Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

1998

Estudio preliminar para la creación de un departamento de servicio social en la delegación del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) de la ciudad de Mar del Plata

Pereira, María Silvana

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/644

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Departamento de Servicio Social

TRABAJO FINAL:

"Estudio preliminar para la creación de un departamento de Servicio social en la delegación del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) de la ciudad de Mar del Plata".

Alumnos: María Silvana Pereira

César Octavio Gordillo

Profesor Guía: Lic. Amelia Dell Anno

Marzo 1998

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 1037
Signatura top
Vol
Ejemplar: 2
Universidad Nacional de Mar del Plata

"No acepten lo habitual como cosa natural,
pues en tiempo de confusión desorganizada
nada debe parecer imposible de cambiar".

Bertold bretch

Agradecimientos

Nuestro mayor agradecimiento está dirigido a la profesora y Licenciada Amelia Dell Anno por su desinteresada colaboración y por los tiempos dedicados pera que este trabajo pudiera realizarse.

También agradecemos a todos aquellos que aportaron su grano de arena para que esta tesis se fuera concretando.

A nustras familias y seres queridos que nos acompañaron y apoyaron durante toda la carrera.

Al Todopoderoso que nos sigue marcando el camino en la lucha por la igualdad de los Hombres.

A mis dos tesoros Lautaro y Santiago.

Silvana

A Ariana mi principal motor de vida.

César

INDICE

ÍNDICE

PRIMERA PARTE

PRESENTACIÓN *1*

INTRODUCCIÓN *3*

OBJETIVOS *7*

MARCO TEÓRICO *9*

SEGUNDA PARTE

DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO OBRA MÉDICO ASISTENCIAL (I.O.M.A.) *52*

Departamento de Servicio Social en Sede Central *63*

Delegación del I.O.M.A. en MardelPlata *67*

TERCERA PARTE

TRABAJO DE CAMPO *81*

CUARTA PARTE

CONCLUSIONES *91*

CONSIDERACIONES FINALES *99*

ANEXOS *102*

BIBLIOGRAFÍA *109*

PRIMERA PARTE

"Los cantos más fuertes y más dulces
aún estan por ser cantados".

Walt Whitman

PRESENTACION

Con el presente trabajo nuestra intención es poder realizar un aporte mediante el análisis de la realidad social que deben vivenciar los afiliados a la segunda Obra Social del país como lo es el Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.).

La idea central está basada en la elaboración de lineamientos que permitan considerar la posible inserción del Servicio Social en este Instituto.

Ante la actual crisis del Sistema de Salud a nivel estructural y sus consecuentes efectos en la reorganización de las Obras Sociales, con las nuevas leyes y decretos de desregulación; se cree conveniente analizar la repercusión de estos temas en la "cobertura básica" que este Instituto debe brindar a sus afiliados y como resuelve las situaciones de Salud que generalmente derivan de problemáticas Sociales.

Se realiza un estudio exploratorio descriptivo con énfasis en modalidades cualitativas, organizándose el trabajo de la siguiente manera:

En la **primera parte** se desarrolla la *Presentación*: donde se explica la temática elegida y las distintas etapas que se atravesaron; la *Introducción*: en la cual se exponen los motivos y vivencias que justifican la elección de esta problemática y el *Marco Teórico*: donde se procede a la conceptualización de Hombre, Necesidades Básicas, Seguridad Social, Sistema de Salud, Obras Sociales, Cobertura, Desregulación de Obras Sociales y se define al Servicio Social y sus implicancias.

En la **segunda parte** se describe a la Obra Social respecto a su estructura y funcionamiento y se hace referencia a las funciones del Servicio Social en la Sede Central.

En la **tercera parte** se lleva a cabo el trabajo de campo mediante la realización de entrevistas a informantes calificados con la consiguiente sistematización de los datos recogidos.

En la **cuarta parte** se incluyen las conclusiones derivadas de la interpretación de la información obtenida y las consideraciones finales donde se esbozan lineamientos que contienen elementos que permiten considerar la posible inserción del Servicio Social en esta Obra Social.

INTRODUCCION

Los autores de la presente Tesis, Pereira María Silvana y Gordillo César Octavio, han decidido fundamentar este trabajo tomando como punto de partida, la experiencia obtenida a través de una práctica rentada que ambos realizaron en el INSTITUTO de OBRA MEDICO ASISTENCIAL (I.O.M.A.) en el período comprendido entre los años 1990-1995.

Este Instituto, constituído como ente autárquico, y considerado como la Obra Social Provincial que mayor cantidad de afiliados reúne (1.200.000 afiliados, teniendo en cuenta las afiliaciones obligatorias y voluntarias[1]), posee una estructura interna con peculiares características que se detallarán durante el desarrollo de este trabajo.

Se pretende reflexionar, detenerse un tiempo para investigar cómo se trabaja en el área salud, donde sin duda se pone en juego lo vital, lo existencial.

Es entonces cuando partimos hacia la concepción del Servicio Social, cuando necesitamos acercarnos a la formación académica recibida, para sustentar que al encontrarnos cara a cara con el sufrimiento, debe movilizarse, no sólo la eficiencia profesional sino también el reconocimiento de la dignidad humana.

"Nosotros pensamos que ha llegado el momento de que la profesión asuma efectivamente el **compromiso social** de constituirse en un elemento eficiente en la construcción de mejoras y transformaciones sociales. Un pensamiento y una acción volcados hacia el presente y el futuro de la sociedad".([2])

Es difícil obtener desde el Estado propuestas que permitan alcanzar índices crecientes de bienestar social. Es desde allí donde surge esta idea,

---

[1] Dr. Naccarato Roberto. Director General de Prestaciones. En entrevista del Consultor de Salud Nº 86. 25/02/1994.

[2] Di Carlo Enrique. "Servicio Social y Siencias Sociales". Tribuna Libre. Revista de Servicio Social. Año 1 . Nro1 Bs. As. Oct. 1985.

canalizar los verdaderos intereses y necesidades de todos los que son afiliados a esta Obra Social, que a su vez, forma parte de un sistema más amplio como lo es el de Salud y Seguridad Social, remitiendo en última instancia a la sociedad como un todo, donde para introducir cambios hay que enfrentarse a resistencias y estructuras establecidas.

La iniciativa surge con el anhelo de ahondar en el conocimiento existente en la actualidad sobre el funcionamiento y estructura de una Obra Social. Conocer cuál es su modalidad de trabajo y cuáles son las expectativas e intereses de sus afiliados, ver y analizar dentro de qué marco o contexto se desenvuelve y cómo es el desempeño de los profesionales y del resto del personal que de ella forman parte.

¿Cuáles son los criterios prevalentes?. ¿Cómo se reflejan en la organización de los servicios?. ¿Existe un enfoque de la atención de la salud exclusivamente desde una perspectiva médica?. ¿Existe una intervención del Servicio Social?.

Al respecto, el interés central del trabajo, estaría en poder demostrar la importancia del **Servicio Social** y la necesidad de integrar la labor profesional del **Trabajador Social** con los aspectos sanitarios, que afectan al hombre en su totalidad.

En su Sede Central (La Plata) el I.O.M.A. posee un Departamento de Servicio Social que interviene a solicitud de la Dirección General de Prestaciones en determinados casos. En la ciudad de Mar del Plata, el Instituto no incluye en su plantel de profesionales a Trabajadores Sociales.

Es así que, funciones específicas inherentes al Servicio Social son llevadas a cabo por otros profesionales o personal administrativo que se considere idóneo.

A partir de esto surge la intención de poder elaborar una propuesta que permita abrir a esta profesión un campo donde se puedan desarrollar las competencias profesionales.

El **área** sería Salud y Seguridad Social y el **ámbito** concreto una Obra Social.

El presente trabajo surge de la necesidad sentida por los autores de reflejar la realidad vivenciada por los mismos en el Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A) durante los años de pasantía.

A través de la práctica realizada, se ha comprobado que, en algunas oportunidades, el vínculo médico-afiliado se ve deteriorado por el desconocimiento que el médico tiene de las distintas realidades sociales que pueden rodear al individuo.

Se manifiesta entonces, interés por analizar el trato y la posible repercusión en los individuos que requieren una atención específica en Salud, y cómo es enfocado este problema desde una Institución destinada a ese fin.

Los autores destacan fundamentalmente estas situaciones, por considerar que muchos casos, trascienden el área Salud, llegando a cubrir otros aspectos que, al no ser tenidos en cuenta, pueden actuar como condicionantes que impiden la resolución del problema.

Otro punto a indagar sería el relacionado con el plantel de profesionales que asume la tarea de atención del afiliado que se encuentra atravesando determinada situación.

Si el individuo es atendido sólo desde el ámbito médico, se puede incurrir en dejar de lado su aspecto psico-social, sin dar cuenta de su ser en totalidad.

Al no abordarse la **situación social** del usuario, esto puede traer aparejado consecuencias negativas que van en perjuicio no sólo de éste sino también de la misma Obra Social.

Es decir, al no contemplarse la **problemática social** se dejan de lado numerosos aspectos. Se desconoce por ejemplo si el afiliado puede afrontar los tratamientos prescriptos por el médico y también, si tiene conocimiento de los estudios de rutina de prevención primaria que la Institución le ofrece. Por lo tanto, esto puede redundar en que ésta deba invertir mayor cantidad de recursos para enfrentar estas consecuencias que agravan la situación y no facilitan la recuperación ni la contención del paciente.

Ante estas perspectivas y advirtiendo la necesidad que este Instituto tiene de contar con profesionales que se desenvuelvan a partir de una actitud científica aunada a un rol humanizador, se decide investigar la posibilidad de creación en esta Obra Social de un **Departamento de Servicio Social**

OBJETIVOS

Para abordar el estudio de este tema se plantearon los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la posibilidad de inserción del SERVICIO SOCIAL dentro del Instituto Obra Médico Asistencial (I.O.M.A) y proponer lineamientos generales para su implementación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

* Describir la estructura administrativa y organizativa del Instituto Obra Médico Asistencial (I.O.M.A) de la ciudad de Mar del Plata.

* Conocer las funciones y actividades desarrolladas por el **Servicio Social** de Sede Central La Plata.

* Explorar las necesidades y expectativas de cobertura de los afiliados.

* Elaborar una propuesta alternativa para la implementación del **Servicio Social** en la delegación del I.O.M.A. de la ciudad de Mar del Plata.

MARCO TEORICO

Para poder avanzar en el desarrollo del siguiente trabajo, resulta prioritario, a manera de encuadre, definir conceptos que permitan ir caracterizando los diferentes aspectos que se van a ir tratando para poder ir ubicándose en el contexto que lleva al tema central.

Como punto de partida se cree indispensable llegar a una definición de **Hombre**, sujeto y a la vez objeto esencial de la labor profesional.

Dice Víctor Frankl[3] :

"El ser humano es único", haciendo mención a la vida propia de cada uno, a la cual uno agrega su unicidad.

"El ser humano es irrepetible", cada persona tiene su propia existencia, no estamos hechos en serie, cada uno vive sus propios momentos una sola vez.

"El ser humano está llamado a la libertad", haciendo referencia a que todo hombre posee libertad y puede hacer uso de ella, aunque ésta no es absoluta, presenta condicionamientos, la libertad estaría en la actitud que asume el individuo frente a ellos.

"El ser humano está llamado a la responsabilidad", esto alude a las elecciones que el hombre realiza en base a la libertad que posee. Se debe ser responsable de todos los actos.

"El ser humano está llamado a buscar un sentido a su vida", respecto a que el individuo debe descubrirlo por sí mismo, el desafío es encontrarlo. Cada persona debe buscarlo a partir de sus propias experiencias.

Según Víctor Frankl:

"Preguntar por el sentido, buscarlo en tareas concretas y realizar valores, es ser plenamente **Hombres**".

[3] Frankl Victor E. "Psicoanalisis y Existencialismo". Fondo de Cultura Económica S.A. México. 2ª Edición. 1978.

La idea consiste en considerar al hombre como ser unitario, como ser integral.

Es importante tomar al ser humano como único e irrepetible y con la tarea fundamental de hacerse responsable de su propia vida.

La concepción de **Hombre** a la que se hace referencia en el presente trabajo se basa en las siguientes características. Se remiten principalmente a la indivisibilidad del ser humano y en su consideración en base a esta particularidad. El reconocimiento del individuo como un todo global, único, un cuerpo-mente con aspectos físicos y también psíquicos.

Luego de haber definido al **Hombre,** se hace menester conocer e indagar acerca de sus **necesidades**. Cuáles son las **necesidades básicas** que el individuo posee y debe satisfacer para poder sobrevivir.

Se considera oportuno tener en cuenta el tema de **necesidades** para poder llegar a tratar entre ellas, la **necesidad de seguridad** que posee el hombre y su consiguiente correlato con la cobertura brindada por la sociedad para cubrir este aspecto tan definido que hace al desarrollo y equilibrio del ser humano.

Todo individuo tiene **necesidades básicas**.
Se postula que la satisfacción de las mismas da lugar a una mayor armonía interior y a mejores resultados en las adquisiciones que la persona realice.

Desde que nace, el individuo necesita estímulos ambientales para cubrir las necesidades más básicas. El hombre ha sido concebido con múltiples potencialidades a desarrollar, pero sólo lo harán aquéllas que sean estimuladas.

Los seres vivos no son completos y para poder llenar los vacíos que poseen necesitan constantemente aportes del medio.

La necesidad está representada por la búsqueda activa para cubrir estos espacios.

Se la puede definir como el impulso que lleva al hombre a actuar para poder resolver las carencias de lo fundamental para la vida.

Para que se produzca un desarrollo armónico de la personalidad, debe lograrse la satisfacción total de las **necesidades básicas**.

Las **necesidades**, a su vez, pueden clasificarse en:

- Básicas o primarias: indispensables para la consecución de la sobrevivencia.
- Secundarias: de origen sólo externo y que cumplen una función social.

Según Abraham Maslow, si las **necesidades básicas** no están satisfechas sobreviene la patología; para él la enfermedad es consecuencia de la ausencia de satisfacción; sólo a través de la satisfacción se logra la curación.

Para que la personalidad se desarrolle de manera adecuada, el medio ambiente debe satisfacer en forma constante y plenamente las **necesidades básicas** del individuo.

Estas deben ser satisfechas cada vez que se manifiestan, en el grado y en el momento justo.

La forma en que las **necesidades** se expresan tiene que ver con la historia, la cultura, los referentes sociales, las condiciones económicas, las estrategias de vida y las relaciones que se establecen con el medio circundante.

Primero surgieron las **necesidades** de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio y creación, después surgió la necesidad de identidad y, mucho después, la de libertad.

Dentro de las **necesidades básicas**, se pueden distinguir dos grupos:

- Las de completamiento o deficitarias: que son aquéllas en las cuales el medio debe aportar específicamente algo, y hace referencia a la pertenencia, seguridad, afecto, compañía, aceptación, valoración y conocimiento.
- Las de desarrollo: donde se debe brindar un espacio para que puedan surgir. Son las de expresión, autodefensa, autoafirmación, maduración y expansión.

En este intento se abocará a las necesidades del primer grupo, o sea, las de **completamiento o deficitarias**. Específicamente se tratará la **necesidad de seguridad**. Se analizará cuáles son los componentes que esta **necesidad** requiere y desde dónde y de qué manera debe ser restituída para que el ser humano alcance su completo y equilibrado desarrollo.

La **seguridad** hace referencia al sentimiento de protección, ayuda y cuidado que debe brindar la comunidad. Forma parte de una de las tantas entregas sociales que se deben otorgar por parte del medio en el cual se vive. Lo que interesa es que exista un entorno tal que el individuo sienta **seguridad.**

Para algunos autores ya desde temprana edad se puede hablar de una necesidad de **seguridad** básica, original, que siente el niño por su madre, indicando acogimiento, amparo, sostén.

Todos los sujetos pertenecen a un mundo, a una red continente que los sostiene. Esta red está en constante cambio. Dentro de ella el hombre busca el equilibrio, desde el principio de su vida hasta el final. Que responda o no a las necesidades de éste es una de las formas de sentir la **seguridad**.

SEGURIDAD SOCIAL

La **seguridad social** propiamente dicha y reconocida como **derecho**, surge a fines del siglo pasado (1883-1889) con Bismarck en Alemania.([4]) Esta concepción está vinculada con el derecho que cada hombre tiene dentro de la sociedad a ser socorrido cuando no puede satisfacer una necesidad vital. Comienza a desarrollarse después de la Primera Guerra Mundial. Tuvo particular impulso en la década del cuarenta quedando incorporada a normas y documentos internacionales.

Según la Declaración de Filadelfia producida en la Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, que se realizó en 1944, se establece que "**seguridad social** engloba el conjunto de medidas adoptadas por la sociedad con el fin de garantizar a todos los miembros, por medio de una organización apropiada, una protección suficiente contra diversos riesgos a los cuales se hallan expuestos".([5])

En el artículo 22 de La Declaración Universal de Los Derechos del Hombre, aprobada por La Asamblea General de las Naciones Unidas (París, 1948) dice: "Toda persona, como miembro de la sociedad tiene derecho a la **seguridad social** y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, la satisfacción a su dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado".([6])

La **seguridad social** es una respuesta que dan determinados gremios o sectores de la población o autoridades gubernamentales, al riesgo del ser

---

[4] Profesor Joaquin Vergés. "Que es la Seguridad Social". Editorial La Goya Ciencia. Barcelona 1977.

[5] Bruno Mirta R. "Instituto de Obra Médico Asistencial" Origen y creación Primera parte.1993 Biblioteca del I.O.M.A. La Plata. 1993.

[6] Bruno Mirta Raquel. Obra citada.

humano al perder su ingreso y con ello deteriorar su nivel de vida y el de su familia. Este riesgo está configurado por la presencia de acontecimientos previstos e imprevistos que hacen perder la capacidad de generar ingresos al jefe de familia y que redundan en perjuicio para él y para el grupo que de él depende.

La forma de atenuar o paliar la presencia de acontecimientos que deterioran el nivel de vida del ser humano y de la familia que éste integra, dio origen a los distintos tipos de cobertura de la **seguridad social** .

Su nacimiento se produjo en Europa pero no tarda en llegar a América Latina. En nuestro país se introduce por primera vez con la Reforma de 1949. Aparece así en la Constitución Nacional dentro de los derechos especiales del trabajador, los cuales se fundamentan en el artículo 14 bis de la misma, y dice así: "... El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de trabajo, jornada limitada, vacaciones y descanso pagados, retribución justa, salario mínimo vital móvil, igual remuneración por igual tarea, participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y la colaboración en la dirección, protección contra el despido arbitrario, estabilidad del empleado público, organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial..."([7])

El Estado otorgará los beneficios de la **seguridad social**, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el **seguro social** obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administrada por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir

[7] Constutución Nacional. Art. 14 bís.

superposición de aportes, jubilaciones y pensiones móviles, la protección integral de la familia, la defensa del bien de familia, la compensación económica nacional y el acceso a una vivienda digna".([8])

En un principio los sujetos de la **seguridad social** fueron los más necesitados, luego los trabajadores en relación de dependencia y posteriormente todos los seres humanos, por lo que se ha llamado **derecho** de la **seguridad social** .

Según la definición formulada por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.): "Se trata de un sistema integral de protección contra los riesgos sociales que abarca los seguros sociales, las asignaciones familiares, la asistencia social y los programas públicos de cuidado de la salud o sistemas nacionales de salud".([9])

La **seguridad social** tiene como principal objetivo proteger al ser humano de las vicisitudes que la vida le presenta a diario: enfermedad, incapacidad, desempleo, abandono, pobreza, vejez, etc.
En general está relacionada con el desarrollo de la dinámica social y es afectada por los fenómenos políticos, económicos y sociales.

En cambio los **seguros sociales** se refieren específicamente a pensiones por invalidez, vejez y muerte, la atención médico-hospitalaria, las prestaciones monetarias por enfermedad y maternidad y las prestaciones por desempleo.

Los **seguros sociales** se financian a través de contribuciones porcentuales sobre la nómina salarial, que aportan los asalariados, los patrones, y a veces el Estado, como patrono de sus empleados.

---

[8] Constitución Nacional. Art. 14 bís.

[9] Organizacíon Panamericana de Salud. "Las condiciones de Salud en las Americas. Vol. 1 año 1996 . cap 6.

Debido a los problemas económicos existentes en la actualidad, las instituciones de Salud se están enfrentando a una mayor demanda de servicios, a costos elevados, y como los recursos no crecen proporcionalmente, se acude con mayor frecuencia a los **seguros sociales** para que den respuesta a estas necesidades.

La **seguridad social** es el nombre moderno que se le dio al conjunto de medidas legislativas que han ido configurando los diferentes **seguros sociales** de cada país. Estos **seguros** en muchos casos son la continuación de los sistemas de previsión tradicionales que desde la etapa gremial se han venido desarrollando.

A través de los **seguros sociales** el Estado establece un sistema de compensación económica que garantiza un mínimo de seguridad al trabajador asalariado en caso de inconvenientes o retiro.

Vendría a ser una conquista de las clases trabajadoras, una concesión a que se ha obligado al Estado, la garantía, hasta cierto punto, contra la inseguridad económica, mantiene unos ciertos ingresos mientras está de baja, ofrece servicios médicos y medicamentos gratuitos en caso de enfermedad, garantiza una cierta pensión al jubilarse.

Los **seguros sociales** ofrecen cobertura mínima frente a esta serie de situaciones([10]):

Enfermedad

Maternidad

Accidente de trabajo o enfermedad profesional

Invalidez

Jubilación

[10] Joaquín Vergés.Ob. citada

Defunción (y sus consecuencias: viudez, orfandad, etc.).

Desempleo

Propiamente la necesidad de **seguridad** puede decirse que nace frente a los numerosos problemas sociales que no pueden resolverse ni siquiera a través de instituciones como la familia, la Iglesia o la comunidad, es así como surge la motivación por crear un sistema de **servicios sociales** más amplio.

La sociedad humana siempre se ha enfrentado a la pobreza, a la enfermedad, al sufrimiento, a los desajustes sociales, éstas son necesidades que los pueblos asumieron la responsabilidad de satisfacer.

Sucede que con el transcurso del tiempo, la magnitud de los problemas sociales hizo necesaria una organización.

Es así como, desde la iniciativa pública y privada surgieron los **servicios sociales** para los necesitados.

Se crean numerosos instrumentos para investigar las causas de la pobreza, las enfermedades, la insatisfacción. Se trata de brindar **seguridad social** teniendo como objetivo general resolver o aliviar los problemas sociales.

La sociedad es la encargada de ir proporcionando programas de protección, a los cuales se les reconoce como **seguridad social**, tratando de paliar con ellos contingencias tales como enfermedad, desempleo, accidentes, invalidez, etc., otorgando de esta manera protección al individuo y a su familia.

DESARROLLO HISTÓRICO de la SEGURIDAD SOCIAL

Para hacer referencia al desarrollo histórico de la **seguridad social** hay que remontarse a la fase final de la Revolución Industrial y a los inicios del Neocapitalismo.

"Diferentes situaciones personales como son las de enfermedad, accidente, maternidad, jubilación, etc., adquieren la dimensión de riesgo como consecuencia de las transformaciones sociales que van ligadas al desarrollo"[11], a esto se le suma cualquier eventualidad que impida al asalariado ceder su tiempo de trabajo, lo que significa pérdida total de sus ingresos.

A estos riesgos se agrega con el tiempo, el de accidente, a causa de la mecanización. Por otra parte, la tendencia a la vida urbana hace que la existencia de niños y ancianos pase a tomar las características de una carga económica para las unidades familiares.

Es así como al cabo de los siglos el hombre busca e intenta protegerse física y económicamente para poder tratar de vivir con dignidad y al resguardo de tales contingencias.

Como antecedentes previos al surgimiento de la **seguridad social** se pueden mencionar:

- El AHORRO: fue la primera forma de previsión individual practicada por el hombre.

[11] Joaquín Vergés. Ob. citada.

- La CARIDAD: considerada una de las primeras fuentes de la **seguridad social**, siendo el Cristianismo quien la convierte en su postulado fundamental.

- La BENEFICENCIA: surge cuando el hombre comprende que aunando esfuerzos puede enfrentar de mejor manera las adversidades, así se forman las sociedades mutualistas y benéficas. Estos primeros organismos llamados "de beneficencia" datan de principios del siglo XIX.

En la Argentina la necesidad de encontrar medios para cubrir las contingencias que sufren los sectores más desprotegidos de la sociedad, lleva a la creación de instituciones privadas, que constituyeron los orígenes de la ayuda solidaria.

- El MUTUALISMO: es el principio básico de la **seguridad social**, por ser una forma ostensible de expresión solidaria.

Las mutualidades se desarrollan primero por procedencia inmigratoria, luego por vínculos relacionados con el ámbito laboral. Se constituye asociaciones, por propia iniciativa o de las autoridades en el caso de los gremios estatales. Se multiplican durante los años treinta. Son el antecedente más inmediato de las Obras Sociales. Se agruparon orgánicamente en el año 1940 creando la Liga Argentina de Entidades Mutualistas.

Se ocupan de una variada gama de problemas generados por las carencias, no sólo de atención médica, sino de la pobreza, la marginación, la desigualdad.

En la década del cuarenta, ya en el gobierno peronista, las sociedades de beneficencia van integrándose paulatinamente a organismos del Estado. Este va tomando injerencia y la sociedad haciéndose cargo de la preservación del conjunto.

FUNCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La función de la Seguridad Social es brindar protección y asume mayor relevancia cuando no se puede obtener un ingreso, como el caso de ancianos o personas con discapacidad, cuando los ingresos resultan insuficientes por causas ajenas al trabajo (nacimiento, crianza de los hijos), cuando surgen contingencias extrañas al trabajo (enfermedades y accidentes no laborables), cuando no ha podido lograrse el establecimiento de una relación de trabajo (desocupados).

OBJETO Y FIN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El objeto de la Seguridad Social reside en el amparo del hombre frente a las necesidades económicas derivadas de las contingencias sociales.

El fin de la misma es garantizar las prestaciones o beneficios, ya sean en dinero o en especie, que permitan mantener la Salud.

INSTRUMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La **Seguridad Social** posee ciertos instrumentos o medios para cubrir las contingencias individuales y colectivas.
Ellos son: La Previsión Personal y La Previsión Social.

- La **Previsión Personal**: A través de los ahorros constituye la forma más antigua y típica de previsión personal, consiste en reducir el consumo actual en vista a una necesidad futura.

En la **Previsión Personal** se debe mencionar la responsabilidad de los empleadores, la misma debe darse en caso de accidentes de trabajo, las enfermedades y el desempleo, con limitaciones y condicionamientos, y los seguros privados, supervisados por el Estado, que se presentan en dos formas, la mutualista o lucrativa-mercantil.

- La **Previsión Social**: Es el conjunto de medidas que sustrae a los trabajadores lo necesario para asegurarles en el porvenir condiciones económicas y sociales adecuadas.

La **Previsión Social** se implementa a través de:

- Los Seguros Sociales.
- Las Cajas de Previsión.
- Las Jubilaciones y Pensiones (hoy nuevo Sistema Integrado Estatal - Privado, con Opción por administración Estatal "Reparto", o administración privada "Capitalización").
- Las Obras Sociales.
- Las Aseguradoras de riesgo de trabajo.
- Los Fondos Nacionales de Desempleo.
- La Caja de Asignaciones Familiares.

PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los principios de la Seguridad Social pueden dividirse en **básicos**: hacen referencia a la filosofía del sistema y **técnicos**: atañen a los modos más convenientes para la implementación de un sistema determinado.

Entre los primeros se encuentra la dignidad del hombre y su libertad, solidaridad y subsidiariedad y entre los segundos, la universalidad, la integralidad, la igualdad y unidad de gestión.

CONTINGENCIAS CUBIERTAS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

La gama de contingencias sociales que cubre la seguridad social es variable de acuerdo a la sociedad en la que se aplica.

El conjunto de las contingencias sociales admite varias clasificaciones. Según Vázquez Vialard se pueden agrupar en: Biológicas, patológicas y económico-sociales.

Las **biológicas** hacen referencias a las circunstancias propias del ciclo de vida, tales como maternidad, vejez y desamparo por muerte.

Las **patológicas** se relacionan con contingencias que sufre el hombre por enfermedad o invalidez.

Las **económicos-sociales** corresponden a las diferencias en las posibilidades de acceso al bienestar. Ellas pueden ser: cargas de familia, desempleo, vivienda, imposibilidad de estudio, emergencias sociales, falencias de familia, etc.

En general, podría decirse que la **Seguridad Social** concreta los reclamos de la solidaridad y la participación, como transformación del sentimiento inicial de la solidaridad grupal.

Tiende a lograr que la solidaridad se instale en la vida de los hombres, que cada uno sepa que en cierta manera también es responsable por los otros que con él conforman la comunidad.

La **Seguridad Social** despliega un método para socializar las consecuencias de ciertos riesgos que acechan a cada miembro de la sociedad.

SURGIMIENTO DEL **SISTEMA DE SALUD**

La sociedad ha buscado distintos mecanismos tendientes a satisfacer las necesidades de **Seguridad Social**.

Dentro de la **SEGURIDAD** en la **SALUD** lo hizo a través del Estado con la Salud Pública, a través de Instituciones Privadas y a través de la organización de los trabajadores en las Obras Sociales.

Cada uno de estos sectores se relacionan y son interdependientes.

Para poder conocer acerca de cada uno de ellos es menester hacer referencia a dos temas: **La SALUD** propiamente dicha y a la constitución y evolución del **Sistema De Salud**.

SALUD

El concepto de SALUD ha ido evolucionando y perfeccionándose a través del tiempo.

En un principio **Salud** significaba ausencia de enfermedades físicas, más tarde se agrega la posible existencia de una enfermedad mental, y luego surge un concepto moderno que complementa la idea y que se sintetiza en la definición del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y dice lo siguiente: "**La Salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"([12]).

En contra posición se puede definir lo que es **Enfermedad.**

[12] Lopez Caccia. "Arte de Educación Sanitaria" Apunte Catedra Medicina Preventiva y Social. F.C.S.y S.S.- U.N.M.D.P.

Según el profesor argentino T. Tonina la **Enfermedad** es: "una pérdida de la adaptación en la existencia, y un estado brusco o prolongado de desequilibrio somático-psíquico".([13])

También en esta definición se mencionan los tres factores de la anterior, ellos son: el factor físico, el mental y el social.

La Salud absoluta necesita del complemento de los tres factores. Por ejemplo: una persona insatisfecha socialmente puede crear una neurosis de angustia y esto a su vez puede ocasionarle trastornos físicos.

La Salud está muy relacionada con la educación, el bienestar y el desarrollo. Es por este motivo que deja de ser un bien de interés individual y se transforma en un bien colectivo.

La **Salud** es un Derecho que poseen todos y cada uno de los seres humanos.

Es así como esto origina a veces, una actitud pasiva, en espera de que los organismos específicos se ocupen de la **Salud**. Y si bien esta actitud no es incorrecta, lo que debería lograrse es que cada habitante se preocupe por mantener su **Salud** y asuma que también es un **deber** de todos.

De esta forma se logrará que el objetivo que se persigue se alcance a través de un trabajo bilateral de las autoridades y de los individuos de la sociedad. Si la comunidad toma conciencia esto redundará en óptimos resultados.

[13] Lopez Caccia. Obra citada

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA ([14])

El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (R.S.S de Kazakstán)los representantes de 134 naciones convinieron en una Declaración en la que se solicita a todos los gobiernos, a los agentes de Salud y a la comunidad en general, que adopten medidas urgentes para proteger y promover la **Salud** de todos los ciudadanos.

Esta Declaración y las decisiones tomadas en la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 constituyeron el punto de partida hacia la "**Salud** para todos (S.P.T) en el año 2000". Esto pasa a formar parte de la historia de la Salud Pública Mundial.

El primer principio de la S.P.T. reside en la Atención Primaria de la Salud. Esta es una actividad destinada a:

- Llegar a todos, especialmente a los más necesitados.
- No limitarse a las instituciones sanitarias sino llegar a los hogares, a las familias.
- Mantener una relación continua con los individuos.

La clave para la **S.P.T. en el año 2000** es la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) y ésta comprende cinco conceptos básicos:

1- " Cobertura universal de la población, con asistencia prestada según las necesidades.

El objetivo es la equidad. Nadie debe quedar desamparado por pobre que sea o lejos que viva".

2- " Los servicios deben tener cuatro objetivos: promoción, prevención, curación y rehabilitación".

[14] Bryant John. "A los diez años de ALMA - ATA". Pubicación Salud Mundial,OMS.Agosto Septiembre 1988.

Los servicios no sólo deben ser curativos sino que , han de promover el conocimiento de la Salud y de los comportamientos saludables. Son importantes el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación.

3- "Los servicios deben ser eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y aprovechables".

Es importante que los servicios sean eficaces y asequibles en el ámbito local.

4- "Las comunidades deben participar a fin de promover la autorresponsabilidad".

La comunidad no debe limitarse al uso de los servicios, debe participar activamente en todo el proceso de definición de problemas y necesidades de salud, la aplicación y evaluación de programas, así como la búsqueda de soluciones.

5- "Las medidas de carácter sanitario deben estar relacionadas con otros sectores de desarrollo".

"Las causas de la enfermedad no se limitan a factores directamente relacionados con la **Salud**, por consiguiente, la lucha contra las enfermedades no puede basarse sólo en medidas sanitarias. La lucha contra el analfabetismo, los subsidios, el abastecimiento de agua y el saneamiento, la mejora de la vivienda, la protección ecológica, la comercialización más adecuada de los productos, la construcción de carreteras o canales, el mejoramiento de la condición femenina, etc., son factores todos ellos que influyen positivamente en la **Salud**".

La S.P.T. ha sido aceptada y utilizada por autoridades sanitarias, planificadores de programas, políticos, personal de salud, maestros de escuelas, periodistas, profesores, madres y escolares.

La S.P.T. (Salud para Todos) no terminará en el año 2000. Ningún país puede resolver todos sus problemas sanitarios y, además, continuamente surgen nuevos problemas en cada país.

Por ello, si bien los objetivos de la S.P.T. no van a cambiar, las metas irán modificándose acordes a los plazos futuros.

SISTEMA SANITARIO

El **sistema sanitario**, en un sentido amplio, puede definirse como el conjunto de gran número de partes relacionadas entre sí, sectoriales e intersectoriales, así como la misma comunidad que producen efectos en la salud de una población.

Un **sistema de salud** ideal consistiría en un sistema unificado que abarque medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Un **sistema sanitario** debe estar compuesto de varias partes coordinadas entre sí y debe llegar hasta el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y la comunidad.

El **sistema sanitario** está organizado en varios escalones. Esto supone un sistema regionalizado en el cual se otorgue máxima prioridad a la **atención primaria** que se presta en el escalón local.

La prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir la principal línea de acción.

El **sistema de salud** está constituido en nuestro país por tres subsistemas fundamentales:

* El sub-sistema de Salud Pública.
* El sub-sistema de Salud Privada.
* El sub-sistema de Obras Sociales.

Entre ellos tenemos a los actores sociales, como el Estado, las Federaciones, determinadas Obras Sociales, etc., que en su evolución se encuentra la lógica de este **sistema.**

Se dice que el **sector salud** es heterogéneo y pluralista. Se analizará al mismo como uno de los elementos constitutivos de un régimen social de

acumulación. Su desarrollo se abre con la crítica década de 1930 y se clausuraría a fines de los años setenta.

Dicho régimen de acumulación se articula con el régimen político de gobierno que se produce en Argentina entre los años 1930 y 1980, y dicha vinculación entre Estado y Sociedad se conoce como "Estado de Bienestar".

Tanto en países centrales como periféricos la utopía del "Bienestar" condujo al desarrollo de Instituciones específicas orientadas a la puesta en marcha de políticas sociales y, entre ellas, algunas formas de organización y financiación solidaria de los sistemas de atención médica.

Uno de los principales mecanismos es el reconocimiento de los **derechos sociales**, fundamentales en la consecución del bienestar y sus resultados esperados.

La organización del **sector salud** presenta un cierto paralelismo con las consolidaciones que se producen en el campo de la política, la economía y las ideologías circulantes de la época.

El **sector salud** presenta en sus comienzos dificultades para garantizar el acceso universal e igualitario de toda la población, esto tiene sus raíces en lo conflictivo que fue el desarrollo argentino en esos años y en las condiciones que presenta el sistema político con: inestabilidad del régimen, debilidad del sistema de partidos, fragmentación y clientelismo en los organismos del Estado y ausencia de cultura democrática.

La organización del **sector** lleva sus propias exigencias y su propio ritmo, pero tiene impregnado con mucha fuerza el predominio de lo político e ideológico de la estructura.

DESARROLLO DEL SECTOR SALUD ARGENTINO (1930-1980)[15]

El desarrollo del **sector salud** en la Argentina presenta discontinuidades.

Las Instituciones comienzan a proyectar sobre el Estado (o sobre la acción de sus aparatos) las causas de los límites que encuentran para el cumplimiento de sus funciones específicas.

PRIMER PERIODO (1930-1946)

Existe una crisis generalizada de la Instituciones del **sector.** Comienza la reformulación de los modelos organizativos.

El **sector salud** actúa en estos años como caja de resonancia de la crisis que padece la sociedad argentina.

Se manifiesta en:

- Insuficiencia de Instituciones con servicios de atención médica para dar respuesta a las necesidades de la población.
- Insuficiencia de las formas de práctica médica para dar lugar a los nuevos desarrollos técnico-científicos.
- Incipiente organización gremial de los profesionales médicos.
- Comienzos de creación de formas organizativas para la cobertura del riesgo de enfermar.
- Debate respecto al impacto de la crisis sobre las Instituciones del **sector salud**.

[15] Lic. Susana Belmartino y Carlos Bloch. El Sector salud en Argentina. Actores,conflictos de interesesy modelos organizativos, 1960-1985. O.P.S./O.M.S., Representación Argentina, Publicación N° 40, Buenos Aires, 1994. citado en Cuadernos Médicos Sociales N° 70 abril 1995.

SEGUNDO PERIODO (1946-1955)

Es el período de mayor presencia del Estado en el **sector salud**.

Los principales rasgos son :

- Normatización y regulación de las Instituciones del **sector.**
- Incipiente delimitación en tres subsectores: público, privado, de la seguridad social.
- Organización de las futuras **obras sociales**.

A lo largo de los años cuarenta se va conformando el primer conjunto de Instituciones que luego serán reconocidas dentro del **sector salud** como **obras sociales**.

No nacen con ese nombre, que no se usaba en la época. Todavía en 1954 se las denomina " mutualidades oficiales".

obra social era una expresión utilizada para referirse a actividades asistenciales dirigidas a paliar situaciones de carencia de determinados sectores de la población.

Más tarde, con el nombre **obra social** van a designarse las instituciones de cobertura de atención médica para diferentes grupos, nucleados según su pertenencia gremial, su inserción en determinadas empresas, o su desempeño en ciertos organismos del Estado.

Las **obras sociales** pasan a ser una continuidad de las características que asume el movimiento mutualista de la década del treinta.

Las mutuales tradicionales responden a una variada gama de demandas y de modo paulatino van a ir especializándose en la cobertura de atención médica.

El grupo coordinador de **obras sociales** se reúne en octubre de 1950, designa una comisión médica de evaluación y termina formulando dos proyectos de decreto y un proyecto de ley.

En 1957, una publicación de la Confederación Médica de la República Argentina, distingue como rasgos esenciales de las **obras sociales** los siguientes:

- Son organizaciones oficiales, cuyas autoridades no son elegidas por sus afiliados, sino nombradas por el Estado.
- En lo económico, cuentan con contribución obligatoria del afiliado. El importe de la cuota se descuenta automáticamente con la liquidación de los sueldos mensuales. Una parte menor aporta el Estado. La obligatoriedad es el rasgo distintivo y lo aportado es el 1,5 al 2 por ciento del sueldo o salario.
- Del mismo fondo se destinan sumas para otras actividades que no tienen que ver con la Salud: Colonias de Vacaciones, Centros Deportivos, Suministro de Artículos de Consumo.
- Se contratan los servicios de médicos y sanatorios de acuerdo con aranceles que fija la Institución.
- Reconocimiento formal del **derecho a la salud** y reconocimiento de ese **derecho** para determinados sectores conforme a su inserción laboral.
- Intentos del poder político de subordinar a sus directivas las Instituciones del **sector**.

TERCER PERIODO (1955-1969)

En este período se pierde la hegemonía del Estado y se empieza a construir el modelo privatista de organización del **sector**.

Intentos de federalización en la gestión del sector público.

Se produce la expansión del subsector privado vinculado a las **obras sociales**.

Se caracteriza por:

- Fuerte dependencia de la experiencia internacional y sus aportes.
- El gremio médico consolida su organización en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).
- Se profundiza la vinculación entre obras sociales y sindicatos.
- Se comienzan a negociar en los convenios colectivos de trabajo los aportes para la cobertura de atención médica de los trabajadores.
- La COMRA propone la libre elección del médico, el pago por prestación y el derecho de la profesión médica a establecer el precio de su trabajo.
- Empiezan a generalizarse los contratos con obras sociales en condiciones de oligopolio de la oferta de los servicios.

CUARTO PERIODO (1969-1976)

Período paralelo al golpe de Estado protagonizado por el General Onganía en 1966.

Se caracteriza por un nuevo intento de conducción del **sector** por parte del organismo estatal.

Esto genera enfrentamientos con los otros sectores del aparato estatal, los prestadores y las conducciones sindicales de las **obras sociales**, representadas por la C.G.T.

El proyecto técnico- modernizante generado por el Estado se enfrenta con las orientaciones que se habían afirmado en la época precedente.

Este período se caracteriza porque:

- El Estado generaliza para toda la población trabajadora en relación de dependencia y su núcleo familiar primario la cobertura otorgada por el Sistema de **obras sociales** con la sanción de la Ley Nº 18.610.
- Fortalecimiento del modelo privatista entre prestadores y **obras sociales**.
- Escasa capacidad reguladora y normatizadora de la instancia estatal representada por el I.N.O.S. que sólo logra imponerse en la fijación de aranceles.
- Fragmentación del aparato estatal en la Secretaría de Salud Pública y la de Seguridad Social; la primera constituida como organismo técnico sin capacidad política para cumplir su función reguladora; la segunda constituida para ocuparse de la distribución de los recursos financieros de la seguridad social.
- Consolidación de las **obras sociales** como resultado de la acción de las organizaciones sindicales.

QUINTO PERIODO (1976-1982)

En estos años se produce la crisis política- ideológica del modelo.

Las consecuencias en el Sector Salud son:

- Cuestionamiento por el reconocimiento del derecho a la Salud como responsabilidad ineludible del Estado.
- Los sindicatos son alejados de la conducción de las **obras sociales**.
- Deterioro de la capacidad reguladora del I.N.O.S.
- La prosperidad financiera y las políticas de apertura de la economía facilitan la incorporación al sector privado de tecnología sofisticada.

Disposición de recursos diagnósticos y terapeúticos a favor del sector privado.

- El sector público y la Secretaría de Salud Pública ingresan en una etapa de franco deterioro, tanto a nivel de recursos como en su capacidad de intervención.

SEXTO PERIODO (1984-1989)

En el transcurso de este período se produce el último intento de ordenamiento del modelo.

Si bien en este lapso se produce la recuperación de la democracia representativa como régimen de gobierno, ésta se ve aparejada por una crisis social y económica sin precedentes.

En el interior del **sector** la dinámica que ha regulado por más de dos décadas se cierra, ante la incidencia de la crisis y las posibles amenazas sobre las intenciones del Estado.

La presencia de la A.N.S.S.A.L y la cobertura universal emanada del Seguro, carecerán de significado en un **sector** que comienza a transformarse bajo los efectos de la crisis.

El surgimiento de esta Institución (A.N.S.S.A.L) se produce a raíz de la aparición de la Ley 23.361, la cual se refiere a la creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Este organismo elabora, por primera vez en la Argentina, una Resolución en la cual se detalla el tipo de cobertura que debe brindar toda **obra social.**

Otro punto a considerar en este período es el relacionado con la autogestión de los Hospitales Públicos, los cuales logran autofinanciarse mediante el cobro a las **obras sociales** de los servicios que brindan.

PERIODO ACTUAL

En la **actualidad** el **sector salud** está atravesando una serie de reformas.

Las mismas implican sanear el déficit de las Obras Sociales y generar una reconversión sectorial que permita recuperar la cobertura de Salud en un marco de mayor eficiencia y por ende equidad.

La **reforma** del **sector salud** se debe, principalmente, a la crisis financiera que se observa en varios de sus subsectores.

Esto se traduce en un deterioro en la atención e ineficiencia derivada de la subutilización de la capacidad instalada por falta de insumos.

Por otro lado, las **obras sociales** si bien han aumentado su recaudación, han postergado los pagos a los prestadores y farmacias, lo que revela desajustes operativos. Los déficits han creado un stock de deuda que en la actualidad puede compararse con dos o tres meses de recaudación del sistema.

A su vez, muchas de las Entidades de **salud** de la **seguridad social**, presentan numerosas falencias debido a su mal manejo organizativo y económico.

Entre ellas: ausencia de una adecuada tecnología, mala administración, falta de transparencia administrativa, el sobre-empleo, fallas en el control sobre los prestadores (que facilita la sobrefacturación y la sobreprestación), utilización desproporcionada de fondos para fines no sanitarios, ni específicamente sociales.

En **Argentina**, actualmente, existen niveles de arbitrariedad que impiden, en el sistema y hacia adentro de las Obras Sociales, saber qué se

financia, para qué y con qué recursos. El desorden se ha traducido en una fuerte inequidad.

Aquí es donde se plantea la necesidad de **reconversión** del **sector** y la creación de un plan centralizado de acción que permita transparencias financieras dentro de un marco de políticas adecuadas que impidan el desperdicio institucional de recursos.

Para poder interpretar con mayor profundidad la **reforma** del **sistema de salud**, es necesario realizar una introducción al tema de las **obras sociales**

LAS OBRAS SOCIALES

El **Sistema de Obras Sociales** es una respuesta que elabora la sociedad frente a determinadas carencias.

Las **Obras Sociales** son instituciones de Previsión Social implementadas por el Estado y/o las Organizaciones Sindicales tendientes a cubrir las contingencias no contempladas dentro de un sistema de seguridad social, como las prestaciones médico-asistenciales, prestaciones de medicamentos, prestamos personales, seguros, viviendas, etc. Siendo los destinatarios trabajadores en actividad, jubilados, pensionados y sus respectivos grupos familiares.

Estas instituciones con la participación activa y protagónica de los destinatarios, si bien ya existían en el siglo pasado, evolucionan entre 1904 y 1942, junto con la previsión social de la Argentina. Con la creación de las cajas nacionales de jubilaciones y pensiones, los sindicatos propugnaron la creación de la caja de empleados públicos nacionales, de empleados ferroviarios, de personal de la marina mercante, de periodistas, de bancarios, entre otras.

La explosión demográfica y la creciente industrialización y urbanización que vive el país en esos años da origen a organizaciones solidarias, como hogares, asociaciones, mutuales, que atendían fundamentalmente cuestiones relacionada con la Salud y Bienestar. Se calcula que en 1943 existían mas de 2000 mutuales.

En el año 1944 fue creada la Comisión de Servicios Sociales, con la misión de proyectar los servicios mínimos que deben poner las empresas al alcance de su personal Haciendo más hincapié en la atención médica gratuita y la provisión de medicamentos. Si bien esta comisión no logra sus

objetivos, diseña pautas que son tomadas por las asociaciones profesionales dando origen a las **Obras Sociales sindicales.**

A partir de 1947 se difunden este tipo de organizaciones en la Administración Pública creándose numerosas **Obras Sociales** de reparticiones nacionales y provinciales.

El Sistema de **Obras Sociales** fue unos de los más importantes y constituyó la más clara manifestación de la solidaridad social alcanzada en la Argentina sirviendo de ejemplo en foros internacionales.

Recién en 1970 con la sanción de la ley 18.610 son reconocidas formalmente, esta ley es modificada por la ley 22.269 y recientemente por las leyes 23360 y 23361 sancionadas el 28 de diciembre de 1988.

La provincia de Buenos Aires amparada en el principio constitucional de que la Salud es un poder no delegado por las provincias a la nación, crea en 1956 para sus empleados públicos el Instituto Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.) pero recién en 1972 fue sancionada la ley orgánica de dicha institución (ley 6982 de la provincia de Buenos Aires).

En todas las **Obras Sociales** la principal fuente de ingreso consiste en un aporte sobre la nómina salarial (del orden del 14% para las **Obras Sociales nacionales**), en parte a cargo de los empleados y en parte a cargo de los empleadores.

Las **Obras Sociales** cubren a más del 70% de la población.

Dentro de las **Obras Sociales** existe la siguiente división que depende de la jurisdicción legal de las personas:

A) Las **Obras Sociales** que están adheridas al Sistema Nacional del seguro de salud.

B) Las **Obras Sociales** del Poder Judicial.

C) Las **Obras Sociales** del Poder Legislativo.

D) Las **Obras Sociales** Militares.

E) Las **Obras Sociales** Provinciales.

F) Las **Obras Sociales** de la Medicina Pre-paga.

G) Las **Obras Sociales** de las Universidades.

El sistema de **Obras Sociales** constituyó un arreglo institucional económico y social con rasgos muy especiales, por su componente corporativo sindical, los mecanismos de financiamiento, la morfología de la oferta y la demanda que lo ha convertido en un producto ineficaz y costoso para prestar los servicios necesarios de salud.

Según el Ministro de Salud de la Nación, Dr. Alberto Mazza([16]) "la crisis económica de las **Obras Sociales** se debe fundamentalmente a los modelos de financiamiento inadecuados y a estructuras obsoletas".

El tema de las **Obras Sociales** debe atravesar una transformación de fondo de todo el sistema de atención médica que gane en calidad y eficiencia en la utilización de los recursos.

Aquí se remontará a la función específica de las **Obras Sociales** que es menester detallar: **La Cobertura.**

[16] Dr. Alberto Mazza. En Informe exlusivo.Consultor de Salud.Nº 127, 22 de septiembre de 1995 pag.12.

COBERTURA

Cobertura es un término utilizado para hacer referencia a los servicios que ofrece un sistema, dando a entender que aquél que no recibe beneficios se encuentra descubierto, desamparado.

La **Cobertura** en el **Sistema de Obras Sociales** es el resultado de una ecuación en la que intervienen distintas variables y entre ellas la que mayor atención reclama es la variable económica. Sin embargo lo importante es la decisión de aceptar hasta dónde se extiende la **cobertura** prestacional y qué prestaciones quedan excluídas de un programa y cuales son las consecuencias de esta decisión.

"El alcance o profundidad de la **cobertura** es en esencia un problema ético, que se expresa a través de un fenómeno económico y/o a la inversa un problema económico que genera un problema ético".([17])

En nuestra legislación nacional aparecen artículos en las leyes de Obras Sociales que hacen referencia al alcance o profundidad de la **Cobertura**; la ley 18.610 se refirió a "**cobertura mínima**", mientras que la ley 22.269 a "**cobertura básica**", por último la ley 23.661 legisló haciendo referencia a la confección de un "**Programa Médico de Cobertura Obligatoria**" que tendría alcance universal para todas las Obras Sociales.

La **cobertura** era determinada por cada obra social, los beneficiarios debían conformarse y aceptar sin posibilidades legales de realizar un reclamo de **cobertura.**

Las obras sociales pagaban por prestación y la **Cobertura** estaba condicionada a la economía de cada administración, no se tenían en cuenta

[17] Dr. Camilo Marracino. Seminario-Taller, Medicina y Sociedad Vol. 18 -Nº 1 enero - marzo 1995. (Medico Sanitarista. Ex-Gerente de prestaciones del I.N.O.S., Ex-Gerente de CONFECLISA. Consultor en Salud).

los componentes demográficos ni epidemiológicos, dejando la **cobertura** librada a las demandas de sus afiliados.

El mayor cambio que se pudo dar en **Cobertura** es la modificación del sistema contractual de servicios. Se pasa de un sistema de pago por prestación a un sistema de pago por cápita. Para ello se realizan listados de prácticas médicas que deben brindar los prestadores.

Este sistema de cápita tiene necesariamente que definir qué incluye y qué no. Este cambio fue planteado para cerrar con las finanzas de las entidades prestatarias y no para dar mayor alcance prestacional.

El Dr. Carlos J. Garcías Díaz ([18]) conceptúa a la **Cobertura** diciendo que "es la consecuencia de un estudio de las necesidades de salud, de las expectativas y de la situación cultural de la comunidad frente a las posibilidades de satisfacerlas." De esto se desprende la obligación de determinar cuáles son las necesidades básicas del ser humano y como consecuencia cuál sería la **cobertura básica** y no la **cobertura mínima** que despierta la idea de limitación hasta lo más ínfimo, de algo que debería estar a la altura de la real situación de salud.

Los planteos de la **cobertura** y de ética en la administración de los servicios de salud dependen de un equipo multidisciplinario en el que además de los profesionales específicos del área de la medicina (médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros, Asistentes Sociales, etc.) se incorporan especialistas en economía y ámbitos empresariales, a todos los cuales además de sus conocimientos profesionales se les pide que brinden algo que es propio del sistema de salud, el **Compromiso social**.

La Política Social debe mantener condiciones básicas necesarias, para lo cual hace falta una legislación de protección del usuario, con servicios

[18] Dr Carlos Garcias Díaz "Seminario de Obras Sociales" Sept. 1994 - Publicación MEDICINA Y SOCIEDAD Vol 17 Nro 123 Bs As 1994

basados en el respeto a la persona y en la equidad de la distribución de los recursos.

A nivel nacional la ley 23.661 en su artículo 13 hace referencia que los ministerios de Economía, de Trabajo y de Salud en conjunto fijarán un **Programa Médico Obligatorio**, cuyo contenido será de aplicación universal para todas las Obras Sociales del Sistema de Seguros de Salud. Esto hace referencia a la **cobertura mínima** que todas las Obras Sociales deben brindar en forma obligatoria para satisfacer principalmente a los sectores más desfavorecidos económicamente.

Este programa abarcará a las Obras Sociales que está incluidas en dicha ley.

Este programa entra en vigencia a partir de la resolución del Ministerio de Salud Nro 247/96 del 17 de mayo de 1996, en el cual se garantiza: Atención médica, estudios diagnósticos de alta complejidad, cirugías, internación, prótesis, descuentos en medicamentos, entre otras.

Si bien el programa que modifica la **cobertura** que deben brindar las Obras Sociales entra en vigencia en mayo de 1996, se debe hacer referencia a un tema de resonancia que aún sigue siendo de interés y polémica (a pesar de estar siendo tratado desde el año 1988 con la sanción de la ley 13.360 y 23.361) éste es el tema de la **desregulación.**

DESREGULACIÓN [19]

No es muy claro cuál es el significado preciso del término **desregulación;** cada cual lo interpreta de manera distinta, pero se puede afirmar que **desregulación** significa "**desreglar**".

El modelo de Obras Sociales que era pluralista de planificación descentralizada se desarticuló agravado por la hiperinflación de 1989 y como consecuencia se empieza a configurar un nuevo modelo a partir de múltiples variables y tendencias que se van desenvolviendo.

Se está produciendo un cambio. El término de desregulación es aceptado en general pero no está totalmente definido cuál es el sentido, se tiene un desconocimiento sobre lo que está sucediendo y cuál es el camino que se debe recorrer.

El problema no es tanto la desregulación, sino una regulación apropiada, orientar de un modo adecuado el carácter regulador que debe tener siempre el Estado. En definitiva **desregular** no debe ser asumido como quitar normas del medio sino cambiar el criterio de lo que corresponde regular y hacerlo de un modo eficaz y constante.

La denominada **desregulación** a nivel nacional pone un término a un esquema conformado por más de 300 Obras Sociales que son responsables de la salud de 11 millones de trabajadores y que manejan un presupuesto de 2.500 millones de pesos.

Los trabajadores a partir del **decreto** denominado **de desregulación** pueden optar por la Obra Social que deseen y que se encuentre adherida al Sistema de Seguro de Salud saliendo de la cautividad que mantuvieron en una Obra Social por haber pertenecido a una determinada actividad.

---

[19] Ley Nacional 23.660/89 (Dto.576/93); 23.661/89 (Dto.576/93)

De la totalidad de Obras Sociales que existen en la actualidad la mitad cuenta con menos de 5.000 beneficiarios y un 30% con menos de 1.000 razón por la cual se calcula que no sobrevivirán más de 80 organizaciones. Según Carlos Santander, coordinador ejecutivo del programa de reconversión de Obras Sociales, el programa es accesible para todas aquellas Obras Sociales que tengan más de 10 mil afiliados. Las que no alcancen ese número podrán fusionarse o unirse hasta lograr la cantidad de adherentes. Afirma también que durante el último trimestre de 1997 se podrán incorporar al Sistema de Seguros de Salud la empresas de medicina pre-pagas.

La desregulación significa:[20]

1°) Libre elección de obras sociales.

2°) Pago de las prestaciones en el sector público.

3°) Prohibición de los Agentes del Seguro de contratar con entidades gremiales de profesionales e instituciones.

4°) Competencia entre las Obras Sociales.

5°) Control de funcionamiento por parte de los beneficiarios.

6°) Fijación de los niveles de cobertura.

7°) Prevee la incorporación de personas sin cobertura y obliga a los carenciados a ingresar al Seguro Nacional de Salud con financiamiento proveniente del Tesoro de la Nación.

8°) Determina la incorporación de otros entes no incluídos anteriormente como las Pre-pagas.

9°) Centraliza la recaudación y fiscalización de todos los recursos de la Seguridad Social en un solo ente de recaudación.

---

[20] Roberto Oscar Tafani. "Reforma del Sistema de Obras Sociales en Argentina".- Revista de la Escuela de Salud Pública Nro. 6 (1) , 1995.pag. 67- Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

10°) Obliga al cumplimiento de las normas del Programa Nacional de Garantía y Calidad y de incluír criterios de acreditación.

Para la CGT esta ley es un atentado contra la Solidaridad que proponía el modelo sindical y se denuncia la intención de querer entregar el Salario y la Salud de los trabajadores al F.M.I.

Para la opinión pública, la **desregulación** significa privatización y una política especialmente destinada a reducir el poder político y económico del sector sindical de las Obras Sociales.

El Dr. Pampliegas Eneas ([21]), presidente de la revista Medicina y Sociedad, afirmó que "la posibilidad de opción es evidentemente un ejercicio de la Libertad y a su vez es una posibilidad de castigo para aquéllas que no den una prestación adecuada, por consiguiente es un instrumento que puede resultar útil para hacer funcionar el Sistema.

Quedan afuera del alcance de la ley las Obras Sociales Provinciales (Ej: IOMA), las de las fuerzas armadas, las del Poder Legislativo y judicial, la de la Universidad (Ej: SUMA) y en esta primer etapa las de medicina pre-pagas.

Para finalizar el **marco teórico** se cree conveniente hacer hincapié en la labor del **Trabajo Social**, conocer cuáles son sus funciones e incumbencias; de manera que se permita obtener una mejor comprensión de esta profesión.

[21] Dr Eneas Pampliegas en el "seminario de Desrregulación de Obras Sociales"Publicación MEDICINA Y SOCIEDAD Vol 18 nro.1 enero-marzo 1995

El Trabajo Social y sus Incumbencias Profesionales.

Según Natalio Kisnerman([22]) : "el **Trabajo Social** es la disciplina que se ocupa de conocer las causas - efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere...".

Para el Lic. Enrique Di Carlo ([23]): "**El Trabajo Social**...

"...tanto por su naturaleza, como por su estructura lógica organizadora de su práctica, **es una profesión científica**".

"...contiene y se inspira en una valoración de la igualdad humana...".

"...la valoración de las diferencias humanas -lo diferente como diferente-"

"...el reconocimiento a todo ser humano del derecho a darse sus propias orientaciones de valor y vida, dentro de los límites de la convivencia y de la realización de su propia dignidad...".

"...el sujeto es en gran parte producto de su historia, que es diferente a la de otros y que lo apoya o lo limita".

"...desde ningún ángulo puede el **trabajo social**, aceptar la hipótesis de un tratamiento técnico (esquemático) de la realidad social. Colabora con quienes necesitan asistencia y orientación, respetando la humanidad en ellos y basándose fundamentalmente en sus potencialidades".

En la actualidad, según el Lic. Enrique Di Carlo, "el **Trabajo Social** necesita una reorganización sistemática y consciente".

"...Estamos pensando en colaborar en la construcción de un Trabajo Social, consciente de sus fundamentos científicos y de sus responsabilidades

---

[22] Natalio Kisnerman Introducción al Trabajo Social. Editorial humanitas. Bs .As. ,1981

[23] Enrique Di Carlo y Equipo EIEM, "La Comprensión como fundamento de la Investigación Profesional" Papeles científicos del Trabajo Social, Editorial hvumanitas, Bs. As. 1995.

en el seno de la sociedad. Capaz tanto de atender problemas, como de impulsar transformaciones en la convivencia y en la organización social..."

Según el Dr. Alberto Dieguez([24]) en el año 1991: "El **Trabajo Social** se define como una **práctica social** que se inscribe dentro de un proceso más amplio que el de la asistencia tradicional ligado a la beneficencia y a la filantropía, y busca que los sectores mayoritarios de la población se constituyan en sujetos activos capaces de responder a sus propias necesidades. Se impulsa la autogestión , la autoayuda, pero se intenta ir más allá, constituyendo una alternativa que estreche las relaciones entre acción real y reflexión permanente acerca de su situación problema".

Más adelante agrega: "El **Servicio Social** es una **disciplina científica** que se centra en una relación de ayuda a personas que atraviesan problemas. Esta relación de ayuda se refiere a un esfuerzo comunicacional e interaccional con una u otra persona, para contribuir a identificar y modificar procesos de pensamiento, sentimiento y acción, descubriendo el sentido único y particular de cada situación, en un rol ambivalente de regulador de tensiones y revelador de contradicciones".

En la actualidad el contexto legal en que se reconoce al Servicio Social como profesión se define en la Ley Nacional 23.377 del 18-9-86 en su Art. N° 2:

"Considérese ejercicio profesional del **Servicio Social** o **Trabajo Social** a la actividad esencialmente educativa, de carácter promocional, preventivo y asistencial destinado a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social , que presenten personas, grupos y comunidades, así como la de aquellas situaciones cuyos involucrados

[24] Dr. Alberto Dieguez y María Cristina Suarez, "Gestión Social en la Comunidad", Guía de estudio y análisis. Editorial Espacio, Buenos Aires, 1995.

requieran sólo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales.

La **actividad profesional**, por sí o en el marco de servicios institucionales y/o de programas integrados de desarrollo social, tiende al logro de una mejor calidad de vida de la población contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo.

Asimismo considérese **ejercicio profesional** del **Servicio Social** o **Trabajo Social** a la actividad de **supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación** en materia de su específica competencia.

INCUMBENCIAS PROFESIONALES DEL TRABAJADOR SOCIAL y ANTEPROYECTO DE MODIFICACION

El Decreto Nro. 579/86 que reglamenta la Ley 23.068 cita las **Incumbencias Profesionales** del Licenciado en **Servicio Social** y realiza una puntuación en dieciséis ítems donde se hace referencia al quehacer profesional propiamente dicho y se delimita la tarea del **Trabajador Social** con sus alcances y limitaciones (Ver Anexo).

La F.A.U.A.T.S. (Federación Argentina de Unidades Académicas de Trabajo Social) y la F.A.A.P.S.S. (Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social) han realizado un Ante-proyecto de Modificación del Decreto Nro. 579/86 referido a las Incumbencias Profesionales del **Servicio Social**.

Esta reformulación está basada en una fundamentación de la propuesta de Incumbencias Profesionales y la consideración del **Trabajo Social como Profesión de Interés Público.**

Este ante-proyecto parte de la concepción del **Trabajo Social** fundada en el conocimiento científico, desde el cual interviene en la realidad social, dinámica y cambiante.

Se concibe al individuo como un ser único y social que posee necesidades, pero hace hincapié en las potencialidades humanas que lo motivan para su propia transformación.

Se reconoce · al hombre como portador de Derechos y como responsable de su proyecto de vida.

Considera la posibilidad de reconocer esta Profesión como de Interés Público dado que su formación la capacita para la intervención profesional en numerosas áreas relacionadas con la Salud, Familia, Minoridad, Ancianidad, Juventud, Vivienda, Justicia, Seguridad Social, Educación, Acción Social, entre otras.

Este nuevo planteo propone que la Intervención Profesional exija un Trabajador Social crítico, reflexivo, que posea conocimientos teóricos-metodológicos y sobre todo que sea **comprometido** social y políticamente en la recuperación de valores.

Las nuevas acciones profesionales planteadas pueden ser vistas en el anexo correspondiente.

Hasta aquí se han mencionado las principales características de los temas que se considera fundamental conocer e interpretar para tener un panorama más amplio de la realidad concreta que hace referencia a la Salud y a las Obras Sociales.

Se han podido observar las falencias de los sistemas de gobiernos y la imposibilidad de lograr una estabilidad política que permita ir fijando pautas y criterios con respecto a la Salud.

Si bien se han realizado intentos de planificación en el Sector de Salud, ellos no han tenido la continuidad suficiente en el tiempo como para alcanzar una organización del mismo.

Esto sigue impidiendo un mejor aprovechamiento de recursos y una adecuada atención de la demanda que presentan los individuos.

A partir de esto se pasa a la descripción de la estructura y funcionamiento de la Obra Social **I.O.M.A..**

SEGUNDA PARTE

"Al que cree todo le es posible".

Marcos 9:23

DESCRIPCION DEL INSTITUTO OBRA MEDICO ASISTENCIAL (I.O.M.A.)

INSTITUTO OBRA MÉDICO ASISTENCIAL (I.O.M.A.)

El I.O.M.A. es un organismo de carácter Público. Es un ente Autárquico del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que tiene por objetivo realizar un programa en materia médica asistencial, para todos los agentes activos y pasivos de la administración pública provincial y privados que adhieran a este régimen.

De acuerdo a la letra de su ley Orgánica([25]) la población que abarca esta dividida en **Afiliados Obligatorios** (que comprende a todo el personal dependiente del Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial, jubilados y pensionados del Instituto de Previsión Social de la Pcia de Buenos Aires (I.P.S.) como así también todo el personal de los municipios que adhieran.) y **Afiliados Voluntarios** Individuales y Colectivos.

Según las declaraciones del Dr. Nacarato Director General de Regionalizaciones al Consultor de Salud([26]), el Instituto cuenta con 1.200.000 afiliados y de acuerdo a datos estadísticos del primer semestre del año 1993
corresponden 84.749 afiliados a la Región VIII Gral. Pueyrredón([27]) .

ANTECEDENTES DE SU CREACIÓN

Con la creación del ministerio de Salud Pública y **Asistencia Social** de la provincia de Buenos Aires en 1947, se le asigna a la Dirección de Acción Médico Social la función de "encarar y llevar a cabo el plan de

[25] Ley 6982/72. Decreto reglamentario Nro.7881/84

[26] Consultor de Salud Nro. 86. Bs. As. 25/02/94

[27] En datos estadisticos del documento emitido por la Dirección General Pueyrredón en la "Jornada de Evaluación sobre el desarrollo de la Atención del Primero y Segundo Nivel del IOMA". tTandil, 16-9-93

asistencia a desarrollarse en la provincia". La ley 5116/47 menciona que la mutualidad debe ser obligatoria para los empleados de la administración pública.

La obligatoriedad de la asociación a determinada mutual constituía un acto de apoyo en cuanto tornaba indispensable el mantenimiento de una masa societaria numerosa y de aportes seguros.

El decreto 26.528/51 autoriza la retención del 1% de las remuneraciones para el mantenimiento de las mutuales y prevee una colaboración del gobierno con los fines sociales y asistenciales de las mutuales. En sus considerando expresa que "El Estado, al ser la mutualidad obligatoria, debe apoyar moral y materialmente a las entidades que se constituyen bajo los principios representativos de la solidaridad social".

El decreto ley 3497/55 estructura el funcionamiento de la Dirección de Asistencia Médica y Social del ministerio de Educación. y por medio del decreto ley 759/56 se había creado la Dirección de Obras Sociales del Ministerio de Obras Públicas, mientras que para el Ministerio de Asuntos Agrarios se había elaborado un proyecto, el cual nunca fue sancionado. Para la atención del personal policial estaba la Dirección de Servicios Sociales de la Policía de la Provincia de Buenos Aires.

El titular del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Rodolfo Ángel Eyherabide, encomendó al Subsecretario de Asistencia Social, Dr. Sergio Demetrio Provenzano, las tareas vinculadas a la creación de una Obra Social para el personal de todos los ministerios, y éste desplegó toda su potencialidad en la creación de lo que estaba convencido sería "una gran Obra Social" que serviría de base para la implementación del Seguro de Salud.

Luego de proceder al estudio de los fundamentos esenciales de los Sistemas de Previsión Social, su forma de organización y el modo de

financiación, para una racional reestructuración de la seguridad social de la provincia; el Dr. Provenzano, conceptúa a la **seguridad social** como "el conjunto de medidas de previsión y reparación sancionadas por los gobiernos como una obligación inherente a su existencia y como un derecho exigible de sus componentes individuales, tendientes a combatir la ignorancia, la enfermedad, la miseria y la ociosidad", agrega que "los fundamentos de la previsión se hallan en la propia existencia social, pues, no se concibe en el estado moderno, la existencia de una parte de sus individuos librada a su propia suerte y expuestos a perecer, o pendiente su salvación de la mayor o menor dedicación de la caridad de sus semejantes, sino que siendo en gran parte de sus causas generadoras un producto de la organización social, corresponde como un deber del Estado representante de la sociedad, el remedio a esas injusticias sociales consecuencia de los riesgos inherentes a la vida social"([28]).

Entre las ventajas que puntualiza el Dr. Provenzano para la creación de una Obra Social única, podemos mencionar las siguientes:

a) Centralización administrativa. Permite con menos personal desarrollar las mismas funciones que la administración de seis ministerios. Evita multiplicar organismos burocráticos que agraven el problema.
b) La existencia de un Fondo Único formado por el aporte de todos los empleados provinciales, constituye un efectivo potencial económico, que posibilita la concreción de la totalidad de los servicios necesarios.
c) Independencia o autonomía de cualquier ministerio.
d) La injerencia estatal estaría limitada a la prestación del subsidio necesario y al control financiero y de recaudación.

[28] Bruno Mirta Raquel , Chiusaroli Cecilia . "Origen y Creación del I.O.M.A.". La Plata 1993 - Biblioteca Central del I.O.M.A.

e) El gran número de asociados aumentaría el poder económico, lo cual permitiría una mejor prestación de servicios.

El 25/07/56 se firmó el Decreto-Acuerdo de la creación de la Obra Social de la Administración Provincial Nro. 12.739/56 en el cual se establece la creación de una comisión la cual debía elevar un anteproyecto que contemple exclusivamente:

1) Régimen funcional y administrativo.
2) Régimen de afiliación.
3) Los beneficios a otorgar a los afiliados y su familia.
4) Los recursos de la Obra Social.

En los considerandos de ese decreto se pone de manifiesto que "es función tutelar del Estado velar por la Salud y proponer al mejoramiento espiritual y material del personal de la Administración Provincial y su familia, lo cual solo podrá alcanzarse mediante la organización racional de la ayuda mutua entre el personal, auspiciada y protegida por el Estado".

El 20 de febrero de 1957 mediante el decreto 2452, se crea el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Administración General de La Provincia de Buenos Aires, organismo descentralizado dependiente del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La autarquía de la entidad le fue otorga mediante el decreto 6323/60.

A partir de 1963 se firman los primeros convenios de adhesión con las municipalidades con el fin de abrir bocas de expendio de bonos en las mismas, dando respuesta a los afiliados del interior de la Provincia.

En 1983 las delegaciones comienzan a realizar en sus lugares algunas de las actividades que se llevan a cabo en Sede Central y en el año 1985, en

el marco del Plan de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se procede a la reprovincialización y regionalización del Instituto, a los efectos de garantizar una mayor accesibilidad a los servicios y una adecuada auditoría de las prestaciones. A partir de ese momento se procura que un médico se haga cargo de cada Delegación (hasta el momento las delegaciones tenían como responsables al Intendente de cada partido).

En el año 1986, por el decreto 5300/86 se modifica la estructura orgánico-funcional, creándose la Dirección General de Regionalizaciones y delegaciones sumándose a las ya existentes Direcciones Generales de Prestaciones y de Administración.

Por resolución del I.O.M.A. Nro. 419/88 se crea la figura del Director Regional y se hace coincidir a las regiones del I.O.M.A. con las 12 Zonas Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires y se agrega a la Capital Federal como una Región más.

CONSTITUCIÓN ACTUAL DEL INSTITUTO

Para este fin el I.O.M.A. está administrado por un **Directorio** integrado por un **presidente** y **seis directores**, tres en representación del Estado Provincial y tres en representación de los Afiliados Obligatorios.

La estructura esta dividida en tres **Direcciones Generales**, La Dirección General de Afiliaciones, la Dirección General de Administración y finanzas y la Dirección General de prestaciones. Para coordinar la asistencia en todas las regiones de la provincia se ha creado la Dirección General de Regionalización que tienen a cargo las Direcciones Regionales las cuales dirigen a las delegaciones locales.

Las trece regiones que integran el I.O.M.A. en la provincia de Buenos Aires son las siguientes :

DIRECCION REGIONAL I "BAHÍA BLANCA"
DIRECCION REGIONAL II "PEHUAJO"
DIRECCION REGIONAL III "JUNIN"
DIRECCION REGIONAL V "SAN ISIDRO"
DIRECCION REGIONAL VI "LOMAS DE ZAMORA"
DIRECCION REGIONAL IV "PERGAMINO"
DIRECCION REGIONAL VII "MORÓN"
DIRECCION REGIONAL VIII "GENERAL PUEYRREDON"
DIRECCION REGIONAL IX "OLAVARRIA"
DIRECCION REGIONAL X "SALADILLO"
DIRECCION REGIONAL XI "AREA GRAN LA PLATA"
DIRECCION REGIONAL XII "LA MATANZA"
DIRECCION REGIONAL XIII "CAPITAL FEDERAL"

MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La ley de creación del I.O.M.A. menciona que "la misión será la de realizar en la Provincia de Buenos Aires todos los fines del Estado en materia médica asistencial para sus agentes en actividad o en pasividad, para los sectores de la actividad Pública y sectores de la actividad privada que adhieran a su régimen" .

La actividad del I.O.M.A. se orienta en la planificación de un sistema sanitario asistencial para todo el ámbito de la provincia, teniendo como premisa fundamental la libre elección del médico por parte de los usuarios, reafirmando el sistema de Obra Social abierta y arancelada.

MISIÓN DE LAS DIRECCIONES REGIONALES

Administrar las actividades propias del Instituto con el fin de asegurar a los beneficiarios del sistema, la correcta accesibilidad a los servicios médicos-asistenciales, en concordancia con las disposiciones administrativas y normas legales vigentes.

LA COMUNICACIÓN ENTRE LA SEDE CENTRAL Y LAS DELEGACIONES.

La comunicación era directa entre las delegaciones y la Sede Central hasta el año 1989 en que se inicia un proceso de descentralización. Con el fin de fortalecer las Direcciones Regionales, se le otorga mayor poder de decisión y se desconcentran algunos de los procesos que antes se llevaban a

cabo en Sede Central como pagos de reintegros, altas y bajas afiliatorias, manejo de bonos, etc.

A partir de esto se reducen los contactos entre las Delegaciones y la Sede Central subsistiendo sólo en algunos casos y se establece el siguiente esquema de comunicación: Delegaciones<>Regiones<>Sede Central.

FUNCIONES DE LAS REGIONES DEL I.O.M.A.

Entre las funciones que se le adjudican a las Direcciones Regionales Del I.O.M.A.. se pueden mencionar las siguientes:

- Verifica el cumplimiento y aplicación de las normas legales, con el fin de asegurar a los beneficiarios del sistema, la correcta accesibilidad a los servicios médicos-asistenciales y a las tramitaciones administrativas contables, e inspeccionar a las Delegaciones a su cargo sobre el cumplimiento de las mismas.
- Participar en la organización y realización de cursos de capacitación y asesoramiento en servicios, destinado al personal de la dirección.
- Elaborar y elevar a la superioridad el Manual del Delegado Regional y del Delegado Local con las actualizaciones periódicas de normas de procedimientos administrativos y técnicas y disposiciones que hagan al funcionamiento de las Delegaciones.
- Llevar el control del Registro Patrimonial de la Dirección.
- Administrar el cumplimiento de los procedimientos administrativos.
- Ejecutar y hacer ejecutar las actividades profesionales, técnicas y administrativas a su cargo en la prestación de los servicios médico-asistenciales dentro de las normas y directivas emanadas del Instituto.

- Elevar a la Superioridad, estadística mensual de las actividades, la memoria anual y el anteproyecto del presupuesto de la Dirección.

- Ejecutar promociones regionales para establecer la conexión de la comunidad beneficiaria del sistema con el Instituto.

Si agregamos algunas de las funciones que deben desarrollar las Delegaciones nos encontramos con que deben:

- Verificar mediante inspecciones a los servicios contratados, el cumplimiento por parte de los prestadores de los convenios, aranceles, modalidades de atención, normas legales y reglamentaciones emanadas del instituto.

- Asesorar a los afiliados y al público en general en lo referente a las normas de servicios y de reintegros.

- Verificar la correspondiente afiliación de los afiliados.

- Elaborar informes técnicos y encuestas socio-económicas y cualquier otra necesaria prefijada por el Instituto y/o que aconseje la circunstancia, para que acompañe en todos los casos las solicitudes de reintegro presentada en su jurisdicción, las que deberán ser elevadas a consideración de la superioridad.

- Llevar el registro local de los prestadores habilitados por el Instituto individualizado individualizándolos por profesionales, especialidades, centros, instituciones sanatoriales y Hospitalarias, públicas o privadas.

- Informar sobre las novedades producidas en la prestación de los servicios asistenciales de sus jurisdicción.

- Elevar la estadísticas mensuales de las actividades desarrolladas en la delegación.

- Proponer el plan de necesidades y presupuesto anual para el funcionamiento de la Delegación.

El I.O.M.A. fue una Obra Social de libre elección del profesional y de sistema de pago por acto médico cuyo modelo se mantuvo por espacio de 35 años.

Recién en 1993 se introducen modificaciones trascendentes que afectan características esenciales de la organización originaria al incorporar la modalidad de contratos por cápita para honorarios médicos y el sistema modulado para otras prestaciones, aunque se mantenga la libre elección y el pago por acto médico.

Los convenios para evitar la hipoprestación y la baja en la calidad de la atención manejan indicadores de rendimientos, los cuales son monitoreados por una comisión de fiscalización.

También se asegura que los profesionales médicos puedan cobrar sumas fijas por consulta de acuerdo a la categoría. Se establecieron tres categorías, en la categoría A en la que deben estar el 60% de los médicos y reciben del Instituto 12 pesos por acto médico; en la categoría B en la que deben estar el 30% de los médico, recibirán de la Obra Social 12 pesos y los afiliados coparticiparán con un bono de 6 pesos; en la categoría C, en la que solo pueden estar el 10% de los médicos, que generalmente son jefes de servicios, profesores, percibirán por parte del ente 12 pesos y otro tanto de parte de los afiliados.

El Director General de Prestaciones, Dr. Roberto Naccarato([29]) , manifestó que "también se a procedido a categorizar a las clínicas, sanatorios y Hospitales, para la atención de los afiliados internados, para lo cual se ha realizado un sistema modulado por día-cama, por lo cual el I.O.M.A. le paga al prestador un modulo de acuerdo los niveles de

[29] Dr Nacarato en Entrevista con el Consultor de Salud. Ob. Citada

complejidad y atención...". Esto se reglamentó mediante el Reglamento Provincial 3280, por lo cual se paga desde 120 pesos hasta 256 a la máxima categoría por cada enfermo que está internado y a través de ese pago la institución le debe brindar toda la atención que merece el paciente, realizándosele todas los estudios diagnósticos que el caso lo requiera".

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL DEL I.O.M.A.

(Sede Central ciudad La Plata)[30]

El I.O.M.A. en su Sede Central La Plata ha contado desde sus inicios con un cuerpo de Asistentes Sociales.

En un principio su labor estaba limitada a cumplimentar informes ambientales, encuestas socio-económicas, etc. La demanda siempre provenía de las diversas áreas de auditoría, del sector de afiliaciones o de prestaciones médicas.

En el año 1991 se crea el **Departamento de Servicio Social** propiamente dicho dependiendo en forma directa de la Dirección de Auditoría y de Fiscalización, la cual a su vez depende de la Dirección General de prestaciones.

La Misión del Departamento está basada en la investigación, asesoramiento, planificación, ejecución, capacitación y evaluación de todas las actividades de carácter social del Instituto.

Además se ocupa de articular la Política Social Estatal del Sector Salud con la Política Institucional del I.O.M.A. y las necesidades e intereses de sus afiliados.

FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Entre las funciones que debe cumplir este Departamento se pueden destacar las siguientes:

- "Implementar investigaciones que tiendan a expresar perfiles comunitarios, identidades particulares del interior del universo afiliatorio del I.O.M.A.,

[30] Para el desarollo de esta parte se procedió a entrevistar a la responsable del Departamento de Servicio Social en la Ciudad de La Plata.

objetivizando las necesidades sentidas en cada sub-conjunto, procediendo a la devolución integrada en una proposición metodológica de superación".

- "Formular análisis de la realidad socio-económico-cultural con el fin de contextualizar las implicancias contenidas en las acciones institucionales de índole social".
- "Promover la producción, consulta y asesoramiento multidisciplinario como instrumento integral de la intervención social".
- "Desarrollar métodos de investigación participante, para recrear sistemas, canales y condiciones para la comunicación y participación comunitaria en el área de la previsión social".
- "Generar proyectos, diseños y modelos de investigación que sirvan como prueba piloto para futuros programas sociales".
- "Implementar el método de sistematización de la práctica, a efecto de describir, ordenar y reflexionar analíticamente el desarrollo de la práctica profesional".
- "Orientar y fortalecer permanentemente las capacidades del recurso específico, para mantener la idoneidad en la práctica técnico-profesional".
- "Desarrollar métodos y técnicas de evaluación de planes, proyectos y programas que permitan la retroalimentación permanente de éstos".([31])

DINÁMICA INTERNA DEL DEPARTAMENTO

El Departamento se encuentra dividido en dos sectores:

1) Sector de Proyecto e Investigación
2) Sector de Recursos y Coordinación Operativa.

[31] Funsiones del Dto de servicio Social. Hojas extraidas de la resolución del IOMA de circulación interna.

1) El sector de **Proyecto e Investigación** se ocupa de realizar programas, proyectos, investigar, planificar, evaluar y supervisar el trabajo en general.

Ha participado en el lanzamiento del primer Formulario Terapéutico de medicamentos que cubre el Instituto, evaluando los canales de comunicación con el afiliado.

También ha intervenido en el Programa de Regulación de Atención al Discapacitado Institucionalizado, realizando una recategorización de Institutos que son utilizados por los Afiliados Discapacitados. Esto ha permitido que el Directorio apruebe por resolución Nro. 359/96 la contratación de los mismos, para dar cobertura a dichos afiliados.

2) El Sector de **Recursos y Coordinación Operativa** se encarga de la atención de la demanda tradicional de los distintos departamentos de la institución.

Entre las actividades que realiza se pueden mencionar: evaluación socio-económica, informes ambientales, análisis de las reales prestaciones, relevamiento institucionales, controles de reintegros a discapacitados, asesoramiento y derivación de situaciones emergentes no contempladas por el I.O.M.A.

Si bien existe esta división en sectores, en la práctica ambos comparten el trabajo de campo.

Periódicamente deben realizar el relevamiento de los Institutos para discapacitados de toda la provincia de Bs. As. que brindan cobertura a afiliados del I.O.M.A.. Para ello tienen diseñado un cronograma de salidas y en la actualidad tienen asignado dos viáticos semanales para las salidas a las

regiones y movilidades para las salidas dentro de la ciudad de La Plata y sus alrededores.

Las Funciones específicas que realizan estos dos Sectores mencionados se encuentran detalladas en el Anexo.

Recursos humanos:

El departamento cuenta con seis Trabajadores Sociales, dos licenciados y cuatro con títulos terciarios; cinco practicantes rentados de la licenciatura en Servicio Social y un empleado administrativo.

Recursos Materiales:

- Una computadora.
- Tres escritorios.
- Dos máquinas de escribir.
- Un mostrador

Espacio físico:

Una oficina

Deben solicitar espacio a otros sectores para realizar entrevistas.

EL I.O.M.A en MAR DEL PLATA[32]

La ciudad de Mar del Plata se halla dentro de la **Región VIII**, denominada **Región General Pueyrredón**.

Esta Región, a su vez administra otras diecisiete Delegaciones, quedando conformada de la siguiente manera:

Tandil

Necochea

Balcarce

Municipio Urbano dela Costa (San Bernardo- Sta. Teresita- Mar de Ajó)

Ayacucho

Gral. Alvarado

Lobería

Maipú

Mar Chiquita

Villa Gessel

Pinamar

San Cayetano

Gral. Guido

Gral. Lavalle

Madariaga

Gral. Pueyrredón

La Obra Social I.O.M.A. en la ciudad de Mar del Plata procede guiada por instructivos, resoluciones, circulares, etc., que se actualizan periódicamente que son enviados desde Sede Central.

[32] Para esta descripción se procedió a entrevistar al Director Regional y a todos los responsables de los distintos sectores de la delegación del IOMA de Mar del plata

Fuera de esto la Institución no puede tomar decisiones sin consultar a Sede Central.

El Instituto cuenta con un Director que cumple la función de coordinar no sólo la ciudad de Mar del Plata sino también las delegaciones de la Región.

La Delegación de MAR DEL PLATA se encuentra dividida en nueve sectores:

1)- Afiliaciones
2)- Técnico-profesional
3)- Contable y Caja
4)- Bonos
5)- Auditoría Administrativa
6)- Auditoría Social
7)- Auditoría Médica
8)- Relaciones Institucionales
9)- Recursos Humanos

1) AFILIACIONES

Este sector se ocupa de realizar afiliaciones y de autorizar el Plan Materno Infantil.

Sus funciones son:

* Recepcionar la documentación presentada por los afiliados, otorgar las credenciales a estos, enviar esta documentación a Sede Central para su archivo.
* Coordinar y asesorar a las delegaciones.

Espacio físico:

Hall Central y dos oficinas.

Recursos Humanos:

Un encargado de sector y ocho administrativos (tres practicantes rentados de la U.N.M.D.P., un contratado y cuatros de planta permanente).

Recursos Materiales:

Una computadora

Una máquina de escribir

Siete escritorios

Dinámica interna:

Este sector atiende a alrededor de 400 afiliados diarios durante los meses de marzo a julio, período éste de mayor actividad debido a la renovación anual de credenciales de estudiantes y la emisión de nuevas credenciales para docentes provisionales y suplentes.

Fuera de este período el flujo de afiliados atendidos diariamente, es de aproximadamente 300 personas.

2)- TECNICO-PROFESIONAL

En este sector se realiza la entrega y recepción de medicamentos, los trámites de provisión y los trámites de excepción.

MEDICAMENTOS:

El I.O.M.A. posee un Formulario Terapéutico (vademécum) donde figuran los medicamentos que este Instituto cubre. Dentro de este Formulario existen:

1) Medicamentos de compra directa en farmacia.

2) Medicamentos de uso normatizado (deben cumplir con las normas del I.O.M.A. para su obtención). Entre ellos están:

* Los que requieren autorización del médico auditor para su compra en farmacia.

* Los que son provistos por el I.O.M.A..

Para esto la Obra Social ha implementado un sistema de computación a través del cual se solicitan los medicamentos a Sede Central y una vez aprobados son enviados a Mar del Plata por una farmacia de la ciudad de La Plata. Aquí se clasifican y se derivan los correspondientes a cada delegación. Los medicamentos que tienen cobertura al 100% a cargo del I.O.M.A. figuran en el formulario con tres asteriscos.

TRAMITES DE PROVISIÓN

El sector Técnico-Profesional se encarga de realizar la admisión de las solicitudes de los materiales que no están incluidos en los convenios de prestaciones médicas y que este Instituto se encarga de proveer.

Entre ellos están:

Audífonos	Diábolos
Lentes de contacto	Prótesis oculares
Prótesis mamarias	Cartuchos de sutura mecánica
Ortesis	Corset
Prótesis de cadera	Prótesis de rodilla
Prótesis para amputación	Sillas de Ruedas
Marcapasos cardíacos	Catéteres
Válvulas cardíacas	Válvulas para hidrocefalia
Prótesis arteriales o vasculares	Clips para aneurisma

Material de osteosíntesis (clavos, grampas, tornillos, etc.).

Estos trámites son enviados a Sede Central para su aprobación y posterior provisión.

Los casos de urgencia deben ser resueltos dentro de las 48 horas y los restantes demoran entre 15 y 20 días.

Los materiales se proveen a través de licitación. Algunos de ellos obtienen cobertura del 100% y otros un descuento fijo.

TRAMITES DE EXCEPCIÓN

Esta tramitación se realiza cuando se solicita autorización, reintegro o provisión de alguna práctica, medicamentos o materiales que el I.O.M.A. no contempla dentro de sus convenios.

Esta solicitud se eleva al Directorio para su resolución([33]) .

Es una solicitud que puede ser presentada por todos los afiliados y/o beneficiarios del Instituto, por prestaciones que ante situaciones específicas le fuesen indicadas y/o realizadas.

Estos casos pueden ser:

* Prácticas no nomencladas.
* Establecimientos o prestadores no adheridos que han brindado prestaciones por casos de urgencia o por ser los únicos que realizan las prestaciones.
* Solicitud de mayor cobertura ante situaciones socio-económicas de carencia.
* Provisión de elementos terapéuticos no contemplados.

[33] Resolución 371/94. Circuito administrativo para los Tramites de Excepción Ver Anexo

* Medicamentos no incluídos en el Formulario Terapéutico, drogas oncológicas, medicamentos importados.

Para todos estos casos es privativo del Honorario Directorio de Sede Central aprobar y/o denegar los mismos.

Estos trámites suelen ir acompañados de una encuesta socio-económica tipo que posee el Instituto, la cual es completada por empleados administrativos cuando el afiliado solicita cobertura del 100%.

Generalmente porque no puede hacerse cargo de la diferencia.

Esto es así debido a que el I.O.M.A realiza excepciones pero no siempre con una cobertura total, sino que otorga entre el 70 y el 90%, siendo el usuario o el co-seguro el que abone el resto.

Espacio físico:

Una oficina y un espacio en el hall de atención al público.

Recursos humanos:

Un encargado de sector y siete administrativos (dos en atención de medicamentos, dos en atención de trámites de provisión y excepción y tres en informática).

Recursos Materiales:

Siete escritorios

Una computadora

Una máquina de escribir

Un teléfono-fax

Tres armarios

Dos heladeras

3)- CONTABLE Y CAJA

CONTABLE:

Este sector se ocupa de la recepción, liquidación y pago de reintegros de los afiliados de Mar del Plata y de las diecisiete delegaciones. Además realiza la liquidación de viáticos, movilidades y horas extras, pago de sueldos, gestiones bancarias, rendiciones de reintegros y el pago de reintegros vía de excepción.

I.OM.A. posee una cuenta bancaria de donde se extrae el dinero.

En la ciudad de Mar del Plata se otorgan cheques a los afiliados por todo concepto, aún si el monto a cobrar es ínfimo.

A las delegaciones se le realizan transferencias de dinero al delegado y cuando la suma supera los cien pesos ($100) se viaja de Mar del Plata a pagar.

Espacio físico:

Una oficina y un espacio en el hall central de atención al público.

Recursos Humanos:

Un encargado de sector y siete administrativos (uno en atención al público y el resto en trabajo interno).

Recursos Materiales:

Una máquina de escribir

Tres calculadoras

Cuatro escritorios

CAJA:

Este sector se ocupa de la venta de Bonos. Estos se discriminan con los siguientes valores:

Bonos de odontología $4,00

Bonos de kinesiología $20,00

Bonos de Internación $50,00

Diariamente se registra la numeración, serie y la cantidad de bonos vendidos. Lo recaudado se deposita en el Banco de la Provincia donde existen cuentas fiscales abiertas para tal efecto.

Una vez al mes se realiza la rendición de valores a Sede Central para controlar el movimiento, la cual no debe arrojar diferencias.

Espacio físico:

Un sector en el hall central

Recursos Humanos:

Tres administrativos (uno de planta permanente y dos practicantes rentados de la U.N.M.D.P.).

Recursos materiales:

Una caja mostrador

Un detector de billetes falsos

Una máquina de calcular

4) BONOS

Los Bonos son valores fiscales que el afiliado debe adquirir para acceder a distintas prestaciones. Entre ellos están los de Odontología, Internación y Kinesiología, diferenciados en Bonos de atención de afiliados Obligatorios, Voluntarios Individuales y Voluntarios Colectivos.

Este sector recepciona los bonos enviados por Sede Central y los distribuye a las delegaciones de la Región. A su vez, recibe de las mismas las rendiciones mensuales, y realiza auditorias y arqueos de caja.

Además se ocupa de recibir los cheques para el pago de prestadores no adheridos al sistema de cápita como los Hospitales Públicos y las Farmacias Sindicales.

También recibe los cheques para el pago de los Practicantes rentados.

Espacio físico:

Una oficina

Recursos Humanos:

Un encargado de sector y tres empleados administrativos (dos practicantes rentados de la U.N.M.D.P. y uno de planta permanente).

Recursos Materiales:

Tres escritorios
Dos armarios
Una máquina de escribir
Un teléfono
Tres calculadoras

5)- AUDITORIA ADMINISTRATIVA

Este sector es creado en el año 1995 y se encarga de la tramitación de expedientes internos referidos a cobros indebidos, denuncias, sumarios de personas, sanciones a prestadores, etc. Los expedientes pueden ser recibidos de Sede Central o se originan en esta ciudad. Generalmente se recepcionan quejas y denuncias.

Aquí se toma declaración, se realiza una actuación, se informa al Director y se envía al sector de Relaciones Jurídicas de La Plata, ahí se llevan a cabo averiguaciones y se inicia un expediente. Suelen llevar más de un año para su resolución.

Espacio Físico:

Una oficina

Recursos humanos:

Un auditor administrativo y un Practicante rentado de la Facultad de Derecho.

Recursos Materiales:

Un escritorio

Un teléfono-fax

Una máquina de escribir eléctrica

6)- AUDITORÍA SOCIAL

Este sector comienza a funcionar en el mes de octubre del año 1996. Está destinado a los usuarios internados.

La principal función es orientarlos sobre los servicios que brinda la Obra Social.

Se ofrece información referida a la cobertura que poseen, la documentación que deben presentar para acceder a la misma y el lugar dónde deben hacerlo. Se los pone en conocimiento de los beneficios de los co-seguros en caso de que los afiliados cuenten con los mismos y se los asesora sobre los posibles cobros indebidos.

Se visitan las clínicas y hospitales adheridos a I.O.M.A de la ciudad Mar del Plata (Clínica Colón, Sanatorio Belgrano, Clínica Pueyrredón, Clínica 25 de Mayo, Clínica Modelo, Clínica del Niño, Clínica de Fracturas y Ortopedia y el Hospital Español).

La información recabada se registra en una planilla tipo (ver anexo).

Espacio Físico:

No tiene espacio propio, comparte el espacio con los otros Sectores.

Recursos humanos:

Un encargado (médico) y tres administrativos (un practicante rentado de la Licenciatura en Servicio Social y dos contratados).

Recursos Materiales:

Comparte materiales

7)- AUDITORÍA MÉDICA

Este sector se ocupa de realizar la evaluación de las necesidades prestacionales.

Genera relaciones entre los afiliados como receptores de servicios y los profesionales médicos prestadores.

También autorizan órdenes, emiten sugerencias de qué prácticas realizar, se comunican con otros profesionales médicos para tomar conocimiento de las reales prestaciones y confeccionan los informes de los pedidos de provisión y excepción.

Auditan sanatorios y clínicas verificando si las prestaciones solicitadas se cumplen y para constatar los diagnósticos.

Espacio físico:

Una oficina

Recursos Humanos:

Cuatros médicos (un coordinador de Región y tres auditores).

Recursos Materiales:

Un escritorio

Un armario

8) RELACIONES INSTITUCIONALES

Este sector está encargado de mejorar la comunicación entre la Institución y los Afiliados, se trata de difundir los servicios utilizando los medios de difusión disponibles en la ciudad y las Organizaciones Sindicales que están constituidas por afiliados del I.O.M.A..

El mismo es creado en marzo de 1996 y entre las actividades que a llevado a cabo se pueden mencionar las siguientes:

- Difusión de información a través de los medios locales.
- Difusión del "Programa de Atención Primaria de la Mujer".
- Coordinación de reuniones con los Gremios que nuclean afiliados del Instituto.
- Confección de un instructivo destinado a agentes multiplicadores (los gremios anteriormente mencionados).
- Confección de una encuesta de opinión sobre el funcionamiento de la Obra Social.

Espacio físico:

Comparte el espacio con la Secretaría y la Dirección.

Recursos Humanos:

Un encargado idóneo.

Recursos Materiales:

Comparte los materiales de la secretaría.

9) RECURSOS HUMANOS

El sector Recursos Humanos se encarga de coordinar todo lo referente a asistencia, vacaciones, licencias, días por examen, verificación de contratos, etc. de todos los agentes del Instituto en la Región.

Espacio físico:

Una oficina.

Recursos Humanos.

Un encargado.

Recursos Materiales:

Un escritorio.

Una máquina de escribir.

TERCERA PARTE

"Aunque el mensaje no llegue a destino,

vale la pena enviarlo".

Segaki

TRABAJO DE CAMPO

Una vez realizada la descripción de la Institución en estudio y habiendo mencionado las funciones e incumbencias del Trabajador Social en esta Obra Social, se prosigue con el conjunto de operaciones básicas que permitan llevar adelante el proceso exploratorio.

Aquí se detallan las decisiones, pasos y actividades que se realizan para guiar el curso del trabajo.

Se pasa al trabajo de campo específico para efectuar la recolección de datos que permita obtener información que nos lleve a algún esclarecimiento de la problemática planteada.

Para ello se elige una metodología cualitativa de trabajo.

Se considera importante contactarse con aquellas personas que tuvieran relación directa con la Obra Social y que pudiera aportar datos relevantes para el estudio.

Debido a la extensión del universo afiliatorio y ante la complejidad y diversidad de situaciones que aborda, se decide seleccionar una muestra intencional de afiliados al I.O.M.A. focalizada en profesionales del Servicio Social que pudieran aportar una opinión calificada desde su ámbito laboral.

Se considera importante tomar como punto de referencia a Trabajadores Sociales que desempeñan su actividad en el sector salud, por ser los más idóneos, los que están más cerca de la problemática y los que poseen mayor compresión de la misma. Además éstos reúnen un doble atributo de interés, por una parte su condición de afiliados y por otro sus conocimientos específicos sobre la profesión. Concretamente a aquellos que trabajan en Hospitales Públicos de la ciudad de Mar del Plata, es decir, el Hospital Interzonal General de Agudos y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.

El instrumento escogido para la recolección de datos está representado por un sondeo de opinión, a través de entrevistas abiertas y focalizadas a informantes claves.

Estas entrevistas están orientadas a conocer cómo ven los afiliados del I.O.M.A. la cobertura y atención que brinda esta Obra Social.

La idea es que sean abiertas pero que se sustenten en cuatro temas fundamentales, haciendo referencia a:

1) Cobertura

2) Satisfacción con la atención

3) Relación con los profesionales de la Institución

4) Inclusión del Servicio Social

Al realizar un primer contacto con el campo de estudio se presentaron diferentes circunstancias que resulta necesario mencionar. Ellas se refieren al poco tiempo disponible de los profesionales para acceder a la entrevista ante la excesiva carga de trabajo que tienen durante su jornada laboral.

Esto lleva a los autores a confeccionar un cuestionario guía que permita a los Trabajadores Sociales a entrevistar, tomar conocimiento del objetivo del mismos.

Esta guía es distribuída en los Departamentos de Servicio Social de los hospitales públicos de la ciudad. La consigna general es que se puedan explayar no sólo en su experiencia personal, sino también, como profesionales de la salud poder relatar su visión sobre la realidad social que les toca vivir a los afiliados del I.O.M.A..

Luego de realizar reiteradas visitas a las Instituciones mencionadas y no tener respuesta en la contestación del formulario se vislumbra otra dificultad. Ésta es la de ofrecer información por escrito.

Sólo en algunos casos se logra la devolución. El resto se obtiene a través de persistencia y la concurrencia en horario de menor demanda.

Los datos recogidos son presentados en anexo.

Los resultados de las entrevistas se analizan cualitativamente y de lo expuesto se extrae la siguiente evaluación.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN LAS ENTREVISTAS

Se pudo observar que resalta como problema fundamental de todos los afiliados la **cobertura en medicamentos**.

Como ya hemos descripto en el capítulo anterior, el I.O.M.A. utiliza un vademécum el cual sólo incluye monodrogas. Esta modalidad está en vigencia desde 1991, pero como se relata en una de las entrevistas "los médicos se resisten a utilizarlo".

Este sistema de monodrogas no es bien visto por los entrevistados los cuales manifiestan que "falta cobertura en medicamentos", "no entra ningún medicamento", "los antibióticos oftalmológicos de uso local no tienen cobertura". También se ven falencias en medicamentos para personas de la tercera edad en el relato "hay abuelos que tienen prescripto 5, 6, 7 drogas, en distintos horarios, situación que se puede suprimir de prescribir uno o dos medicamentos compuestos".

Se puede extraer de los relatos que existe un cierto desamparo en los afiliados portadores de H.I.V. "los medicamentos para los enfermos de H.I.V. deben pasar por trámites especiales pero al ser drogas experimentales se le niega la cobertura".

También la disconformidad esta presente en el tiempo que demora la autorización de determinada medicación, "los trámites de excepción tienen respuesta cuando la persona ya no necesita la droga".

En cuanto a la **cobertura en prestaciones médicas** se pudo observar conformidad aunque se hace hincapié en los aranceles diferenciados, "siempre hay que pagar diferenciados si uno elige atenderse con un especialista de confianza". En otro relato se deja entrever que "la mayoría

de los médicos tienen aranceles diferenciados costosos que impiden que los afiliados de pocos recursos consulten a los mismos".

En la **cobertura odontológica** se pudo notar disconformidad por lo limitado de la cobertura, los entrevistados mencionan que "no existe cobertura en prótesis ni en corona" "se debe pagar para cada tratamiento".

Se ve como acertada **la prestación** que se obtiene **en Internaciones** aunque resulta de las entrevistas que "se paga un bono de internación y si el médico tiene diferenciados se paga otro bono..." y se extrae de los relatos la ambición que dice que ''no se debería pagar nada".

Las personas consideran que se deben incorporar a la cobertura las cirugías a través de Laparascopía como la cirugía de vesícula, que tiene menos costos en relación de los días de internación y redunda en beneficio del paciente, el cual se puede incorporar a sus actividades en menor tiempo.

Los entrevistados ven como necesario que se de cobertura de internación "en establecimientos psiquiátricos a los enfermos mentales crónicos" y se aumente el porcentaje que está a cargo del I.O.M.A. en los otros casos. De la misma manera se ve como necesidad la cobertura en geriátricos para aquellos ancianos minusválidos sin contención social".

En relación con la **satisfacción con la atención** se pudo observar que "la atención es regular" y que en algunos empleados "no se percibe interés por explicar", "son autómatas". Surge que el tiempo que se debe dedicar para la resolución del problema depende de la cantidad de personas que concurra a la delegación y del tipo de trámite que se realiza. Se desprende

del relato que "muchos de los estudios solicitados por los médicos, deben atravesar para la autorización tramitaciones que demoran varios meses".

Se manifiesta que "no existe información de lo que debe hacer el afiliado para atenderse por un médico, qué aranceles se deben pagar, dónde se deben autorizar las órdenes y en qué lugares deben realizar las prácticas médicas".

También se desprende que "no existe gente preparada para contener".

En referencia a la **relación con los médicos auditores** se desprende que "no existe contacto" y que se desconoce a los mismos.

En alusión a la **inserción del Servicio Social** se considera importante debido a que 'es la profesión más preparada para dar respuesta alternativas a los casos sociales dado a que conoce la realidad social del usuario".

Los entrevistados coinciden en que existen situaciones y trámites que debe resolver el Trabajador Social como el caso de los afiliados que padecen H.I.V. donde se debe estar preparado para contener y acompañar y ayudar a buscar soluciones alternativas.

Teniendo en cuenta que la inclusión del Servicio Social en el I.O.M.A. es el tema central que convoca a los autores y habiendo constatado a través de los entrevistados que la presencia de esta profesión resulta importante y conveniente, se decide ahondar sobre la labor que debe realizar un Trabajador Social en una Obra Social.

Para ello se resuelve entrevistar a los jefes de departamentos de servicio social de ambos Hospitales y a trabajadores sociales que desempeñen sus actividades en Obras Sociales.

Según expresiones de la jefa del Departamento de Servicio Social del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI), se considera como necesario la presencia de un Trabajador Social en el I.O.M.A.; ya que considera que "no es la misma sensibilidad".

Al consultarle sobre cuáles serían para ella las funciones concretas que debería llevar a cabo el Trabajador Social, hace referencia a numerosas cuestiones, entre ellas las que permiten la agilización de trámites, información y asesoramiento sobre recursos disponibles para el afiliado y la forma de utilización de los mismos, el abordaje de situaciones específicas que requieran contención y la posibilidad de trabajar estableciendo redes institucionales en favor de la problemática que posee el usuario.

Menciona que es sumamente dificultoso obtener una comunicación exitosa con la Obra Social, que generalmente son tantos los intermediarios que resulta complicado concretar una consulta.

Es allí donde se ve necesario al Servicio Social, como nexo, como referente concreto involucrado a favor del paciente. Que el afiliado se pueda ir con la certeza de haber recibido toda la cobertura posible.

Que la existencia de la profesión les pueda garantizar contactos positivos que le devuelvan al afiliado la seguridad de que su hijo va a ser atendido igual que otro.

En concreto, para ella, el Servicio Social debe tener un rol de educador y concientizador. Debe ser un nexo entre todos; debe contener, asesorar, orientar y saber derivar.

Considera que los trámites denominados de provisión y excepción son sectores que deben ser atendidos por Trabajadores Sociales.

En cuanto a la entrevista con la Jefa del Dto. de Servicio Social del Hospital Interzonal General de Agudo (H.I.G.A.), se desprende que "el Servicio Social de la Obra Social debe ser nexo entre los Servicios Sociales de los Hospitales Públicos y de las otras instituciones que cuentan con recursos que ayudan a resolver las situaciones problemas que las Obras Sociales no están en condiciones de resolver".

También pone el acento en todo el trabajo de optimización de recursos, comenta que para ello en el Servicio Social del Hospital se realiza durante el fin de semana una jornada con todos los Servicios Sociales de las Instituciones de Salud Publica de la ciudad de Mar del Plata, el cual es abierto a toda la comunidad.

Manifiesta que no tuvo oportunidad de conocer el funcionamiento de una Obra Social, aunque del I.O.M.A. sabe que tiene carencias en la cobertura que brinda a las personas que padecen H.I.V., a los enfermos crónicos mentales, y a los ancianos minusválidos que viven solos.

Considera que el profesional del Servicio Social con su metodología, sus conocimientos tiene mucho que aportar para mejorar estas situaciones que aún la institución no ha podido resolver.

Relata que es importante para el Hospital tener en Mar del Plata una Obra Social como la de los Rurales que cuenta con un Asistente Social que sirve de referente y guía de lo que deben realizar las Obras Sociales.

Como Trabajadores Sociales que desempeñan sus funciones en Obras Sociales de la ciudad, se procede a entrevistar a la Jefa del Departamento de Servicio social de la Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina (OSPRERA); y a la responsable del Sistema de Apoyo Profesional al Paciente internado (S.A.P.I.N.), contratada por la Obra Social del Personal de Pasteleros, Reposteros y Heladeros (O.S.P.R.yH.) (Obra Social Sindical) y por el Servicio de Atención Médica Integral (SAMI) (Obra Social Prepaga).

Según las palabras de la profesional de OSPRERA, el Servicio Social en una Obra Social debe estar destinado al abordaje de las problemáticas que presentan los afiliados, en primer lugar, la atención de las urgencias; la demanda espontánea; el seguimiento de los casos crónicos; la visita a afiliados internados en hospitales, clínicas y domicilios; orientación y derivación a otras instituciones cuando la situación así lo requiere; tratamiento con el afiliado y su grupo familiar en situaciones de conflicto; relación con entidades privadas de la ciudad para la atención y educación de afiliados discapacitados; contacto con otras instituciones que ofrezcan programas y proyectos dirigidos a la población, etc.

La Licenciada, puntualiza la importancia de la existencia de un Servicio Social para lograr "una atención integral del afiliado" "mediante la articulación del abordaje de las situaciones problemas".

También relata como importante la relación con otras instituciones de la comunidad, dependientes del Ministerio de Salud, los hospitales, escuelas, los municipios, el INTA, la Universidad Nacional de Mar del Plata, UNICEF, los cuales ofrecen recursos de Capacitación, Educación, Prevención que redundan en beneficio de los afiliados.

La responsable del SAPIN, manifiesta que el servicio social actúa en los tres niveles de atención de la salud (primaria, secundaria y terciaria) y que su atención está dividida en Trabajo Social en Sede y Trabajo Social en terreno.

En el Trabajo Social en Sede tenemos la atención directa de Beneficios Especiales (prácticas de alta complejidad y costo elevado y prácticas no contempladas en los reglamentos), la evaluación de ingresos o evaluación socio-económica, la Sistematización de la demanda y la Planificación de los Servicios y la evaluación de los programas, proyectos y actividades realizadas por el Servicio y el fomento del trabajo interdisciplinario en la Institución.

En el Trabajo Social en Terreno se realizan las seguimiento a afiliados internados fomentando el vínculo médico-paciente-enfermedad, derivando al afiliado a grupos de auto ayuda de ser necesario para su tratamiento y recuperación. También se realiza las encuestas domiciliarias y la comunicación con las otras instituciones de la comunidad.

La Lic. Crostán manifiesta que la visión profesional no la tiene un idóneo, el Profesional Trabajador Social garantiza un trabajo serio y continuo que repercute en la **calidad de atención,** se rige por una ética profesional, garantiza la planificación de los servicios, el abordaje metodológico, el aprovechamiento de los recursos y la articulación interdisciplinaria.

CUARTA PARTE

"Hay que dar ocasión para que
lo mejor se revele y prevalezca
sobre lo peor.
Si no lo peor prevalece".

Jose Marti

CONCLUSIONES

El I.O.M.A. es una Organización Gubernamental Autárquica con una Estructura Administrativa Burocrática Centralizada.

Este Instituto como todos los organismos gubernamentales, están incorporados dentro de la "reforma del Estado provincial" de corte netamente economicista, conocido como "achique del Estado", cuya consigna es disminuir costos, para lo cual se congelaron las vacantes y los sueldos y se achicaron las partidas presupuestarias.

El congelamiento de sueldos generó problemas en el estímulo dentro del reclutamiento y en la retención de funcionarios altamente calificados, lo cual redundó en mayor ineficiencia.

La falta de personal es controlada a través de la incorporación de estudiantes universitarios con la figura legal de "Practicantes Rentados" , llegando en Mar del Plata a cubrir el 60% de la planta de agentes, teniendo algunos una antigüedad de 6 años.

El recorte presupuestario limita al Instituto en el reclamo de la partida de fondos del Estado Provincial tendientes a cubrir las diferencias económicas derivadas del servicios de Salud de todos los Empleados de la Administración Provincial. Esto se trasladó al recorte de los trámites de reintegros y a la disminución de la cobertura en la autorización o provisión de prácticas, medicamentos y/o materiales terapéuticos que se venían gestionando por "vía de Excepción".

El "recorte" también repercutió en la reducción de los viáticos que se contaba para asistir a las delegaciones y regiones del interior de la Provincia.

Esto conlleva a la falta de incorporación de profesionales en la planta permanente, solo contratándose por tiempos determinados a médicos para realizar auditorías.

Haciendo referencia a la labor que realiza el I.O.M.A. en la ciudad de Mar del Plata, en este momento el Instituto se encuentra en una posición

de relevancia con respecto a otras Obras Sociales. El sistema pér-capita ha permitido alcanzar prestaciones con menores costos, calidad y eficiencia. El afiliado ha logrado buenas prestaciones pero siguen existiendo falencias en la administración de la delegación.

Se vislumbra la necesidad de agilizar y organizar todo lo relacionado a trámites y gestiones. Esto redundaría en beneficio para el afiliado que, al no poder obtener respuestas concretas y no poder resolver sus cuestiones en corto plazo, percibe a la atención como ineficiente.

Otro de los obstáculos actuales pasa por la falta de información por parte de los afiliados, que, al desconocer sus derechos no los pueden ejercer y esto influye en la no defensa del sistema.

El desconocimiento lleva a la falta de participación y esto incide en los destinos de la Obra Social.

El sistema pér-capita logra establecer el cobro de montos fijos para todo tipos de prestaciones y evita el pago indiscriminado de acuerdo al libre albedrío de los profesionales.

Esta Obra Social es considerada por los autores como la Institución que posee mayor reconocimiento dentro de la ciudad de Mar del Plata. Esto es debido a la magnitud del universo afiliatorio y no por la cobertura otorgada por la misma.

En al actualidad el I.O.M.A. se encuentra fuera del contexto desregulatorio y no se ve afectada por los vaivenes que este nuevo sistema trae aparejado. Aunque se dio apertura a la libre incorporación de afiliados voluntarios, lo que comienza a llevarse a cabo a principio del corriente año.

Esto constituye un intento de funcionar también como un agente de medicina pre-paga.

El I.O.M.A. desde el año 1993 deja de funcionar con contrataciones de prestaciones de forma directa, y establece contratos a través de

convenios con instituciones que realizan prestaciones médicas. De esta manera se garantiza la atención mediante el pago de bonos con sumas fijas evitando de esta forma el cobro extra de aranceles diferenciados.

Este sistema que comenzó a instrumentar el Instituto constituye un modelo rector en las otras Obras Sociales, que comenzaron a utilizar esta modalidad y con los mismos valores de contratación.

Si bien estos cambios redundaron en mayores beneficios, sobre todo económicos, para la población marplatense asociada, los usuarios siguen haciendo hincapié en la falta de información y asesoramiento en las tramitaciones a realizar, los lugares de funcionamiento para la autorización de prácticas, compra de órdenes y centros de atención.

En alguna medida se rescata que el sistema ha logrado reducir costos pero que la tarea administrativa en la sede del Instituto absorbe de tal manera que no permite ver la realidad social del afiliado y éste sigue soportando las falencias organizativas.

Otra circunstancia que debe sortear el afiliado es que esta Delegación es un estamento intermedio y que el nivel de control y decisión esta en Sede Central en la ciudad de La Plata, por lo que cada trámite debe recorrer interminables instancias para ser resuelto.

En referencia concreta al Departamento de Servicio Social, que funciona en la Sede Central en la ciudad de La Plata, se ha observado que en el enunciado legal de sus funciones existe un gran contenido teórico con un fuerte contenido social, que no condice con la labor desarrollada en la práctica.

Si bien la Institución cuenta con Asistentes Sociales desde su inicio y se conformó en Departamento en el año 1992, la profesión no ha obtenido reconocimiento ni la debida jerarquización.

Siempre ha prevalecido en esta Obra Social el criterio médico, lo que conlleva a tener una visión parcializada de la realidad social.

Ninguna Delegación del interior de la provincia cuenta hasta la actualidad con Trabajadores Sociales debiendo intervenir el Dto. de Servicio Social Central cuando determinadas situaciones lo requieren y para casos puntuales.

Esto se ve agravado por la falta de viáticos y movilidades que se necesitan, lo que lleva a que los Trabajadores Sociales no puedan planificar ni llevar a cabo adecuadamente sus actividades, concurriendo a cada Región en plazos que superan a dos meses.

Esto demuestra la intensa labor desplegada por este Dto. por no contemplarse la incorporación del Trabajador Social en las Direcciones Regionales del interior de la Provincia.

En Mar del Plata, se ha creado recién en 1996 un Sector de Auditoría Social, el cual está conducido por un médico auditor y tres administrativos.

Este sector realiza visitas diarias a pacientes internados en clínicas de la ciudad; seguimiento durante el periodo que dura la internación; asesora y orienta al afiliado y a su grupo familiar.

Este sector puede ser el inicio para la concreción especifica de un área de Servicio Social.

Se cree que el Trabajo Social constituye un instrumento operativo que permite conocer la realidad y actuar en consecuencia.

La profesión puede intervenir mediante un abordaje a un individuo, su grupo familiar y su red social.

En base a estos conceptos y considerando la importancia de hacer extensivo y expandir al Servicio Social se visualiza la necesidad de la inserción de esta profesión en una Institución dedicada a la Salud de la población.

Teniendo en cuenta que el Trabajo Social posee:
1) Un perfil de un importante grado de Responsabilidad aunado a Capacidad de Gestión y una formación para la Evaluación y la investigación.
2) Conocimientos que son producto del contacto con la realidad de los afiliados en su vida cotidiana, llegando a todos los espacios de sus vidas y a todos los ámbitos en que se relacionan, lo que le permite realizar aportes para la planificación de programas acorde con la realidad del afiliado y las políticas institucionales.
3) Preparación para investigar y realizar análisis sobre la demanda de los sectores de afiliados que por su patología o situación requieran acciones acordes a sus problemáticas.
4) Capacitación para realizar un abordaje familiar, mediante una metodología de intervención planificada, prolongada en el tiempo, en forma dialógica y participativa, conducente a producir cambios en la dinámica familiar, permitiendo el surgimientos de las potencialidades del grupo familiar y que se planteen alternativas útiles ante nuevas dificultades.
5) Inclinación, ante la complejidad de las problemáticas, para insertarse en equipos Interdisciplinarios.

Las acciones concretas que puede desarrollar el Departamento de Servicio Social están vinculadas con los distintos **niveles de abordaje en la Atención de la Salud.**

A **nivel primario** lleva adelante programas de prevención tendientes a modificar valores y estilos de vida. El Trabajador Social tiene la responsabilidad de dar coherencia a las acciones preventivas teniendo en cuenta en primer lugar los factores facilitadores que el trabajo comunitario

encierra, desde el análisis de las características históricas, culturales, éticas y sociales de la población de afiliados a la cual esta dirigido.

A **nivel secundario**, la tarea consiste básicamente en orientación en lo social, en lo psicológico, y en la atención médica necesaria. Cada profesional aportará desde su especificidad y se tenderá a la realización de evaluaciones interdisciplinarias.

La actividad del Trabajador social incluirá entrevistas de acuerdo a las necesidades en la Sede, en el domicilio y/o en el lugar de internación, como así también gestiones en otras instituciones relacionadas a la atención.

El trabajador Social servirá de facilitador en el proceso de comunicación persona afiliada - persona médico.

A **nivel terciario** se trabaja en la rehabilitación, correspondiéndole al Trabajador Social facilitar la reinserción socio-laboral de la persona con discapacidad siendo oportuna la derivación a grupos de autoayuda.

Por último, en Salud se considera importante intervenir en una **Prevención** denominada **Primordial,** en la que las acciones están dirigidas a disminuir los factores de riesgos sociales que inciden en forma negativa en la salud de la población.

La administración del I.O.M.A. debe comenzar a visualizarse como un instrumento al servicio de los empleados provinciales y de todos los afiliados que por voluntad adhieran a esta Obra Social; por lo tanto se deben establecer pautas acordes a sus necesidades como: **eficiencia; dinamismo; creatividad; servicios; sensibilidad y participación.**

La clave para este proceso de transformación debe estar centrada en la modernización del aparato administrativo del Instituto, para lo cual el mejoramiento de los recursos disponibles, la agilidad de los sistemas administrativos y operativos y la introducción de nueva tecnología de gestión, deben considerarse elementos de importancia.

Pero, se considera que la modernización administrativa es inoperante cuando se desarrolla en un contexto de valores tradicionales arraigados en la administración pública en normativas anacrónicas disfuncionales que generan obstáculos a cualquier intento de cambio.

Cualquiera sea el signo político del Directorio e independientemente del rol que el gobierno provincial le asigne a éste, será preciso contar con **una administración eficiente**, capaz de instrumentar políticas, canalizar y satisfacer demandas, programar, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos.

Estas transformaciones para la eficiencia que requieren las normativas en la creación del Dto. de Servicio Social deben permitir la continuada transformación administrativa en todo el instituto, para ello se requiere de una previa concertación de las principales fuerzas políticas interactuantes en la Obra Social.

La creación del Dto. de Servicio Social, ocasionará un costo económico y financiero solo recuperable a largo plazo, tal como sucede en la materialización de grandes obras públicas. Por lo que debe contarse con el voto de las principales fuerzas políticas interactuantes, para garantizar la continuidad de programas y proyectos, los que ejecutados por una estructura altamente profesionalizada permita alcanzar objetivos de transformación independientes al partido político gobernante.

También en este proceso se debe apelar al rol del Estado en la Sociedad para la búsqueda en la eficiencia en la gestión. Se debe superar el rol paternalista enfatizando una mayor participación de los afiliados en la ejecución de soluciones, generando así un proceso de progresiva desconcentración decisoria, en última instancia, beneficioso para la eficiencia.

Debemos tener conciencia que aún con la creación del Dto. de Servicio Social, con el reentrenamiento y capacitación de los agentes, con la modificación de los valores y actitudes prácticas, el Estado cuenta con una estructura organizativa en donde sigue prevaleciendo por imposición normativa, usos y costumbres tradicionales y resistente a todo cambio.

CONSIDERACIONES FINALES

Luego de un análisis de lo hasta aquí mencionado se considera la necesidad de establecer lineamientos que sirvan de base para la creación del Dto. de Servicio Social en la delegación del I.O.M.A. en la Ciudad de Mar del Plata.

Por ello la propuesta concreta está orientada en dos niveles:

1) Difundir las incumbencias profesionales del Trabajo Social.

2) Interesar a las autoridades del IOMA sobre los beneficios de la especificidad profesional, con el objeto de lograr que se reconozca a esta disciplina como un recurso válido para el desarrollo de los fines institucionales.

En el primer punto se considera que para la incorporación de un departamento se deben dar a conocer las funciones del Servicio Social y sus beneficios a los distintos actores sociales que tengan actuación relevante en el Instituto, como así también a los usuarios.

La premisa fundamental está basada en que la inserción del Trabajo Social se debe realizar con el acuerdo y el conocimiento de todas las fuerzas interactuantes.

En esta fase se pretende brindar información sobre la labor profesional a los distintos estamentos relacionados con el I.O.M.A., tratando de promover el Trabajo Social y obtener consenso, participación y protagonismo en este emprendimiento.

Entre los distintos actores se pueden diferenciar tres grupos:

A) Grupo Institucional: directivos, profesionales y agentes en general.

B) Grupos de Organizaciones Intermedias, que actúan de co-seguro, como U.P.C.N.; A.T.E.; S.U.T.EB.A.; O.A.M.; Rentas, Servicio Social de la Policía Bonaerense y Servicio Social Penitenciario.

C) Grupos de afiliados, que por sus patologías se encuentran reunidos para su rehabilitación, entre los cuales se mencionan los cardíacos; los hipertensos; los dializados; los transplantados, los discapacitados; los gerontes, etc.

Para esta tarea se podrán utilizar técnicas de comunicación que el Trabajo Social posee como herramientas.

Tendiente a la concreción del segundo punto y considerando que el Dto. de Servicio Social de la Sede Central, tiene como misión, Investigar, Asesorar, Planificar, Ejecutar, Evaluar, Capacitar y Normatizar en el marco de las actividades institucionales de carácter Social; y que entre las funciones otorgadas se encuentran las de coordinar las actividades con los niveles superiores, sectoriales institucionales, obras sociales, co-seguros, etc. y con las áreas internas del IOMA, es que se considera que debería analizarse la posibilidad de hacer extensivo, a modo de experiencia piloto, la implementación de un área de Servicio Social en la delegación de Mar del Plata.

Para esto se considera necesario presentar al Director de la Región VIII "Gral. Pueyrredón" un ante-proyecto donde se explicite la labor que desarrollaría el Trabajador Social, solicitando su elevación a la Sede Central para su consideración.

Para la elaboración de tal propuesta se cree oportuno contar con el respaldo, la adhesión, el consenso y la participación en el diseño de actores calificados.

Con esto se quiere señalar que, debido a la complejidad de la Institución y las dificultades que presenta un sistema estatal para llevar a cabo cualquier tipo de cambio, en este caso se requeriría del aval de un grupo que se involucre e interese en la propuesta y que, además, posea cierta

influencia en el nivelplítico que permita sortear instancias a las que a veces resulta imposible acceder.

Básicamente se trataría de convocar a Trabajadores Sociales afiliados al I.O.M.A. y a Trabajadores Sociales de otras Obras Sociales, a los cuales se le pueda consultar como base de referencia concreta y a través de su experiencia y sus aportes tratar de elaborar una base de trabajo donde se explicite la labor profesional y con estos datos se pueda lograr el reconocimiento de la potencialidad del Servicio Social por parte de las autoridades del I.O.M.A. encargadas de la toma de decisiones.

El intento está orientado a alcanzar de alguna forma la expansión del Servicio Social, que se le de a la profesión la trascendencia que posee, que se logre la apertura de nuevos campos que sienten las bases para el despliegue del valor e importancia que el Trabajo Social reviste.

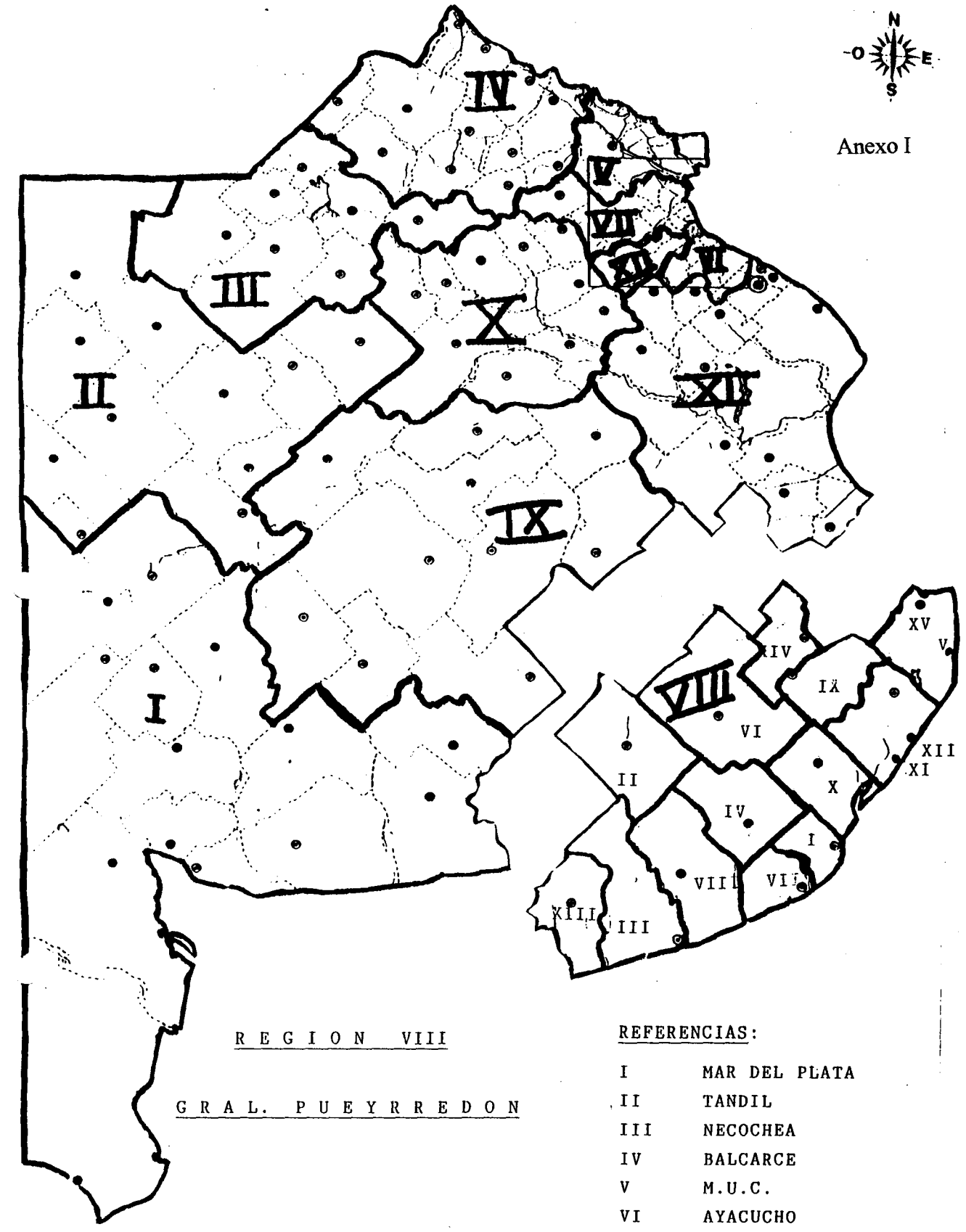
El punto de partida es la toma de conciencia y la reflexión que permita la puesta en marcha de una propuesta que haga posible afirmar el sentido de la intervención profesional del Trabajo Social.

Observando la realidad actual de las Obras Sociales no puede dejar de considerarse al afiliado, al usuario en particular, que si bien no puede optar por otra Obra Social no por ello debe dejar de obtener beneficios, como pueden ser los ofrecidos por un Servicio Social donde exprese libremente cuales son sus necesidades y expectativas.

Para finalizar, la idea es transmitir lo valioso que sería poner énfasis en lo humanístico, en recoger las potencialidades del ser humano por lo que es y por lo que sucede, y no seguir sumando trámites que sólo hablan de papeles y no de procesos realizados con la gente.

ANEXOS

Anexo I

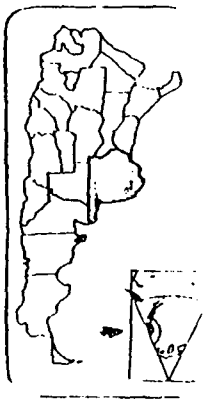


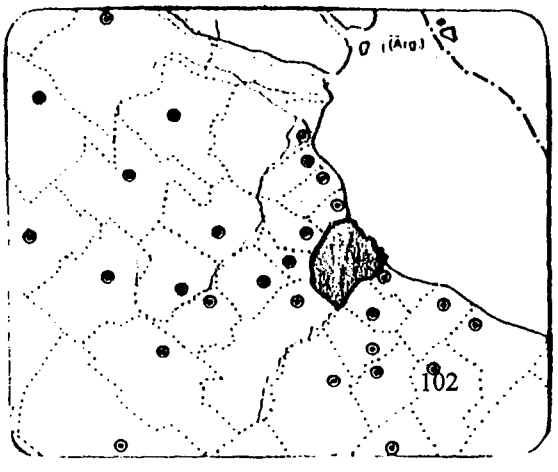
R E G I O N VIII

G R A L. P U E Y R R E D O N

REFERENCIAS:

I	MAR DEL PLATA
II	TANDIL
III	NECOCHEA
IV	BALCARCE
V	M.U.C.
VI	AYACUCHO
VII	GRAL.ALVARADO
VIII	LOBERIA
IX	MAIPU
X	MAR CHIQUITA
XI	VILLA GESELL
XII	PINAMAR
XIII	SAN CAYETANO
XIV	GRAL.GUIDO
XV	GRAL.LAVALLE





ANEXO II

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MISION

Investigar, Asesorar, Planificar, Ejecutar, Evaluar, Capacitar y Normatizar, en el marco de las actividades institucionales de caracter social que se interrelacionen con la atención de los beneficiarios del sistema.-

Articular la política social diseñada por el Estado Provincial para el Sector Salud, la política institucional del IOMA y las necesidades e intereses de sus afiliados.-

FUNCIONES

1) Coordinar la promoción y divulgación de los planes y/o programas del Sector Salud en los ámbitos de influencia del IOMA.-

2) Participar desde su especificidad profesional en la planificación ejecución y evaluación de aquellos programas de nivel sectorial que se encuentren vinculados a los lineamientos político-institucionales del IOMA.-

3) Generar y ejecutar programas específicos que comprometan la actividad institucional del IOMA con la política provincial del sector salud y la de previsión social.- F.T.P. - Discapacit.

Seguridad

4) Realizar estudios sobre la realidad socio-económico cultural y los aspectos epistemológicos del área profesional para formular, adaptar o perfeccionar modelos teórico-metodológicos de intevención.-

5) Determinar los criterios de evaluación, cualitativa y/o cuantitativa y los medios correspondientes para su implementación, de aquellas acciones y procedimientos relacionados con el Area.-

6) Participar en el análisis y categorización de los servicios y recursos prestacionales del IOMA.-

7) Incorporar la producción y el asesoramiento multidisciplinario como instrumento integral para la intervención en la dimensión social.-

8) Realizar actividades pedagógico-educativas a los efectos de capacitar a los trabajadores del sistema, afiliados y organizaciones intermedias, en la utilización de los recursos orientados a las problemáticas de la salud y de la previsión social.-

9) Normatizar los procedimientos y las acciones pertenecientes al ejercicio de la práctica profesional en el IOMA.-

1/3
//..

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
I. O. M. A. (ENTE AUTARQUICO)

AREA DE RECURSOS Y COORDINACION OPERATIVA

MISION

Ejecutar, normatizar, coordinar y evaluar los procedimientos vinculados a las acciones desarrolladas por el Departamento de Trabajo Social, unidades descentralizadas y áreas dependientes.- Administrar los medios técnico administrativos y económicos relacionados con el funcionamiento del área.-

FUNCIONES.

1) Normatizar los procedimientos y las acciones del Trabajo Social para operativizar la práctica profesional en la Institución.-

2) Coordinar las actividades con los niveles superiores, sectoriales e institucionales, obras sociales, co-seguros, etc.-; y con aquellas áreas del IOMA interrelacionadas con éstas.-

3) Establecer la relación entre los recursos, la organización, los objetivos y metas de los proyectos, en función de los criterios que emanan del Departamento de Trabajo Social, y proceder a su evaluación permanente.-

4) Organizar un banco de información, estadística y sistematización de experiencias que permita el acceso a las acciones desde una base cierta comprobable.-

5) Proveer del recurso necesario para el desarrollo de las distintas actividades del área y del Departamento.-

6) Elaborar análisis y estudios sobre la capacidad prestacional de la Institución desde la óptica del Trabajo Social.-

7) Arbitrar los medios para establecer un sistema comunicacional recíproco entre áreas y Departamento de Asistencia Social, Departamento de Institución e Interdepartamental con el objetivo de consolidar la interrelación necesaria y suficiente para un adecuado funcionamiento.-

8) Contribuir al desarrollo de un sistema de información epidemiológico en el IOMA, vinculado a los existentes en el sector.-

9) Realizar estudios permanentes sobre la relación entre el IOMA y la Institución: Hospital Público, a fin de operativizar una coordinación Regional en el marco de la Política de Descentralización Sanitaria.-

2/3

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
I. O. M. A. (ENTE AUTARQUICO)

//...

10) Elaborar programas de participación que contribuyan a la constitución de sujetos sociales portadores de los objetivos demandados, al interior de un proceso de democratización de las relaciones sociales.-

A los efectos de operativizar el funcionamiento del Departamento, se deslindan dos áreas con sus respectivas misiones y funciones:

AREA DE PROYECTO E INVESTIGACION

MISION

Realizar estudios y proyectos direccionados a definir permanentemente la especificidad, identidad y objetivos de las Acciones Sectoriales.-

Redefinir desde la práctica concreta, las propuestas metodológicas que orientan su organización.-

FUNCIONES

1) Implementar investigaciones que tiendan a expresar perfiles comunitarios, identidades particulares al interior del Universo afiliatorio de IOMA, objetivizando las necesidades sentidas en cada sub-conjunto, procediendo a su devolución integradas en una proposición metodológica de superación.

2) Formular análisis de la realidad socio-económico-cultural con el fin de contextualizar las implicancias contenidas en las acciones institucionales de índole social.-

3) Orientar y fortalecer permanentemente las capacidades del recurso específico, para mantener la idoneidad en la práctica técnico-profesional.

4) Promover la producción, consulta, y asesoramiento multidisciplinario como instrumento integral de la intervención social.-

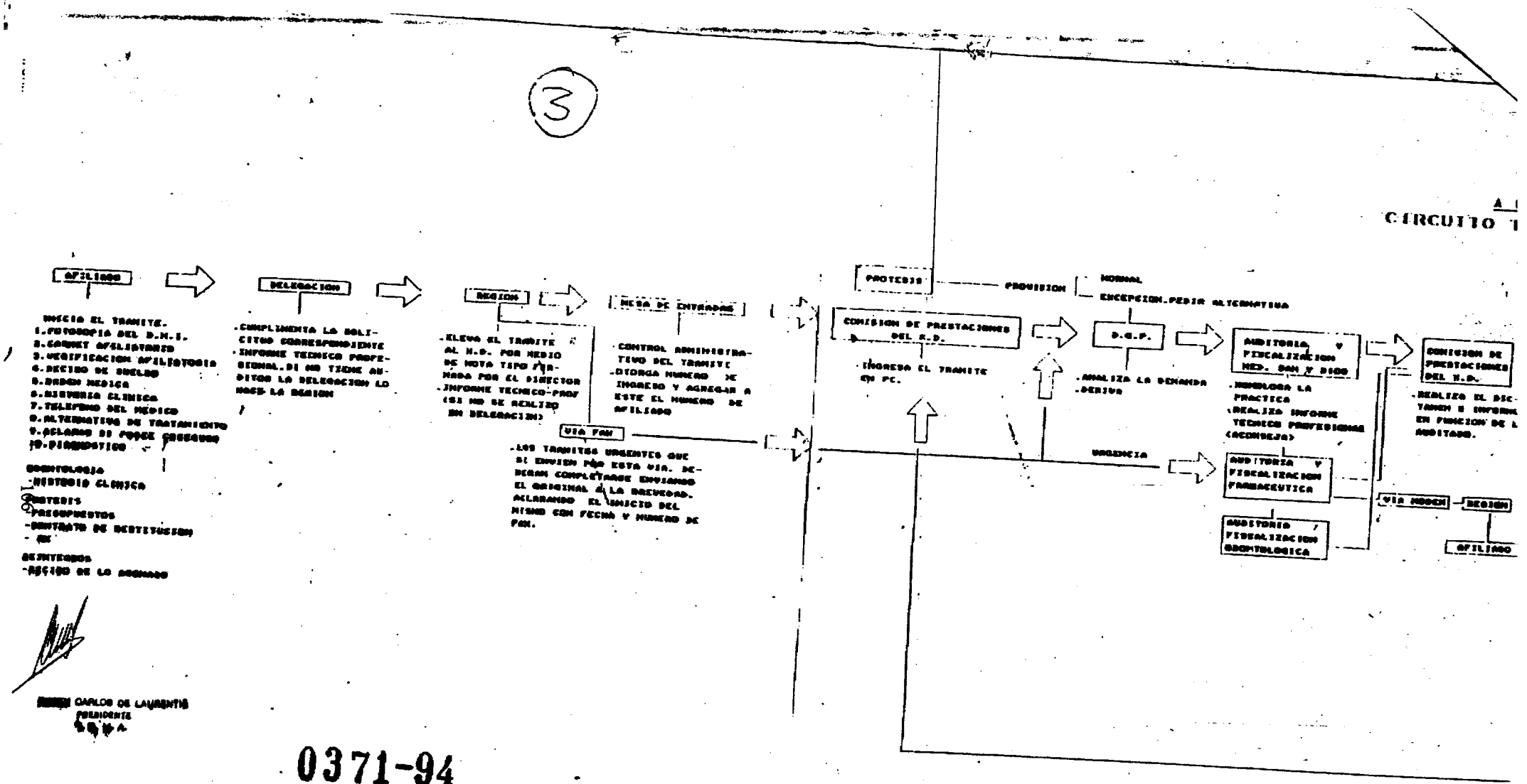
5) Desarrollar métodos de investigación participante, para recrear sistemas, canales y condiciones para la comunicación y participación comunitaria en el área de la previsión social.-

6) Generar proyectos, diseños y modelos de investigación que sirvan como prueba piloto para futuros programas sociales.-

7) Desarrollar métodos y técnicas de evaluación de planes, proyectos y programas que permitan la retroalimentación permanente de éstos.-

8) Implementar el método de "sistematización de la práctica", a los efectos de describir, ordenar y reflexionar analíticamente el desarrollo de la práctica profesional.-

3/3

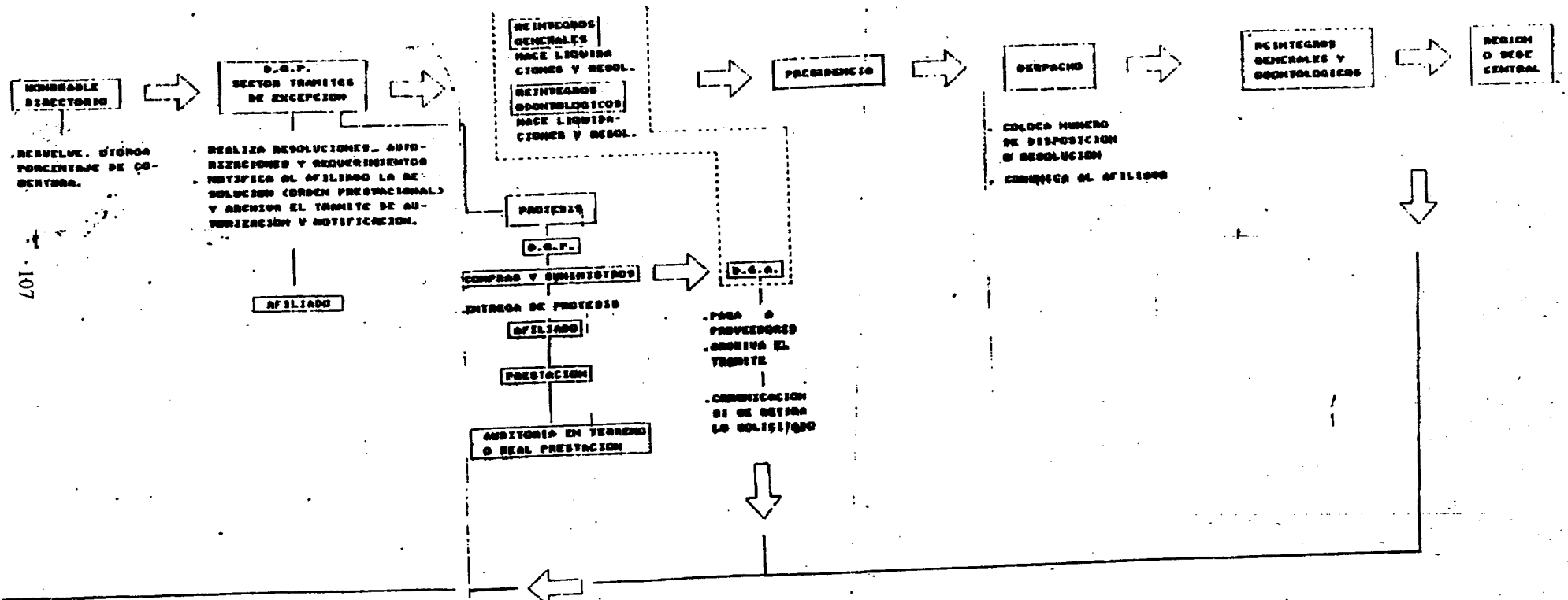


0371-94

Resolución del IOMA Nro. 0371/94 Circuito de Excepción

ANEXO III

I
ES DE EXCEPCION



Resolución del IOMA Nro. 0371/94 Circuito de Excepción

ANEXO III

ANEXO IV

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social

SATISFACCION POR LA COBERTURA QUE BRIDA EL I.O.M.A.

ENCUESTA PARA TRABAJADORES SOCIALES DEL SECTOR SALUD

Esta encuesta está orientada a conocer como ve el afiliado del Instituto Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.) la cobertura que brinda esta obra Social

La idea es que sea una guía abierta, en la cual se puedan explayar no sólo con la experiencia personal, sino también, como profesionales de la salud poder relatar su visión sobre la realidad social que les toca vivir a los afiliados del I.O.M.A.

Lugar de Trabajo:
Cargo:
Años de Antigüedad:
Año de afiliación al I.O.M.A.

---

1) COBERTURA
¿Está conforme con la cobertura que brinda el I.O.M.A. en: Medicamento; prestaciones médicas; internación; análisis clínicos; consultas odontológicas; etc.?

2) SATISFACCION CON LA ATENCION:
¿Cómo es la atención brindada en la delegación, recibe usted la información adecuada?, ¿Se siente contenido?, ¿Cuánto tiempo demora en la resolución de un problema?

3) RELACION CON LOS MEDICOS
¿Existe relación entre los profesionales médicos de la obra social y los afiliados?
Ante una problemática concreta ¿Se tiene en cuenta la Realidad Social del usuario?

4) INCLUSIÓN DEL SERVICIO SOCIAL
¿Considera importante la inserción del Servicio Social? ¿Porqué?

5) ¿Tiene conocimiento de casos puntuales que hallan tenido inconveniente para su resolución?

6) SUGERENCIAS Y COMENTARIOS

BIBLIOGRAFIA

ANEXO V

ASPECTOS METODOLOGICOS AMPLIADOS

De acuerdo al dictamen del trabajo final realizado por la Lic. Mirian Sícoli, se procede a ampliar el informe de los aspectos metodológicos que condujeron el trabajo, dando respuesta a lo solicitado en el punto 5 del mismo.

La etapa de investigación del trabajo de campo se realiza en tres instancias:

En una ***primera instancia***, se decide entrevistar a los Trabajadores Sociales de los Hospitales Públicos. En un comienzo se intenta obtener información en forma oral mediante entrevistas abiertas focalizadas; al no poder realizarse las mismas, por las razones expuestas en el trabajo, se confecciona una encuesta como instrumento de recolección de datos.

De diez Trabajadores Sociales del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, se obtienen cinco encuestas en forma escrita, dos en forma oral y tres no contestan por encontrarse de vacaciones. En el Hospital Interzonal General de Agudos, de nueve Trabajadores Sociales se logran cuatro encuestas en forma oral y el resto no pudo contestar por la gran demanda de trabajo en los Servicios.

En una ***segunda instancia***, luego de haber evaluado los datos recogidos, y habiendo constatado la necesidad y conveniencia de la presencia del Servicio Social, se decide conocer acerca de la labor que debe realizar un Trabajador Social en una Obra Social. Para ello se procede a entrevistar a los Jefes de los Servicios Sociales de los dos Hospitales Públicos.

La elección de estos profesionales se realiza por su cargo jerárquico y por sus conocimientos específicos de las políticas sociales del sector salud y su implementación dentro de la ciudad.

Para esto se realiza una entrevista abierta con una pregunta focalizada sobre las funciones que debe realizar un Trabajador Social en una Obra Social.

En una ***tercera instancia*** se decide conocer el trabajo específico realizado por los Trabajadores Sociales que están trabajando en una Obra Social.

En la ciudad se detectan cinco Obras Sociales que cuentan con Trabajadores Sociales, ellas son:

- La Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina (O.S.P.R.E.R.A.).
- La Obra Social del personal Pastelero, Reposteros y Heladeros (O.S.P.P.R.y H.).
- El Servicio Asistencial Médico Integral (S.A.M.I.).
- La Obra Social de Directivos de Empresas. (O.S.D.E.).
- El Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados (INSSJyP). Mas conocido como PAMI.

De O.S.P.R.E.R.A se entrevista a la licenciada Graciela Contreras, por su reconocida intervención en la Obra Social, por su relación con el ambiente Universitario y por haber sido mencionada como mejor referente por la Jefa del Servicio Social del HIEMI.

Entre SAMI y OSDE (ambas Obras Sociales de medicina pre-paga), se opta por SAMI ya que su Trabajadora Social presta servicios para tres Obras Sociales diferentes, la Lic. Gabriela Crostán cuenta con una gran experiencia laboral en el campo privado, a través del Sistema de Apoyo Profesional al Paciente internado (SAPIN), un programa de Servicio Social Independiente. Esta profesional a su vez es contratada por OSPPRyH y trabaja en relación de dependencia para SILSA MUTUAL.

No se entrevista a profesionales del PAMI debido a que en el momento de desarrollarse esta etapa investigativa, este Instituto se encontraba atravesando una período coyuntural de transformación, con manifestación de sus afiliados frente a su edificio y con una gran incertidumbre de sus agentes por ver amenazada su estabilidad laboral.

ANEXO VI

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UNA OBRA SOCIAL

ENTREVISTA ABIERTA DIRIGIDA A LOS JEFES DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE LOS HOSPITALES PUBLICOS

De acuerdo a la experiencia como Jefe del Servicio Social, con el conocimiento en las políticas sociales y su implementación en el sector salud en la ciudad de Mar del Plata, ¿cuales serian las funciones de un Trabajador Social en una Obra Social?

ANEXO VII

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UNA OBRA SOCIAL

Entrevista abierta dirigida a Trabajadores Sociales que se desempeñan en Obras Sociales de la ciudad de Mar del Plata

---

¿Qué actividad desarrolla el Servicio Social dentro de la Obra Social?

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez M. Del C. / Ander Egg/D. Casado N de la Red/ R. Zanella. "Organización y Administración de Servicios Sociales". Ed. Hvmanitas. Madrid. 1984.

- Ander Egg Ezequiel. "Técnicas de comunicación Social". De. Hvmanitas. 1986.

-Belmartino Susana y Bloch Carlos. "El Sector Salud en la Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985." O.P.S./O.M.S. Representación Argentina Publicación Nro. 40. Bs. As, 1994. citado en cuadernos Médicos Sociales Nro. 70 abril 1995.

- Bruno Mirta Raquel. "Origen y creación del Instituto Obra Médico Asistencial". Biblioteca del IOMA La Plata 1993.

-Bryant John H. "A los diez años de Alma-Ata". Publicación Salud Mundial. OMS. Agosto/Septiembre 1988.

- CELATS. (Centro Latino Americano de Trabajo Social). "La Práctica Social". Hvmanita. 1989.

- Constitución Nacional.

- De Robertis Cristina. "Metodología de la Intervención en Trabajo Social". Ed. Ateneo. 1988.

- Di Carlo Enrique y EIEM (Equipo de Investigación en Epistemología y Metodología en Trabajo Social) "Teoría y Práctica del Trabajo Social en Empresas". De. Hvmanitas. 1994.

- Di Carlo Enrique y EIEM (Equipo de Investigación en epistemología y Metodología en Trabajo Social). "Trabajo Social Profesional: El método de la Comunicación Racional". Editorial Hvmanitas. 1996.

- Di Carlo Enrique. "Servicio Social y Ciencias Sociales". Tribuna Libre año 1 Ejemplar 1. Bs. As. Oct. 1985.

- Vergés Joaquín. "Qué es la Seguridad Social" Editorial La Goa Ciencia. Barcelona. 1997.

- Dieguez Alberto y Suarez Cristina. Gestión Social en la Comunidad: Guía de estudio y análisis" Ed. Espacio, Bs. As. 1995.

- Frankl Victor E. "Psicoanálisis y Existencialismo". Fondo de cultura Económica S.A. México 2ª Edición. 1978.

- Garcia Alicia N.. "El Servicio Social en el Sistema Institucional". Tribuna Libre. año 2 Nro. 4. 1987.

- Garcia Díaz "Seminario de Obras Sociales" Publicación Medicina y Sociedad Vol. 17 Nro. 123. Bs.As. 1994.

- Glasman Felipe. "¿Desregulación de Obras Sociales? ¿Libre opción de afiliación? ¿Fisión?". Conciencia 11 (145). 1995.

- López Caccia. "Arte de Educación Sanitaria" Apunte Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias de la Salud y el Servicio Social. U.N.M.D.P.

- Ley 23.660/89 (Dto. 576/93) y 23.661 (Dto. 576/93).

- Ley de la Provincia de Bs. As. 6982 (Dto.7881/84).

- Maestro Eduardo Miguel. "La Administración Pública vista como Sistema de Recursos Humanos". Ponencia en el VII Congreso Nacional de Administración Pública. Nov. 1980. XI Administración de Empresas. 1997.

- Scianca Liliana Elena. "Vínculo del Afiliado Actual con IOMA". III Residencia en Administración de Salud y Seguridad Social. La Plata, abril de 1993. Biblioteca del IOMA.

- Sistema Locales de Salud. SILOS. "Capacitación Gerencial En El Proceso de Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud". Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Grupo Interprogramático. Organización Panamericana de la Salud. México 1989.

- Tafani Roberto Oscar. "Reforma del Sistema de Obras Sociales en la Argentina". Revista de la Escuela de Salud Pública Nro. 6(1). Facultad de Ciencias Médica . Universidad Nacional de Córdoba. 1995.

- Funciones del Dto. Servicio Social. Hojas extraída de la resolución del de la Resolución del IOMA de circulación interna.

- "Así nació el I.O.M.A.". Boletín informativo NOTI-IOMA año 1 Nº 1. Septiembre 1991.