero luego la población se entera por el personal o porque lo vive en carne propia que

no hay gasas, delantales, placas radiográficas o las enfermeras ganan poco. Así, cuando el conflicto no asoma son los mejores hospitales o la mejor salud. Y, por el contrario, cuando algún paro o denuncia emerge, estamos al borde del colapso. Las obras sociales siguen con enormes dificultades, porque los fondos no alcanzan, son ineficientes o porque el problema del trabajo en negro hace que no reciban los aportes. Además, mucha gente con aportes tiene que contratar con la medicina privada porque el servicio de la obra social es insuficiente, lo que duplica el gasto en salud de una parte importante de la población. Y están las empresas de medicina prepaga que tratan de nuclear a toda esa gente descontenta o que busca un nivel de calidad superior, que defiende cada 30 días la necesidad de renovar la confianza porque no tiene clientes cautivos, pero que sin embargo es hostilizada por funcionarios y muchas veces por la sociedad diciendo que aumentan la cuota o lucran con la salud. De todos modos, la medicina prepaga tiene 3 millones de asociados sobre 38 millones de habitantes, o sea que abarca a una pequeña franja de la población.

Hay que reformular el sistema. Necesitamos hospitales públicos eficientes. La Constitución Nacional dice que es una obligación del Estado garantizar la salud de la población. El hospital público debería ser de autogestión, a cargo de la comunidad o sectores privados. La atención seguiría siendo gratuita, con un financiamiento público pero con gestión privada, de manera que los fondos se gasten adecuadamente. Sería de autogestión en el sentido que la Administración tiene que garantizar que el hospital sea eficiente, cumplir con las normas y con el contrato fijado con el Estado, con deberes y castigos. Que se entienda bien. Hospital autogestionado en forma privada, no significa privatizar los hospitales ni cobrar la atención médica. Significa atención gratuita y eficiente donde el Estado pueda sancionar y rectificar el servicio mal dado. Y por supuesto que el sector cumpla, es decir el hospital es para los carenciados. El hospital que atiende a afiliados de obras sociales o prepagas tiene que cobrarles a esas entidades el servicio.

Las obras sociales deben ser fortalecidas. Y para eso deberían tener obligaciones, entre otras la de competir. Hoy compiten a través de los traspasos pero las obras sociales tienen razón cuando se quejan porque esos traspasos se llevan los afiliados de mayores sueldos. Esto significa que habría que abrir el sistema obligatorio de obras sociales a la competencia con la medicina prepaga.

Se podría objetar que en ese caso un sistema desfinanciaría al otro. Pero si se busca la competencia, que haya un sistema de premios y castigos, ese proceso es inevitable.

El mercado competitivo de obras sociales sindicales nació por el año 1997 cuando surge la desregulación de obras sociales, es decir, una persona empleada podía decidir y optar por la obra social que mas beneficios le diera. Así surgió un nuevo mercado con expectativas de posicionamiento para aquellas obras sociales que deseaban alcanzar el liderazgo.

Las organizaciones que se analizan se insertaron en esta posibilidad que ofrecía el mercado a través de sus políticas gubernamentales y abrieron el juego de la competencia con el objetivo de captar la mayor cantidad de beneficiarios activos.

Cabe destacar que algunas organizaciones de este tipo consolidaron sus servicios hacia los beneficiarios, formalizando convenios con empresas de medicina prepagas a través de contratos puente para fidelizar y mejorar sus servicios. A partir de esta estrategia de alianza, comenzaron a diferenciarse las obras sociales que ofrecían sus servicios a través de prestadores médicos de aquellas que solo brindaban sus servicios propios.

Consideremos que la situación política y económica de nuestro país, jugo un rol amenazante para aquellas obras sociales que solo brindaban sus prestaciones medicas propias debido a que los subsidios por parte del gobierno no eran lo suficientemente sólidos para mantener dichas estructuras y por otra parte, crecía la deuda de empleadores con organismos reguladores de los aportes previsionales. Esta situación favoreció aun mas a aquellas obras sociales que tenían su respaldo de servicios terciarizados y fue perjudicando aun mas a aquellas que no se adelantaron a los cambios que imponía el mercado de la salud y las necesidades de los usuarios.

En este trabajo, se analizaran las variables que intervienen en las organizaciones que no han adaptado su modelo al cambio; las estrategias a implementar; la matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) y la estructura interna de estas organizaciones según diferentes autores con el objetivo de demostrar que, para poder competir y seguir subsistiendo en el sistema de salud, habrá que adaptarse a nuevas alternativas, nuevas políticas y nuevas modalidades de gestión a partir de una visión de

gerenciamiento para no desaparecer en el mercado partiendo de un cambio en la mentalidad de sus dirigentes para transmitirlo a sus empleados y a su vez a sus afiliados.

Aunque cada organización busca por distintos caminos llegar a ése resultado final, la cuestión reside en que para una empresa su mejor estrategia debe reflejar que tan bien ha comprendido y actuado en el escenario de las circunstancias que le correspondieron. El autor Porter identificó tres estrategias genéricas que podían usarse individualmente o en conjunto, para crear en el largo plazo esa posición defendible que sobrepasara el desempeño de los competidores en una industria. Estas estrategias son:

1. El liderazgo en costos totales bajos
2. La diferenciación
3. El enfoque

A partir de este modelo de gerenciamiento, el objetivo es aplicar una estrategia por diferenciación ya que prácticamente no existe en el mercado un gerenciamiento para obras sociales que apunte a lograr el posicionamiento en el mercado desde un punto de vista empresarial.

Cabe destacar que estas obras sociales que han decaído con el tiempo por no adaptarse a cambios constantes en el mercado, han convivido con una mentalidad poco progresista de sus cabezas que no han estado atentos a las nuevas señales que imponía el escenario de la salud. Este obstáculo sumado a otros mas, que mas adelante se analizaran, fueron uno de los motivos que han llevado a estos organismos al fracaso.

Por tal motivo, se considera que; diferenciarse implica posicionarse si se cuenta con la colaboración de sus participantes y del cambio a partir de los elementos que juegan en las organizaciones de este tipo como las obras sociales. Un agregado importante que acompaña la diferenciación de este modelo se basa en la calidad total desde la perspectiva de su percepción por el beneficiario que se establece junto con la especialización, personalización y la atención al cliente como elementos clave para el éxito de la organización. Es el marketing, presente ya hoy en muchos mercados pero aun no implementado en la competencia, en las obras sociales que interactúan en nuestro mercado.

El carácter que las organizaciones otorguen al concepto de marketing, el nivel en que se compartan las ideologías, valores, actitudes, normas de

marketing dará origen a la cultura o filosofía de marketing en las organizaciones. No obstante, en la actualidad, la organización gerenciadora que se propone, debe también preocuparse por influenciar el entorno en que opera y no simplemente adaptarse a él. La aplicación de la economía, psicología, política y relaciones públicas con el objetivo de facilitar la operativa con éxito en un mercado determinado, son hoy estrategias habituales en las empresas que se deben tener en cuenta para lograr el éxito.

II.4. Posicionamiento en el Mercado de las Obras Sociales

En los párrafos siguientes, se explicará de que se trata el posicionamiento en el mercado para que el lector entienda en profundidad a que apunta este modelo de organización.

El posicionamiento consiste en ser creativo, original. El enfoque fundamental del posicionamiento no es crear algo nuevo y diferente, sino manipular lo que ya está en la mente; reordenar las conexiones que ya existen.

El posicionamiento comienza en un "producto". Es decir, un artículo, un servicio, una compañía, una institución o incluso una persona. Pero el posicionamiento no se refiere al producto, sino a lo que se hace con la mente de los probables clientes o personas a las que se quiere influir; o sea, cómo se ubica el producto en la mente de éstos. En este trabajo, el objeto de estudio son las Obras Sociales y el fin es persuadir a sus beneficiarios actuales y potenciales para que tengan presente en sus mentes, el servicio diferencial que ofrecen las obras sociales a las cuales pertenecen.

En el mundo de hoy, el único medio para destacar es saber escoger, concentrándose en pocos objetivos, practicando la segmentación; esto es "conquistando posiciones" en el mercado de salud de las Obras sociales.

Lo preferible es ser el primero antes que el mejor, porque todos se acuerdan sin problemas del primero, no del segundo ni el tercero, a pesar de que estos últimos hubiesen superado de alguna forma al primero. Si una empresa quiere tener éxito, debe convencerse de la importancia de ser la primera en penetrar en la mente de las personas.

En definitiva, para triunfar en nuestra sociedad sobrecomunicada, toda empresa debe crearse una posición en la mente del cliente en perspectiva (lo óptimo es ser el primero). Esta posición debe tener en cuenta no sólo sus

fortalezas y debilidades, sino también las de sus competidores. Teniendo en cuenta las debilidades de las Obras Sociales en estudio, se parte de la hipótesis de crear un modelo nuevo en una organización ya creada con el fin de gerenciar para lograr posicionarse en el mercado.

Antes, los ciclos de vida de los productos eran mucho más largos, pero hoy en día cambian continuamente para mantenerse a la par de lo que la sociedad espera. Cada día nacen nuevos productos, nuevas alternativas y otras mueren. A partir de esta premisa, la observación en algunas obras sociales ha arrojado que parte del decaimiento fue consecuencia de no haber aprendido a adaptarse a los cambios que el mercado plantea como dinámica.

El cambio es una constante que, a corto plazo, causa agitación, incertidumbre y desconcierto. Sin embargo, para hacer frente al cambio hace falta pensar a largo plazo: Fijar el rumbo de la organización en los próximos años y apegarse a él.

Uno de los secretos que se plantea en este trabajo es tomar la iniciativa antes que la competencia haya tenido oportunidad de establecerse, y sustentarse en dos principios fundamentales: una posición exclusiva y un amplio atractivo.

Se ha observado que la falta de un financiamiento genuino y sustentable en el tiempo es una de las mayores preocupaciones para los directivos de las obras sociales, entidades que sufren las consecuencias de esta carencia tanto en su ámbito sindical como empresarial. La escasez de recursos se vió agudizada a partir de la devaluación, una situación que virtualmente triplicó los costos del PMO y aumentó en forma considerable los gastos en materia de personal, dos factores que condicionaron con fuerza las finanzas de las instituciones vinculadas a la Seguridad Social a pesar del aumento en la recaudación registrado durante el último año.

Se propone que, para mejorar el financiamiento de las obras sociales hay que crear un nuevo sistema de asignación de recursos que supere la tradicional presupuestación histórica con criterios claros de distribución sectorial de acuerdo a planes y proyectos. Esto se debe realizar porque en la Argentina existe una larga tradición en disociar la cobertura de los recursos existentes.

Para poder establecer un criterio de financiamiento claro, primero es necesario definir en estas organizaciones qué tipo de salud se quiere brindar a la

población y con qué recursos se cuenta. La diferencia entre la salud que se quiere dar y la que se puede dar es la salud real que va a recibir la población es decir los beneficiarios, y éste tiene que ser el parámetro y el de las autoridades para medir las bondades de un modelo u otro.

Es necesario lograr un marco de financiamiento adecuado para las obras sociales porque estas entidades sirven para afianzar la lucha contra las inequidades y la falta de solidaridad. Por eso, se propone que los directivos de estas organizaciones empiecen a pensar en qué servicios se tienen que dar y en cómo se tiene que hacer para lograrlo, porque, de lo contrario, se estarían basando las acciones en una simple teoría económica. La actualidad les ha demostrado que cada vez es más difícil cubrir todos los adelantos científicos y tecnológicos que se dan en materia de salud.

Hay que tener en cuenta que existe sobreoferta tecnológica que iba a ser limitada por el mercado, y eso no fue así, porque proporcionalmente existe tecnología en total discordancia en relación al número de habitantes para la cual fue dispuesta. La tecnología que el mercado presenta es una fortaleza que diferencia a las obras sociales que cuentan con estos elementos en relación a otras.

Uno de los elementos que se consideran en este modelo, es crear un modelo de financiamiento que deje en claro cuánto dinero hay que gastar, de dónde va a provenir el mismo y fundamentalmente cómo se asignan esos recursos, y que permita trabajar en combinación con el modelo de atención que la obra social pueda dar.

Esto se debe lograr considerando que hay escasez de recursos y sin dejar de tener en cuenta las necesidades y no las demandas, algo que esta cambiando desde hace mucho tiempo y que la gente sabe entender.

A partir de la crisis de fines de 2001, en algunas obras sociales se empezó a trabajar con más fuerza en adecuar la oferta a la necesidad. Esto hizo necesario replantear la cartilla de prestadores, que sufrió algunas limitaciones para ser adecuada a la nueva realidad financiera de las entidades. Lamentablemente muchos profesionales quedaron excluidos de la plantilla pero se tuvo en claro que quienes iban a integrarla eran más que suficientes para los servicios que deberían prestar en cada zona. Este cambio generado a partir de la crisis económica, en una primera instancia, fue considerado como una

amenaza dentro de las organizaciones que tuvieron que restringir sus servicios a sus beneficiarios. Pero existieron algunas organizaciones que estratégicamente pudieron transformar esa amenaza en una buena oportunidad de reemplazar cantidad de servicios por profesionales por calidad médica para sus beneficiarios.

II.4.a. El Modelo Gerenciado de Salud. Una nueva propuesta asistencial

Frente al panorama que se plantea en el ámbito de la salud y la problemática planteada en los puntos anteriores, se propone un modelo de gestión que integre a todos los profesionales y centros asistenciales para dar respuesta a las necesidades de atención médica de toda la población entre otros temas.

Es por ello que se sugiere que se desarrolle como esquema de atención un modelo gerenciado de salud (MGS).

Esta visión ha sido diseñada con el objetivo de brindar cobertura en salud a todos los sectores de la población activa que pertenezcan a obras sociales. Involucra, por lo tanto, a personas de altos y bajos ingresos, y colabora con el Estado en las tareas que deben desarrollarse para brindar cobertura a desocupados que también tienen acceso a los servicios de Salud de las organizaciones en estudio. Los beneficiarios desocupados que reciben por ley, la cobertura de alguna de estas Obras Sociales en estudio pueden considerarse beneficiarios potenciales y población objetivo a captar definitivamente cuando regularicen su situación laboral y se reincorporen nuevamente en el sistema laboral y comiencen a percibir aportes y contribuciones. La estrategia estará en brindarles un buen servicio de salud mientras sean beneficiarios desocupados en alguna de estas organizaciones y durante esa etapa, trabajar sobre el posicionamiento del servicio.

Para ello y según lo expuesto en el párrafo anterior, es fundamental considerar el desarrollo de un sistema que, respetando las particularidades de cada segmento social, atienda sus necesidades médicas, evitando que cualquiera de ellos quede excluido por razones económicas.

La realidad deberá demostrar que existe consenso acerca de la necesidad de otorgar a todos los habitantes del país, una cobertura mínima que garantice el

acceso a los sistemas de salud, como también un control que evite los excesos burocráticos.

Para plantear una estrategia adecuada, se necesita facilitar la competencia, ya que ésta conduce a sistemas de salud que realizan un gerenciamiento desde el beneficiario y, de este modo, garantizan una calidad de servicio adecuada. De esta forma se obtienen márgenes razonables de beneficios que deben reinvertirse en nuevos servicios para los asociados.

Además los sectores de menores recursos deben poder elegir la entidad que consideren más eficiente para brindarles acceso a los servicios de salud. Esas entidades deben participar activamente en el mercado. Esto las obligará a mejorar, de modo permanente, la calidad de sus servicios.

Por ello, todo sistema que se plantee una forma de gerenciamiento acorde con las demandas del beneficiario, debe desarrollarse con la necesaria desregulación que contemple a todos los sectores sociales, de modo que el beneficiario pueda elegir y, por lo tanto, no permanecer confinado en servicios de baja calidad.

En este modelo propuesto podrán actuar las organizaciones no lucrativas y las empresas comerciales de medicina prepaga que tengan intereses de crecimiento a través de nuevos mercados como el que ofrecen las obras Sociales. La estrategia de alianza puede llegar a resultar beneficiosa para ambos actores que logran expandirse a nuevos nichos y así mejorar su calidad de servicio y su rentabilidad.

Claro está que el Estado, como en las demás actividades, deberá actuar como garante de las reglas de juego que puedan surgir de nuevas alianzas estratégicas.

Estas alianzas bien implementadas otorgarán así un servicio calificado a los sectores de la población activa, a través de distintos circuitos de competencia.

Esta visión gerenciada en salud sólo puede prosperar a partir de una concepción compartida por empresarios de la medicina privada, hombres de negocios, médicos acreditados, trabajadores de la salud y personalidades del ámbito humanístico.

Las alianzas basadas en convicciones compartidas posibilitan un sistema de salud que sustente la labor conjunta de sus actores. Y a su vez, las alianzas

entre organismos y/o empresas de medicina prepaga posibilitan brindar servicios al usuario con mejor calidad de servicio y profesionalismo.

Además, este modelo permitirá afianzar el funcionamiento de las instituciones, preservando el derecho de los ciudadanos a decidir en libertad la forma de proteger sus intereses y los de su grupo familiar.

II.5. Organismos Competentes y Legislación vigente para Obras sociales

Para implementar un modelo de gerenciamiento a través del posicionamiento y estrategias de alianzas entre Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga, es de vital importancia considerar que organismos son competentes y que legislación esta vigente. Estas variables, consideradas externas, se deberán tener presentes en el futuro para evitar desactualizaciones y falta de adaptabilidad a los cambios externos. En este ítem se presentará a los organismos públicos dependientes del Ministerio de Salud que actúan en el escenario del sistema de salud regulando permanentemente la actividad de las obras sociales. Estos organismos controlan, legislan a las obras sociales en forma directa.

Asimismo no hay que dejar de considerar otras variables externas que pueden generar cambios repentinos en estas organizaciones. Los aspectos políticos, económicos, culturales que marcan a través de sus leyes, decretos y tendencias respectivamente, el rumbo que deben adoptar las Obras Sociales para no quedar excluidas del mercado de la salud.

Epidemias, endemias, enfermedades; son también consideradas variables externas que pueden afectar directamente sobre la gestión de las obras sociales en el caso de que existan o aparezcan y estas no esten preparadas para afrontar la problemática que se presente.

Por consiguiente, se debe estar atento a las variables externas, a las señales que pueden modificar la situación actual de las organizaciones en estudio.

II. 5. a. SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

La Superintendencia de Servicios de Salud es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Su misión es supervisar, fiscalizar y controlar a las Obras sociales y a otros agentes del

Sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación.

Los objetivos de la Superintendencia de Servicios de Salud son:

- Dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud. Asegurar y controlar la Opción de Cambio de Obra Social de los beneficiarios de Sistema.
- Controlar el funcionamiento de las Obras sociales y de otros Agentes del Seguro de Salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales que se incluyan. Controlar el funcionamiento correcto del mecanismo de débito automático desde la recaudación de las Obras sociales hacia los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
- Aprobar el ingreso de las entidades al Sistema.
- Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los beneficiarios del Sistema.
- Aprobar el Programa de Prestaciones Médico Asistenciales de los Agentes y controlar el Presupuesto de gastos y recursos para su ejecución.

El marco regulatorio de las obras sociales lo rige la Ley 23660/61 que determina la desregulación de obras sociales nacionales.

La Superintendencia de Servicios de Salud se encuentra abocada a la reglamentación del Decreto 442 que entro en vigencia en Enero del 2001. Dicha reglamentación contempla entre otras cosas la cápita mínima que el sistema asegura por beneficiario; un sistema de reaseguro para las prácticas de baja prevalencia y alto costo; normas claras para evitar posibles prácticas de selección adversa o "descreme" por parte de los agentes así como para el control de los subsidios cruzados en general por la atención en el sector público de personas aseguradas en otros sistemas sin la necesaria compensación económica.

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

II.5. b. Programa Médico Obligatorio- PMO

El Programa Médico Obligatorio es un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben blindar las Obras sociales Nacionales y está en vigencia desde la publicación de la Resolución del Ministerio de Salud N° 202/02 que dicta el Programa Médico Obligatorio de Emergencia a partir de la crisis económica de diciembre de 2000 (PMO).

El análisis del actual PMO revela que reproduce el modelo prestacional vigente con un fuerte acento en los procesos curativos de mediana y alta complejidad. Asimismo carece de un desarrollo suficiente de acciones de prevención y promoción y de pautas para la acción en el primer nivel de atención.

Esta situación convierte al PMO en un poderoso instrumento de políticas de salud con un carácter de "único" ' y como parte de un nuevo proyecto de salud más equitativo.

Antecedentes

Hasta la fecha ha habido tres versiones de este Programa Médico Obligatorio. La primera, que fue en el año 1996, muy simple, resultó perfeccionada por la versión del año 2000, la cual se configuró como un PMO ordenado y detallado, en el cual se le asignaba una gran importancia a la denominada Atención Médica Primaria (asistencia médica y odontológica básica, de baja y media complejidad, con médicos clínicos, pediatras y ginecólogo, que resuelven el 80 % de los problemas habituales de salud) y a los Programas de Prevención (en realidad de diagnóstico precoz) en los tumores femeninos (de mama y cuello de útero), al Programa Materno Infantil, al Programa de Prevención en la Persona Sana, y Prevención Odontológica en los niños. La tercera versión del PMO (que con modificaciones es la que actualmente se encuentra vigente) se implanta en 2002, y resulta en una discreta disminución de algunas de las coberturas que contemplaba la versión del año 2000, manteniendo con cierta ambigüedad los programas preventivos.

Como novedad, este PMO (el que por tomar vigencia en medio de la crisis nacional de ese entonces, y por dictarse en el marco de la Ley de Emergencia Sanitaria, se lo denominó Programa Médico Obligatorio de Emergencia o PMO) incorpora un listado de medicamentos de cobertura obligatoria (algo más de 200)

bajo la forma de monodrogas o en pocas asociaciones reconocidas, a prescribir por denominación común o denominación genérica. Esta limitación a la cobertura (se entiende que aquel medicamento no incluido en dicho listado no se encuentra cubierto por las obras sociales) que deja sin financiar una infinidad de fármacos, muchos de ellos con escaso o nulo valor terapéutico demostrado pero de alto nivel de consumo como efecto de la propaganda, contribuyó eficazmente a contener el gasto en medicamentos en el sistema, el que bajó desde una media de \$5 por persona y por mes a menos de \$1.

Actualidad - Legislación

Con posterioridad, el Ministerio de Salud de la Nación emitió la Resolución complementaria 310/04 que aumenta aproximadamente en 50% el número de medicamentos cubiertos, establece la cobertura del 70% para una serie de fármacos (siempre como monodrogas) de utilización en enfermedades frecuentes, como la hipertensión arterial, artritis, etc., con lo cual, los niveles de bonificación del PMO quedaron en: un grupo de medicamentos con el 40 % de bonificación; otros con el 70 %; y otros sin cargo para el afiliado (para la diabetes tipo I, cánceres, SIDA, y otras enfermedades cuyo tratamiento es costoso).

El PMO dispone una cantidad de prácticas y servicios que aseguran la cobertura de más del 90 % de las enfermedades conocidas. Desde este punto de vista llena un vacío en las obras sociales y contribuye a disminuir las arbitrariedades de las pre-pagas. Por otro lado su costo (mas allá del problema metodológico que significa calcularlo) ha mostrado que puede ser mayor que el financiamiento de las coberturas de ciertas obras sociales.

En resumen, el PMO detalla los mínimos de cobertura en atención médica, odontológica, bioquímica, farmacéutica ambulatoria, prótesis, ortesis, y otros servicios, en forma individual o en programas, que un sector de la seguridad social de Argentina y todas las empresas de medicina pre-paga, deben ofrecer obligatoriamente a sus asociados, independientemente del "plan" al cual estos estén suscriptos

Fuente: Boletín informativo OSUNER - Agosto de 2004

II.5. c. Administración de Programas Especiales - APE

LA APE es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud, con personería jurídica propia y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

Objetivos de su creación

Implementar y administrar recursos afectados al apoyo financiero de las prestaciones y patologías de altos costos y baja incidencia y las patologías crónicas de cobertura prolongada relativas a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del Seguro de Salud.

Fuente de Recursos

La APE desarrolla su gestión mediante los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, el cual se integra con el 10% o el 15% de los aportes y contribuciones que reciben las OO SS sindicales y con el 15% o el 20% de los aportes y contribuciones que reciben las OO SS del personal de Dirección y las Asociaciones Profesionales de Empresarios. La variación en el porcentaje en menor o mayor se establece según se supere o no el tope de la remuneración bruta mensual de Pesos UN MIL.

Fondo Solidario de Redistribución

Son fondos administrados por la Superintendencia de Servicios de Salud que se integran con recursos provenientes de los aportes y contribuciones a las Obras sociales, de los cuales una parte es transferida para su administración a esta Administración de Programas Especiales.

Objetivos de Gestión

- Asignar los recursos exclusivamente hacia la atención de los beneficiarios de las obras sociales.
- Normatización del otorgamiento de subsidios para urgencias con riesgo de muerte de los beneficiarios de Agentes del Seguro que no estén en condiciones de financiarlas. Creación de normas para otorgamiento de subsidios por implante coclear. Creación del Programa de Identificación de factores de riesgo y prevención primaria de enfermedades

cardiovasculares. Creación del Programa de Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia Cobertura de prestaciones medicos asistenciales. Creación de nuevas normas de presentación y cobertura de aquellas solicitudes para tratamiento de pacientes con VIH Creación del Programa de Salud Renal. Regulación de presentaciones para beneficiarios monotributistas.

- Estandarizar las condiciones de otorgamiento de los subsidios por prestaciones médicas
- Desarrollar actividades de capacitación para optimizar la gestión

Antecedentes

El Poder Ejecutivo dispuso en 1996, a través del Decreto N° 1615/96, la transformación de los organismos oficiales de coordinación y conducción del Sistema de Obras sociales. De tal forma se fusionaron el Instituto Nacional de Obras sociales, la Dirección Nacional de Obras sociales y la Administración Nacional del Seguro de Salud, dando lugar a la Superintendencia de Servicios de Salud, como ente controlador y regulador.

El Decreto 53/98-PEN- subraya la necesidad de desplazar del sistema central de administración a la Dirección de Programas Especiales, para permitirle un funcionamiento más eficaz, creándose de esta forma la Administración de Programas Especiales como un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional dentro de la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social- Secretaria de Política y Regulación de Salud- Subsecretaria de Regulación y Fiscalización, con personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

Su principal objetivo es la implementación y la administración de los recursos afectados al apoyo financiero de los agentes de salud y a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del Sistema, conforme a la Ley 23.661.

Fundamentalmente la función de la mencionada Administración consiste en realizar una compensación económica dentro del sistema, con aportes provenientes de sus mismos integrantes, que atienda tanto a patologías de alto impacto económico como aquellas crónicas que demandan una cobertura muy prolongada en el tiempo, aún cuando su costo unitario no necesariamente sea

muy elevado, siendo cualquiera de estas situaciones de urgente y continua resolución.

Fuente: www.apedigital.gov.ar

II.6. Análisis y Desarrollo de la Estructura Interna de las Obras Sociales

Para elaborar un análisis de la estructura interna de la organización, se debe tener en cuenta algunos aspectos interesantes. En primer lugar, una de las premisas a tener en cuenta es ver y pensar en la organización en términos globales para actuar en términos locales. Convengamos que estas organizaciones en particular poseen una demanda muy baja. El primer problema que se encuentra, si se consideran las variables externas de las organizaciones que integran el sistema de salud como las obras sociales, es que conservar el nivel de demanda ante las preferencias cambiantes de los consumidores, se convierte en una gestión problemática por los siguientes motivos:

- Generar cambios para atraer y/o conservar la demanda y satisfacer las necesidades de los consumidores implica un cambio interno en la organización. Esto requiere pensar con una mentalidad abierta para generar una eficaz gestión de calidad en los servicios que se brindan. Los consumidores de la actualidad requieren y exigen mayores servicios de salud acompañados de calidad. Por otro lado, apuntan a servicios diferenciados y secundarios además de lo que le pueda ofrecer la organización como cobertura médica.
- El mercado de las Obras sociales en la Argentina debido a la cambiante situación económica y a la crisis laboral, ha mostrado cambios repentinos en estos últimos años. En su mayoría este tipo de organizaciones brindan servicios médicos terciarizados a través de prestigiosas empresas de medicina prepaga. Estas obras sociales con pocos recursos no mantienen ese perfil de organización y por este motivo no logran posicionarse en el mercado de las obras sociales como líderes.
- Los consumidores antes de optar por una cobertura social, se informan para evaluar cual organización le presenta el valor agregado que la diferencia en servicios complementarios. Para maximizar el consumo, la labor consiste en aumentar al máximo la variedad de servicios complementarios y a su vez, las opciones de los consumidores. Esto implica, maximizar la calidad de los

servicios. Esto no solo entraña la calidad en si sino también la calidad del ambiente físico de la organización y la cultura de la misma. Es decir, generar cambios en las personas que intervienen en la organización es un proceso que tiene diferentes significados para los participantes de la estructura.

El enfoque de este trabajo se centraliza en el análisis de la estructura interna evaluando los conflictos y las amenazas que podrían generar posibles soluciones a nuevas estructuras de organización. Pero para elaborar el desarrollo de la estructura interna, se deben citar algunos conceptos interesantes a tener en cuenta que influyen en la organización.

II.7. Cambios Organizacionales

Muchas veces las personas no se comprometen con el cambio porque no saben lo que va a pasar. Por no saber como actuar. A razón de que lo nuevo no es algo definido, por lo tanto una forma de defenderse de lo desconocido es agarrándose de lo conocido y, consecuentemente negando lo nuevo. Un proceso de cambio ocurre de forma muy eficiente si todos están comprometidos con él. En tanto para que las personas se comprometan, estas no pueden ser atropelladas por el proceso, como si fueran algo ajeno al mismo. En la verdad, el cambio ocurre a través de las personas. Y para que se considere a las personas como parte del proceso de cambio es necesario conocer sus valores, sus creencias, sus comportamientos.

El término de gerencia de cambio constituye uno de los aspectos más relevantes del proceso de globalización de la gestión de negocios de estas obras sociales, toda vez que tanto el gerente como la organización comienzan a enfrentar complejas situaciones de cambio en su entorno que no deben ser atendidas de manera dispersa, sino que requieren de una plataforma mínima que asegure con éxito el cambio en la organización.

Sin embargo, acometer un proceso de gerencia del cambio no es tan fácil como pudiera pensarse en un primer momento debido a la gran cantidad de elementos que involucra; además de que para ello se debe estar completamente seguros de que la organización pueda absorber los cambios y, muy particularmente, que sus recursos humanos comprendan su importancia y se comprometan de hecho en su desempeño, teniendo presente que el mismo es un proceso continuo que hay que tratarlo como tal y no como algo transitorio.

Se quiere dejar claro que como idea central se debe considerar que para tratar cualquier proceso de cambio en estas organizaciones es necesario manejar muy integradamente aspectos técnicos y aspectos humanos, ya que sin capacidad para tratar los aspectos humanos el proceso de aceptación del cambio y la adopción de los aspectos técnicos propiamente del cambio o el objeto principal del cambio organizacional, en función, resultan mucho más dificultoso y hasta pueden tener una gran probabilidad de fracaso.

Algunos autores definen el cambio organizacional: la capacidad de adaptación de las organizaciones a las diferentes transformaciones que sufra el medio ambiente interno o externo, mediante el aprendizaje.

Los cambios se originan por la interacción de fuerzas, estas se clasifican en:

- Internas: son aquellas que provienen de dentro de la organización, surgen del análisis del comportamiento organizacional y se presentan como alternativas de solución, representando condiciones de equilibrio, creando la necesidad de cambio de orden estructural; es ejemplo de ellas las adecuaciones tecnológicas, cambio de estrategias metodológicas, cambios de directivas, etc.
- Externas: son aquellas que provienen de afuera de la organización, creando la necesidad de cambios de orden interno, son muestras de esta fuerza: Los decretos gubernamentales, las normas de calidad, limitaciones en el ambiente tanto físico como económico.

Plantear el trabajo de campo desde el cambio de mentalidad para saber adaptarse a las fluctuaciones del mercado, es una de las principales y mas difíciles tareas que competen a este modelo aunque no imposibles. Cada profesional desde su área y su rol dentro de la organización deberá pensar en términos de calidad de servicio teniendo en cuenta que calidad no implica mayor esfuerzo sino mayor resultado de fidelidad por parte de los beneficiarios.

II.8. Estrategias Funcionales

En este modelo de gerenciamiento, cada área o departamento trata con públicos diferentes de las obras sociales que aceptan este modelo. Una estrategia funcional interna es lograr comunicación e interrelación entre los

diferentes sectores de la organización. Por ejemplo, el área de AUDITORIA MEDICA trata con beneficiarios que acuden por problemas de salud a solicitar medicación o material de cirugía, el área contable trata con los proveedores o prestadores médicos.

Por lo tanto, cada área de la organización tiene una posición diferente respecto de los públicos y actividades que desarrollan. El objetivo es que todas las áreas se entremezclen para lograr los objetivos de la organización, es decir, lograr profesionalismo y calidad de atención. Pero en la realidad, los diferentes departamentos que actúan fuera de la gestión de gerenciamiento por parte de terceros, están plagados de relaciones conflictivas y malos entendidos. El problema se presenta porque cada área adopta la tarea específica que se le encomienda y transmite al resto de las áreas su filosofía y subcultura organizacional que, muchas veces, difiere de las subculturas creadas por otros sectores. Para ello, el planteo apunta a crear una mentalidad de brindar SERVICIOS DE SALUD a todos los integrantes de la organización de gerenciamiento, tratando de generar la responsabilidad que demanda brindar COBERTURA EN SALUD.

II.8.a. Mentalidad Estratégica

La mentalidad de los gerentes y/o profesionales que participen de este modelo de gerenciamiento deben unirse en una sola filosofía que sea transmitida por los directivos como una forma de incentivo para el crecimiento. El propósito es lograr mentalidades creativas y estratégicas que se centren en el futuro para percibir las tendencias que harán un futuro distinto al pasado, que estas mentalidades subsistan por cambios novedosos y desconocidos. Es decir, evitar que el gerente de estas características tenga compromisos emocionales ni intelectuales con el pasado ni con el futuro. Que estos gerentes estratégicos tengan la capacidad de descubrir las mentalidades creativas de otros. Y a su vez, que el gerente tenga las habilidades para identificar el menor número de variables en un problema complejo y desconocido, aptitud importante para lograr el éxito. Es importante que las mentalidades de estas características toleren el fracaso y mantener la fortaleza para afrontar nuevas situaciones futuras.

II.8.b. Planificación de Estrategias

Existen muchas empresas que funcionan sin planes formales como el caso de estas obras sociales en decadencia. Los diferentes gerentes argumentan que los planes formales funcionan solo en empresas maduras y no en este tipo de organizaciones. Sin embargo, los planes formales pueden ofrecer muchas ventajas a las obras sociales en cuestión.

Estos planes hacen que los gerentes de estas obras sociales piensen en el futuro para anticiparse y responder con rapidez a los cambios del entorno y a su vez, le permite prepararse para situaciones inesperadas. Como se ha planteado en párrafos anteriores, para lograr el posicionamiento será importante lograr el cambio de mentalidad en directivos que han mantenido la misma política de gestión durante años sin percibir que el medio presentaba cambios cada mas rápidos.

Antes de profundizar en este tema, se entiende convenientemente recordar las variables externas que juegan en las organizaciones que brindan servicios de salud como las obras sociales. Algunas variables ya han sido planteadas en otros párrafos. Estas variables externas, consideradas variables determinadas por aspectos sociales, políticos, económicos, etc; pueden interpretarse como amenazas u oportunidades según el escenario en el que se presente. Es decir, la situación económica y laboral del país si se presenta en un escenario positivo con un grado de crecimiento, puede llegar a interpretarse como una oportunidad para los agentes de salud de atraer beneficiarios que perciban aportes laborales, Por otro lado, si el crecimiento económico incide sobre el nivel de sueldos, implica un crecimiento económico y una mayor rentabilidad y recaudación para los agentes de salud. Para ello, este tipo de organizaciones deberán estar atentas a nuevas turbulencias que puedan presentarse en el mercado laboral y tener la capacidad de discernir las señales débiles de las fuertes para generar nuevas estrategias que permitan posicionarse que, hasta el momento no percibían ni atendían.

Existen otro tipo de variables externas que dependen del crecimiento demográfico y del crecimiento de la población que ingresa al mercado laboral. Estas variables pueden considerarse oportunidades si las Obras Sociales saben captar estos nuevos nichos antes de que los competidores directos de adelanten a captarlos ofreciéndoles mayores beneficios.

También se tiene en cuenta que existen variables internas ligadas con la cultura de la organización, las metas y los objetivos propuestos. Se debe aclarar que las variables internas pueden generar escenarios de incertidumbre y resistencia si no son manejadas con profesionalismo y cautela aquellas variantes que generen amenazas para la organización interna. Es por ello, que se hizo hincapié en la mentalidad estratégica y la flexibilidad con la que los directivos acepten los cambios y los transformen en nuevas oportunidades. Mas aun, si se tiene en cuenta que estas organizaciones presentan características y culturas primitivas sin nuevas adaptaciones a nuevas estrategias que han ido desarrollando los competidores que hoy en día están posicionados en el mercado como líderes.

En conclusión, la planificación estratégica debe establecer el escenario de los planes de las obras sociales, definir con claridad la misión, los objetivos que las sustentan y la coordinación de las estrategias funcionales.

II.8.c. Filtro de Poder

Los filtros de poder siempre están presentes en las organizaciones y la idea es que en este modelo estén perfectamente definidos por cada integrante según el rol que ocupe. El centro de estos filtros de poder que representan la mentalidad histórica de las organizaciones en estudio que produjo el fracaso original de las obras sociales en decadencia han sido motivo de falta de comunicación, falta de mentalidad estratégica y poca apertura a los cambios. Como consecuencia de ello, los directivos han ejercido influencias limitantes con intenciones poco profesionales sobre la planta. Esta característica ha sido otro de los elementos arbitrarios que han aportado resultados negativos a las gestiones que se venían desarrollando y han llevado a las Obras Sociales al fracaso.

A partir de ensayos, se ha observado que los directivos de las Obras Sociales que comparten este modelo de gerenciamiento construyen sus propios modelos de éxito a través de la experiencia, ensayo y error. Pero cuando el ambiente presenta cambios repentinos, la adaptación hacia los mismos es dificultosa aunque no negativa.

II.8.d. Mentalidad Empresarial

Se ha observado en estas organizaciones que las personas que las integran y que no conocen lo suficiente, tienden a demorar el cambio, lo que es percibido como cierta forma de resistencia después de convivir años con una cultura sin modificaciones y políticas sin cambios. Rechazan por completo el nuevo modelo, las nuevas estrategias y la incorporación de nuevas instituciones como resultado de futuras alianzas. Esta ignorancia esta generalmente ocasionada por:

* La falta de comunicación de los directivos de las Obras Sociales sobre el proyecto de cambio. En general, se resiste cualquier tipo de cambio si no se conoce en que consiste, para que se lleve a cabo y cual es su impacto en términos personales.

* La visión demasiado parcializada del cambio. En numerosas ocasiones, se ha observado que las personas que integran estas organizaciones tan particulares juzgan negativamente al cambio exclusivamente por lo que sucede en su ámbito de influencia (su grupo de trabajo, su sector, su gerencia) sin considerar los beneficios globales que obtiene la organización en su conjunto. Si las personas tienen suficiente información sobre el cambio, pueden ofrecer cierta resistencia simplemente porque perciben que no pueden cambiar. Sucede que se sienten condicionadas por la organización, no saben como hacer lo que deben hacer o no tienen las habilidades requeridas por la nueva situación. Esta sensación provoca cierta inmovilidad que es percibida como resistencia a cambiar. Algunos factores que contribuyen a esto son:

- el tipo de cultura organizacional que castiga excesivamente el error
- la falta de capacidad individual, que limita el accionar concreto
- las dificultades para el trabajo en equipo, necesario para revisar todo el esquema de interacciones que propone el cambio
- la percepción de la falta de recursos, ya sea en medios económicos o humanos
- la sensación de que el verdadero cambio no puede producirse. Si las personas conocen lo suficiente sobre el cambio a encarar y se sienten capaces de realizarlo, empieza a tener mucha importancia la verdadera voluntad de cambiar.

En algunos casos, con este modelo de gerenciamiento que se plantea en este trabajo, el cambio despierta sentimientos negativos en las personas que integran estas organizaciones y éstas sencillamente no quieren cambiar; ya que consideran que no les conviene o que las obliga a moverse fuera de su zona de comodidad. Estas reacciones han partido de sentimientos tales como:

- el desacuerdo. Los individuos pueden estar simplemente en desacuerdo en cuanto a las premisas o los razonamientos sobre los que se sustenta el cambio de modelo. En algunos casos basan sus juicios en modelos mentales muy cerrados o tienen dificultades para abandonar hábitos muy arraigados; la incertidumbre. En este marco de referencia, los cambios califican y ofenden. Aparecen las actitudes defensivas; la necesidad de trabajar más. Se percibe que con la implementación de este modelo deben encararse simultáneamente dos frentes distintos: el de continuación de las viejas tareas y el de inicio de las nuevas rutinas.

En casi todos los cambios de gran magnitud aparecen de alguna forma y en alguna medida los sentimientos mencionados, pero también es cierto que también pueden aparecer algunos sentimientos positivos como: el entusiasmo por la posibilidad de un futuro mejor, la liberación de los problemas del viejo orden y las expectativas de crecimiento o consolidación personal.

II.8.e. El Proceso de Cambio desde el Punto de Vista Empresarial

De acuerdo con lo que expresa William Bridges, uno de los autores especializados en cambio, tal como ha sido planteado para el caso de las organizaciones de estudio, a nivel personal, a niveles directivos; el cambio también implica pasar indefectiblemente por tres estados muy importantes según surge de la observación y la respuesta obtenida a partir del cambio.

El primero tiene que ver con la finalización del viejo estado de cosas, el "dejar ir algo", es decir, abandonar ciertos hábitos y costumbres que imponía el viejo modelo de la Obra Social para aceptar nuevas conductas, nuevos personajes, nuevas ideas y políticas .

El segundo es la zona neutral, etapa a la que nos referimos al mencionar el concepto de transición. Es el proceso psicológico por el que las personas deben pasar para encontrarse en sintonía con la nueva situación. Es importante entender que el cambio no sucede sin este proceso.

El tercero es el nuevo inicio, los primeros pasos dentro de la nueva realidad.

Durante la etapa de finalización, los actores del cambio suelen presentar algunos de los siguientes efectos.

Algunos de ellos perciben que pierden y otros que ganan con el cambio. Se considera que en esta etapa del proceso de cambio resulta prioritario trabajar con las siguientes cuestiones:

- Presentar el caso (el porqué) del cambio de modelo con el mayor cuidado y grado de detalle posible a todos los integrantes de la organización. Crear y comunicar una visión, es decir, el modelo que se quiere implementar. Eventualmente es imprescindible remover los obstáculos que dificultan la concreción de la visión.
- Generar sentido de urgencia
- Crear un equipo de dirección fuerte, desde el primer momento. Formar un grupo que sustente el cambio. Incrementar permanentemente el número de personas que se suman para responder por el cambio.
- Comprender la medida de las pérdidas que sienten las personas, de una manera tal que nos permita encontrar formas de compensación. Debe tratarse de mantener un trato lo más personalizado posible.
- Asegurarse de que, en definitiva, todos conozcan los beneficios personales que les deparará el cambio.

Se has notado que algunas personas demuestran cierto grado de angustia y "bloqueos" en la comprensión integral del cambio. Se percibe más el riesgo que la oportunidad. En este sentido, las personas suelen encontrarse en situaciones en las que ni siquiera quieren comprender el cambio. Operan evidentes mecanismos de negación, que hacen necesario:

Lo importante para evitar incertidumbre es dar a la gente información precisa sobre el cambio y su secuencia. En la mayoría de los casos, es necesario redundar en la información y definir claramente lo que ha finalizado, es decir, el modelo de gestión anterior que ha conllevado al fracaso y asegurar que la situación anterior termina definitivamente. Se considera que resulta vital dar señales claras a toda la organización; permitir que la gente guarde su pasado con orgullo y no con culpa, manejar con sumo cuidado la comunicación para evitar bajadas de líneas confusas; fomentar la participación de la mayor cantidad posible de individuos afectados, crear energía en torno del cambio.

A veces lo urgente oculta transitoriamente a lo importante. La tensión se incrementa por la gran cantidad de temas abiertos por resolver. Resulta necesario a partir de la gestión de este modelo en las Obras Sociales:

- Definir objetivos, metas realistas y puntos de control, para priorizar y direccionar las acciones.
- Mantener el performance como objetivo primario del cambio de departamento.
- Establecer un sistema de control que permita hacer un seguimiento continuo del proceso de transición. Crear mecanismo de feedback.
- La etapa de transición es una etapa de dudas y de improductividad.

Por último, la etapa de comienzo del nuevo modelo es cuando se empieza a operar con los nuevos parámetros. En esta etapa suelen suceder algunas de las cosas que siguen a continuación y se han notado claramente.

Si los nuevos conceptos no están totalmente definidos, empiezan a notarse temas ocultos. Aparecen las dudas, las necesidades, el desaliento, cuando se pensaba que el camino llegaba a su fin.

Se considera que es necesario obtener y exhibir éxitos rápidos que motiven a los individuos a seguir adelante, asignar a todo el mundo una función, hacer a todos partícipes del cambio, definir claramente quien está a cargo y de qué, revisar políticas, alcances, funciones, estándares y procesos de las estrategias puntuales planteadas en el punto anterior, se rescata la estructura básica que debe tenerse en cuenta para facilitar los procesos de cambio. La misma parte de la ejecución mantiene seis acciones claves:

- Comunicar la necesidad de cambio
- Obtener una visión compartida
- Generar el compromiso de los líderes
- Facilitar la participación del personal
- Pensar sobre la organización en forma integrada
- Medir el Performance

II. 9. Matriz BCG

La matriz BCG es una de las técnicas de medición más usadas, la cual es identificada como creación de The Boston Consulting Group (BCG): la matriz crecimiento - participación. En los párrafos siguientes, se desarrollará el concepto de esta matriz para ubicar dentro de la misma, al tema que nos une en esta obra.

La matriz crecimiento - participación se basa en dos dimensiones principales:

- El índice de crecimiento de la industria, que indica la tasa de crecimiento anual del mercado de la industria a la que pertenece la empresa.
- La participación relativa en el mercado, que se refiere a la participación en el mercado de la Unidad Estratégica de Negocios con relación a su competidor más importante. Se divide en alta y baja y se expresa en escala logarítmica.

Aparece aquí el concepto de Unidad Estratégica de Negocios (UEN) la cual tiene tres características:

- Es un solo negocio de la empresa o un conjunto de sus negocios relacionados entre sí, al que la empresa puede hacerle planeamiento separadamente del resto de la compañía.
- Tiene sus propios competidores
- La Unidad está a cargo de un gerente responsable de su operación y de sus resultados económicos, a quien la casa-base le asigna objetivos de planeación estratégica y recursos apropiados.

La matriz BCG crecimiento-participación busca establecer dos aspectos:

- La posición competitiva de la Unidad Estratégica de Negocios dentro de mercado.
- El flujo neto de efectivo necesario para operar la UEN.



Estrellas

- Alta participación relativa en el mercado
- Mercado de alto crecimiento
- Consumidoras de grandes cantidades de efectivo para financiar el crecimiento
- Utilidades significativas

Signos de Interrogación (llamados también Gatos Salvajes o Niños Problema)

- Baja participación en el mercado
- Mercados creciendo rápidamente
- Demandan grandes cantidades de efectivo para financiar su crecimiento
- Generadores débiles de efectivo
- La empresa debe evaluar si sigue invirtiendo en éste negocio

Vacas Lecheras

- Alta participación en el mercado
- Mercados de crecimiento lento
- Generan más efectivo del que necesitan para su crecimiento en el mercado
- Pueden usarse para crear o desarrollar otros negocios
- Márgenes de utilidad altos

Perros

- Baja participación en el mercado
- Mercados de crecimiento lento
- Pueden generar pocas utilidades o a veces pérdidas

Ubicadas la UEN's dentro de la matriz crecimiento-participación, el siguiente paso que da la empresa es estructurar sus negocios, sostenerlos, ordeñarlos o eliminarlos. El análisis de las UEN's no debe hacerse en forma estática. El escenario debe ser dinámico para ver donde estaban las UEN's en el pasado, donde están ahora y donde se prevé que estén en el futuro. Las UEN's con futuro tienen un ciclo de vida: comienzan siendo signos de interrogación, pasan luego a ser estrellas, se convierten después en vacas lecheras y al final de su vida se vuelven perros.

La matriz crecimiento-participación fundamentalmente es una herramienta útil de diagnóstico para establecer la posición competitiva de un negocio, pero es a partir de allí cuando la empresa entra en otra fase y con otros sistemas de análisis para determinar la estrategia que deben seguir sus UEN's.

La unidad de negocios del modelo de gerenciamiento para Obras Sociales que, por no saber adaptarse a cambios del mercado han tendido a la desaparición y a partir de este modelo se intenta revertir la situación para lograr el posicionamiento, han sido analizadas mediante la presente matriz y surge del análisis que estas Obras Sociales pueden ubicarse en el cuadrante Estrella debido a que es un negocio de gran crecimiento en la actualidad y gran participación si se considera que existen aun Obras Sociales en el mercado que están desapareciendo y pueden ser reposicionadas a través de este modelo que abarca e integra nuevas estrategias acompañadas de un cambio de mentalidad de la organización. A su vez se debe considerar que se requiere de una fuerte inversión para financiar el veloz crecimiento si se tiene en cuenta que la UEN-UNIDAD ESTRATEGICA DE NEGOCIOS de las organizaciones en estudio, a partir de un nuevo modelo, brinda servicios de salud en todas sus especialidades. La cambiante tecnología y el avance de la misma generan frecuentemente actualizaciones, capacitaciones y fuertes inversiones en nuevos aparatos.

Fuente: Porter, Michael. Estrategia Competitiva

II.10. Matriz FODA de las Obras sociales

FODA: FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS

Esta técnica de medición utilizada en el presente trabajo consiste en evaluar las Fortalezas y Debilidades que están relacionadas con el ambiente interno (recursos humanos, técnicos, financieros, tecnológicos, etcétera) y Oportunidades y Amenazas que se refieren al entorno externo (Microambiente: proveedores, competidores, los canales de distribución, los consumidores) (Macroambiente: economía, ecología, demografía, etcétera) de la organización.

La importancia en la realización de este análisis, consiste en poder determinar de forma objetiva, en que aspectos la organización tiene ventajas respecto de su competencia y en que aspectos necesita mejorar para poder ser competitiva. En el siguiente grafico de la matriz FODA, se presenta la evaluación realizada a las organizaciones en estudio. Se evaluaron las variables internas de la organización y las variables externas que interactúan en el medio ambiente constantemente y se deberán considerar en el momento de elaborar estrategias, generar cambios, implementar políticas de gestión, etcétera.

<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia en el mercado de la Salud en brindar servicios médicos • Jurisdicción a nivel nacional de las obras sociales • Delegaciones establecidas en diferentes puntos del país • Importante padrón de beneficiarios de origen que no han desregulado 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Captar nuevos segmentos de mercados de la competencia. Futuros beneficiarios que buscan servicios diferenciales y seguridad en su cobertura de salud • Captar beneficiarios de obras sociales que están desapareciendo del mercado por falta de recursos • Captación de monotributistas a partir de la nueva ley vigente • Capitación de adherentes
<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura bajo una sola línea de mando • No se delega el poder de decisión en profesionales o empleados capacitados • Las líneas de comunicación no son directas y claras • No se implementan estrategias competitivas • No se han actualizado en tecnología 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica y laboral en el país • Baja en el índice de personas laboralmente activas y disminución de los aportes y contribuciones que ingresan a las Obras sociales • Cambios en la legislación: descentralización, cambios en el PMO, desregulación de empresas de medicina prepaga

Fuente: Hermida, Jorge; Serra, Roberto; Kastika, Eduardo. Administración & Estrategia

II.11. Marco Jurídico

Para poder profundizar en el tema central de este estudio y evaluar sus aspectos y características operativas y de gestión, es necesario desarrollar en este ítem, el marco jurídico mediante el cual este modelo de gerenciamiento puede interactuar en el mercado en base a una norma jurídica que lo avale.

El planteo es trabajar este modelo bajo la figura del fideicomiso para darle un sustento jurídico. En los párrafos siguientes, se explicará los antecedentes de esta figura, sus alcances y sus aspectos.

El fideicomiso (fiducia significa "fe, confianza", etc.) es una figura jurídica que permite aislar bienes, flujos de fondos, negocios, derechos, etc. en un patrimonio independiente y separado con diferentes finalidades. Existe fideicomiso cuando en un contrato una persona le transmite la propiedad de determinados bienes a otra, en donde esta última la ejerce en beneficio de quien se designe en el contrato, hasta que se cumpla un plazo o condición. En esencia, la utilización de la figura "fideicomiso" permite al inversor invertir su capital en un negocio que será manejado por un experto que actúa con la prudencia y diligencia del buen hombre de negocios. Se propone como instrumento jurídico. La figura del fideicomiso puede ser utilizada para múltiples objetivos. Teniendo en cuenta la ausencia de sistema financiero y la imposibilidad de las empresas de conseguir financiamiento formal e informal, se presenta oportuno evaluar al fideicomiso como un mecanismo que permita formalizar los negocios existentes y ampliarlo a inversores que antes no participaban.

Marco impositivo:

En general, a los fideicomisos les son aplicables los diversos impuestos (ganancias, IVA, ingresos brutos, etc.).

Marco administrativo:

Los fideicomisos comunes son contratos privados que no requieren la intervención de instituciones específicas.

Caracteres

El contrato de fideicomiso es:

- Consensual, ya que produce efectos desde que las partes manifiestan recíprocamente su consentimiento, resultando la entrega de los bienes en propiedad un acto de ejecución del convenio.
- Bilateral, pues genera obligaciones recíprocas para fideicomitente (debe entregar la cosa y la remuneración del encargo) y fiduciario (debe administrar la cosa de acuerdo con las disposiciones de la convención).
- Oneroso, ya que el beneficio que procura a una de las partes sólo le es concedido por una prestación que ella le ha hecho o se obliga a hacerle y el constituyente del fideicomiso debe al fiduciario una comisión.

Desde un punto de vista financiero, es destacable mencionar que cuando las empresas disponen de ciertos tipos de activos con capacidad de generar un flujo de caja y esto es percibido por el mercado financiero y de capitales como una importante fuente de fondos para el repago de las obligaciones, se da lugar a una nueva fuente de financiación para las empresas, garantizando en general esta operación con activos ociosos o de bajo rendimiento.

El fideicomiso financiero y la securitización se transforman en un instrumento para obtener capital de trabajo sin mayor endeudamiento. Desde lo comercial, mejora la transparencia del negocio por el mayor control fiduciario y se fortalecen los acuerdos societarios.

Para concluir, el fideicomiso en la economía real garantiza la inversión y los resultados emergentes que de ella se esperan a partir de un proceso transparente, operaciones previsibles y pautas claras, considerando tanto intereses particulares como generales, y relacionando de una manera verdaderamente integradora el comercio con la tecnología, la mano de obra y las finanzas.

Los emprendimientos deben ser categorizados. Los parámetros más importantes son: la inversión, los plazos, los rendimientos y los riesgos asociados a las actividades. La evaluación podrá ser individual para cada emprendimiento y también para un conjunto de negocios (cada uno con individualidad propia), que conformarán una cartera de inversiones.

La creación de un instituto específico para el registro de fondos fiduciarios y de los contratos de los compromisos asumidos, junto a una práctica profesionalizada, presente en las etapas de evaluación y control de los proyectos

de inversión y su financiamiento, potenciaría el desarrollo de actividades específicas y regionales del país.

Los emprendedores considerarán los aspectos tecnológicos, comerciales, económicos, financieros, y los mercados internos, regionales y externos; el Estado tendrá en cuenta el crecimiento del producto, los niveles de ocupación, la calidad de empleo y la recaudación impositiva, los inversores se centrarán en el rendimiento y el riesgo de la inversión.

Las entidades financieras pueden tomar parte activa en la constitución de los fondos fiduciarios, pero también otros entes, con la aprobación de las respectivas autoridades de aplicación, podrán asumir el rol de fiduciarios. De esta manera, se propiciarían los mecanismos de generación de capital y un vínculo más estrecho de la actividad productiva con las finanzas.

La utilización del fideicomiso debe partir de un diagnóstico de situación y de un cuidadoso análisis de los mecanismos que se deseen incluir en el contrato.

Los diseños encubren una equilibrada y precisa estructura de incentivos para todos los participantes. Deben ser consistentes con los antecedentes y la situación de cada uno de los participantes.

Fuente: Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Capital federal.
www.cpcecf.org.ar

CAPITULO III

CUADRO DE SITUACION

CUADRO I

Beneficiarios de Obras Sociales por naturaleza institucional. Total del país. Años 2002-2005

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales			
	2002	2003	2004	2005
Total	12.955.399	14.175.892	14.882.140	15.514.299
Sindicales	8.694.251	9.422.020	10.247.704	10.916.326
Estatales	30.970	31.078	27.804	27.694
Por convenio	63.585	54.756	22.727	67.541
Personal de dirección	760.300	748.386	916.015	922.595
Administración mixta (1)	3.059.648	2.986.915	2.727.367	2.566.352
Por adhesión (2)	24.623	23.942	25.420	28.407
Ley N° 21.476 (3)	19.673	19.014	18.179	17.339
De empresas (4)	6.523	6.276	6.450	6.874
De otra naturaleza	295.826	883.505	890.474	961.171

(1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado,

Beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

(2) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

(3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).

(4) Corresponde a una sola empresa.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud.

CUADRO II

Cantidad de Obras Sociales y cantidad de beneficiarios según naturaleza institucional. Total del país. Años 2004-2005.

Naturaleza de la obra social	2004			
	Obras sociales	Beneficiarios		
		Total	Titulares	Familiares
Total	276	14.882.140	8.163.121	6.719.019
Sindicales	199	10.247.704	5.163.769	5.083.935
Dirección	25	916.015	382.687	533.328
Admin. Mixta	2	2.727.367	2.078.571	648.796
Resto	50	991.054	538.094	452.960

Naturaleza de la obra social	2005			
	Obras sociales	Beneficiarios		
		Total	Titulares	Familiares
Total	290	15.514.299	9.214.086	6.300.213
Sindicales	205	10.916.326	6.148.414	4.767.912
Dirección	27	922.595	418.256	504.339
Admin. Mixta	2	2.566.352	1.980.434	585.918
Resto	56	1.109.026	666.982	442.044

Nota: el trabajador con relación de dependencia -público o privado- se halla comprendido en alguna obra social a partir del Decreto 1615/96. El organismo de supervisión es la Superintendencia de Servicios de Salud. Sus prestaciones de asistencia sanitaria son de las obras sociales que organiza la Ley N° 23.660, financiada con el 6% de contribuciones patronales y el 3% de aportes personales sobre los salarios. Los datos se basan en registros de las obras sociales; en 1997 fueron revisados en base a las declaraciones juradas de los empleadores.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud.

CUADRO III

Población total por cobertura de Obra Social y/o plan de salud privado o mutual, según sexo y grupos de edad. Total del país. Año 2001.

Grupos de edad	Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual					
		Tiene			No Tiene		
		Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	36.260.130	18.836.120	8.793.442	10.042.678	17.424.010	8.865.630	8.558.380
0-4	3.349.278	1.384.527	705.157	679.370	1.964.751	998.033	966.718
5-9	3.471.217	1.539.544	782.850	756.694	1.931.673	977.809	953.864
10-14	3.427.200	1.625.635	825.618	800.017	1.801.565	913.126	888.439
15-19	3.188.304	1.482.629	745.196	737.433	1.705.675	867.834	837.841
20-24	3.199.339	1.277.597	619.178	658.419	1.921.742	978.761	942.981
25-29	2.695.341	1.232.306	582.060	650.246	1.463.035	747.433	715.602
30-34	2.364.903	1.221.418	576.148	645.270	1.143.485	583.550	559.935
35-39	2.229.617	1.210.312	573.248	637.064	1.019.305	513.352	505.953
40-44	2.136.536	1.161.852	549.023	612.829	974.684	494.124	480.560
45-49	1.971.911	1.073.138	499.370	573.768	898.773	459.765	439.008
50-54	1.850.481	1.024.056	466.924	557.132	826.425	428.203	398.222
55-59	1.504.046	875.391	386.833	488.558	628.655	331.326	297.329
60-64	1.284.337	809.955	339.622	470.333	474.382	257.637	216.745
65-69	1.109.788	808.553	341.444	467.109	301.235	158.100	143.135
70-74	996.525	814.888	336.128	478.760	181.637	86.298	95.339
75-79	727.895	630.637	248.712	381.925	97.258	40.343	56.915
80 y más	753.412	663.682	215.931	447.751	89.730	29.936	59.794

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

CUADRO IV

Población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual por grupo de edad y sexo, según provincia. Total del país. Año 2001.

Provincia	Población		Grupo de edad y sexo							
			0-14 años		15-49 años		50-64 años		65 años o +	
	Total	S/cober. De O.S.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Total del país	36.260.130	48,1	55,5	55,7	52,8	49,8	46,0	37,6	21,6	16,7
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138	26,2	32,2	32,2	31,3	29,9	26,4	23,0	10,4	8,6
Buenos Aires	13.827.203	48,8	55,4	55,7	54,0	51,5	49,3	41,2	20,8	16,7
24 partidos del Gran Buenos Aires	8.684.437	52,0	58,4	58,6	56,0	54,6	52,7	45,8	22,9	19,8
Resto de Bs.As.	5.142.766	43,5	50,3	50,5	50,4	45,9	44,2	33,6	17,9	12,3
Catamarca	334.568	45,0	49,3	49,8	49,9	46,6	35,1	31,1	23,2	16,2
Chaco	3.066.801	45,8	72,4	72,4	69,2	64,8	59,2	47,9	38,5	28,8
Chubut	930.991	62,1	40,2	40,8	43,1	39,4	41,3	32,7	29,0	23,7
Córdoba	984.446	65,5	53,2	53,5	51,4	47,9	44,7	35,5	19,6	14,4
Corrientes	413.237	39,5	67,5	67,1	65,7	62,8	58,1	47,7	37,1	33,9
Entre Ríos	1.158.147	48,7	55,6	56,0	53,7	49,9	45,8	36,0	23,7	18,9
Formosa	486.559	65,8	71,0	70,8	69,2	64,3	58,4	49,1	47,7	40,4
Jujuy	611.888	54,2	57,0	57,0	58,2	55,4	48,4	40,6	31,7	33,9
La Pampa	299.294	45,5	50,6	51,5	51,2	46,9	44,4	34,0	24,5	17,9
La Rioja	289.983	40,8	44,4	44,3	46,7	41,1	34,8	26,0	20,0	12,2
Mendoza	1.579.651	50,6	56,6	56,8	55,1	52,7	48,3	41,9	25,8	20,0
Misiones	965.522	57,8	61,7	61,7	59,8	56,7	55,4	46,8	41,3	35,9
Neuquén	474.155	48,7	49,9	50,2	52,3	49,2	48,6	41,4	30,5	26,2
Río Negro	552.822	49,9	51,7	52,2	54,8	50,4	51,3	41,5	32,6	25,6
Salta	1.079.051	60,4	65,8	65,6	63,7	61,2	55,2	45,0	32,7	27,7
San Juan	620.023	53,0	58,1	58,7	59,0	55,2	47,1	38,9	25,5	19,6
San Luis	367.933	51,6	55,8	55,8	56,1	52,4	51,4	40,3	30,5	24,3
Santa Cruz	196.958	29,2	27,3	26,6	33,0	31,1	29,7	25,4	18,7	17,3
Santa Fe	3.000.701	42,0	52,2	52,4	47,0	44,1	38,7	30,1	14,9	10,9
Santiago del Estero	804.457	63,7	70,5	70,3	68,6	63,6	56,6	45,1	36,1	28,2
Tierra del Fuego	101.079	30,1	28,1	28,0	32,2	30,4	35,1	31,2	23,9	19,1
Tucumán	1.338.523	48,2	54,8	54,9	52,4	48,6	42,6	34,1	22,6	17,6

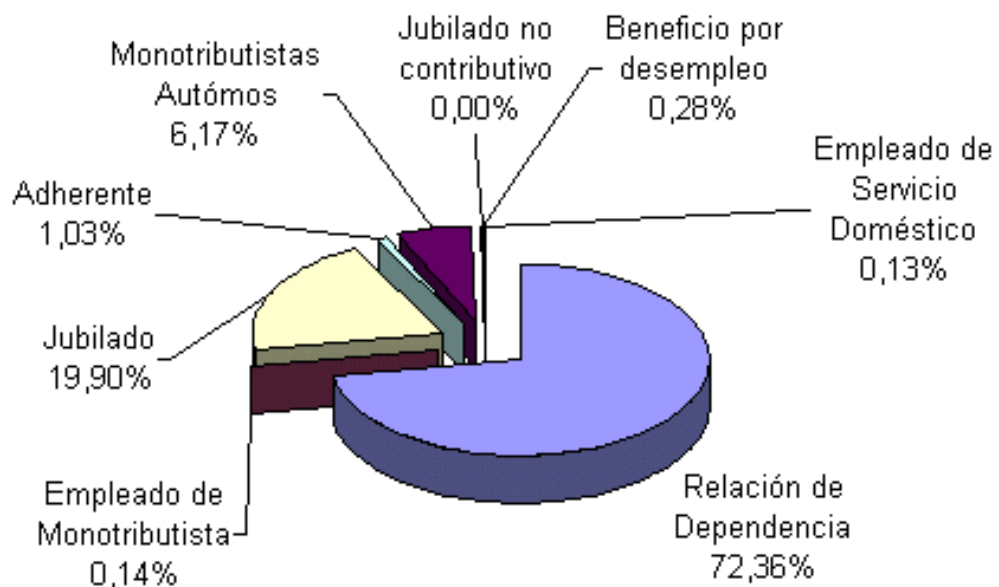
Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

RESULTADOS**I. TIPO DE BENEFICIARIO DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES DEL PAIS
AÑO 2006**

Tipo de beneficiario	Cantidad Total
Relación de Dependencia	10,988,212
Empleado de Monotributista	20,505
Jubilado	3,022,035
Adherente	155,978
Monotributistas Autónomos	936,480
Empleado de Servicio Domestico	20,091
Jubilado no contributivo	62
Beneficio por desempleo	42,778
Total	15,186,141

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. www.sssalud.gov.ar

II. DISTRIBUCION PORCENTUAL POR TIPO DE BENEFICIARIO DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES DEL PAIS



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. www.sssalud.gov.ar

III. TABLA TOTAL DE OPCIONES CAPTADAS DESDE EL COMIENZO DEL SISTEMA (mayo 1998)

Denominación Obra Social	Altas del último mes	Altas acumuladas
OBRA SOCIAL ACEROS PARANA	0	0
OBRA SOCIAL ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL DE PHILIPS ARGENTINA (AMPAR)	0	0
OBRA SOCIAL ATANOR S.A .MIXTA	0	0
OBRA SOCIAL CABOT ARGENTINA	0	0
OBRA SOCIAL CAMARA DE LA INDUSTRIA CURTIDORA ARGENTINA	0	0
OBRA SOCIAL CERAS JOHNSON	0	0
OBRA SOCIAL COOPERATIVA DE ASISTENCIA MUTUA Y TURISMO DEL PERSONAL DE LAS SOCIEDADES PIRELLI LTDA	0	0
OBRA SOCIAL CORPORACION CEMENTERA ARGENTINA	0	0
OBRA SOCIAL DE BAÑEROS Y AFINES DEL PARTIDO GENERAL PUEYRREDON	0	0
OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS	0	0
OBRA SOCIAL DE IPAKO S. A.	0	0
OBRA SOCIAL DE LA EMPRESA PRIVADA CELULOSA ARGENTINA S.A.	0	0
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION NACIONAL DE SINDICATOS DE CONDUCTORES DE TAXIS	0	0
OBRA SOCIAL DE LOS LEGISLADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0	0

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ARTES GRAFICAS DEL CHACO	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA AUTOMOTRIZ ARGENTINA	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EMPRESAS FIAT Y EMPRESAS PEUGEOT CITROEN ARGENTINA	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL TRACTOR	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LAS TOSCAS	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PBBPOLISUR SA DE BAHIA BLANCA	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SHELL-CAPSA	0	0
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES MUNICIPALES DE GENERAL PUEYRREDON	0	0
OBRA SOCIAL MEDICA AVELLANEDA	0	0
OBRA SOCIAL MUTUALIDAD EMPLEADOS FIRESTONE	0	0
OBRA SOCIAL PAPEL MISIONERO S.A.I.F. Y C.	0	0
OBRA SOCIAL PORTUARIOS DE BAHIA BLANCA	0	0
OBRA SOCIAL PORTUARIOS DE PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA	0	0
OBRA SOCIAL ASOCIACION DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA SIDERURGICA	0	2
OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE MATERIALES REFRACTARIOS Y AFINES	0	4
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE LA PROVINCIA DE CHACO	0	4
OBRA SOCIAL DE VAREADORES	0	5

OBRA SOCIAL DE TECNICOS DE VUELO DE LINEAS AEREAS	0	6
OBRA SOCIAL ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS	0	11
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA METALURGICA Y DEMAS ACTIVIDADES EMPRESARIAS	0	12
OBRA SOCIAL YPF	0	13
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ENTRE RIOS	0	14
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION DE CAMARAS Y CENTROS COMERCIALES ZONALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA (FEDECAMARAS)	0	19
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CONSIGNATARIOS DEL MERCADO NACIONAL DE HACIENDA DE LINIERS	0	22
OBRA SOCIAL DE OFICIALES PELUQUEROS Y PEINADORES DE ROSARIO	0	24
OBRA SOCIAL DE MUSICOS	0	28
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA FORESTAL DE SANTIAGO DEL ESTERO	0	45
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ROSARIO	0	51
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE BAHIA BLANCA	0	72
OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS	0	97
OBRA SOCIAL DE DIRECTIVOS Y EMPRESARIOS PEQUEÑOS Y MEDIANOS	0	179
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO SAN MARTIN	0	547

OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES	2,031	91,958
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA	1,791	16,145
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO	1,461	99,705
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO	1,346	155,111
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF	1,022	57,559
OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES	989	83,917
OBRA SOCIAL DE PETROLEROS	920	43,740
OBRA SOCIAL DE CAPATACES ESTIBADORES PORTUARIOS	806	23,435
OBRA SOCIAL DE LOS SUPERVISORES DE LA INDUSTRIA METALMECANICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	696	29,861
OBRA SOCIAL DE SERENOS DE BUQUES	603	14,897
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES	531	32,748
OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACION	518	84,117
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE LA REPUBLICA ARGENTINA PARA EL PERSONAL JERARQUICO DE LA INDUSTRIA GRAFICA Y EL PERSONAL JERARQUICO DEL AGUA Y LA ENERGIA	478	40,582
OBRA SOCIAL DE ENCARGADOS APUNTADORES MARITIMOS	420	3,066
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA FIDEERA	401	21,304

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	368	12,324
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS	339	4,961
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS	322	14,362
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SOCIEDADES DE AUTORES Y AFINES	299	9,568
OBRA SOCIAL DE BOXEADORES AGREMIADOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	298	11,380
OBRA SOCIAL DE PATRONES DE CABOTAJE DE RIOS Y PUERTOS	283	6,971
OBRA SOCIAL DE ARBITROS DEPORTIVOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	280	25,059
OBRA SOCIAL DE JEFES Y OFICIALES NAVALES DE RADIOCOMUNICACIONES	274	8,202
OBRA SOCIAL DE VIAJANTES VENDEDORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA. (ANDAR)	241	4,480
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE IMPRENTA, DIARIOS Y AFINES	237	7,146
OBRA SOCIAL DE GUINCHEROS Y MAQUINISTAS DE GRUAS MOVILES	236	9,435
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES	216	3,345
OBRA SOCIAL DE LOS MEDICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	214	2,587
OBRA SOCIAL DE MAQUINISTAS DE TEATRO Y TELEVISION	211	7,846

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AGUAS GASEOSAS Y AFINES	183	4,097
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS	161	7,406
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES VIALES Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	153	339
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO, HOTELERO Y GASTRONOMICO DE LA UNION DE TRABAJADORES DEL TURISMO HOTELEROS Y GASTRONOMICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	149	10,093
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AERONAVEGACION DE ENTES PRIVADOS	142	21,840
OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ASOCIACION MUTUAL MERCANTIL ARGENTINA	120	120
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAJES, PLAYAS Y LAVADEROS AUTOMATICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE	112	5,544
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA	100	12,242
OBRA SOCIAL DE CERAMISTAS	99	11,164
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL FIBROCEMENTO	96	7,831
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE TUCUMAN	92	6,529
OBRA SOCIAL DE RECIBIDORES DE GRANOS Y ANEXOS	85	2,144

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	84	3,220
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA AZUCARERA	81	1,245
OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALURGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	80	5,310
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE	79	17,689
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DISTRIBUIDORAS CINEMATOGRAFICAS	75	5,703
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TAXIS DE CORDOBA	69	401
OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA CARNE Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	67	2,865
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CALZADO	65	1,028
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE PERKINS ARGENTINA S.A.I.C	65	1,887
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS	58	1,706
OBRA SOCIAL DE RELOJEROS Y JOYEROS	57	436
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	56	2,153
OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECANICOS Y AFINES DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR	54	3,141
OBRA SOCIAL TRABAJADORES PASTELEROS, CONFITEROS, PIZZEROS , HELADEROS Y ALFAJOREROS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	54	5,755

OBRA SOCIAL BANCARIA ARGENTINA	51	20,813
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EDIFICIOS DE RENTA Y HORIZONTAL DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES Y GRAN BUENOS AIRES	48	2,276
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE PRENSA DE CORDOBA	45	2,892
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA PUBLICIDAD	43	3,180
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EDIFICIOS DE RENTA Y HORIZONTAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA	42	1,402
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LECHERA	38	6,476
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACION	37	2,484
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE MENDOZA	36	2,937
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS	36	5,502
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE LIMPIEZA, SERVICIOS Y MAESTRANZA DE MENDOZA	35	146
OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES	35	8,952
OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS, REASEGUROS, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA	34	69,786
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION	32	4,653
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ESPECTACULO PUBLICO	31	409
OBRA SOCIAL EMPLEADOS DE AGENCIAS DE	30	1,821

INFORMES		
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL FOSFORO, ENCENDIDO Y AFINES	29	4,115
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES	28	1,407
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA TEXTIL	28	2,095
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS	27	1,861
OBRA SOCIAL DE ALFAJOREROS, REPOSTEROS, PIZZEROS Y HELADEROS	27	6,354
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL PLASTICO	26	2,934
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MOSAISTA	26	4,546
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA	24	1,207
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL NEUMATICO	24	1,536
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE LAS COMUNICACIONES	24	7,201
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS Y PERSONAL JERARQUICO DE LA ACTIVIDAD DEL NEUMATICO ARGENTINO DE NEUMATICOS GOOD YEAR SRL	23	583
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA	23	1,176
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SUPERIOR MERCEDES BENZ ARGENTINA	23	1,747
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL NAVAL	22	391
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VESTIDO	22	1,320
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL GRAFICO	21	1,285

OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIAS Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	20	1,254
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD VITIVINICOLA	19	3,942
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SUPERIOR Y PROFESIONAL DE EMPRESAS AEROCOMERCIALES	17	957
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESCRIBANIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	17	2,997
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL JOCKEY CLUB DE ROSARIO	16	371
OBRA SOCIAL DEL PETROLEO Y GAS PRIVADO	15	1,591
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA GRAFICA DE LA PROVINCIA DE CORDOBA	15	3,198
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERARQUICO DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE PASAJEROS DE CORDOBA Y AFINES	14	302
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DEL TABACO	14	697
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	14	1,015
OBRA SOCIAL FERROVIARIA	13	855
OBRA SOCIAL DEL SINDICATO UNIDO DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE AGUAS GASEOSAS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE	13	1,284
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE REFINERIAS DE MAIZ	13	1,478
OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES	13	2,004
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA	12	271
OBRA SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION PRIVADA	12	1,459

MUTUAL DEL PERSONAL DEL AGUA Y LA ENERGIA DE MENDOZA	12	3,393
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD AZUCARERA TUCUMANA	11	358
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELEVISION	11	1,925
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AERONAUTICO	10	4,876
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE DESPACHANTES DE ADUANA	9	6,209
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FABRICAS DE PINTURA	8	299
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ENSEÑANZA PRIVADA	8	301
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CUERO Y AFINES	8	428
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA	8	1,199
OBRA SOCIAL DE CAPITANES DE ULTRAMAR Y OFICIALES DE LA MARINA MERCANTE	8	2,861
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE ESTACIONES DE SERVICIO	8	3,328
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTON Y QUIMICOS	7	376
OBRA SOCIAL DE TECNICOS DE FUTBOL	7	387
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE OBRAS Y SERVICIOS SANITARIOS	7	414
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MADERERA	7	544
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE PRENSA DE BUENOS AIRES	7	619

OBRA SOCIAL DE CAPITANES, PILOTOS Y PATRONES DE PESCA	7	740
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL TABACO	6	499
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO DE LA CONSTRUCCION Y AFINES	6	901
OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CORDOBA	6	1,011
OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS DE ELECTRICIDAD	6	1,313
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA ACEITERA, DESMOTADORA Y AFINES	6	1,317
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE ROSARIO	6	1,343
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES	6	3,043
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS	5	490
OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD MINERA	5	672
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MARITIMO	5	818
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL TECNICO AERONAUTICO	5	1,185
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PELUQUERIAS, ESTETICAS Y AFINES	5	1,244
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO	4	489
OBRA SOCIAL DE LOS PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DEL AGUA Y LA ENERGIA ELECTRICA	4	747

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SUPERVISION DE LA EMPRESA SUBTERRANEOS DE BUENOS AIRES	3	35
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS DE CORDOBA	3	86
OBRA SOCIAL DE PEONES DE TAXIS DE LA CAPITAL FEDERAL	3	194
ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE COMODORO RIVADAVIA	3	854
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS DE ZARATE CAMPANA	3	1,218
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO	2	9
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA NAVAL	2	11
OBRA SOCIAL DE MANDOS MEDIOS DE TELECOMUNICACIONES EN LA REPUBLICA ARGENTINA Y MERCOSUR	2	29
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD FRUTICOLA	2	127
OBRA SOCIAL DE LOS CORTADORES DE LA INDUMENTARIA	2	134
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA EMPRESA SUBTERRANEOS DE BUENOS AIRES	2	141
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL CAUCHO	2	186
OBRA SOCIAL DE PETROLEROS DE CORDOBA	2	240
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE CORDOBA	2	255
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS	2	288

OBRA SOCIAL PARA PILOTOS DE LINEAS AEREAS COMERCIALES Y REGULARES	2	293
ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE TRELEW	2	405
OBRA SOCIAL DE YACIMIENTOS CARBONIFEROS	2	777
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LEDESMA	2	1,260
OBRA SOCIAL DE JEFES Y OFICIALES MAQUINISTAS NAVALES	2	1,489
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL CINEMATOGRAFICO DE MAR DEL PLATA	2	1,711
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD VIAL	2	3,074
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MENSUALIZADO DEL JOCKEY CLUB DE BUENOS AIRES Y LOS HIPODROMOS DE PALERMO Y SAN ISIDRO	1	4
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA BOTONERA	1	5
OBRA SOCIAL DE OPERADORES CINEMATOGRAFICOS	1	5
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES DE REMISES Y AUTOS AL INSTANTE Y AFINES	1	9
OBRA SOCIAL DE FUTBOLISTAS	1	28
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES NAVALES	1	40
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA CINEMATOGRAFICA	1	58
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA	1	76
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LOS HIPODROMOS DE BUENOS AIRES Y SAN ISIDRO	1	77

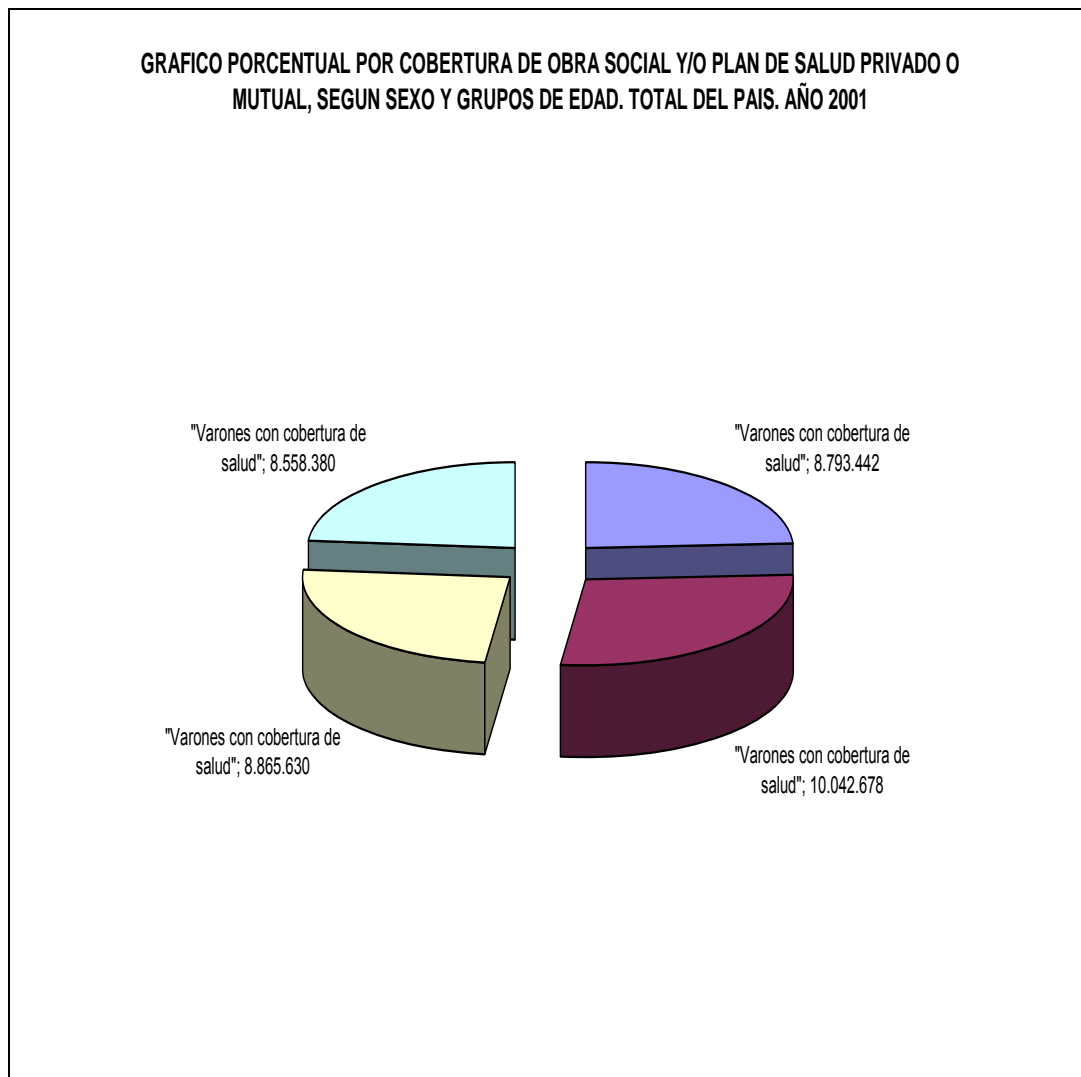
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	1	93
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESCRIBANOS	1	123
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE JABONEROS	1	168
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE RECOLECCION Y BARRIDO DE ROSARIO	1	176
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO	1	178
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MICROS Y OMNIBUS DE MENDOZA	1	178
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL MUNICIPAL DE TRES DE FEBRERO	1	187
OBRA SOCIAL DE ACTORES	1	188
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE AVELLANEDA	1	205
OBRA SOCIAL PORTUARIOS ARGENTINOS DE MAR DEL PLATA	1	273
OBRA SOCIAL DE AERONAVEGANTES	1	346
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE LA MATANZA	1	825
OBRA SOCIAL FEDERAL DE LA FEDERACION NACIONAL DE TRABAJADORES DE OBRAS SANITARIAS	1	988
INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION	0	0
OBRA SOCIAL DE CAPITANES BAQUEANOS FLUVIALES DE LA MARINA MERCANTE	0	0
OBRA SOCIAL DE DIRECCION OSDO	0	0

OBRA SOCIAL DE FORD ARGENTINA S.A.	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MANIPULEO, EMPAQUE Y EXPEDICION DE FRUTA FRESCA Y HORTALIZAS DE CUYO	0	0
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELECOMUNICACIONES SINDICATO BUENOS AIRES	0	0
OBRA SOCIAL DE TINTOREROS SOMBREREROS Y LA VADEROS	0	0
OBRA SOCIAL DE VOLKSWAGEN ARGENTINA S.A.	0	0
OBRA SOCIAL ELECTRICISTAS NAVALES	0	0
OBRA SOCIAL REFINERIAS DE MAIZ S.A.I.C.F.	0	0
OBRA SOCIAL SUPERCO	0	0
OBRA SOCIAL DUPERIAL ORBEA	0	1
OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS, MOSAICOS, GRANITEROS, LUSTRADORES Y PORCELANEROS	0	2
OBRA SOCIAL PERSONAL SUPERIOR DE LA INDUSTRIA DEL GAS Y AFINES	0	2
OBRA SOCIAL DE EMPRESA PRIVADA WITCEL S.A.	0	3
OBRA SOCIAL MODELOS ARGENTINOS	0	4
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA PETROQUIMICA	0	9
OBRA SOCIAL DE VENEDORES AMBULANTES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0	9
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE LIMPIEZA, SERVICIOS Y MAESTRANZA DE MENDOZA	0	18

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO DE SANTA FE	0	19
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL PESCADO DE MAR DEL PLATA	0	23
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CHACINADO Y AFINES	0	58
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LADRILLERA A MAQUINA	0	94
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES	0	102
OBRA SOCIAL DIRECCION NACIONAL DE VIALIDAD	0	103
OBRA SOCIAL DE JARDINEROS, PARQUISTAS, VIVERISTAS Y FLORICULTORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0	113
OBRA SOCIAL DE OBREROS EMPACADORES DE FRUTA DE RIO NEGRO Y NEUQUEN	0	125
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LA ESPERANZA	0	138
OBRA SOCIAL DE LOCUTORES	0	143
OBRA SOCIAL DE TALLERISTAS A DOMICILIO	0	145
OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS	0	156
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE LA MARINA MERCANTE	0	167
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CERAMICA, SANITARIOS, PORCELANA DE MESA Y AFINES	0	170
OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS ARGENTINOS	0	183
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO RIO GRANDE	0	189

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL HIELO Y MERCADOS PARTICULARES	0	237
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE ECONOMIA Y DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS	0	319
OBRA SOCIAL DE PANADEROS, PASTELEROS Y FACTUREROS DE ENTRE RIOS	0	332
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS	0	334
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LUZ Y FUERZA DE CORDOBA	0	470
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD AZUCARERA TUCUMANA	0	519
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO	0	524
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FERMOLAC	0	554
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESA NACIONAL DE CORREOS Y TELEGRAFOS S.A. Y DE LAS COMUNICACIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0	632
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO Y LAVADEROS AUTOMATICOS	0	759
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SUPERIOR DE GOOD-YEAR ARGENTINA	0	942
ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE SAN JUAN	0	1,092
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE GUARDAVIDAS Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	0	1,760
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS	0	4,551
Totales	22,180	1,365,177

GRAFICO IV



V. VARIACIONES DE LA COBERTURA SEGÚN LOS CENSOS NACIONALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 1991 Y 2001

En el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 se incluyó la pregunta sobre Cobertura de Salud, entendiéndose la misma como si "está asociado a obra social", "plan médico privado o mutual" o "ambas" alternativas.

A partir de los resultados del mencionado censo, se identificó que un 36,9 % de la población no tenía cobertura de ningún tipo, variando los porcentajes entre provincias entre 19,7 % (Ciudad de Buenos Aires) y 57,3 % (Formosa). En la distribución el valor del medio (la mediana) era 38,2 %. Esto puede verse en el siguiente cuadro:

Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual, según división político-territorial. 1991 y 2001

División político-territorial	1991		2001		
	Población total (1)	% cobertura	sinPoblación total	% cobertura	sin
Total del país	32.615.528	36,9	36.260.130	48,1	
Capital Federal	2.965.403	19,7	2.776.138	26,2	
Buenos Aires	12.594.974	36,7	13.827.203	48,8	
Catamarca	264.234	36,8	334.568	45,0	
Córdoba	2.766.683	37,8	3.066.801	45,8	
Corrientes	795.594	48,4	930.991	62,1	
Chaco	839.677	52,2	984.446	65,5	
Chubut	357.189	32,6	413.237	39,5	
Entre Ríos	1.020.257	38,5	1.158.147	48,7	
Formosa	398.413	57,3	486.104	65,8	

Jujuy	512.329	44,0	611.888	54,2
La Pampa	259.996	35,2	299.294	45,5
La Rioja	220.729	34,0	289.983	40,8
Mendoza	1.412.481	42,2	1.579.651	50,6
Misiones	788.915	49,8	965.522	57,8
Neuquén	388.833	40,3	474.155	48,7
Río Negro	506.772	38,8	552.822	49,9
Salta	866.153	48,7	1.079.051	60,4
San Juan	528.715	40,9	620.023	53,0
San Luis	286.458	37,6	367.933	51,6
Santa Cruz	159.839	23,0	196.958	29,2
Santa Fe	2.798.422	29,0	3.000.701	42,0
Santiago del Estero	671.988	55,4	804.457	63,7
Tierra del Fuego	69.369	30,8	101.079	30,1
Tucumán	1.142.105	35,3	1.338.523	48,2

(1) Los casos en que se ignora si poseen o no cobertura en salud fueron distribuidos proporcionalmente.

Fuentes: 1991 INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. 1991. Procesamientos Especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. 2001 INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001 Resultados por provincia. Temas seleccionados



En el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, se incorporó la misma pregunta, con igual categorización y definiciones, de manera que es posible hacer comparaciones.

Es observable el notable incremento en todas las provincias, con excepción de Tierra del Fuego, del porcentaje de la población sin cobertura de salud.

En función de los resultados del mencionado relevamiento estadístico del 2001, se identificó que un 48.1 % de la población del país no tenía cobertura de ningún tipo, variando los porcentajes entre provincias entre 26.2% (Ciudad de Buenos Aires) y 65.8 % (Formosa). En la distribución el valor del medio (la mediana) era 48.8 %, como puede verse en el cuadro precedente.

De acuerdo con el censo 2001 mencionado, diez (10) jurisdicciones están por encima del 50 % de población sin cobertura de salud (cinco de ellas superan el 60 %). En 1991 sólo tres (3) jurisdicciones superaban el 50 % de población sin cobertura, no registrándose ninguna jurisdicción por encima del 60 % .

Exceptuando Ciudad de Buenos Aires, Santa Cruz y Tierra del Fuego, puede observarse que aproximadamente cada dos personas, al menos 1 ó más de 1, no tienen cobertura de salud.

Esta situación se explica por el hecho de que los sistemas de cobertura vigentes están fuertemente relacionados con el empleo en blanco y estable. Justamente, en la década de los 90', se agudizaron los procesos de desocupación, subocupación y precarización laboral con la consecuente pérdida, entre otros beneficios sociales, de la cobertura de salud.

Fuente: INDEC. www.indec.mecon.gov.ar

CONCLUSIONES

Los resultados anteriormente brindados sugieren conclusiones que acepten o rechacen las hipótesis propuestas, incorporen otras y sirvan de fundamentos a acciones operativas, para lograr que esta visión de gerenciamiento en obras sociales en crisis, actúe con eficacia y eficiencia dentro de la estructura interna y el mercado externo.

De similar modo a lo realizado al plantear las hipótesis, dividiremos estas conclusiones en: relación a la estructura interna y relación al medio ambiente.

- En relación a la estructura interna:

Reorganizar las áreas de la organización efectuando una reingeniería minuciosa a cargo de profesionales en las distintas áreas de los servicios de salud que interactúan en las obras sociales.

Determinar con claridad las líneas de mando.

Lograr una toma de decisiones clara y una línea de comunicación formal y directa para evitar ruidos en las vías de enlace entre emisores y receptores.

Considerar las capacidades profesionales para desarrollar sus cualidades y aptitudes en puestos jerárquicos.

Crear estrategias competitivas por diferenciación para destacarse de la competencia a través del otorgamiento de servicios adicionales al usuario.

- En relación al medio ambiente

Una vez organizada la estructura interna, deben tenerse en cuenta las siguientes hipótesis para competir en el mercado de las obras sociales mediante la captación de los cambios en el escenario de la salud. Se debe:

Determinar turbulencias y cambios del medio ambiente que permitan anticiparse a los competidores.

Estar atento a la legislación que rige, aspectos económicos y políticos que puedan generar cambios en las políticas y gestiones de las obras sociales en el mercado.

Elaborar estrategias para afrontar nuevos movimientos del mercado.

Captar y adelantarse al futuro para ganar posicionamiento.

Estos aspectos son de vital importancia para lograr cambios positivos dentro de la organización teniendo en cuenta que el mercado laboral es amplio y que surgen constantemente nuevos nichos para captar y ganar.

Actuar con calidad de servicio, capacidad y profesionalismo permite diferenciarse como organización distinguida.

En las empresas, como organizaciones de personas, es de gran importancia crear estructuras de desarrollo organizacional que faciliten la coordinación de las actividades y el control de las acciones de todos sus integrantes. Cada decisión, proyecto y programa que se asume y se ponga en práctica, debe ser siempre el adecuado, que permita a la empresa imponer sus políticas, procedimientos y reglas, de tal manera que el accionar de la organización se acercará lo más posibles a sus objetivos y metas, los cuales deben ser claros y precisos. Un estudio constante de estos nos asegura el éxito antes de ponerlos en práctica. La palabra cambio se ha hecho familiar en las más diversas organizaciones y se ha convertido en un protagonista del quehacer empresarial. El ambiente en general que envuelve a las obras sociales del sistema de salud de Argentina está en continuo movimiento y es dinámico, exige una elevada capacidad de adaptación de supervivencia. Las obras sociales deben enfrentarse a un entorno inestable, de cambio constante. Así, pues, para sobrevivir y competir hay que adaptarse al cambio rápida y eficazmente. El cambio que se realice, afectará en algún grado las relaciones de poder, estabilidad de roles y satisfacción individual al interior de la organización. Aunque todos los aspectos del cambio ganan al llevarlo a cabo en colaboración con los involucrados, es necesario que exista una comprensión compartida, dentro de la organización. Este proceso puede desarrollarse conscientemente, aunque es muy difícil anticipar los efectos de los cambios; es posible elegir con claridad la dirección que lo facilite. En este cambio, como proceso de aprendizaje permanente, deben involucrarse la alta gerencia de las obras sociales y también todos sus trabajadores. Los cambios fundamentales presentan la oportunidad de utilizar estos turbulentos tiempos para elaborar un plan de acción estratégico para posicionarse en el mercado. Un aspecto importante a considerar es la tendencia natural de resistirse al cambio. Hay que crear y desarrollar una actitud y mentalidad abierta.

Para concluir, se puede decir que el proceso de cambio juega un papel importante en las obras sociales en crisis. La estrategia de progreso en este tipo de organizaciones consiste en ejercer un dominio sobre el cambio. El concepto Desarrollo Organizacional que surge como un nuevo concepto en las organizaciones en estudio, se preocupa de conocer y sistematizar las conductas de las personas para afrontar y dirigir en mejor forma los cambios y vencer la resistencia que provocan. Es evidente y claro el aporte mutuo, trabajador y empresa, ambos responsables, comprometidos y verdaderos agentes de cambio que permitirán una efectiva y renovada gestión en la organización.

Este trabajo se centra en lograr un nuevo concepto de gerenciamiento profesional en estas organizaciones de salud y para lograr este objetivo no hay que dejar de evaluar la resistencia al cambio y el cambio organizacional que asegurarán una gestión de calidad, con alto grado de productividad.

RESUMEN

En la Argentina; el Sistema de Salud, en general, resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el de Obras sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

El subsistema público, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores.

El otro subsector al que se hace referencia son las Obras sociales. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras sociales. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social. Durante los últimos años, el

subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras sociales.

A través de los años, la Argentina ha sufrido diversos cambios en lo económico y esas fluctuaciones han afectado la situación financiera de algunas Obras sociales. La inflación, el desempleo creciente entre otros, el deterioro en la prestación de servicios por parte de las obras sociales; han repercutido sobre el sostén económico de algunas Obras sociales y por ende, estos organismos han comenzado a percibir menos ingresos de aportes de los contribuyentes. A raíz de estas amenazas solo pudieron subsistir en el mercado obras sociales con una base económica sólida y otras han decaído como consecuencia de esta crisis. Los servicios de salud comenzaron a ser escasos y competir con obras sociales fuertes empezó a ser una tarea difícil.

Por ello, se propone a través de este trabajo analizar una visión de gerenciamiento clara conducida por profesionales e idóneos que sean capaces de afrontar los cambios del sistema de salud, que sean capaces de competir en el mercado y generar nuevas estrategias para estas obras sociales en decadencia.

Implementar tareas, captar nuevos beneficiarios, generar servicios de diferenciación son algunas de las premisas que se plantea para esta visión.

Es de vital importancia para lograr este cambio organizacional que, los participantes de las organizaciones estén dispuestos al cambio. Los cambios los determina el sistema. Las variables que interactúan en el, como sus aspectos socio-económicos, legales, geográficos, culturales; marcan tendencias. Es por ello que, para estar posicionado en el mercado es necesario estar atento permanentemente a las señales que marca el medio y crear estrategias que se anticipen a ellos. A través del análisis de la matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) se puede evaluar que puntos se deben trabajar y cuales considerar para trabajar y modificar.

La Superintendencia de Servicios de Salud y la Administración de Programas Especiales son organismos que dependen del Ministerio de Salud y sus objetivos son: regular la actividad de las obras sociales y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Predistribución para subsidiar a las obras sociales por los tratamientos y cobertura que brinden a sus beneficiarios respectivamente.

El marco legal mediante el cual se propone llevar a cabo esta visión de gerenciamiento es el fideicomiso, una figura legal que permite a la organizaciones ser gerenciadas y administradas por terceros.

En resumen, las organizaciones que no se adapten a los cambios y no generen nuevas políticas de gestión, con el tiempo, desaparecerán del mercado de salud. Las exigencias del mercado interceden sobre las organizaciones para que estén atentos a las nuevas tendencias, al profesionalismo.

AGRADECIMIENTOS

A mis pequeñas Paula y Lara

Al Dr. Hugo Buisel Quintana y al Sr. Federico Recagno por haberme brindado la posibilidad de cursar esta Maestría. Se hace extensivo este agradecimiento al Arquitecto Jose García Vazquez y al Sr. Hugo Goldstein

A Javier, mi marido, por haberme apoyado y acompañado en este proyecto. Por estar siempre.

A mis padres que me han aportado toda la vida el sentido de auto superación.

A mi hermano German que me trasmite fuerzas y buenos ejemplos de crecimiento personal.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahuad, Alfredo; Paganelli, Alberto; Palmeyro, Alejandro. Año 1999. Medicina Prepaga. Historia y futuro. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
2. Ansoff, Igor H. Año 1979. Dirección Estratégica. New York. Wiley and Sons.
3. Belmartino, Susana. Año 1991. Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica. Buenos Aires. Cuadernos Médico Sociales numero 55: 13-33.
4. Belmartino, Susana; Bloch, Carlos. Año 1960-1985. El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos. Buenos Aires. Cuadernos Médico Sociales numero 55: 13-33.
5. Daniel Marcu y col. Año 2000. Sistemas de Salud. Su modernización. Buenos Aires. Ed. Comunicarte S.R.L.
6. Domínguez Mon, A.; Federico, A.; Findling, L.; Mendes Diz, A.M. L. Año 2000. La salud en Crisis. Buenos Aires. Ed. Dunken.
7. Hermida, Jorge; Serra, Roberto; Kastika, Eduardo. Año 1995. Administración & Estratégica. Bogota, Colombia. Ed. Macchi.
8. Germani, Gino. Año 1987. Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico. Buenos Aires. Ediciones del Solar.
9. Gonzalez García, Ginés. Año 1994. Globalización de la salud. Buenos Aires. En: Foro Latinoamericano de Políticas Sociales.
10. Gonzalez García, Ginés. Año 1995. La relación Estado-Mercado. Buenos Aires. III Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. AES.
11. Porter, Michael. Año 1982. Estrategia Competitiva. México. CECOSA.
12. Prof. Dr. Jorge D. Lemus y col. Año 2005. Salud Pública, Epidemiológica y Atención Primaria de la Salud. . Buenos Aires, Argentina. Ed. Cides.
13. Prof. Dr. Jorge D. Lemus y col. Año 2003. Atención Primaria de Salud. Buenos Aires, Argentina. Funcides.
14. Prof. Dr. Jorge D. Lemus. Año 2001. Salud Pública. Marco conceptual e instrumentos operativos. Buenos Aires. Argentina. Ed. Kohan.

Internet

Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Capital Federal:

www.cpcecf.org.ar

Anses

www.anses.gov.ar

Ministerio de Economía:

www.mecon.gov.ar

Superintendencia de Servicios de Salud:

www.sssalud.gov

Administración de Programas Especiales

www.apedigital.gov.ar

ANEXO I

Las pre-pagas ya controlan las Obras sociales por Diego Diéguez

"El representante del Banco Mundial en la Argentina, Patricio Millán, sostuvo ayer que el plan de reconversión de las obras sociales marcha en forma satisfactoria y las condiciones planteadas por el organismo internacional se están cumpliendo o por cumplirse en las próximas dos semanas" (El Cronista, 13/5).

Al día siguiente anunció que "una delegación del Banco Mundial estuvo en el país la semana pasada y se fue con una evaluación positiva del proceso de desregulación de las obras sociales. Por eso recomendó al directorio del organismo internacional que se libere el segundo tramo del crédito para salud por un total de 100 millones de dólares. La mitad lo recibirán 70 obras sociales y el resto el PAMI" (Clarín, 14/5).

Todo esto vuelve a ratificar lo que venimos sosteniendo en Prensa Obrera: la burocracia sindical está metida a fondo en la modificación del sistema de salud de las obras sociales en total acuerdo con el Banco Mundial y en alianza con la medicina privada. A tal punto que el personero Millán dijo que el acuerdo firmado por el gobierno con la CGT "sigue los lineamientos del Banco Mundial en materia de salud, donde los avances son formidables" (Clarín, 14/5).

Ya suscribieron el acuerdo 70 sindicatos, entre ellos la UOM, construcción, gráficos, periodistas, alimentación, docentes —o sea, todas las fracciones de la burocracia sindical. Y no son más porque para entrar en el plan del Banco Mundial la obra social tiene que tener como mínimo 10.000 afiliados, y más de 150 obras sociales no llegan a ese mínimo.

El plan del Banco Mundial

No es que el Banco Mundial no esté a fondo por la privatización de la salud y la liquidación de las obras sociales, pero considera que la privatización de las obras sociales debe pasar por una etapa previa de 'reconversión' que las adapte al mercado, porque de lo contrario todo el sistema de salud entraría en colapso.

Si se decretara de hoy para mañana el ingreso de la medicina privada en el sistema de obras sociales, más de la mitad de la población se quedaría sin cobertura. Primero, porque la medicina privada no tiene la estructura médica suficiente para atender a la población. Segundo, porque las prepagas o las clínicas privadas captarían a los trabajadores de altos sueldos —directivos, jefes, supervisores, empleados de jerarquía—, con lo cual dejaría a las obras sociales automáticamente sin financiamiento.

"Para que ingresen las prepagas debería estar más avanzada la desregulación de las obras sociales", dijo el representante del Banco Mundial (Clarín, 14/5).

¿Qué significa esto?

1) Que las obras sociales dejen de dar una cobertura universal e integral y que entre en funcionamiento el PMO (Programa Médico Obligatorio), la cobertura mínima. El costo de esta atención médica elemental es de 15 pesos por persona por mes, lo que coincide con el actual aporte que financiaría el sistema. Esto permitirá pasar a una segunda etapa, "en la que los trabajadores cuyos aportes superan el costo del PMO de su grupo familiar accederían a prestaciones médicas superiores. Habría así un segmento de cobertura médica básica igual al PMO y otro diferenciado de acuerdo con el salario de cada familia" (Clarín, 3/5).

De este modo, la salud se abre aún más al negocio capitalista, con planes básicos, de tercera, de segunda y de primera, de acuerdo al precio que pueda pagar la población trabajadora.

Se trata de un verdadero despilfarro que llevará a un encarecimiento de la salud y de los gastos en salud. Esto ya se ve en el dinero que prepagas y obras sociales están gastando en publicidad y promotores, pagados por los trabajadores con sus aportes.

El grueso de los trabajadores pasaría a tener una medicina de tercera y los que ganan un poco más una medicina de segunda. Mientras, las patronales seguirán con los planes de lujo de la medicina privada.

2) Que se achique el número de obras sociales y se alíen con las prepagas. Este proceso está en marcha y por eso Clarín reconoce que "aunque los sindicatos no quieren que la medicina privada pueda actuar como obra social, lo cierto que en salud ambos trabajan juntos... Con la desregulación, se ampliaron las alianzas de las obras sociales con las prepagas" (3/5).

Pruebas al canto. Algunas prepagas compraron varias obras sociales. Docthos, del grupo Roberts, se quedó con OSDO, y el grupo Exxel con la obra social Witcel. Bancarios le dio el gerenciamiento de la obra social a la consultora privada Coopers & Lybrandt y OSPLAD a Thornton. TIM y Medicien se metieron en la obra social de organismos de control externos. El sindicato de seguros también cerró trato con Docthos. "Staff Médico en la menemista UPCN y Medicus en ASIMRA (supervisores metalúrgicos) son los casos más claros de irrupción privada en el esquema solidario" (Página 12, 10/5).

Duhalde tampoco se quedó atrás y lanzó Provincia Salud, en acuerdo con un fondo de inversión administrado por el Chase Manhattan Bank (Clarín, 11/5). "Para no empezar de cero cerraron un acuerdo con la Mutual de Empleados del Provincia, que aportará 70.000 afiliados y tienen el gerenciamiento de la Obra social de Empresarios Pequeños y Medianos (Osdepym), una entidad con 15.000 cápitas". Lo que Clarín no dice es que Provincia Salud dirigirá IOMA, la obra social de empleados públicos provinciales.

Por ese motivo, Página 12 reconoce que "para estas empresas, ahora el interés en la apertura del mercado es menos relevante porque ya están adentro de la competencia por los afiliados de otras entidades sindicales".

El objetivo del Banco Mundial es que este proceso de alianzas con las prepagas madure durante todo el año 1998 y ya en 1999 desaparezca el sistema de obras sociales por uno enteramente privatizado. Mientras tanto, este año el gobierno, con el acuerdo de la CGT, se comprometió con el Banco Mundial a permitir que la medicina privada actúe como obra social del personal de dirección.

Programa

Está en juego la defensa de la salud de los trabajadores. Por eso el PO propone el siguiente programa de acción:

- 1) Abajo el PMO. Por la defensa de la cobertura médica integral y universal, sin carencias ni exclusiones, sobre la base de una infraestructura moderna y adecuada y sin planes diferenciados en función del sueldo. Igual salud para todos.
- 2) Abajo el arancelamiento de los hospitales. Fuera la autogestión y el autofinanciamiento. Triplicación del presupuesto de salud.
- 3) Abajo el plan del Banco Mundial.

- 4) Fuera la burocracia de las obras sociales. Control obrero de las obras sociales.
- 5) Expropiación de todos los recursos de salud en manos de pulpos privados, sanatoriales y farmacéuticos y su puesta en funcionamiento al servicio de un plan nacional único y gratuito de salud, bajo control y administración de los trabajadores.

ANEXO II

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS.

FACULTAD DE MEDICINA 1

SANTIAGO DE CUBA

TITULO. PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA ECONOMIA DE LA SALUD EN LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS Y EN LA INVESTIGACION.

AUTORES:

Dra. Mirta Rodriguez Chirino. Especialista en 1er Grado en fisiología normal y Patológica. Máster en Economía de la Salud.

Dra. Nilia Escobar Yendes. Especialista en 2do Grado en Medicina Interna. Master en Economía de la Salud.

Dra. DaLia Sanchez de La Guardia. Especialista en 1er Grado en Angiología y Cirugía Vasculiar y Master en Economía de la Salud.

Lic. Mercedes Dorado Lambert. Master en Economía de la Salud.

Lic. Isabel Montoya Sánchez. Master en Economía de la Salud.

INTRODUCCION

En el mes de Noviembre de 1989, se reunió en Ginebra Suiza un grupo de estudio de la OMS sobre la función de investigación y los sistemas de información en la adopción de decisiones relativas al desarrollo de Recursos Humanos para la Salud (RHS). La reunión de dicho grupo generó un informe de 56 paginas donde se analiza la problemática de la investigación y la formación de RHS así como las estrategias propuestas para la solución de los amplios problemas que esta situación presenta a escala mundial (1).

El cuestionamiento básico a realizare seria entonces ¿Por qué una institución de tan alto prestigio como la OMS crea una comisión para analizar el tema de la formación de recursos humanos?.

Se conoce que existe consenso entre reconocidos estudiosos de la gestión empresarial, en que la ventaja competitiva básica de las empresas a inicios del siglo XXI no radicará en los recursos naturales, ni en especifico en los recursos energéticos, no radicará en los recursos financieros, y no radicará ni tan siquiera

en la tecnología: *La ventaja competitiva básica a inicios del siglo XXI radicará en el nivel de preparación y de gestión de los recursos humanos (2).*

Los recursos humanos para la salud (RHS), anteriormente denominados "Personal de salud", constituyen sin dudas la piedra angular que sustenta todo el desarrollo de cualquier tipo de sistema de salud. Cualquier problema identificado en el desarrollo y formación de RHS es evidente que tiene que solucionarse lo más rápida y eficientemente posible como forma de evitar que el sistema de salud sufra las consecuencias y por consiguiente la atención sanitaria se vea implicada, sin embargo tradicionalmente la formación de RHS se ha centrado en el mejoramiento de la planificación, la educación y el adiestramiento (1) y no se ha prestado suficiente atención a la gestión, a las necesidades de los agentes de salud, ni a la planificación económica que la propia formación y gestión de recursos humanos lleva implícitos.

El término "Desarrollo coordinado de servicios de salud y recursos humanos" pretende implicar las denominadas 3 amplias funciones del desarrollo de recursos humanos, estas serían:

La política y planificación.

La educación y adiestramiento

La gestión.

Se considera que dichas funciones deberán coordinarse lo más estrechamente posible con el sistema de salud, ya que solo de esta manera podrá garantizarse la plena competencia del personal.

Para el análisis de los problemas relacionados con la formación y planificación de recursos humanos es imprescindible tener en cuenta los siguientes aspectos (1):

El sistema de salud deberá estar orientado hacia las necesidades principales de salud de la población, en cuanto lo permitan los recursos disponibles, y no solo de ciertos grupos de población.

El sistema de Salud de un país comprende todas las actividades que promueven la salud, previenen y curan las enfermedades, reducen las incapacidades y mejoran la calidad de vida, se ocupa por ende, de mucho más que de la simple prestación de atención médica.

Los recursos humanos son un componente importante del sistema de salud, se les debe contemplar como un medio para mejorar la salud y no como algo que existe por separado.

El término Recursos Humanos para la Salud, se refiere a todos los que contribuyen a alcanzar los objetivos del sistema de salud, tengan o no adiestramiento formal relacionado con la salud y trabajen o no en el sector organizado de la salud.

El desarrollo de recursos humanos se ocupa de las políticas y planificación y de la gestión, así como de la educación y el adiestramiento.

La eficacia del sistema de salud dependerá en gran parte de la medida en que desarrollen recursos humanos y el desarrollo del sistema de salud se lleve a cabo de forma simultánea y con la coordinación más estrecha posible.

Por otra parte, para referirnos a la investigación científica, es imprescindible partir del hecho de que esta constituye el principal procedimiento de la ciencia para desarrollar y enriquecer su acervo de conocimientos. La investigación es un proceso de carácter creativo que pretende encontrar respuestas a problemas trascendentes, mediante la construcción teórica del objeto de investigación, resumiendo lo antes expresado se puede decir que es el proceso de búsqueda de conocimientos en la ciencia (3).

La investigación científica se puede definir como un tipo particular de actividad que tiene como objetivo, la creación del cuerpo de conocimientos y los métodos de la ciencia. Supone un proceso reflexivo, sistemático, controlado y crítico de su objeto de estudio, basado en el método científico y responde siempre a la búsqueda, planteamiento y solución de los problemas surgidos en la vida de los hombres (3).

En la actualidad, la investigación científica representa un determinante esencial de la velocidad de desarrollo de la sociedad, ya que tiene el apremiante encargo social de contribuir a resolver los problemas de la salud pública y alcanzar indicadores cuantitativa y cualitativamente superiores a través de los planes de capacitación, investigación e innovación que nos permitan transitar de nuestro diagnóstico actual en salud al escenario futuro mediante acciones concretas.

De ahí que potencializar el desarrollo de las investigaciones científicas en el campo de la Salud, sea un objetivo priorizado no solo del Ministerio de la Ciencia y la Innovación Tecnológica en Cuba, sino una prioridad evidente del estado

cubano, que ha invertido cuantiosos recursos en el desarrollo de tecnologías de punta como la Biotecnología, el desarrollo de la industria farmacéutica cubana, la creación y desarrollo de Polos científicos en diferentes partes del país, consciente de que solo el desarrollo científico y tecnológico progresivo puede contribuir de forma vital a que los recursos invertidos en este sentido, generen beneficios en función de la ciencia y de la salud humana.

Como parte de nuestra formación como maestros en economía de la salud, pretendemos mediante la realización de este trabajo, analizar los principales problemas en que puede estar implicada la Economía de la Salud en la formación de recursos humanos y las investigaciones y como la misma puede contribuir a la racionalización y uso más eficaz de los recursos en estos dos aspectos relacionados con el desarrollo del sistema de salud, aspectos por demás costosos, ya que para su desarrollo se requieren de la inversión de recursos financieros crecientes.

OBJETIVO

Identificar los principales problemas de la Economía de la Salud, relacionados con la formación RHS y las investigaciones.

DESARROLLO

El sistema Nacional de Salud en Cuba se ha mantenido, desde su creación a principio de los años 60 en un permanente proceso de reformas (4). Y se plantea que el desarrollo alcanzado por el sector salud en Cuba a partir del proyecto social acometido desde 1959, es uno de los elementos que más ha influido en el mejoramiento de su potencial humano (5).

La formación de RHS fue una de las principales preocupaciones del estado cubano desde los primeros años del triunfo revolucionario, ya que el éxodo de profesionales, técnicos y personal de la salud, obligó a la toma de decisiones importantes para garantizar la salud de la población. La creación del servicio médico rural es considerada como el primer momento trascendente en el avance del Sistema nacional de Salud (5).

Aunque es evidente que la descentralización de la docencia médica a partir de la década del 70 y la creación de la Medicina Comunitaria, fueron sin lugar a dudas

las medidas básicas que le imprimieron el sello propio y que aún conserva el desarrollo de la salud pública Cubana.

En 1959 la formación de médicos y Estomatólogos estaba limitada solamente a la capital del país, la creación y desarrollo de Universidades Médicas en otras provincias, siendo la primera de estas la Escuela de Medicina de Santiago de Cuba en 1963, brindó la posibilidad a miles de jóvenes de estudiar estas especialidades en sus territorios provinciales, de la misma forma se crearon numerosas escuelas de enfermería y de técnicos medios en Salud, hoy agrupadas bajo la denominación de politécnicos de la Salud.

La formación de Recursos Humanos en el país, ha contado con 2 importantes niveles de formación.

La educación pregraduada conocida genéricamente como pregrado.

La educación Post graduada.

Aunque después de 1978 se establece una diferenciación entre los profesionales graduados dentro del Sistema Nacional de Salud y los provenientes del Ministerio de Educación Superior, antes de esa fecha todos los profesionales que nutrían al sector egresaban del MES, en la actualidad en MISAP es el único ministerio en el país que tiene bajo su responsabilidad la formación de los profesionales y técnicos específicos de las ciencias médicas, aunque es imprescindible que otros profesionales y técnicos de las más disímiles especialidades formen parte de lo que en nuestro país se denomina con cariño y admiración ejército de los trabajadores de la salud.

Esos profesionales, técnicos y otros trabajadores, no egresados de los propiamente llamados centros de salud, constituyen una parte importante de los recursos humanos con que cuenta el sector de ahí que la superación de los mismos esté contemplada en los planes de formación de recursos humanos que se desarrollan en la actualidad.

La formación de profesionales en el pregrado en el país se desarrolla en 4 carreras básicas.

Medicina.

Estomatología

Licenciatura en Enfermería.

Licenciatura en tecnología de la Salud.

Dos de ellas se desarrollan en la actualidad todavía en la modalidad de cursos por encuentros (Enfermería y tecnología de la Salud) aunque la enfermería también tiene la modalidad de curso regular, la duración mínima de los estudios es de 5 años y la máxima de 6 años.

A pesar de los más de 40 años de desarrollo de la docencia medica superior en el país, es evidente que existen áreas donde la economía de la salud seria de evidente utilidad para la optimizar la formación de RHS en el pregrado, dentro de ellas consideramos se encuentran:

La creación y aplicación de un sistema de costos específicos para la actividad docente, en la actualidad se conoce el costo de un paciente hospitalizado en una cama de cualquier servicio hospitalario del país, pero no se conoce el costo de una clase practica de Anatomía, de una clase taller de filosofía y salud, de una clase de laboratorio de Bioquímica, ni de una practica de educación en el trabajo de enfermería.

La creación y aplicación también de un sistema de costos por tipos de estudios, para la diferenciación de los mismos en el caso de estudiantes nacionales becados, externos becados, extranjeros de gobierno, pasantías en el pregrado y becados autofinanciados.

La aplicación de métodos económicos que permitan mediante la utilización de los mismos, la optimización de los recursos disponibles, por ejemplo la utilización de estudios de simulación para el estudio de la necesidad de transporte real de una facultad de medicina, del numero de profesores para impartir determinadas asignaturas etc. tomando como base los programas docentes, las matriculas y las resoluciones ministeriales al respecto (resoluciones VAD 5 y 6).

Consideramos que aunque los temas de economía de la salud, se han introducido en la docencia de pregrado, se hace imprescindible un estudio de la necesidad de implementación de la misma o bien con un mayor número de horas dentro de la especialidad de salud publica que solo recibe la carrera de medicina o dentro de la especialidad de filosofía y salud, pero es evidente que debe implementarse en las 4 carreras, lo ideal seria que se impartiera como una asignatura independiente de filosofía y de salud publica, ya que no se puede implementar un pensamiento económico en profesionales que en su formación no han recibido las herramientas básicas de una cultura económica.

Es vital también la aplicación de la economía de la salud para la planificación y la gestión de los recursos humanos a formar, sin una visión económica del proceso de planificación y gestión no existe una visión real de los recursos que se deben invertir para lograr recursos humanos altamente preparados, integrales y eficientes.

Con relación al post grado la posible aplicación de la economía de la salud es aún mayor. En nuestro país se desarrollan un total de 38 especialidades medicas, para la formación de especialistas se invierten cuantiosos recursos materiales y humanos, el uso eficiente e inteligente de los mismos constituye un verdadero reto económico, en la enseñanza post graduada la economía de la salud tiene un terreno virgen de investigación que debe ser abordado:

Se hace imprescindible el estudio y la investigación de los costos de las diferentes especialidades medicas y estomatológicas la pregunta seria ¿Cuanto cuesta formar un especialista de primer grado en MGI, en Cirugía general, en Medicina interna? ¿Cuánto se invierte en la especialización?

Una vez identificados los aspectos anteriores es imprescindible también la cuantificación de los beneficios, la utilidad y la eficiencia que aporta al sistema de salud dicha especialización, no basta conocer como o cuanto invertimos sino también que beneficios se obtienen a partir de esa inversión.

Para el desarrollo de la FRH en post grado es imprescindible la introducción de los elementos de economía de la salud en todas las especialidades medicas y estomatológicas, cualquier especialista debe conocer como utilizar más eficientemente los recursos de que dispone, hay que generar un pensamiento económico a la hora de la toma de decisiones en salud, hasta ahora la visión y preparación de numerosas especialidades está limitada hacia una visión clínico epidemiológica de los problemas de salud faltando siempre por lo general la visión económica, la cual se interpreta como una realidad que nos golpea y no como un reto a asumir y resolver desde cada una de nuestras especialidades, para esto se necesita formación gerencial y económica básica.

El post grado además de la vertiente de especialización contempla la actividad de perfeccionamiento de los recursos humanos. En Cuba desde hace varios se ha introducido el sistema de créditos académicos, para la regulación y control del perfeccionamiento de los RHS, los estudios e investigaciones económicas dentro del perfeccionamiento son prácticamente inexistente planteémonos algunas

interrogantes que sería interesante abordar por solo poner algunos ejemplos, ¿Qué es más económico un diplomado presencial a tiempo completo o a tiempo parcial o una educación a distancia?, ¿Cuánto debemos invertir y que beneficios se obtendrán en la asistencia, la docencia y las investigaciones si se alcanza un 30 % de masters, un 50 % de diplomantes y un 15 % de doctores dentro de una institución de salud del nivel secundario o primario?. Son múltiples las posibles aplicaciones de la economía de la salud en la labor de perfeccionamiento de los RHS actuales y por formar.

Es evidente que las posibles aplicaciones de la economía de la Salud en la formación de RHS son muy variadas y todavía no abordadas, ni exploradas en nuestra realidad actual. La OMS consideró que existen 3 componentes básicos en el proceso de desarrollo de los RHS estos son (1):

La planificación del personal de Salud.

La producción del personal de salud.

La Gestión del personal de salud.

La planificación de personal de salud incluye:

Las necesidades de personal de salud.

La disponibilidad.

El perfil de los cargos.

Las tasas de abandono.

La evaluación de las necesidades de la comunidad.

La evaluación de recursos.

La producción de personal de salud, incluye:

Las necesidades de dotación de personal en las instituciones de enseñanza.

La capacidad de formación de estas instituciones.

Los grupos posibles de participantes en el adiestramiento.

Las tasas de deserción de los programas de adiestramiento, y la disponibilidad de programas de educación continúa.

Datos de las investigaciones sobre la eficacia del adiestramiento.

La gestión de personal de salud incluye:

Las tradicionales fichas de datos, información sobre nombramientos, transferencias, licencias, ascensos y jubilaciones.

La información necesaria para intensificar la motivación por el trabajo que incluye, las tendencias de distribución, desempeño, utilización y expectativas del personal, alcance y contenido de las visitas de supervisión y satisfacción de los trabajadores.

La verificación de la eficacia del personal, con inclusión de datos sobre la calidad del trabajo y la actitud de la comunidad hacia el personal de salud, comprendida la satisfacción con el desempeño personal.

Se hace evidente que si estos son los componentes básicos del proceso de desarrollo de RHS en casi la totalidad de los mismos la economía de la salud tiene importantes aportes que realizar, problemas por resolver, e investigaciones por emprender.

Con relación a las investigaciones científicas, en lo referente a la economía de la salud, existen en el país dos programas ramales del MINSAP en los cuales se insertan, fundamentalmente las investigaciones en este campo:

Las Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS).

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETES).

Las ISSS tienen como meta:

Mejorar la salud de la comunidad perfeccionando el desarrollo y la eficacia del Sistema de Salud como parte del proceso de desarrollo socioeconómico.

Su Objetivo es: Proporcionar a todos los niveles de administradores de salud y a los líderes de la comunidad, la información pertinente para adoptar decisiones respecto a los problemas con los que se enfrentan.

El interés en las ISSS no se limita a los científicos, sino que es fundamental, el componente de participación de: Responsables de las políticas, administradores de los servicios de salud, los proveedores de atención de salud y la propia comunidad (o sea, todos los que están directamente interesados en un problema particular de salud). De ahí que sus principales directrices sean:

Dirigida a problemas prioritarios.

Orientada a la acción y formulación de soluciones.

Integradora, multidisciplinaria.

Participativa.

Oportuna.

Sencillo (diseños sencillos, efectivos y a corto plazo con rigor.

Buena relación costo – eficiencia.

Clara en la presentación de los resultados (formato de Plan de medidas correctoras, útiles para los administradores, dirigentes y la comunidad).

Evaluadora (de las decisiones adoptadas que influyen en la mejora de la salud y los servicios).

Los criterios para asignar prioridad a un problema de investigación se basan en:

La Pertinencia.

Ausencia de duplicación.

Viabilidad.

Asentimiento político.

Posibilidad de aplicación.

Urgencia de los datos necesarios.

Asentimiento moral.

Las principales limitaciones en el desarrollo de las ISSS son:

Incomprensión, apreciación inadecuada o no utilización de la información que se obtiene de las mismas.

Incapacidad de los investigadores de dirigir la investigación a los problemas prioritarios y promover su utilización.

Falta de mecanismos organizativos en apoyo del desarrollo de las ISSS.

La Evaluación de Tecnologías sanitarias (ETES), es la forma integral de investigar las consecuencias técnicas (casi siempre clínicas), sociales, económicas, éticas y legales que se producen a corto o largo plazo, así los efectos directos e indirectos, tanto deseados como no deseados, derivados del uso de una Tecnología Sanitaria.

Constituye un nuevo campo de Investigación de base científica y de carácter multidisciplinario que se ha ido consolidando en las últimas tres décadas en los países desarrollados, y más recientemente ha ido emergiendo como un poderoso instrumento para la adopción de decisiones racionales; de ahí se infiere que su objetivo es presentar información para contribuir a la toma de decisiones en la práctica clínica y en las políticas de salud, que incluyen la planificación de los gastos y administración y gestión de los recursos sanitarios, con óptima asignación de los mismos, ya sean tecnológicos, asistenciales o de investigación y desarrollo (I + D).

Por tanto, la ETES representa una estrategia de análisis cuya función es la formulación de recomendaciones para la salud pública a través de la Medicina Basada en la Evidencia Científica (MBEC) en términos de: Eficacia, seguridad, efectividad, eficiencia, equidad, necesidad, idoneidad e impacto económico y social de tecnologías específicas.

Aunque el término ETES surgió en 1965 y el primer informe sobre el tema se publicó en 1976, en nuestro país se creó el Departamento Nacional de ETES en 1996, subordinado a la Dirección Nacional de Ciencia y Técnica del MINSAP y está conformado por: órganos regulatorios, Hospital Hermanos Ameijeiras, La ENSAP, CDF, ISCM – H y el ISCM – SC y otros.

Hoy la ETES es una prioridad investigativa, en los diferentes niveles del SNS y dentro de ella, la Evaluación Económica en Salud, es otro reto importante que se viene desarrollando en el país y que consiste en el análisis comparativo de los costos y consecuencias de diferentes alternativas o cursos de actuación, lo que suministra información clave para priorizar la asignación de recursos, de ahí, la utilidad de medir la eficiencia con sus cuatro formas de análisis.

Las principales prioridades de la Investigación en el campo de la Economía de la Salud comprenden:

Organización, desarrollo y fortalecimiento de la Evaluación Económica en el SNS a partir del grupo Nacional y la extensión a todo el país de estos grupos y sus funciones.

Costos en Salud como herramienta de la gerencia.

CONCLUSIONES

La Economía de la Salud brinda importantes posibilidades de aplicación a los 3 componentes básicos en el proceso de desarrollo de los RHS:

La planificación del personal de Salud.

La producción del personal de salud.

La Gestión del personal de salud.

2. Existen en el país dos programas Ramales del MINSAP donde se insertan fundamentalmente las investigaciones en la Economía de la Salud: las ISSS y la ETES.

BIBLIOGRAFIA

La función de la investigación y de los sistemas de información en la adopción de decisiones relativas al desarrollo de Recursos Humanos para la Salud. Informe de grupo de Estudios de la OMS. Serie de Informes Técnicos 802, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1990.

Cuestas Santos A. Tecnología de la Gestión de Recursos Humanos. Editorial Academia. La Habana 1999.

Dossier del Modulo Investigaciones en Salud. Maestría de Economía de la Salud. ENSAP. La Habana 2002.

Cardenas Rodríguez J. Cosme Casulo. Eficiencia en la atención primaria de salud. Serie desarrollo de la representación OPS- OMS Cuba, No 24- 2000. Ciudad de la Habana 2000.

Cardenas Rodríguez J. Cosme Casulo. Economía y Salud concepto, retos y estrategias. Serie desarrollo de la representación OPS- OMS Cuba, No 22- 1999. Ciudad de la Habana 1999.

Alcance y Aplicación de la Economía de la Salud. Serie desarrollo de la representación OPS- OMS Cuba, No 24- 2001. Ciudad de la Habana 2001.

ANEXO III

LEY 23660/61

DESREGULACION DE OBRAS SOCIALES

Art. 8°-Quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público de los poderes Ejecutivo y Judicial de la Nación, en las universidades nacionales o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur;
- b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

Art. 9°-Quedan también incluidos en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años; no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional; comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;
- b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación. La Dirección Nacional de Obras sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1,5 %) por cada una de las personas que se incluyan.

Art. 10.-El carácter de beneficiario otorgado en el inc. a) del art. 8º y en los incs. a) y b) del art. 9º de esta ley subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador, con las siguientes salvedades:

a) En caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores que se hubieran desempeñado en forma continuada durante más de tres (3) meses mantendrán su calidad de beneficiarios durante un período de tres (3) meses, contados de su distracto, sin obligación de efectuar aportes;

b) En caso de interrupción del trabajo por causa de accidente o enfermedad inculpable, el trabajador mantendrá su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración, sin obligación de efectuar aportes;

c) En caso de suspensión del trabajador sin goce de remuneración, éste mantendrá su carácter de beneficiario durante un período de tres (3) meses. Si la suspensión se prolongare más allá de dicho plazo, podrá optar por continuar manteniendo ese carácter, cumpliendo con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador;

d) En caso de licencia sin goce de remuneración por razones particulares del trabajador, éste podrá optar por mantener durante el lapso de la licencia la calidad de beneficiario cumpliendo con las obligaciones de aportes a su cargo y contribución a cargo del empleador;

e) Los trabajadores de temporada podrán optar por mantener el carácter de beneficiarios durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo cumpliendo durante ese período con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley. Este derecho cesará a partir del momento en que, en razón de otro contrato de trabajo, pasen a ser beneficiarios titulares en los términos previstos en el art. 8º inc. a) de la presente ley;

f) En caso que el trabajador deba prestar servicio militar obligatorio por llamado ordinario, movilización o convocatorias especiales, durante el período que aquél no perciba remuneración por esta causa mantendrá la calidad de beneficiario titular, sin obligación de efectuar aportes;

9) La mujer que quedare en situación de excedencia podrá optar por mantener su calidad de beneficiaria durante el período de la misma, cumpliendo con las

obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la presente ley;

h) En caso de muerte del trabajador, los integrantes de su grupo familiar primario mantendrán el carácter de beneficiarios, por el plazo y en las condiciones del inc. a) de este artículo. Una vez vencido dicho plazo podrán optar por continuar en ese carácter, cumpliendo con los aportes y contribuciones que hubieren correspondido al beneficiario titular. Este derecho cesará a partir del momento en que por cualquier circunstancia adquieran la calidad de beneficiarios titulares prevista en esta ley.

En los supuestos de los incisos precedentes, el mantenimiento de la calidad de beneficiario del trabajador en relación de dependencia se extiende a su respectivo grupo familiar primario.

La autoridad de aplicación estará facultada para resolver los casos no contemplados en este artículo, como también los supuestos y condiciones en que subsistirá el derecho al goce de las prestaciones, derivados de los hechos ocurridos en el período durante el cual el trabajador o su grupo familiar primario revestían la calidad de beneficiarios, pudiendo ampliar los plazos de las coberturas cuando así lo considere

Cabe señalar que para que las entidades puedan cumplir adecuadamente con las prestaciones que por Ley deben brindar (PMO) deberían tener una población de beneficiarios de un tamaño y con características tales que constituya un conjunto de riesgo adecuado. En la actualidad un porcentaje muy significativo de entidades no reúne estas condiciones ya que poseen una población insuficiente en cuanto a número de beneficiarios por lo que se prevé una concentración de las mismas. A partir de esta premisa, surge la idea de gerenciamiento con la misión de que estos organismos no desaparezcan del mercado.

Fuente: Superintendencia de Servicios. www.sssalud.gov.ar

ANEXO IV

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA

Anexo I

Este Programa de Salud se refiere al Conjunto de Prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino, y por sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria.

Este anexo determina la cobertura básica que brindarán los Agentes del Seguro de Salud.

1. Cobertura

1.1. Atención Primaria de la Salud:

Se reafirma el principio de que este Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud la recuperación de la misma y la rehabilitación.

Programas de Prevención Primaria y Secundaria:

Se deberán acordar en colaboración con la autoridad jurisdiccional.

En todos los casos será obligación de los Agentes del Seguro la entrega del listado de personas bajo programa, el cual deberá ser elevado en forma trimestral a la Superintendencia de Servicios de Salud en conjunto con la información requerida en la Resolución 650/97 ANSSAL y modificatorias.

En todos los casos para que un programa de prevención sea reconocido como tal los Agentes del Seguro deberán especificar objetivos, metas, recursos humanos, recursos materiales, guías de atención, mecanismos de evaluación y resultados esperados, los mencionados programas deberán presentarse en la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los Agentes del Seguro de Salud, deberán adaptar los programas de prevención a sus características sociodemográficas particulares, además de los otros planes que consideren procedentes por las características del Agente.

1.1.1. Plan Materno Infantil: Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.

1.1.2. Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas. Esta cobertura comprende:

a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige al resto de este PMO; psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente relacionados con el embarazo y el parto con cobertura al 100%.

b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatólogica de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Deberán cubrirse las consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que ésta figure en el listado de medicamentos esenciales.

c) A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica.

1.1.3. Programas de prevención de cánceres femeninos: en especial de cáncer de mama y cuello uterino, diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas. Siempre con la cobertura de las medicaciones que figuren en los protocolos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Se excluyen de la cobertura todo tipo de tratamientos y/o protocolos de carácter experimental o en fase de prueba.

1.1.4. Odontología preventiva: campos de prevención, fluoración y campañas de Educación para la salud bucal.

2. Atención Secundaria:

Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional.

2.1. Especialidades:

Anatomía Patológica

Anestesiología

Cardiología

Cirugía cardiovascular

Cirugía de cabeza y cuello

Cirugía general

Cirugía infantil

Cirugía plástica reparadora

Cirugía de tórax

Clínica médica

Dermatología

Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia

Magnética y ecografía.

Endocrinología

Infectología

Fisiatría (medicina física y rehabilitación)

Gastroenterología

Geriatría

Ginecología

Hematología

Hemoterapia

Medicina familiar y General

Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento

Nefrología

Neonatología

Neumonología

Neurología

Nutrición
Obstetricia
Oftalmología
Oncología
Ortopedia y traumatología
Otorrinolaringología
Pediatria
Psiquiatria
Reumatología
Terapia intensiva
Urología

2.2. Las prestaciones a brindar son:

Se asegura la consulta en consultorio e internación.

Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.

En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro de \$10 por cada visita.

En todo otro grupo etario donde sea el paciente este imposibilitado de desplazarse quedará a discreción de la auditoria del Agente del Seguro la provisión de Atención programada en domicilio.

2.3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos: todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el anexo II de la presente Resolución, considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

3. Internación:

Se asegura el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria). Todas las prestaciones y prácticas que se detallan en el anexo II se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo, a excepción de lo contemplado en el capítulo que corresponde a salud mental.

4 Salud mental:

4.1. Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de Comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular.

4.2. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil .

Los agentes del seguro propiciarán las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria.

4.3. Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

4.4. Internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucionales u hospital de día. Hasta 30 días por año calendario.

5. Rehabilitación:

Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro de Salud darán cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario. Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario. Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la presente Resolución.

6. Odontología:

6.1. Se asegura la cobertura por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las siguientes prácticas:

1.01 Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento.

Este código incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha odontológica.

1.04 Consulta de urgencia. Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética.

2.01 Obturación de amalgama. Cavity simple.

2.02 Obturación de amalgama. Cavity compuesta o compleja.

2.04 Obturación con tornillo en conducto.

Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental cuando la destrucción coronaria sea mayor que los dos tercios de la distancia intercuspídea. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas. Será reconocida una única vez por pieza tratada.

2.05 Obturación resina autocurado. Cavity simple.

2.06 Obturación resina autocurado. Cavity compuesta o compleja.

2.08 Obturación resina fotocurado sector anterior.

Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares.

2.09 Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores.

3.01 Tratamiento endodóntico en unirradiculares.

3.02 Tratamiento endodóntico en multiradicales.

3.05 Biopulpectomía parcial.

3.06 Necropulpectomía parcial o momificación.

En piezas que por causa técnicamente justificada no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional.

5.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

Está práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año.

5.02 Consulta preventiva. Terapias fluoradas

Incluye Tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios.

5.04 Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.

5.05 Selladores de surcos, fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 15 años en premolares y molares permanentes.

5.06 Aplicación de carioestáticos en piezas dentarias permanentes.

7.01 Consultas de motivación.

Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio.

7.02 Mantenedor de espacio.

Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

7.03 Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

7.04 Tratamientos en dientes temporarios con Formocresol.

Cuando el diente tratado no este próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria.

7.05 Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.

Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad.

7.06 Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

7.07 Protección pulpar directa.

8.01 Consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico.

8.02 Tratamiento de gingivitis.

Comprende tartrectomía, raspaje y alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente.

8.03 Tratamiento de enfermedad periodontal.

Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años.

8.04 Desgaste selectivo o armonización aclusal.

9.01 Radiografía periapical. Técnica de cono corto o largo. Radiografía Bte-Wing.

9.02 Radiografía oclusal.

9.03 Radiografías dentales media seriada: de 5 a 7 películas

9.04 Radiografías dentales seriada: de 8 a 14 películas.

9.05 Pantomografía o radiografía panorámica.

9.06 Estudio cefalométrico.

10.01 Extracción dentaria.

- 10.02 Plástica de comunicación buco-sinusal.
- 10.03 Biopsia por punción o aspiración o escisión.
- 10.04 Alveolectomía estabilizadora.
- 10.05 Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización.
- 10.06 Incisión y drenaje de absesos.
- 10.08 Extracción dentaria en retención mucosa.
- 10.09 Extracción de dientes con retención ósea.
- 10.10 Germectomía.
- 10.11 Liberación de dientes retenidos.
- 10.13 Tratamiento de la osteomielitis.
- 10.14 Extracción de cuerpo extraño.
- 10.15 Alveolectomía correctiva.
- 10.16 Frenectomía.

6.2. El monto de coseguros a pagar será de hasta \$ 4 para niños de hasta 15 años, y para mayores de 65 años. Co-seguro de hasta \$ 7 para aquellos beneficiarios que tienen entre 16 y 64 años.

6.3. Los coseguros serán pagados en donde el Agente del Seguro de Salud lo determine.

7. Medicamentos

7.1. Se asegura la cobertura de los medicamentos en ambulatorio que figuran en el Anexo III de la presente con un 40% de cobertura, conforme al precio de referencia que se explicita en el anexo IV, y en las formas farmacéuticas allí indicadas.

7.2. La cobertura será del 100% en internados.

7.3. Tendrán cobertura al 100% por parte del Agente del Seguro:

Eritropoyetina en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.

Medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados por la Autoridad de aplicación.

7.4. La cobertura de medicación no oncológica, de uso de protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondasetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.(cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida, ifosfamida, dactinomicina D, dacarbazina, doxorubicina, idarrubicina, epirubicina, estreptozotocina, citarabina).

7.5. Tendrán cobertura del 100% con financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución los Programas Especiales de la Administración de Programas Especiales (APE) y los programas comprendidos en leyes de protección de grupos vulnerables.

Sin perjuicio de las normas establecidas en esta Resolución sobre la cobertura en medicamentos, las mismas no podrán introducir limitaciones sobre tratamientos en curso al momento de su puesta en vigencia.

Se mantiene a cargo de los Agentes del Seguro la cobertura de medicamentos establecida en otras normativas vigentes:

Res. 301/99 MsyAS. Cobertura de insulina (100%), antidiabéticos orales (70%) y tirillas reactivas (400 anuales).

Para pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se duplicará la provisión de tirillas para medición de glucemia (autocontrol).

Res.791/99 MsyAS. Cobertura del 100% del mestinón 60 mg. para el tratamiento de la Miastenia Gravis

7.6. Todos los prestadores que brinden servicios a los Agentes del Seguro deberán recetar medicamentos por su nombre genérico, y se aplicarán los mecanismos de sustitución y precios de referencia para establecer la cobertura a cargo del Agente del Seguro.

8. Otras coberturas

8.1. El cuidado paliativo es la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. Los objetivos aquí serán aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. La cobertura estará dada en función del marco general que marca el PMO, es decir que los Agentes del Seguro se encuentran obligados a brindar las prestaciones que se mencionan en los Anexos II y III con un 100% de cobertura.

8.2. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

La cobertura será del 100% siendo requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento. La Auditoría Médica establecerá la modalidad a ser cubierta según la necesidad individual de cada beneficiario.

8.3.1. Se asegura la cobertura de otoamplifonos al 100% en niños de hasta 15 años a fin de garantizar un adecuado nivel de audición que les permita sostener una educación que maximice las potencialidades personales de cada beneficiario.

8.3.2. Con igual criterio que el anterior se asegura la cobertura de anteojos con lentes estándar, en un 100% a niños de hasta 15 años.

8.3.3. Prótesis y ortesis: La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de Colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas, no Reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. El Agente del Seguro deberá proveer las prótesis nacionales según indicación, solo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. La responsabilidad del Agente del Seguro se extingue al momento de la provisión de la prótesis nacional.

8.3.4. Los traslados son parte de la prestación que se realiza. La Auditoria Médica podrá autorizar otros traslados de acuerdo a la necesidad de los beneficiarios.

9. Coseguros

9.1. Las prestaciones cubiertas por los Agentes del Seguro no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en la presente Resolución.

9.2. Están exceptuados del pago de todo tipo de coseguros:

La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a normativa.

Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo parto y puerperio hasta su resolución.

El niño hasta cumplido el año de edad de acuerdo a normativa.

Los pacientes oncológicos de acuerdo a normativa.

Los programas preventivos. Se establece un monto de hasta \$ 4 en concepto de coseguro para todo tipo de consultas médicas en ambulatorio, siendo facultad del Agente del Seguro el cobro del mismo y la la modalidad operativa para su percepción.

Se unifican en un solo valor de hasta \$5 los montos para estudios de alta y baja complejidad.

10. El Programa Médico Obligatorio debe cumplir con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

11. El Programa Médico Obligatorio debe cumplir con el Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) en el ámbito de la Seguridad Social (según marca el Decreto 865/2000) a fin de garantizar la salud de la población en especial en emergencias sociales como la presente en donde el número de personas vulnerables a enfermedades transmisibles y no transmisibles puede aumentar.

Fuente: Boletín informativo OSUNER - Agosto de 2004