La Seguridad Social
es nuestro derecho

Documento Nº 1

Agosto 2009

La Seguridad Social es nuestro derecho
Documento Nº 1

@ 2009 Equipo Técnico de Seguridad Social

ISSN: 1852-5873

Editor responsable:
Equipo Técnico de Seguridad Social
Coordinador: Rubén Garrido

Avda. Belgrano 2527. (1096) Ciudad de Buenos Aires
Teléfono: 54 11 4122-5700, int. 246
E mail: seguridadsocial@ateargentina.org.ar
www.seguridadsocial.org.ar

Ilustraciones: Walter Piedras
wpiedras@cta.org.ar

Diagramación:
Yolanda Padilla
yolandapucci@yahoo.com.ar

CTA Ediciones
Piedras 1065 (1070) Ciudad de Buenos Aires
Coordinador: Marcelo Paredes
Tel: 4307-3829/1616 int. 172
editorial@cta.org.ar

Equipo de Trabajo

Ana Rameri (IDEP/ATE)
Carlos Cassinelli (ANSES)
Diego García (ANSES)
Dora Martínez (ATE/CAPITAL)
Luciana Saldivia (Superintendencia de Servicios de Salud)
Nuria Ape (Comisión Nacional de Pensiones)
Valeria Chulman (ANTA/CTA)
Valeria Costanzo (Universidad Nacional de Gral. Sarmiento)

Acompañamiento operativo

Inés Arancibia (Ministerio de Economía)

Responsable y Coordinador Área de Seguridad Social

Rubén Garrido (ATE - Consejo Directivo Nacional)

Índice

	Pág.
Introducción	7
1. ¿Qué es la Seguridad Social?	9
2. ¿Cuáles son los componentes de la Seguridad Social?	13
3. La Seguridad Social es un derecho humano	15
4. ¿Cuáles son los principios de la Seguridad Social?	23
5. ¿Hay un solo modelo de Seguridad Social?	27
6. ¿Cómo se organizó la Seguridad Social en Argentina?	31
7. ¿Cómo es hoy nuestra Seguridad Social?	41
8. Las estadísticas que preocupan	49
9. Repensar la Seguridad Social hoy	59
10. Bibliografía	67

INTRODUCCIÓN

Este trabajo no pretende ser un manual o un tratado sobre la Seguridad Social. Es simplemente el fruto de la elaboración colectiva de un grupo de compañeros y compañeras que nos venimos reuniendo con el objeto de desarrollar nuestro conocimiento en torno a este tema.

Sin lugar a dudas, el desarrollo del conocimiento humano ha avanzado de manera impresionante en el último siglo y medio. Este conocimiento está estrechamente ligado a las clases dominantes y es el instrumento fundamental con el que ejercen la dominación sobre las masas. Las elites y clases dominantes crean sus escuelas y universidades en las que se forman quienes luego serán los que nos gobiernen, asegurando de esta manera la reproducción de un sistema que solamente los privilegia a ellos.

A los trabajadores sólo se nos reserva la posibilidad de aprender, de forma mecánica, no la de conocer y tomar conciencia.

"Los instruidos son libres"; tan cierto es esto que por eso lo impiden. Saben que el conocimiento en manos de los trabajadores, en manos de hombres conscientes y solidarios se transforma en un instrumento de liberación. Pero no es posible ser libres y desarrollar conciencia sin un conocimiento profundo de la realidad.

En tal sentido, nos hemos propuesto la tarea de estudiar, formarnos y capacitarnos para conocer la realidad de una materia fundamental, como lo es para nosotros la Seguridad Social y, a partir de allí, poder transformarla. Nuestro estudio, como decía Paulo Freire, "no se mide por el número de páginas leídas en una noche, ni por la cantidad de libros leídos en un semestre. Estudiar no es un acto de consumir ideas, sino de crearlas y recrearlas". En esta línea va nuestro desafío: crear ideas, lo que implica, además, desarrollar capacidad para abordar el

diseño de políticas públicas que cambien la lógica con que hoy se plantea e instrumenta la Seguridad Social.

Creemos en la Seguridad Social como un derecho y por lo tanto, debemos incorporarlo a nuestra agenda de trabajo como delegados y representantes sindicales. Necesitamos difundir, concientizar y organizar a los compañeros y compañeras sin distinción entre ocupados y desocupados, registrados o informales, activos o jubilados y actuar equilibradamente entre la práctica y la teoría.

Durante toda la vida necesitamos de la Seguridad Social y debemos exigir que la misma nos alcance equitativamente a todos y a todas.

La Seguridad Social es un Derecho Humano Fundamental y es además la principal herramienta de redistribución de la riqueza. En tal sentido creemos en un sistema donde cada uno aporte según su capacidad y reciba según su necesidad.

Rubén Garrido
Coordinador
Equipo Técnico de Seguridad Social

1. ¿Qué es la Seguridad Social?

La Seguridad Social es un sistema de protección que atraviesa todo nuestro ciclo de vida y el de nuestras familias, desde antes de nacer y hasta después de fallecer. En ese sentido, cubre múltiples riesgos y contingencias que requieren de un apoyo especial de la sociedad como la pérdida del sostén de familia, los períodos de desempleo o de enfermedad y/o convalecencia por accidentes laborales, el retiro del mercado de trabajo por vejez.

Los trabajadores y sus familias se ven expuestos a la pérdida o disminución ocasional de ingresos, del puesto de trabajo y/o del bienestar físico-psíquico. Estas situaciones conllevan a la imposibilidad transitoria o permanente de continuar normalmente con los proyectos y objetivos de vida y de trabajo.

Para la OIT (Organización Internacional del Trabajo), la definición más clásica de la Seguridad Social es *"...la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales, que de no ser así ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a la familia con hijos"* .[1]

En sociedades de mercado como las que vivimos, es fundamentalmente a través del ingreso monetario –que para los trabajadores es esencialmente un salario– que se puede acceder, a la mayoría de los bienes y servicios necesarios para

[1] En el contexto de la Seguridad Social, la definición de riesgo o contingencia social refiere a las posibilidades de que suceda un hecho que afecte la obtención y el nivel de ingresos de un trabajador y su familia. Se trata de todo acontecimiento futuro e incierto que tiene una incidencia sobre la situación socioeconómica de los miembros de una sociedad, y el perjuicio que conlleva.

la vida. Así se produce el primer reparto o distribución de la riqueza producida entre capital y trabajo: ganancia y salario respectivamente.

Frente a cada una de las contingencias o riesgos sociales, las políticas de Seguridad Social compensan la disminución y/o pérdida de ingresos –o el incremento de gastos– generados a través de diversas prestaciones dinerarias o en especie, con el objetivo de reparar las pérdidas sufridas o compensar los mayores gastos.

A través de la Seguridad Social, la sociedad asume la responsabilidad de sostener el ingreso ante la maternidad y la crianza de los hijos, en la prevención y atención de la salud, ante enfermedades y accidentes laborales, cubriendo la invalidez, vejez y sobrevivencia. Por eso decimos que abarca todo el ciclo de vida, poniendo en juego distitas formas de solidaridad.

Por eso decimos también, que la Seguridad Social constituye un valioso instrumento de redistribución del ingreso entre las clases sociales, o dicho de otro modo, un segundo reparto de la riqueza a cargo del Estado, que debiera contribuir al objetivo de disminuir las desigualdades sociales con un sentido de justicia y equidad social.

La Seguridad Social forma parte de los derechos sociales. Esto supone una garantía de protección social a cargo del Estado, que debe traducirse en el efectivo acceso de las personas a prestaciones dinerarias y/o servicios sociales, ante aquellos riesgos y contingencias.

No obstante, el contenido y alcance de estas políticas es el resultado de la lucha entre diferentes fuerzas y clases sociales, en cada momento histórico.

La Seguridad Social surge junto con la clase obrera, en el marco del sistema capitalista y del conflicto capital-trabajo, cuando se empieza a reconocer que el salario obtenido en el mercado de trabajo no resuelve el conjunto de necesidades de los trabajadores y sus familias. Por esta razón, el Estado y las

organizaciones obreras comienzan a organizar formas de protección y asignación de ingresos adicionales para cubrirlas.

La extensión de las políticas de Seguridad Social es fruto de la lucha de clases en el capitalismo. Por eso, la ampliación o restricción de esos derechos es histórica y ha ido variando en función de la capacidad de organización y lucha de la clase trabajadora.

Existe una constante disputa por la definición del término "Seguridad Social" y por su contenido. Hay tantas definiciones como grupos sociales interesados en la esfera de la producción y reproducción de la sociedad. Como hemos visto, precisar "qué es la Seguridad Social" implica hablar, entre otras cuestiones, de solidaridad, protección, riesgo, mercado de trabajo, explotación, desigualdad, Estado, dominación, derechos, legitimidad política, libertad sindical, justicia social, sindicato, clase obrera, lucha, pobreza, ciclo de vida, cambio generacional y redistribución del ingreso y la riqueza.

2. Cuáles son los componentes de la Seguridad Social?

Dentro de la Seguridad Social podemos distinguir los siguientes componentes o subsistemas y sus respectivas prestaciones:

Previsión Social
- ❑ vejez (jubilaciones o retiro)
- ❑ invalidez
- ❑ sobrevivencia[2]

Salud
- ❑ atención primaria y secundaria[3]
- ❑ maternidad
- ❑ prevención
- ❑ medicamentos
- ❑ internación
- ❑ investigación

Riesgos del trabajo
- ❑ enfermedades laborales
- ❑ accidentes de trabajo
- ❑ prevención

[3] Pensiones que perciben las viudas, viudos y/o hijos de los beneficiarios y/o aportantes al régimen de previsión social.

[4] El concepto de atención primaria en salud surge de la declaración de Alma Ata, del 6 de setiembre de 1978, donde más de 100 países acordaron estrategias para alcanzar el objetivo de universalizar la cobertura de salud. Este concepto afirma a la salud como derecho humano apoyándose en los principios de igualdad y justicia social. Se centra en la prevención y promoción de la salud y rompe con el concepto de salud acotado a la ausencia de enfermedad. Asocia la realidad sanitaria con las condiciones de vida de la población teniendo en cuenta la vivienda, el trabajo, el acceso a agua potable, la alimentación, el medio ambiente, etc. Busca extender el sistema sanitario hasta los barrios y viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población. La atención secundaria, por su parte, se articula con la primaria suponiendo una instancia especializada en la atención médica. Ejemplos de la misma son los servicios de gastroenterología, cardiología, dermatología, etc. Ver www.paho.org/Spanish/dd/pin/almaata25.htm

Asignaciones sociales

- ❏ pre natal
- ❏ nacimiento / adopción
- ❏ hijo
- ❏ hijo con discapacidad
- ❏ escolaridad
- ❏ matrimonio
- ❏ familia numerosa

Asignaciones por desempleo

- ❏ seguro de desempleo y capacitación
- ❏ planes sociales dirigidos a desocupados
- ❏ indemnización por despido

Prestaciones por fallecimiento

- ❏ reintegro gastos de sepelio
- ❏ contención familiar

3. La Seguridad Social es un derecho humano

El derecho a la Seguridad Social forma parte de los derechos humanos.

Los derechos humanos son atributos de todas las personas por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Si no se aseguran estos derechos corre peligro la vida, la integridad y el desarrollo autónomo de los individuos.

Habitualmente se definen como inherentes a la persona, irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables.

Por definición, el concepto de derechos humanos es universal e igualitario. Son independientes tanto de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad como del ordenamiento jurídico vigente de cada país.

La existencia de derechos sociales se funda en el reconocimiento social de que determinadas necesidades de las personas deben ser garantizadas por el conjunto de la sociedad.

La lógica de la Seguridad Social se basa, de hecho, en que todo miembro de la comunidad puede encontrarse en una situación desafortunada o correr algún tipo de riesgo y plantea como solución el establecimiento de un pacto de solidaridad social e intergeneracional para la protección mutua. Así es que surge el derecho a la Seguridad Social para todos, hombres y mujeres; niños, jóvenes y viejos; sanos y enfermos tienen derecho a vivir dignamente como personas que forman parte de una sociedad, y a gozar de los mismos derechos de igual manera.

Así, entendemos a la Seguridad Social como el conjunto de prestaciones dirigidas a la satisfacción de contingencias que pueden afectar de igual manera e indistintamente a los miembros de una sociedad. Entonces desde la Central de los Traba-

jadores de la Argentina decimos que la ***Seguridad Social es un derecho humano fundamental*** que debe brindarse a todos los miembros de la sociedad, de forma igualitaria, sin diferencias de estatus, género, orientación sexual, etnia, o nacionalidad.

La Declaración Universal de Derechos Humanos[4] (1948), en su artículo 22 menciona:

"Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

En el artículo 25 se especifica que:

"Toda persona tiene el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

"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, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna". (Constitución Nacional de la República Argentina; Art. 14 bis)

[4] Puede leerse en el sitio de Naciones Unidas: www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm.

La función rectora del Estado en materia de derechos sociales es indelegable. En Argentina dicha función queda establecida por los tratados internacionales incorporados a la Constitución Nacional en su artículo 75, inciso 22, así como por el artículo 14 bis.

3.1 El rol de la OIT en la defensa del Derecho a la Seguridad Social

La OIT opera como un ámbito internacional de negociación y regulación de las relaciones entre capital y trabajo. Funciona como un órgano de representación tripartita en el que participan los gobiernos, los trabajadores y los empleadores de cada Estado miembro a través de sus organizaciones. Argentina es miembro desde 1919.

Las normas internacionales del trabajo son instrumentos jurídicos que establecen los principios y derechos básicos del trabajo y son producidos por los representantes de la OIT –gobiernos, trabajadores y empleadores– en el marco de la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT, que se reúne anualmente.

Estas normas se dividen en:

- ***convenios,*** que son tratados internacionales legalmente vinculantes que establecen los principios básicos que deben ser aplicados al ser ratificados por los Estados Miembros, y

- ***recomendaciones,*** que actúan como directrices que pueden o no ser vinculantes respecto a los convenios.

Cuando estas normas son aprobadas por la Conferencia Internacional del Trabajo, los Estados Miembros deben someterlas a tratamiento por sus autoridades competentes. Cuando se trata de los convenios deben hacerlo en vistas a su ratificación.

La ratificación es un procedimiento formal por el cual los Estados aceptan el convenio como un instrumento legalmente

vinculante. Esto significa que cuando un país ratifica un convenio se encuentra obligado a introducir sus lineamientos en la legislación correspondiente y reglamentarlos para que se hagan efectivos a nivel nacional.

Una vez ratificado el convenio, el país queda sujeto al sistema de control regular de la OIT utilizado para garantizar que aquél se aplique. Cuando los países violan o no dan cumplimiento a los convenios que han ratificado, alguna de las partes o la Oficina correspondiente de la OIT delegada en el país puede iniciar un procedimiento de denuncia, reclamo o queja.

3.1 El Convenio 102: Norma mínima de la Seguridad Social

En 1952 la OIT adoptó el Convenio 102 sobre la Seguridad Social.[5] Esta norma abarca a todos los componentes de la Seguridad Social y establece exigencias mínimas para los países en cuanto al porcentaje de población cubierta, el nivel de las prestaciones y duración de las mismas. Asimismo, establece los requisitos máximos exigibles a las personas para acceder a los beneficios de la Seguridad Social.

El Convenio 102 establece lineamientos para las nueve ramas de la Seguridad Social:

- **asistencia médica**
- **enfermedad**
- **desempleo**
- **vejez**
- **accidentes del trabajo y enfermedades profesionales**
- **familia**
- **maternidad**
- **invalidez**
- **prestaciones de sobrevivientes.**

[5] El mismo puede leerse en el sitio de la OIT: http://www.ilo.org/ilolex/spanish/subjectS.htm#s13.

Al igual que otros, este Convenio supone gran flexibilidad para ser ratificado por los Estados Miembros. La ratificación es aprobada por la OIT con la aceptación y cumplimiento completo de sólo tres de las nueve ramas de la Seguridad Social y acatando algunas obligaciones derivadas de las ramas restantes.

Es así que un gobierno para cumplir con los requisitos mínimos para la ratificación del Convenio debe garantizar la cobertura en al menos tres de las siguientes ramas:

- **desempleo**
- **vejez**
- **accidentes del trabajo y enfermedades profesionales**
- **invalidez**
- **sobrevivencia.**

Con tal cumplimiento mínimo se considera aprobada la ratificación del Convenio y, a partir de allí, el Estado queda comprometido a la incorporación progresiva de las demás ramas y condiciones establecidas en el Convenio.[6]

Argentina no ha ratificado este convenio. Tampoco lo han hecho los demás países de América Latina, con excepción de Perú y Brasil.[7]

A pesar de no haber sido ratificado, cabe señalar que este y los demás Convenios de la OIT constituyen un marco referencial inevitable para nuestro país en tanto Estado-Miembro de la Organización.

[6] Cabe señalar que otros convenios posteriores al 102 han elevado sus exigencias de cobertura complementándolo. Ejemplo de ello son el Convenio 121, sobre Prestaciones en caso de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales; el Convenio 128 sobre Prestaciones de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes; el Convenio 130 sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias por Enfermedad; el Convenio 183 sobre Protección a a Maternidad; etc. También pueden leerse en:
http://www.ilo.org/ilolex/spanish/subjectS.htm#s13.

[7] Al momento de la publicación, Uruguay se encuentra en vía de ratificarlo al haber sido presentado en el Congreso un proyecto de Ley para conseguirlo.

3.2 La extensión de la cobertura en Seguridad Social como objetivo estratégico

En 1999 la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) definió a la Protección Social como uno de los pilares del *Trabajo Decente*.[8] Este se compone por cuatro elementos fundamentales:

- trabajo productivo y seguro
- ingresos adecuados
- libertad sindical y negociación colectiva
- protección social.

En consecuencia, la Seguridad Social es un requisito necesario para que exista trabajo decente.

La 89ª CIT celebrada en 2001 partió del siguiente diagnóstico:

- sólo 1 de cada 5 personas en el mundo se benefician de una Seguridad Social adecuada
- los procesos de reformas económicas rompieron distintas formas de protección social
- con el avance de la informalidad se produjeron importantes cambios en el mercado laboral que dejaron a la gran mayoría de las personas sin Seguridad Social
- existe un acelerado avance de envejecimiento poblacional.

Ante esta situación, en 2003 se lanzó la campaña por una

[8] Por *trabajo decente* se comprende a la ocupación productiva que proporciona un ingreso digno y que se ejerce en condiciones de libertad, equidad, seguridad y respeto a la dignidad humana. Sin embargo, existe una discusión acerca de la adecuación del uso del término "decente". Desde cierta postura, a la que adherimos, resulta más pertinente hablar de *trabajo digno* ya que lo *decente* remite antes a un enjuiciamiento moral que a cuestiones de hecho como la calidad o la cantidad –aunque esto último también constituye una de las acepciones del término y uno de los principales argumentos por los que se ha impuesto–. La construcción del lenguaje así como la de los conceptos implica un proceso de disputa por el sentido de los mismos en el que se ponen en juego, desde diferentes posturas, concepciones ideológico políticas. En este sentido consideramos que el uso de la expresión *trabajo digno* connota, con mayor fuerza, una concepción política de lo que deben ser las condiciones en que se desarrolla el trabajo humano que forma parte de nuestra tradición de lucha como trabajadores.

"Seguridad Social para Todos", entendiendo que la seguridad en los ingresos y el acceso a los servicios de salud constituyen una necesidad y un derecho para todos.

En 2005, en Brasilia, se fijó la Agenda Hemisférica de Trabajo Decente en las Americas (2006-2015), cuya meta es ampliar la cobertura de la Seguridad Social en 20% en 10 años. Actualmente, sólo el 30% de la Población Económicamente Activa de América Latina y el Caribe está cubierto por la Seguridad Social.

4. ¿Cuáles son los principios de la Seguridad Social?

Un sistema de Seguridad Social amplio, integral y al servicio de las necesidades de todas las personas debería basarse en el cumplimiento de una serie de principios. Estos principios son valores construidos y legitimados socialmente. Son parte de la lucha política por el modelo de país que deseamos.

Los mismos han sido sintetizados en la Resolución 89ª de la Conferencia Internacional de la OIT en el 2001.[9] En este sentido desde el ETS, definimos los principios de la siguiente manera:

Solidaridad: puede entenderse como la necesaria interdependencia de los miembros de una sociedad en virtud de la cual todos ellos prestan su colaboración al bien común, aportando los medios necesarios para el suministro de las prestaciones a quienes las necesitan. Se dice que la solidaridad también es intergeneracional cuando cada generación de trabajadores en actividad se hace responsable por las necesidades de las generaciones que los precedieron.

Universalidad: un sistema de Seguridad Social tiene que dar protección a todos los miembros de la sociedad, cualquiera sea su situación individual, sea hombre mujer, joven o anciano, ciudadano o extranjero. Asimismo, consiste en que todos los habitantes tengan derecho a las prestaciones ante alguna contingencia, sin que importe la clase de actividad laboral que desarrollan (relación de dependencia o autónomo, etc.), ni que sean económicamente activos o inactivos.

Igualdad: todas las personas deben ser amparadas igualitariamente ante una misma contingencia. Significa igualdad de

[9] Para ampliar la información ver: "Seguridad Social. Un nuevo consenso"; OIT, Ginebra, 2002. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ssos/documentos/seguridadsocial-un-nuevo-consenso.pdf

trato: todo ser humano como tal tiene el derecho a la Seguridad Social prohibiéndose toda clase de discriminación en cuanto a raza, género, orientación sexual, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o cualquier otra condición.

Participación: la sociedad debe involucrarse en la administración y dirección de la Seguridad Social a través de sus organizaciones representativas, y también de su financiamiento. Una modalidad de participación clásicamente definida por la OIT es el tripartismo donde están representados el Estado, los trabajadores y empleadores. En un sentido amplio, participación implica que deben poder hacer sentir su opinión los grupos minoritarios y la ciudadanía en general.

Obligatoriedad: las normas del sistema de Seguridad Social son de orden público y de acatamiento obligatorio para la comunidad. El Estado tiene la función indelegable de controlar y fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de la Seguridad Social por parte de los empleadores y de los ciudadanos en general.

Integralidad: todo sistema de Seguridad Social debe propender a la cobertura de todas las contingencias y necesidades sociales que preocupan al hombre desde que es concebido hasta su fallecimiento. Se trata, en definitiva, de lograr una protección global y de calidad contra todos los riesgos y cargas que pudieran afectar la salud o el nivel de vida de los sujetos protegidos.

Inmediatez: las prestaciones deben llegar en tiempo oportuno para cumplir su finalidad y ser eficaces, es decir, llegar a satisfacer en tiempo y forma, la necesidad que las originan.

Equidad colectiva: es la situación en que cada cual aporta según capacidad y recibe prestaciones según necesidad. Es decir, se hace una asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.

Este principio se opone al de equidad individual que establece que debe haber equivalencia entre el monto esperado de

las prestaciones y el monto de las contribuciones que las financian realizadas por el mismo individuo. Es decir, cada cual recibe según lo que aportó. Este es el fundamento último de los sistemas de capitalización individual.

Unidad: supone que toda institución estatal o privada que actúe en el campo de la Seguridad Social deba hacerlo bajo una cierta unidad y coordinación para evitar duplicidades e ineficacia en la gestión, pero sobre todo para posibilitar el diseño de políticas estratégicas y de largo plazo, universales, igualitarias e integrales.

5. ¿Hay un solo modelo de Seguridad Social?

Como mencionamos anteriormente, cada sistema de Seguridad Social responde a una construcción histórico-política. Por eso, los modelos de Seguridad *Social* se distinguen por representar diferentes valores y opciones políticas traducidas en formas organizativas e institucionales. Esto responde a las tradiciones y la historia de cada país, y es el resultado de una dinámica de lucha entre los intereses de la acumulación capitalista, los de los trabajadores por sus derechos y los del Estado por el sostenimiento del orden social.

La caracterización que suele hacerse de los *modelos* de Seguridad Social define tres grandes grupos, asimilables a las tipos de "regímenes de bienestar".[10]

Estos modelos no se dan en forma pura. En lo concreto, un sistema de Seguridad Social puede conjugar elementos de los tres modelos a la vez, siendo alguno de ellos el que predomina por sobre los demás.

A grandes rasgos presentamos la diferenciación que suele hacerse de los *modelos* de Seguridad Social:

5.1 Modelo asistencialista

Este modelo predomina en países donde el mercado tiene un rol central en la organización social, es decir donde las necesidades son satisfechas de acuerdo a la capacidad de cada uno de pagar por los bienes y servicios que necesita para vivir.

[10] Para conocer más acerca de los regímenes de bienestar, puede consultarse Gosta Esping-Andersen, *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Ediciones Alfons El Magnánim. Generalitat Valenciana/ Diputació Provincial de Valéncia. 1990; o también Sonia Fleury, *Los patrones de exclusión e inclusión social*. En: Ciudadanía y Desarrollo humano. Cuadernos de gobernabilidad democrática. Siglo XXI Editores, 2007.

En este esquema la acción del Estado es mínima y resulta complementaria de los mecanismos del mercado como asignador de recursos, asumiendo un rol compensatorio de asistencia social a los que no pueden ganarse la vida a través de un trabajo que les asegure ingresos suficientes.

Este modelo define a un sujeto en particular, "el pobre", como aquél al que dirige su accionar. Las acciones asistenciales se dirigen a los grupos más vulnerables, haciéndose un gran esfuerzo por discriminar los grupos que serán objeto de las mismas. A este tipo de políticas se las suele llamar de focalización.

El modelo de asistencia social distribuye "beneficios" o "prestaciones" pero no considera al individuo poseedor de un derecho. Por el contrario, se asume que quienes reciben la asistencia son responsables por su situación, que carecen de las capacidades para competir en el mercado. Estas personas son reconocidas, más que como ciudadanos, como objeto de la asistencia.

Dado que se presupone que el mercado es capaz de incluir a todos, mientras que cada uno posea las capacidades necesarias, las políticas asistenciales son discontinuas, temporales y a corto plazo y se encuentran sujetas a los vaivenes del gobierno de turno, de "la economía" y sus crisis. Por todas las razones anteriores, el efecto redistributivo de este modelo es mínimo.

5.2 Modelo de seguro social

El modelo de seguro social aparece en Europa, a principios del siglo XX, con el surgimiento de la clase trabajadora industrial. Tiene como característica central la cobertura de los grupos ocupacionales, es decir, es el trabajo-empleo el que da derecho a la Seguridad Social. El eje central de este modelo es el "trabajador asalariado".

El Estado es el responsable de la provisión del bienestar social. Los programas de seguro social generalmente no están

integrados –existen varios seguros, según las contingencias– y se financian con contribuciones tripartitas de asegurados, empleadores y Estado sobre la nómina salarial, lo que da cuenta de la asociación entre Seguridad Social e inserción laboral.

Los seguros sociales se basan en una fuerte idea de solidaridad al interior de los grupos ocupacionales, pero manteniendo desigualdades entre ellos. A su vez, el modelo crea desigualdades entre trabajadores de distintos ingresos dentro de un mismo grupo ocupacional, al establecer prestaciones proporcionales a las contribuciones al seguro. Por estas razones su efecto redistributivo es limitado.

La representación de los trabajadores en la dirección y control de la Seguridad Social se realiza a través del modelo tripartito de gestión. En él, Estado, representantes de empleadores y de trabajadores discuten sobre las políticas de Seguridad Social y cogestionan sus instituciones.

En la época en que predominó el pleno empleo este sistema prácticamente logró dar cobertura universal, es decir, alcanzó a todos los trabajadores asalariados y sus familias. En la actualidad, con el desempleo, la informalidad y la precariedad de las condiciones laborales el sistema se torna limitado, quedando gran cantidad de trabajadores fuera del marco general de prestaciones de la Seguridad Social.

5.3 Modelo de Seguridad Social basado en la ciudadanía

El modelo de Seguridad Social busca garantizar a todos los ciudadanos el derecho a prestaciones sociales que aseguren la satisfacción de necesidades y la cobertura frente a diferentes riesgos. A diferencia del modelo de seguro social, en este esquema se amplia el alcance de los derechos sociales a todas las diferentes formas de trabajo, es decir, no sólo los asalariados formales. Por eso decimos que el sujeto de derecho es el "ciudadano".

En este modelo todos los ciudadanos del país aportan a su financiamiento –a través de diferentes formas– y todos tienen garantizada la cobertura. De esta manera la solidaridad no se realiza dentro de los grupos ocupacionales sino entre toda la ciudadanía, por lo que decimos que el modelo tiene un carácter fuertemente igualitario.

La percepción de la prestación o beneficio de la Seguridad Social está relacionada con la necesidad, no con las contribuciones realizadas. Los beneficios sociales son asegurados como derechos, de forma universalizada a todas las personas.

Aquí el Estado asume un rol central como representante del conjunto social y de los intereses y necesidades de todos los ciudadanos. Al desvincular la cobertura de la forma de inserción laboral, el financiamiento del sistema es diverso, incluyendo impuestos, aportes estatales y contribuciones sobre la nómina salarial.

Este modelo exige formas participativas y de control social de las políticas públicas mucho más amplios que el modelo tripartito. Además de sindicados, empleadores y Estado, incluye a los propios usuarios, prestadores, otras organizaciones sociales y la ciudadanía en general.

6. ¿Cómo se organizó la Seguridad Social en Argentina?

Antecedentes de la Seguridad Social en Argentina

Desde una perspectiva histórica, podemos distinguir tres períodos en el desarrollo de la Seguridad Social:

- la etapa del Estado Asistencialista (1870-1943)
- la etapa del Estado de Bienestar o de Compromiso Social (1943-1976)
- la etapa del Estado Neoliberal, que comienza a implantarse en 1976 y se consolida en la década de 1990

Se trata de etapas diferenciadas por procesos de ampliación y/o restricción de los derechos sociales y, por ende, de la Seguridad Social.

El Estado Asistencialista (1870-1943)

Esta fase larga, que arranca junto con la consolidación del Estado argentino, se caracteriza por el dominio oligárquico, el modelo económico agroexportador y la conformación de la clase obrera urbana a partir del proceso migratorio masivo.[11]

La intervención del Estado en la cuestión social es mínima e incluye tanto instituciones públicas como privadas, con fuerte predominio de la Iglesia Católica. Este tipo de asistencia apela a la moralidad y al control y vigilancia de las llamadas por entonces "clases peligrosas", permaneciendo fuera de la esfera del derecho. Las instituciones más típicas de este modelo fueron la Sociedad de Beneficencia y el Patronato de la Infancia.

[11] Central de los Trabajadores de la Argentina, *Historia del Movimiento Obrero. Una aproximación desde los trabajadores*; Fascículo Nº 1: Autoconciencia de clase, proyecto de nueva sociedad y primer intento; CTA Ediciones, Buenos Aires, 2005.

Pero también se desarrollaron en este período otras formas colectivas para la resolución de los riesgos, principalmente, desde las comunidades de inmigrantes organizadas en mutuales y desde los orígenes del movimiento sindical en nuestro país. Ejemplo de ello han sido los seguros de accidentes de trabajo, los servicios fúnebres y de atención de la salud.

Hacia principios de siglo XX se desarrollaron avances importantes en lo que se conoce como la legislación social del período. Esta legislación fue impulsada en parte por los liberales reformistas que vieron en ella una forma de control social y en especial tuvo gran influencia la acción del Partido Socialista en el Congreso.

Surgen las cajas de jubilaciones en las primeras décadas del siglo XX, las conforman los grupos laborales y profesionales con mayor capacidad de presión ante el estado. La primera es la de ferroviarios, en 1915 y luego se suceden las de funcionarios, maestros, trabajadores de los servicios públicos, bancarios y periodistas, entre otros. También en 1915 se sanciona la Ley 9.688 de accidentes de trabajo para todas las categorías ocupacionales. Hacia la década de 1920, la ciudad de Buenos Aires cuenta ya con hospitales generales y especializados que brindan servicios públicos y gratuitos.[12]

El Estado de Bienestar o de Compromiso Social (1943-1976)

A partir de 1943 la Seguridad Social comienza a cubrir integralmente las contingencias sufridas por los trabajadores asalariados y sus familiares dependientes. Se establece el financiamiento con los aportes de trabajadores, de los patrones y del Estado, estableciéndose un modelo cercano al de seguro social.

[12] Para ampliar la información acerca de los orígenes de la Seguridad Social se puede consultar a Aldo Isuani, *Los orígenes conflictivos de la Seguridad Social argentina*. Centro Editor de América Latina, 1985.

Con el impulso dado por la Secretaría de Trabajo y Previsión y durante el gobierno de Perón, se crean las Cajas de empleados de comercio, de industria y finalmente de trabajadores autónomos. Se produce un salto cualitativo y cuantitativo en la cobertura de las prestaciones previsionales.

Los derechos sociales adquieren status constitucional desde 1949. La Constitución del ´49 establece en su Capítulo III, los "Derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura".
El Art. 37 inciso 7) define el Derecho a la Seguridad Social como "...el derecho de los individuos a ser amparados en los casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo promueve la obligación de la sociedad de tomar unilateralmente a su cargo las prestaciones correspondientes o de promover regímenes de ayuda mutua obligatoria destinados, unos y otros, a cubrir o complementar las insuficiencias o inaptitudes propias de ciertos períodos de la vida o las que resulten de infortunios provenientes de riesgos eventuales".

En 1954 se establece un régimen previsional de reparto, dejando atrás el sistema de capitalización colectiva vigente hasta entonces. Comienza a regir el principio de solidaridad intergeneracional, en tanto la generación en actividad contribuye para sostener las jubilaciones de la generación que la antecedió y así sucesivamente.

En 1958 la Ley 14.499 introduce el criterio de proporcionalidad de los haberes en relación al salario, el 82% móvil.

Con la actuación del Dr. Ramón Carrillo al frente del Ministerio de Salud a partir de 1947, se establecen las bases del sistema de salud pública de acceso universal. A través del fuerte impulso dado a la construcción de hospitales e institutos de salud especializados, salas de atención primaria, a la administración hospitalaria, se genera una verdadera "revolución sanitaria" que mejora sustancialmente las condiciones de vida de la población. Durante su gestión, además, se crea EMESTA, la primera fábrica nacional de medicamentos y se emprenden grandes luchas sanitarias como las campañas contra el paludismo y la sífilis, entre otras.

Al mismo tiempo, se expanden las obras sociales sindicales financiadas con un impuesto sobre la nómina salarial, logrando capacidad asistencial propia.

Durante esta etapa, la previsión social y los servicios de salud, se articulan en un sistema de Seguridad Social más amplio, que incluye la creación del Fondo Compensador para el pago de Asignaciones Familiares en 1957. A esto se agregan otros nuevos derechos adquiridos mediante la relación laboral como el aguinaldo, las vacaciones pagas, la indemnización por despido e invalidez y los convenios colectivos. Además se establecen mejoras en el acceso a la vivienda y a la educación.

El gobierno militar surgido del golpe de septiembre de 1955 deroga la Constitución de 1949 y comienza un retroceso en materia de Seguridad Social y derechos laborales. Si bien perdura el modelo de acumulación centrado en la industrialización por sustitución de importaciones, pierde su hegemonía la alianza entre clase obrera y burguesía industrial nacional que sostuvo al modelo justicialista; abriéndose un período de lucha social caracterizado por la proscripción del peronismo, la fuerte represión militar y la incorporación del capital extranjero como principal factor de poder.

No obstante, las características propias del modelo de seguro social y la primacía del trabajo asalariado y el pleno empleo, permiten alcanzar una cuasi universalización de las prestaciones de la Seguridad Social durante este período.

Durante el gobierno de facto surgido del golpe militar de 1966, se produce una desjerarquización de las instituciones públicas relacionadas con la salud; mientras que en materia previsional se lleva a cabo una unificación y centralización administrativa mediante las Leyes 18.037 y 18.038.

La Ley 18.610, en febrero de 1970 institucionaliza el subsector de obras sociales. Éste se constituye como un seguro social dirigido a la protección de los trabajadores asalariados y sus familiares directos, cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del tra-

bajador. Ante el reclamo del sector privado se sanciona, en diciembre del mismo año, la Ley 18.912 que reconoce a los prestadores privados de salud –médicos particulares, las clínicas y sanatorios– el derecho de formalizar convenios, a nivel nacional, con las obras sociales para las prestaciones de atención médica e internación respectivamente.

Posteriormente, en 1971 es sancionada la Ley 19.032, creando el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) con su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), para brindar cobertura médica a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y su grupo primario.

En 1973 se comienza a debatir un proyecto de ley de creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud único e igualitario, como garantía del derecho a la salud de toda la población, conducido por el Consejo Federal con representación del Estado nacional, los Estados provinciales, los trabajadores a través de la CGT, las cámaras empresarias y la universidad. Pero ante la presión de algunos sectores del movimiento sindical, de los empresarios de la salud y de la agremiación de médicos, resistentes a perder el control total de los recursos que administraban sus entidades, la Ley 20.748 se sanciona en septiembre de 1974 perdiendo los puntos centrales del proyecto original que garantizaba la universalidad, integralidad e igualdad en la atención de la salud de la población.

La vuelta al asistencialismo: neoliberalismo e (in)Seguridad Social

El modelo neoliberal se inició con el golpe militar de 1976 que instaló el terrorismo de Estado y un nuevo modelo de acumulación basado en la valorización financiera.[13] Este giro se pro-

[13] Entendemos al proceso de valorización financiera siguiendo la definición de Eduardo Basualdo, como "la colocación de excedente por parte de las grandes firmas en diversos activos financieros (títulos, bonos, depósitos) en el mercado interno o internacional. Este proceso se expande debido a que las tasas de interés, o la vinculación entre

fundizó en la década del 90 con la liberalización de los mercados, la apertura comercial, el plan de ajuste fiscal y la reforma del Estado. El fuerte retroceso de los derechos laborales y de la Seguridad Social fue reproduciendo la desigualdad de un mercado de trabajo altamente fragmentado y excluyente.

Siguiendo las pautas impuestas por el Banco Mundial y el FMI, se realizan las "reformas estructurales" que introducen cambios en tres sentidos:

a) **Privatización:** se traspasa al sector privado una parte de la gestión de los servicios propios de la Seguridad Social, creando un área de negocios donde debieran primar los derechos sociales y la presencia del Estado como garante de su ejercicio (AFJP, ART, Empresas de Medicina Prepaga, etc.). La nueva lógica es la capitalización individual y el ejercicio de esos derechos depende pura y exclusivamente de la posición que los sujetos ocupan en el mercado y de su situación patrimonial.

b) **Focalización:** las condiciones de acceso, reconocimiento y ejercicio a las prestaciones de la Seguridad Social se restringen, volviéndose cada vez más excluyentes. Se produce un giro hacia políticas asistenciales, focalizadas, transitorias, donde ya no existe un sujeto de derecho, sino un "beneficiario pobre", definido por sus carencias y sujeto a estrictas condiciones de acceso y contraprestación. A su vez, se promueve un modelo de prestaciones mínimas y regresividad de derechos adquiridos.

c) **Descentralización:** se completa la descentralización administrativa y financiera de la salud, la educación y las políticas sociales asistenciales, que pasan a cargo de las provincias y/o municipios. Este proceso comienza durante la última dic-

ellas, supera la rentabilidad de las diversas actividades económicas, y a que el crecimiento del endeudamiento externo posibilita la remisión de capital local al exterior". Basualdo, Eduardo, *Sistema político y modelo de acumulación en la Argentina*, UNQUI-FLACSO-IDEP, Buenos Aires, 2001.

tadura militar y culmina en los noventa. Se lleva a cabo una transferencia de funciones y responsabilidades, pero no de los recursos y el financiamiento necesario. La política neoliberal aplicó la receta del ajuste fiscal en detrimento de los subsistemas públicos.

Principales hitos en la reestructuración de la Seguridad Social argentina en los noventa

Sistema Previsional

La Ley 24.241, en 1993 creó el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), de carácter mixto por la coexistencia del régimen de capitalización individual en manos de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) junto con el de Reparto administrado por la ANSES. El sistema quedó reducido y desfinanciado, ya que la legislación previó el traspaso compulsivo a las AFJP.[14] Además, se elevaron los requisitos de acceso a las jubilaciones: años de edad y de servicios. La Ley 24.463, en 1995 ligó la variación de los haberes jubilatorios al presupuesto nacional y restringió el derecho a entablar juicios contra el Estado por deudas previsionales.

El nuevo modelo generó una creciente exclusión de los adultos mayores al sistema previsional: mientras que en la década de los 80, los jubilados/as constituían el 70% de la población de más de 65 años; en 2000 sólo alcanzaban el 55%.[15] Esta tendencia excluyente comienza a revertirse recién en 2005.

[14] La opción entre uno y otro régimen quedó vedada entre 1996 y 2007. Cabe señalar que los trabajadores que no ejercían explícitamente la opción por el régimen de reparto derivaban compulsivamente sus aportes a una AFJP. Recién con la Ley 26.222 se abrió un período de "libre opción". La reciente creación del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) elimina el régimen de capitalización individual y con él las AFJP.

[15] Rossi, Julieta, *Las pensiones por vejez frente al derecho a la Seguridad Social*, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Buenos Aires, Agosto de 2004. Disponible en www.cels.org.ar

Obras Sociales

El Decreto 9/93 de "desregulación" de las obras sociales y los posteriores 1141 y 1142/96 permitieron la libre elección entre obras sociales sindicales a partir de enero de 1997. Si bien no se avanzó en la apertura a la competencia de empresas privadas de medicina prepaga se consolidó un modelo de subcontratación de planes privados por parte de las obras sociales, que acentuó las desigualdades y la insolidaridad del sistema, legitimadas por la noción de que "cada uno es dueño de su aporte". Es decir que los aportes de todos los trabajadores ya no se redistribuyen solidariamente desde un fondo colectivo de recursos, sino que cada uno elige en la medida de su capacidad de pago a qué obra social los dirige.[16]

Salud Pública

En cuanto a la salud pública se culminó con la descentralización de hospitales nacionales iniciada en 1978. Fue creado por Decreto 578/93 el Registro de Hospitales de Autogestión, modelo que promovió el arancelamiento de la salud pública, su autofinanciamiento y su focalización en los sectores más pobres. La descentralización se convirtió en un grave problema porque, al depender cada jurisdicción de sus propios recursos o de los provenientes de los fondos nacionales coparticipables, se acrecentó la desigualdad interregional en salud.

Asignaciones Familiares

En 1996, la Ley 24.714 recortó el programa de Asignaciones Familiares y definió un régimen contributivo para los trabajadores en relación de dependencia y beneficiarios del Subsidio por Desempleo y de la Ley de Riesgos del Trabajo y un régimen

[16] Las posibilidades de optar por una obra social se realiza entre aquellas que se encuentran inscriptas en el registro de la Superintendencia de Seguros de Salud. Quedan exceptuadas en la oferta de opciones las obras sociales de personal jerárquico. http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=consultas&opc=bus_os_padron.

no contributivo para los jubilados y pensionados. Estableció un esquema mucho menos sensible a las contingencias socioeconómicas que atraviesan las familias, en tanto redujo considerablemente la cantidad de asignaciones familiares y fijó un tope de remuneración para su percepción y una escala de gradualismo de los montos de las mismas según el rango de remuneración percibida.

Desempleo

La Ley 24.013/91, instaló el subsidio por desempleo de carácter contributivo cuya duración máxima –dependiendo del período aportado– se extendía hasta los doce (12) meses. Este subsidio resultó insuficiente para cubrir las altas tasas de desocupación de este período (que trepó del 13 al 22 por ciento de desempleo abierto entre 1995 y 2002).

Pero la Ley Nacional de Empleo 24.013/91 merece una mención aparte por su centralidad como parte de las reformas neoliberales. Esta ley permitió la instalación de formas flexibilizadas de ingreso al mercado de trabajo, como los contratos de locación de servicios, las pasantías, etc. Se perdieron derechos laborales esenciales como el contrato por tiempo indeterminado habilitando la precarización del trabajo, donde el empleador puede prescindir del trabajador sin previo aviso ni indemnización alguna, no pagar aguinaldo, ni reconocer ningún tipo de licencias. En cuanto a los seguros sociales, estos trabajadores comenzaron a quedar excluidos del acceso a obra social y de la percepción de asignaciones familiares. Tampoco generarán derecho a jubilación, retiro por invalidez ni pensión por fallecimiento ya que son formas encubiertas de relación salarial, los llamados “contratos basura”–.

Enfermedades y accidentes laborales

La Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo, en 1995 creó un sistema de responsabilidad colectiva también en manos de sociedades anónimas (ART) como exclusivos agentes de la

gestión de un seguro obligatorio para todos los empleadores. El sistema es regresivo en tanto dispone: a) la eliminación de la responsabilidad civil de los empleadores respecto de los siniestros laborales, b) la cobertura de los "accidentes de trabajo y de trayecto" y las "enfermedades profesionales" definidas en un listado cerrado y c) la exclusión de la vía de los tribunales laborales para la resolución de controversias.

En síntesis, este modelo se caracterizó por su lógica de ajuste fiscal permanente, reducción de las contribuciones patronales, aumento de los niveles de desempleo e informalidad. Durante esta etapa, la Seguridad Social perdió su carácter integrador convirtiéndose en un sistema excluyente y asistencial. Así, se completó un cuadro de explotación y transferencia de recursos de los trabajadores hacia los sectores concentradores del capital.

7. ¿Cómo es hoy nuestra Seguridad Social?

El análisis de la situación actual de la Seguridad Social en nuestro país puede hacerse desde dos enfoques diferentes. Por un lado podemos tener un panorama de la Seguridad Social analizando la estructura de cada uno de los subsistemas de Seguridad Social, sus actores principales, sus órganos de gestión, la lógica de las prestaciones y la cobertura que pretenden lograr. Por otro lado, es posible analizar la Seguridad Social desde la perspectiva de los beneficiarios, es decir, desde la protección que cada subsistema brinda a los trabajadores y sus familias. Esto último se presenta en el próximo apartado.

Comenzando por el primer enfoque, para reflexionar acerca del estado actual de los subsistemas de la Seguridad Social y de las actuales propuestas de reforma, dos conceptos útiles son los de reforma estructural y reforma no estructural o paramétrica.

Por reformas estructurales, en Seguridad Social, entendemos a aquellas reformas de largo plazo que apuntan a las bases del modelo sobre el que se organiza cada uno de sus componentes y, por lo tanto, suponen cambios profundos en los mismos. Por ejemplo, este ha sido el caso de las reformas que se han operado en la previsión social, al privatizarla con la creación de las AFJP. También es el caso de las Obras Sociales, con el establecimiento de la libre opción entre unas y otras.

Por su parte, las reformas no estructurales o paramétricas son aquellas que plantean cambios a corto y mediano plazo e inciden, fundamentalmente, en el equilibrio financiero o la sostenibilidad de cada componente. Medidas de este tipo son, por ejemplo, la cantidad de años de cotizaciones exigibles o la edad mínima para obtener la jubilación o pensión. En el caso del seguro de salud, las modificaciones al Programa Médico Obligatorio (PMO), que fija las prestaciones médicas básicas que deben ser brindadas por las entidades de salud.[17]

Mientras que las reformas estructurales incluyen a las paramétricas e implican un cambio de modelo, las segundas suelen implementarse regularmente a modo de ajuste de los componentes.

Las reformas estructurales de la década del noventa, han tenido consecuencias devastadoras en las condiciones de vida de la clase trabajadora. Los planteos por revertir estas consecuencias se pueden remontar a la lucha de la CTA en contra de la privatización del sistema previsional, la entrega del patrimonio nacional, la resistencia de los trabajadores desocupados y la propuesta del *Frente Nacional Contra la Pobreza* (FreNaPo). Esta propuesta de recuperación de los derechos sociales por una Justa Distribución de la Riqueza se plebiscitó en octubre de 2001. Planteó la necesidad de crear un Seguro de Empleo y Formación, una Asignación Familiar por Hijo para todos los Trabajadores y una Jubilación Universal.

La crisis socioeconómica y política que estalló en diciembre de 2001 hizo visible el agotamiento de un modelo de organización social excluyente y desigual. El desempleo, la subocupación, la precariedad laboral, la inseguridad en los ingresos, la desigualdad distributiva y la pobreza, llegaron a un límite socialmente intolerable. Los espacios de representación política tradicionales se deterioraron y los sectores populares apelaron a nuevas formas de organización y lucha en demanda fundamentalmente de trabajo digno.

A partir de 2002, el Estado promovió una política social de "emergencia" y contención como respuesta a la conflictividad social y a la capacidad de presión de las organizaciones sociales –en especial la de los movimientos de desocupados. Mediante el Decreto 565 del 3/4/2002 se creó el Programa Jefes de Hogar

[17] El Ministerio de Salud de la Nación estableció el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) mediante Resolución Nº 201 del 09/04/2002, bajando el nivel de las prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud. Este recorte de las prestaciones se efectuó bajo el supuesto de que estas entidades corrían "cierto riesgo de desaparecer" ante la desatención del nivel primario, la caída de recursos financieros, la ruptura de la cadena de pagos y la ineficacia costo-beneficio del PMO. Esta disminución rigió durante dos años, en el marco la Emergencia Sanitaria Nacional declarada por Decreto 486 del 21/03/2002 y aún vigente según Ley 26.456.

denominado "Derecho familiar a la inclusión social". Aunque se trató de un programa transitorio y el monto de la transferencia se fijó en $ 150.– indefinidamente, el programa alcanzó a cubrir a cerca de dos millones de beneficiarios en mayo de 2003.

Desde ese año se registra una recuperación económica con crecimiento interanual del orden del 9% y superávit fiscal, aumentando también la tasa de empleo. En ese contexto, distintas organizaciones han puesto en la agenda política la discusión de la Seguridad Social. En algunos casos las modificaciones encaradas son más profundas que en otros. La reciente reestatización del sistema previsional, con la creación del SIPA (Sistema Integrado de Pensiones Argentino)[18] revierte una reforma estructural.

Si hablamos de atención sanitaria, riesgos del trabajo y asignaciones familiares, los avances son parciales y las discusiones de fondo aún siguen pendientes.

El Gobierno Nacional intenta imprimirle una lógica incluyente a la política de Seguridad Social, aunque sosteniendo el modelo contributivo del seguro social. La negativa a universalizar el derecho a jubilación, asignación familiar y/o seguro por desempleo, supone que la extensión del trabajo asalariado es en sí mismo una garantía del derecho a las prestaciones sociales. Pero el derecho a la Seguridad Social no puede quedar supeditado a la incorporación de todos los trabajadores al mercado de trabajo formal.

A continuación presentamos las características generales de los subsistemas que componen a la Seguridad Social en Argentina, mostrando las acciones y/o campañas nacionales más recientes lanzadas desde nuestra Central en relación con cada uno de ellos.[19]

---

[18] Dicha medida se estableció a través de la sanción de la Ley 26.425.

[19] Cabe señalar que incluimos las campañas nacionales de CTA más recientes y relevantes. No se trata de una descripción exhaustiva de todas las acciones que realiza la Central y sus organizaciones en pos de mejorar el derecho a la Seguridad Social para todos, ni fueron todas ellas exclusivamente promovidas por la CTA, pero sí nuestra Central participó en ellas. Estas campañas se nutren con otras luchas relacionadas con las condiciones de trabajo y de vida digna. Luchas actuales y pasadas, desarrolladas en el marco de la CTA en particular y del movimiento obrero en general.

SUBSISTEMA DE SALUD

Características Generales

- Sistema altamente fragmentado y segmentado: la población accede a coberturas muy distintas según el sector social al que pertenezca y la forma en que participe del mercado de trabajo.
- Resulta ineficiente ya que cada sector se entrecruza y superpone reproduciendo las desigualdades sociales
- Posee un componente universal, el PMO (Programa Medico Obligatorio) que establece una base mínima que debe ser garantizada por todos los prestadores de salud: atención y prevención primaria y secundaria de la salud; plan materno infantil (asistencia prenatal, parto y puerperal hasta los 30 días del recién nacido, hospitalización y 100% en medicamentos); prácticas, estudios y visitas a domicilio con coseguro; cobertura del 100% en caso de internación; salud mental; rehabilitación; odontología; desde 40% en medicamentos ambulatorios.
- La cobertura a través del sector público, de obras sociales y del privado resulta muy deficiente a nivel de todo el país. La brecha entre la demanda de la población y la cantidad de profesionales, camas y establecimientos, sobre todo especializados, es muy grande en la mayoría de las regiones.

SECTORES

PÚBLICO

- La lógica de la salud pública supone la atención primaria y secundaria, la prevención, la atención de emergencias, catástrofes, docencia, investigación y enfermedades crónicas, para todos.
- Aunque provee atención universal considerando el conjunto de la población, se dirige a los sectores de menores ingresos.
- El proceso de descentralización iniciado a partir de la reforma de los '90 profundizó los problemas de desfi-

OBRAS SOCIALES

- El sistema de obras sociales está basado en las contribuciones de los trabajadores y los empleadores.
- La mayoría de ellas tienen tercerizadas sus prestaciones con entidades privadas. De esta manera se diluye la responsabilidad por los servicios que se brindan.
- Con la desregulación y libre opción de obra social, el uso individual del aporte ha profundizado la falta de solidaridad del sector. Esto, además ha acentuado el proceso de desfinanciación de varias obras sociales, sobre todo, aquellas que nuclean a pocos afiliados o en las que estos pertenecen a los sectores de menores ingresos.

PRIVADO

- Basado en el pago voluntario de los individuos y grupos familiares. Supone para sus beneficiarios, un mayor gasto en salud debido a que le son transferidos los costos de instalaciones y publicidad.
- La lógica del lucro determina las prestaciones, necesidades y población a ser atendida.
- Actualmente se trata de un sector desregulado sin intervención de ningún ente público.

nanciamiento a lo que se suma el aumento de la demanda ante la situación de desocupación y precarización laboral de amplios sectores de la población. ❍ Con la descentralización la mayoría de los hospitales dejaron de depender de la estructura nacional pasando a las direcciones provinciales o municipales. ❍ Si bien en las provincias se han puesto en funcionamiento Centros de Atención Primaria esto no ha resuelto los problemas causados por la falta de una red hospitalaria de cobertura nacional.	❍ El I.N.S.S.J. y P. es la obra social que presta cobertura a jubilados y pensionados. Representa la obra social con mayor cantidad de afiliados y, por tanto, de mayor recaudación. No obstante, existen dificultades crónicas en su funcionamiento para cubrir las necesidades de cobertura. Si bien el PAMI tiene varios programas compensatorios dirigidos al sector de menores ingresos entre sus afiliados, los mismos suponen beneficios mínimos que no alcanzan a cubrir las necesidades alimentación, de medicamentos, tratamientos prolongados, entre otras. A pesar de que la Ley a partir de la que fue creado el PAMI prevé una dirección tripartita del mismo, la mayor parte de sus años de existencia ha estado intervenido como en la actualidad.	❍ Al momento de la elaboración de este material se encuentra en tratamiento un proyecto de Ley de regulación de la medicina prepaga con media sanción en la Cámara de Diputados (Expedientes 2595-D y 2703-D/08, el 27/08/2008, en http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=2703-D-2008.)

MEDICAMENTOS

- Puede ser considerado como un "sector" en sí mismo ya que funciona con una lógica propia, centrada en la mercantilización y poderosos intereses penetrando a los otros sectores.
- Hay un escaso desarrollo de la industria nacional de medicamentos ya que la producción tiene una alta dependencia de los laboratorios y precios internacionales. Esto introduce corrupción al sistema en general.
- La distribución pública y gratuita de medicamentos por vía del Programa Remediar y farmacias de hospitales públicos es insuficiente.
- Se intenta impulsar la producción pública de medicamentos y vacunas que es incipiente. La Resolución 286/08 del Ministerio de Salud crea el Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos.

CAMPAÑAS O ACCIONES NACIONALES RECIENTES LANZADAS DESDE LA CTA

Campaña "Volver a Carrillo" lanzada en noviembre de 2008. El objetivo es instalar a nivel nacional la necesidad de un sistema de salud público, gratuito, universal y solidario e intervenir en la transformación de las políticas de salud. Dicha campaña viene a cuestionar el modelo médico hegemónico que imprime su lógica tanto al sistema como al propio concepto de salud.

SUBSISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL

Características Generales

- Es el subsistema que más reformas paramétricas ha tenido en los últimos años. Desde los ´90, se caracterizó por la coexistencia de un régimen de reparto y otro de capitalización.
- A través de sucesivas moratorias a partir de 2005, han sido incluidos en la cobertura amplios sectores de la población mayor de 65 años que al no cumplir con la cantidad de años exigidos de aportes no accedían al derecho a jubilarse.
- Durante el 2007 se abrió la posibilidad durante 180 días de pasarse al régimen de reparto para quienes se encontraban en el de capitalización (AFJP). Mejoró el haber de reparto.
- Se crea el Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Régimen Previsional Público de Reparto por Decreto 897/07.
- A mediados de 2008 fue reformado el sistema utilizado para establecer el aumento de los haberes jubilatorios a través de la Ley 26.417. El mismo no ha restituido el carácter sustitutivo del salario que debieran tener.
  En noviembre de 2008 fue sancionada la Ley que elimina el régimen de capitalización y vuelve a un único régimen de reparto, creando el SIPA (Sistema Integrado Previsional Argentino).

REGIMEN CONTRIBUTIVO

- Ley 24.241 prestaciones de Jubilación, Pensión y Retiro por Invalidez (1994).
- Haber jubilatorio definido que se encuentra compuesto de la siguiente manera: Prestación Básica Universal (PBU = $364,10) + Prestación Compensatoria + Prestación Adicional por Permanencia (PC y PAP = 1,5% por cada año aportado sobre el promedio de los últimos 120 meses).
- Se financia con el 11% del aporte del trabajador y el 16% de contribución patronal, más un aporte de rentas generales.
- Cubre a los trabajadores autónomos y en relación de dependencia con 60/65 años mujeres/varones y 30 años de servicios con aportes.
- Prestación por edad avanzada: 70 años de edad y 10 de aportes.
- Administrado por la ANSES, ente administrador de la Seguridad Social.
- También existen cajas de empleados públicos provinciales y regímenes para las fuerzas armadas.

REGIMEN NO CONTRIBUTIVO

- Ley 13.478 y Decreto 582/2003.
- Pensiones asistenciales para mayores de 70 años, que demuestren carencia de recursos.
- Pensiones por vejez e invalidez.
- Prestación equivalente al 70% de la jubilación mínima.
- A setiembre de 2008 se liquidaron 348.684 pensiones asistenciales por vejez e invalidez.
- A eso se agregan las leyes especiales (ex combatientes de Malvinas, madres de 7 o más hijos, etc.). Hacen un total de 193.554.

CAMPAÑAS O ACCIONES NACIONALES RECIENTES LANZADAS DESDE LA CTA

- Desde un inicio la CTA se opuso a la privatización del sistema previsional. La Mesa Nacional de Jubilados lleva más de 900 marchas al congreso en defensa al derecho a una jubilación digna y un sistema solidario.
- En 2003 se elaboró una propuesta integral de reforma del sistema jubilatorio.
- En Abril de 2007, la CTA lanzó la campaña nacional "Volvé a Reparto" con el objeto de promocionar la opción por el Régimen Público de Reparto entre los trabajadores.
  www.volveareparto.com.ar
- En Mayo de 2008, desde la Federación Nacional de Jubilados y Pensionados (FeTraJub-CTA) y el Foro en Defensa de la Seguridad Social se inició una Campaña Nacional por el 82% móvil. La misma apuntaba a juntar firmas para que fuera tratado, en el Congreso, un proyecto de ley sobre movilidad en los haberes jubilatorios que garantice el derecho al 82% móvil.

SUBSISTEMA DE RIESGOS DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Características Generales

- Ley 24.577 de Riesgos del Trabajo (1995).
- Este subsistema sigue excluyendo a aquellos trabajadores que no son asalariados, de manera que gran parte de los mismos aún no cuentan con cobertura.
- Diseñado bajo la lógica del lucro y con escasos mecanismos para la prevención de accidentes y enfermedades laborales, agravó la desprotección de los trabajadores, ya que no existen instancias de control efectiva sobre las ART.
- Ausencia de mecanismos de participación de los trabajadores.
- El sistema se encuentra actualmente muy deslegitimado, en primer lugar, por la insatisfacción de los trabajadores ya que el sistema no garantiza las condiciones de seguridad laboral que se requieren y no brinda la cobertura necesaria cuando el siniestro ocurre. En segundo lugar, debido a la disputa entre ART y empresarios ante la desresponsabilización mutua y la incapacidad del Estado de controlar un sistema escasamente preventivo.
- Actualmente se encuentran en discusión algunos proyectos de reforma del subsistema. Muchos surgen de la propia cámara que representa a las empresas por la alta litigiosidad que representa el funcionamiento de este subsistema.

CAMPAÑAS O ACCIONES NACIONALES RECIENTES LANZADAS DESDE LA CTA

- Proyecto de Ley sobre Prevención y Reparación de accidentes y enfermedades laborales presentado en el Congreso de la Nación en Agosto de 2006. El mismo propone la eliminación de las ART y su reemplazo por entidades aseguradoras públicas, la restitución de la vía judicial y el establecimiento de comités mixtos de participación en los establecimientos laborales. www.cta.org.ar/base/rubrique290.html.

SUBSISTEMA DE ASIGNACIONES FAMILIARES

Características Generales

- Ley 24.714 (1996)
- Sistema basado en un esquema de seguro social bajo la lógica de "fondo compensador". En su mayor parte se basa en la lógica contributiva, y un sistema no contributivo para jubilados y pensionados.
- Incluye prestaciones de maternidad, prenatal, asignación por hijo hasta 18 años, discapacidad, ayuda escolar, adopción, matrimonio y nacimiento.
- Podemos contar la pensión para madres de 7 hijos y el Programa Familias por la Inclusión Social de neto corte neoliberal por su carácter focalizador y asistencialista, como parte de la protección por cargas de familia.

CAMPAÑAS O ACCIONES NACIONALES RECIENTES LANZADAS DESDE LA CTA

- Se han impulsado varias propuestas y campañas para la ampliación y/o universalización de las asignaciones familiares, como la del FRENAPO (Frente Nacional Contra la Pobreza), lanzada en diciembre de 2001. Para ampliar información sobre la propuesta: www.bibliotecacta.org.ar .
- La campaña "El hambre es un crimen" recoge actualmente esta iniciativa. Para más información: www.pelotadetrapo.org.ar
- Bicentenario sin hambre. Por una asignación universal por hijo de $ 300.

SUBSISTEMA DE DESEMPLEO

Características Generales

- Incluimos en este punto tanto al Seguro de Desempleo, destinado a la cobertura de trabajadores asalariados registrados al perder el empleo, como a los programas de empleo y capacitación "Empleo Transitorio", "Plan Jefes y Jefas de hogar" y "Seguro de Empleo y Capacitación".
- Tanto unos como otros, por diferentes motivos tienen grandes deficiencias en cuanto a la cobertura.

SUBSISTEMA DE DESEMPLEO

CONTRIBUTIVO

- Se trata del Subsidio por desempleo instaurado por la Ley 24.013.
- Trabajadores dependientes. Excluidos servicio doméstico y administración pública. Subsidio cuyo monto y duración están sujetos al período de cotización (máximo 12 meses, con opción a 6 meses más para los mayores de 45 años). Monto promedio del seguro: $350
  Financiamiento del FNE: 1,5% de la contribución patronal.
- Los problemas de cobertura se encuentran relacionados con el alto índice de trabajo no registrado y en condiciones de precariedad laboral.
- La duración de la prestación, en las condiciones actuales del mercado de trabajo, resulta corta en relación a las posibilidades de conseguir un nuevo empleo.

NO CONTRIBUTIVO

- Se trata de los planes sociales para desocupados. En especial, el Seguro de Empleo y Capacitación establecido por Decreto 336/06.
- La prestación no es sustitutiva del salario que se percibía en actividad y suele representar un porcentaje bastante más bajo. Se financian con el presupuesto nacional y tienen el formato de las políticas focalizadas características de la década de los `90. La lógica de los programas del régimen no contributivo es la de la contraprestación, es decir, ante la falta de empleo el trabajador debe mostrar con alguna actividad que es meritorio para recibir el subsidio y devolver de esa manera el beneficio que le es otorgado. Ejemplo de esto suele ser desde el servicio público al compromiso de escolarizar y vacunar a los hijos. Los problemas de cobertura suelen relacionarse con las propias deficiencias de la focalización al concentrar los recursos en poblaciones muy pequeñas. No responde a las actuales características y problemáticas del mercado de trabajo.

CAMPAÑAS O ACCIONES NACIONALES RECIENTES LANZADAS DESDE LA CTA

- La Campaña Nacional por el Empleo, lanzada en mayo de 2000 impulsó la sanción de un proyecto de creación de un Seguro de Empleo y Formación para todos los jefes y jefas de hogar desocupados que se complementaría con una asignación familiar por hijo para todos los trabajadores. La campaña fue presentada en julio de ese año al cierre de la Marcha Grande por el Trabajo. En diciembre se dio inicio al Movimiento por la Consulta Popular que tuvo por objetivo someter a plebiscito la sanción del proyecto. Este se constituiría en el antecedente de la posterior campaña del FRENAPO. El proyecto de ley presentado puede leerse en www.bibliotecacta.org.ar/bases/pdf/IDE00565. Actualmente, los puntos de este proyecto han sido recogidos por la Campaña "El hambre es un crimen".

8. Las estadísticas que preocupan[20]

Si miramos a la Seguridad Social desde la perspectiva de los trabajadores activos, los jubilados y sus familias, es decir, de los titulares del derecho a las prestaciones nos podremos acercar aún más a la situación de la cobertura de los riesgos y contingencias. Para ayudar a esta reflexión presentaremos algunos datos relativos a la calidad y extensión de la cobertura de las principales prestaciones de nuestro sistema.

8.1 La cobertura en la vejez

- La cantidad de beneficios o jubilaciones pagadas21 por el ANSES representa, aproximadamente, el 84% de la población mayor a 65 años. El nivel de cobertura actual constituye un salto histórico si tenemos en cuenta que al inicio de la década de los '90 la misma era de tan sólo del 62%.

- Este cambio en el nivel de cobertura viene siendo parte de una política de inclusión previsional que, como muestran los datos, logró expandir los beneficios previsionales a un sector bastante amplio de la población. No obstante, la flexibilización de las condiciones de acceso a la jubilación con que ello se logró ha implicado más bien un parche transitorio para atender a las "víctimas del modelo neoliberal" que una reforma que pueda garantizar el acceso universal a la jubilación para todos, a las futuras generaciones. Por lo tanto conviene

[20] Al momento de la publicación de este material no nos es posible actualizar la información estadística dado que el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) no ha renovado las bases de datos más allá de las fechas que aquí presentamos. No obstante, es parte de la tarea de este equipo poder realizar un diagnóstico continuo de la situación de la Seguridad Social en nuestro país por lo que esperamos poder ofrecerles nueva información en el futuro.

[21] La referencia que hacemos a beneficios o jubilaciones pagadas se debe a que en los datos aportados por ANSES sólo se presenta la cantidad de haberes que se pagan. Este dato guarda algunas diferencias con la población cubierta, es decir, cantidad de beneficiarios ya que puede haber un mismo beneficiario que perciba dos haberes al mismo tiempo.

tener presente que el resultado de aquella política, en términos de cobertura, no conforma un derecho exigible por parte de las futuras generaciones de mayores, sino que vino a posibilitar un mayor acceso un derecho social altamente vulnerado pero de carácter temporario.

- Los datos oficiales indican que a setiembre de 2008, más del 76% de las jubilaciones pagadas correspondían al haber mínimo, el cual, a partir de julio 2008 pasó a ser de $690. Al respecto cabe tener en cuenta que, en el 2001, aquel porcentaje era de tan sólo 16,1%. Esta situación es resultado de sucesivos incrementos del haber mínimo desde el año 2003 combinado con la ausencia de movilidad de las prestaciones y escasos aumentos de los haberes que se encuentran por encima del mínimo.

- Además, dentro de ese 76% que percibe haberes mínimos debemos considerar que los 1,5 millón de nuevos beneficios se encuentran afectados por un descuento mensual que se realiza, durante alrededor de 5 años, desde su solicitud.[22] Por lo tanto existe, en realidad, un amplio porcentaje de población que percibe haberes que se encuentran muy por debajo del mínimo.

- Si tenemos en cuenta que la Canasta Básica Total para 4 personas (a Julio 2007)[23] fue de $995 surge que el haber mínimo se ubicaba un 40,1% por debajo de la línea de pobreza.

- Por otra parte, el haber previsional actual representa una tasa de sustitución del salario muy por debajo del prometido 82% móvil. Para acercarnos a una estimación de la misma tomaremos en cuenta los datos promedio del salario y del haber jubilatorio. El salario medio de los asalariados registrados

[22] Esto es así debido a que la citada política de inclusión previsional funciona, en realidad, como una moratoria de los aportes previsionales adeudados que luego se debitan del haber jubilatorio, una vez que este comienza a cobrarse.

[23] Debido a la intervención del área del IPC del INDEC a partir de Enero de 2007 se tomó la Canasta Básica Total estimada por la Comisión Técnica del INDEC desplazada de dicho Organismo. Documento: "Ejercicio Alternativo de valorización de la CBA y la CBT".

durante los primeros tres meses del año 2007 fue de $1.357 y el haber mínimo, de $596,2 en el mes de Septiembre. De esta manera, la tasa de sustitución del salario resultante para la mayor parte de los jubilados fue del 43,9%, es decir, alrededor de la mitad del 82%.

- Por otro lado, el proceso inflacionario de la post-Convertibilidad que se exacerbó durante el año 2007 provocó el retraso del haber medio, el cual se ubicó, al año 2007, aproximadamente un 7% por debajo del poder adquisitivo del año 2001, generando así un esquema generalizado de jubilaciones retrasadas en cuanto a su poder de compra.

- La experiencia de programas asistenciales para cubrir el ingreso en la vejez ha demostrado ser un gran fracaso, como es el caso del Programa Adulto Mayor Más (PAMM) implementado en 2003. Para incorporarse al mismo se debían reunir una serie de estrictos requisitos que generó un nivel de focalización que no se ajustaba al imperativo de lograr una real cobertura de los adultos mayores. Así, el programa pretendía alcanzar casi 240 mil pensiones sobre un total de 500 mil personas de más de 70 años sin cobertura previsional.

- Por otro lado, los datos, para el año 2008 indican que las pensiones no contributivas otorgadas por vejez son alrededor de 78 mil mientras la cantidad de mayores de 65 años que están en situación de alta vulnerabilidad asciende a más de 500 mil. Si intentamos establecer un indicador de cobertura de estas pensiones asistenciales para la contingencia vejez sobre la cantidad de mayores pobres resulta que sólo tiene capacidad de atender al 14% de la población con necesidades insatisfechas.

8.2 La cobertura de la salud

- Una estimación realizada en base a la EPH y al último Censo refleja que el porcentaje de población que obtiene cobertura de salud a través de obras sociales, mutuales o prepagas equivale a algo más del 50%. Dado que no existe una forma

precisa de medir el nivel de atención en los establecimientos públicos de salud podemos suponemos que quien no cuenta con obra social ni prepaga se atiende en el sector público.

- Entre quienes no tienen cobertura de Obras sociales o prepagas encontramos que, en 17 provincias, el porcentaje de población que depende de un sector público, profundamente deteriorado y desfinanciado es relativamente alto frente al promedio nacional. Así, las provincias en que es más alto ese porcentaje son: Formosa, con el 71%; Santiago del Estero, con el 67%; Chaco, con el 66,4%; Corrientes, Jujuy, San Juan, Salta, Misiones y La Rioja con porcentajes superiores al 58% y Tucumán, Neuquén, San Luis, Catamarca, Mendoza y Entre Ríos con índices superiores al 50%.

- Cuando tenemos en cuenta el gasto público en salud, la cobertura que aquel porcentaje de la población obtiene en el sector público resulta deficiente debido a la falta de inversión en infraestructura y recursos humanos y materiales. Del análisis de la relación entre el gasto público en salud y el PBI puede observarse que aquel disminuyó pasando del 2,15 en 2001, al 1,9% en 2002 y se mantuvo en ese nivel hasta el 2006. La falta de financiamiento del subsistema público provoca todo tipo de problemas: demoras en la atención, falta de camas para internación, turnos para tratamientos, ausencia de especialistas, bajos salarios para los trabajadores del sector, etcétera.

- Otro dato que surge de la mirada del panorama nacional en cuanto al sector público de atención de la salud es la amplia brecha de desigualdad que existe entre las diferentes regiones. Así, el gasto público en salud por habitante en la provincia de Tierra del Fuego ($ 1213) es un 650% más alto que el de la provincia de Misiones ($195).[24]

[24] Ver: *El sector salud en la Argentina en la post-convertibilidad. Falencias y desafíos,* en: El trabajo en Argentina: condiciones y perspectivas, Informe Nº 14, Otoño 2008, CENDA http://cenda.org.ar/files/CENDA_Informe_Laboral14.pdf.

- Si observamos la esperanza de vida al nacer para ambos sexos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es de alrededor de 75 años, mientras que en la provincia de Chaco es casi 70 años.

- La tasa de mortalidad infantil indicaba, en el 2006, que de cada 1000 niños nacidos vivos, casi 13 mueren. De estas muertes, el 55,7% es por causas evitables. Teniendo en cuenta los nacidos vivos durante el 2006 resulta que por día murieron 25 recién nacidos. De estas muertes, 14 han sido por causas evitables, es decir, más del 50%.

8.3 La cobertura frente a los riesgos de trabajo y enfermedades laborales

- Se trata de la cobertura que se brinda, únicamente a trabajadores en relación de dependencia del sector público y privado registrados, cuando tienen un accidente laboral o en el trayecto entre la casa y el lugar de trabajo o cuando sufren una enfermedad que deviene de la actividad que realizan según el listado de las mismas previsto en la reglamentación de la ley 24.557/95. La cobertura consiste en un seguro que debe contratar el empleador por cada uno de sus empleados y que, en caso de ocurrir algún siniestro prevé prestaciones económicas y médicas.

- Si bien entre los trabajadores asalariados registrados la cobertura para el primer trimestre de 2008 era alta, al compararla con el total de trabajadores asalariados, es decir, registrados y no, para ese mismo periodo, sólo se encontraban asegurados el 65%. Este dato muestra una de las facetas de la ineficiencia de este subsistema, es decir, la falta de control del Estado sobre la actividad económica privada y del cumplimiento de las garantías previstas por el derecho del trabajo.

- Un problema adicional de la protección que ofrece este sistema es que no toma en cuenta a los trabajadores no asalariados, entre los que se encuentran trabajadores independien-

tes (registrados como autónomos y no registrados), los trabajadores autogestionados[25] e inclusive el trabajo voluntario. Esto da cuenta de un sistema creado desde la óptica de la protección al trabajo "por cuenta ajena" desconociendo otras formas de trabajo independiente que aportan utilidad social y donde por supuesto también ocurren accidentes y enfermedades propias del trabajo que deberían ser objeto de protección por parte de las políticas de Seguridad Social.

- Una de las críticas que se hace al funcionamiento y regulación actual de este subsistema es la ausencia de mecanismos efectivos para la prevención, tanto de los accidentes como de enfermedades laborales. Con el correr del tiempo se han ido sancionando regulaciones que minimizan las acciones de prevención por parte de los empresarios y no se prevén en la ley mecanismos de participación de los trabajadores en el control de la salud laboral en sus lugares de trabajo.

- Año a año el sistema registra mayor cantidad de accidentes de trabajo. Si bien la cobertura del sistema se duplicó desde la creación del mismo en 1996 hasta 2007, el porcentaje de casos notificados sobre la cantidad de asegurados se mantiene constante (en un 10%) y la cantidad de siniestros laborales viene aumentando en un porcentaje mayor a la evolución de los trabajadores asegurados, revirtiéndose esta tendencia levemente en 2007 (no hay datos de casos notificados para 2008 y 2009). Teniendo en cuenta que estos datos corresponden sólo al trabajo asalariado registrado, la siniestralidad es mucho mayor.

- En Argentina existe un subregistro de enfermedades profesionales. Los datos publicados en el anuario 2006 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo muestran que, del total de casos notificados por las aseguradoras (ART), casi el 83% correspondió a accidentes en el lugar de trabajo y casi el 2% a enfermedades laborales.[26]

[25] Entendiendo por trabajadores autogestionados, aquellos organizados en cooperativas, asociaciones y emprendimientos productivos asociativos.

[26] Estos datos son relativos ya que uno de los cuestionamientos que tiene la actual ley es que la lista de enfermedades reconocidas como producidas por la actividad laboral y,

- La reforma que dio origen al subsistema de ART ubicó en la esfera del mercado a la protección de los trabajadores al dejar de concebir a la misma como una cuestión de derecho y relegarla a la lógica de los intereses económicos de empresarios y aseguradoras. El Estado viene ocupando un lugar marginal, desde la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Las ART han recaudado, en concepto de cuotas, durante el 2006 y por 6.674.654 trabajadores la interesante suma de casi 3154 millones de pesos y esto no se ha traducido en una mejora en la calidad de la cobertura y en la prevención.[27]

8.4 La cobertura frente al desempleo

- El Seguro de Desempleo que, como ya adelantamos, sólo ampara a los trabajadores en relación de dependencia registrados (ver recuadro pagina 48) alcanza actualmente a poco más de 100 mil trabajadores. Sin embargo, los propios datos oficiales (INDEC) para el año 2007 estimaban que la cantidad total de desocupados rondaba los 2 millones de personas. Esto significa que la capacidad de protección de este "seguro" frente a la contingencia del desempleo es irrisoria, ya que sólo cubre al 5% de la población potencialmente beneficiaria.

- Por otro lado, se encuentran los planes sociales que, en principio, fueron constituidos con el objeto de superar la emergencia social de 2001. El Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados que, por la magnitud de su alcance reviste particular importancia, fue creado en el año 2002 y consiste en el pago de una suma fija a los jefas/es de hogar desocupados. Actualmente continúa pagando $150 que luego del proceso inflacionario de los últimos años quedó totalmente desfasado en relación al valor de la canasta familiar.

por tanto, a ser cubiertas resulta demasiado acotada en relación a las que realmente existen y se encuentran relevadas. Por esta razón y por la ausencia de controles, existe una tendencia al subregistro de las enfermedades profesionales en Argentina. En tal sentido se estima que el total de los casos debe ser superior.

[27] Desde inicios del 2000 se vienen presentando proyectos de reforma de la ley pero no se logrado el interés oficial por el tema ni su tratamiento en el Congreso.

- Desde 2006, este plan se viene reconvirtiendo en dos planes: el Plan Familias y el Seguro de Capacitación y Empleo. Este último viene a reemplazar la asistencia a los desocupados incrementando el monto a $225 pero el derecho a su percepción se restringe al plazo de 24 meses.

- La protección al desempleo a través de estos planes es sumamente focalizada e insuficiente. Como ya fuera planteado anteriormente, se basan en una lógica de protección transitoria en un mercado de trabajo que no puede absorber a la cantidad de personas desempleadas. La cobertura es por un tiempo acotado y la "vuelta" al mercado laboral no resulta rápida ni automática. Una vez acotado el periodo cubierto, la sociedad vuelve a responsabilizar a la persona por su condición laboral. Y en nuestro país, como en tantos otros, el mercado sigue siendo de este modo el único regulador de la obtención de medios para la vida.

8.5 La cobertura en la niñez

- Para comprender el alcance de la cobertura en este grupo poblacional conviene tener presente, al menos a grandes rasgos, el contexto social en el cual nos encontramos: de los 10,5 millones de personas que viven en condiciones de pobreza en nuestro país, casi la mitad son menores de 18 años y de los 3,4 millones de indigentes casi 2 millones son también menores.

- El actual sistema de asignaciones familiares por hijo consiste en el pago de una suma fija mensual a los trabajadores en relación de dependencia registrados, jubilados, pensionados y perceptores del seguro de desempleo, por la cantidad de menores que tienen a su cargo. Sin embargo, la desarticulación del mercado laboral formal generó serias dificultades para acceder a este derecho: según los datos del Presupuesto 2009 el subsistema de asignaciones familiares brindará cobertura a cerca de 4 millones de menores. No obstante, la cantidad total de chicos que habitan en nuestro país se encuentra en el orden de los 13 millones. La cobertura es

de tan bajo alcance que como saldo tenemos un esquema que implica desconocer los derechos al 70% de nuestros pibes.

- El Plan Familias, que surge de la reconfiguración del Plan Jefes y Jefas de Hogar, se encuentra destinado a cubrir las necesidades de las familias con menores en situaciones de alta vulnerabilidad. Consiste en el pago no remunerativo de una suma fija condicionada a la cantidad de menores de 19 años a cargo y al cumplimiento de la contraprestación. Esta supone la presentación, dos veces al año, de la certificación del plan de vacunación y de la regularidad escolar de los niños de 5 a 19 años. El monto máximo es de $305 y corresponde a un hogar pobre con seis o más menores a cargo. Esta suma, que resulta irrisoria en relación con las necesidades que implica un hogar de tal magnitud se encuentra en consonancia con una de las premisas del mo-delo hegemónico de política social en la actualidad.[28] Desde tal perspectiva se promueve el argumento de que los bajos montos de estas prestaciones tienen por objeto no desincentivar la búsqueda de empleo. Ésto, en realidad, esconde la intención de racionalizar recursos mientras deja a un lado las garantías del derecho a una vida digna que todos tenemos. Por otra parte, la imposición de la contraprestación, además de culpabilizar al sujeto del beneficio, elude la concepción de la prestación como derecho.

- Las pensiones no contributivas para las madres de 7 o más hijos se encuentran destinadas, únicamente, a aquellas que se encuentran en estado extremo de necesidad. Por esto último se entiende, según los requisitos exigidos para percibir la prestación, que la mujer no debe gozar de ningún tipo de ingreso, ni contar con bienes o recursos para mantener a su grupo familiar, ni tener parientes con capacidad económica

[28] Según palabras textuales de la página del Ministerio de Desarrollo Social: "Para alentar la participación de las familias destinatarias del Programa, el ingreso no remunerativo resulta compatible con otros ingresos en el hogar, siempre que la totalidad del mismo no supere el Salario Mínimo Vital y Móvil".

que puedan ayudarla. Esta prestación es equivalente a $390 mensuales y según los datos del Presupuesto Nacional alcanza a 1,1 millones de menores.

- Según los datos, la canasta básica total para una familia tipo –de 4 personas– a Julio de 2007 era de $995. Frente a este monto, el que percibía una familia beneficiaria del Plan Familias, con esa misma cantidad de era de $215. Es decir, un 80% por debajo de la línea de pobreza.

- Para el caso de las pensiones no contributivas que equivale a un hogar con más de 7 personas, la canasta total ascendería a casi $2.000 que, en comparación con el monto recibido como asistencia, nuevamente se ubica en montos que están muy por debajo de la línea de pobreza.

- En cuanto a la población cubierta por ambas prestaciones, mientras el Plan Familias alcanza a cerca de 1,7 millón de menores, las pensiones no contributivas llegan a 1,1 millones. Ambas cifras, comparadas con el número total de menores pobres en nuestro país que equivale a algo más de 5,2 millones de chicos evidencian la gran debilidad de estas políticas para atender las necesidades del grupo de población más vulnerable.

9. Repensar la Seguridad Social hoy

No aceptes lo habitual como cosa natural,
pues en tiempo de desorden, de confusión organizada,
de arbitrariedad conciente, de humanidad deshumanizada;
nada debe parecer natural, nada debe parecer imposible de cambiar.
Bertold Brecht

Desde hace cinco años, nuestro país experimenta crecimiento económico sostenido, superávit fiscal y disminución de la desocupación. Sin embargo, persiste un núcleo duro de desigualdad, y continúa una alta concentración de la riqueza y el mantenimiento de altos niveles de pobreza.

La construcción de un país integrado, donde todos y todas estén incluidos, requiere que todos sus miembros gocen de la mejor calidad de vida posible y puedan desarrollar por igual el máximo de sus potencialidades humanas.

En este contexto, desde nuestra Central debemos profundizar la lucha histórica por el derecho a un trabajo y un ingreso digno, para todos los miembros de la sociedad, y por los derechos laborales que garanticen a los trabajadores, en cualquiera de las formas del trabajo (asalariado, autogestionado, por cuenta propia, doméstico) el respeto por la persona y su integridad.

La convocatoria a una Constituyente Social en la Argentina, iniciada en la ciudad de San Salvador de Jujuy el 24 y 25 de Octubre del 2008, ratificó como prioridad la Distribución Justa de la Riqueza y para ello planteó, entre otras medidas, "la implementación de políticas que apunten al ingreso universal y la soberanía alimentaria: asignación para menores de 18 años; seguro de empleo y formación; salario universal vital y móvil y sistema previsional universal y solidario" ... "políticas a favor de la salud laboral y condiciones de trabajo". A su vez, coincidió "en el valor de la Seguridad Social como derecho humano fundamental en tanto aporte a una construcción que promueva el ejercicio y la conciencia del derecho a la salud, la educación, la niñez y la vivienda...".

Esta lucha incluye la necesidad imprescindible de replantearnos e instalar la importancia central de la Seguridad Social como componente fundamental del trabajo digno, como herramienta de redistribución del ingreso e instrumento de mejora de la calidad de vida de la población.

Hay varias cuestiones que debemos repensar y discutir en un debate colectivo cada vez más amplio:

¿Cuál es el modelo de Seguridad Social al que aspiramos, desde la perspectiva del campo popular?

Más allá de las formas concretas que surjan de una reforma estructural de nuestro actual sistema de Seguridad Social, debemos caminar hacia un sistema que garantice los principios de universalidad, igualdad, solidaridad y que respete los fundamentos de los derechos humanos.

Las actuales condiciones del mercado de trabajo y el empleo están marcando el fin del modelo de bienestar que estableció las condiciones en las que se accedía a la Seguridad Social. El trabajo asalariado clásico formal, tal cual lo conocimos en el pasado, se ha reducido en todo el mundo, al mismo tiempo que se generalizan las condiciones de precariedad en el empleo. El modelo de prestaciones de la Seguridad Social obtenidas a través de la inserción en el mercado de trabajo formal está en crisis hace ya muchos años.

Ante esta situación, al asumir que la Seguridad Social es un derecho humano fundamental, necesariamente nos preguntamos por la mayoría de los trabajadores de nuestro país que, o están desempleados, o trabajan en condiciones laborales precarias que les niegan el acceso a los beneficios de la Seguridad Social.

Desde nuestra Central creemos que no podemos dejar de reivindicar el derecho de todos los miembros de nuestra sociedad, a acceder a este derecho humano. Nos referimos a todos los trabajadores, en sentido amplio, los que hoy trabajan y los

que no, los asalariados y los independientes, los autogestionados, los que trabajan y no se encuentran registrados, los niños, las madres, las viudas y los ancianos que dejaron la vida activa.

Por este motivo y siguiendo las resoluciones aprobadas por el 9º Congreso de Delegados de la CTA en marzo del 2009 planteamos la necesidad de una Asignación Universal para los menores de 18 y mayores de 65 años, Un Seguro de Empleo y Formación para los desocupados que sustituya dignamente el salario, un Sistema de Salud Pública, Universal, Gratuita y de Calidad, un Sistema Nacional de Producción de Medicamentos que garantice un acceso equitativo a la población, una nueva Ley de Prevención y Reparación de Accidentes Laborales, para la defensa de la salud del trabajador, que termine con el Sistema de las ART, y un Sistema de Previsional, Público, Universal, Solidario y de Reparto cuyos recursos sean intangibles, con una participación efectiva de los trabajadores y jubilados en la administración de los organismos de la Seguridad Social. Para ello nos encaminamos a una reforma integral del Sistema que termine con las leyes de la infamia y la insolidaridad previsional como son la 24.241 y 24.463

> La Seguridad Social entendida como derecho humano fundamental debe ser universal, solidaria, redistributiva, participativa, igualitaria, sin fines de lucro y garante del bienestar social.

En este sentido defendemos un sistema equitativo en el que cada uno aporte según su capacidad y reciba según su necesidad. En una situación como la actual, (desempleo y altas tasas de informalidad laboral) el haber jubilatorio no puede estar ligado solamente a la capacidad contributiva –por vía privada, por vía de la nómina salarial sino que tiene que haber una fuerte inversión del Estado y para ello también es necesario una reforma tributaria que grave a los capitales, la renta financiera y a todos los sectores con ganancias extraordinarias, como así también se debe restituir a los valores históricos los aportes patronales que fueron otra de las claves de los 90 para desfinanciar el sistema público y por ende deteriorar el haber previsional.

¿Cuál es la relación entre Seguridad Social y modelo económico?

Existe una fuerte relación entre Seguridad Social y modelo económico. Un sistema económico excluyente se corresponde con una Seguridad Social parcial, segmentada, asistencialista, edificada para tapar baches y lograr una contención social mínima.

Cuando se constituyó el Estado neoliberal, se decía que la Seguridad Social limitaba la tasa de beneficios del empresariado, la inversión y el crecimiento. Por eso la receta fue "ajustar" al Estado, despojarlo de su rol de asignador y reasignador de recursos, de planificador, de regulador y llevarlo a su mínima expresión para que simplemente asegurara el libre juego del mercado.

La redistribución por sí sola no soluciona los problemas de la desigual distribución de la riqueza. Establecer otro sistema de Seguridad Social, integral, solidario, incluyente implica transformar las bases de la matriz distributiva, es decir, la forma en que se distribuye el ingreso y la riqueza entre los sectores del capital y del trabajo.

> La Seguridad Social como derecho humano fundamental y como conjunto de políticas concretas al servicio de la mejor calidad de vida de todos los trabajadores es una herramienta fundamental en la construcción de una sociedad realmente justa y solidaria.

Asimismo, la redistribución debe involucrar a todos los sectores sociales, debe ser real y efectiva, debe equiparar las desigualdades frente a los riesgos y contingencias de la vida de las personas.

¿Es posible la cobertura total de la Seguridad social en nuestro país?

Extender la cobertura de la Seguridad Social, en definitiva, es una decisión política. Como tal depende de que los gobiernos se comprometan por la vida de todos los ciudadanos, devolviéndole al Estado la potestad de poder garantizar esos dere-

chos, como establecen nuestras leyes fundamentales. Pero no se trata de una decisión gubernamental que debamos esperar pasivamente. La lucha por una Seguridad Social pública, solidaria, universal, redistributiva es una bandera de nuestra CTA y está presente desde sus orígenes.

Como dijimos, cuando hablamos de extender la cobertura, no se trata de prestaciones mínimas para todos, sino de ampliar también la calidad de la cobertura.

Debemos revertir la consigna neoliberal de que la existencia de derechos sociales debe estar subordinada a la existencia de recursos. Esto solo pudo imponerse a través del plan sistemático de destrucción de organizaciones sociales, políticas y sindicales llevado a cabo por la dictadura militar.

Hay que reafirmar la lucha para que se garanticen nuestros derechos sociales y entonces, garantizar los recursos necesarios para cumplir con ellos. No se trata de un problema de falta de recursos, sino de cómo éstos se obtienen y distribuyen. Esto necesariamente requiere de una reforma tributaria profunda, con las características de la que señalábamos anteriormente.

> Los derechos de las personas no pueden subordinarse a los recursos disponibles, debemos invertir el orden de prioridades: la vida de las personas y sus necesidades fundamentales antes que el equilibro de las cuentas, la sostenibilidad financiera, o las metas de estabilidad política y financiera del país frente a la crisis global.

A su vez, la lucha por la Seguridad Social requiere indefectiblemente incorporar la discusión acerca del modelo económico productivo.

¿Es una utopía la participación de los trabajadores en las políticas e instituciones de la Seguridad Social?

No es una utopía. Muchos países en el mundo han logrado construir instituciones de la Seguridad Social con participa-

ción de los trabajadores. En nuestro país años de dictaduras y gobiernos neoliberales introdujeron el temor a la participación, anestesiaron la sensibilidad de los unos por los otros, arrasando con la solidaridad y acrecentando el individualismo.

La lucha por la Seguridad Social como derecho humano fundamental implica reinstalar la posibilidad de una sociedad solidaria, capaz de un pacto de protección mutua que enriquezca las relaciones sociales y acreciente la calidad de vida para todos y todas.

El camino que con esfuerzo se está construyendo hace años requiere aun más de la presión que hagamos los trabajadores por disputar y obtener participación en las instituciones y políticas de la Seguridad Social. Pero aún cuando reunamos la fuerza necesaria *es ineludible prepararnos para la participación, formarnos para discutir, proponer, argumentar y plantear posiciones que defiendan los intereses de los trabajadores en su conjunto.*

La Constituyente Social ha concluido que es necesario garantizar la participación ciudadana, enfatizando *"...la representatividad de los jubilados y trabajadores en los organismos de Seguridad Social".*

La lucha por la participación en la gestión ciudadana de las políticas e instituciones de la Seguridad Social, es un instrumento que tiende a favorecer una administración más transparente de los fondos. La representación tripartita en los organismos de la Seguridad Social es una de las formas posibles. La democratización de estas instituciones es la única garantía para eliminar todas las formas de corporativismo que dan lugar a la corrupción y discrecionalidad en la administración de los recursos.

La problemática de la Seguridad Social nos interpela en múltiples dimensiones: en tanto trabajadores porque nos hace titulares de derecho a diversas prestaciones y servicios sociales; como delegados sindicales y militantes de la CTA ya que nuestro interés principal está puesto en los derechos sociales de nuestros compañeros y nuestra clase y, como ciudadanos comprometidos con la lucha por una política pública de Seguridad Social para todos.

Ahora es cuando, decíamos en el marco de la convocatoria a una Constituyente Social, y por eso ahora es cuando debemos ganar en organización y concientización de manera tal que nos permitan reconstruir la lógica de la de la Seguridad Social basada en la Solidaridad y la Universalidad, y restaurar así ese pacto intergeneracional quebrado, en el que los jóvenes trabajan hoy para asegurarle la cobertura a los mayores y mañana otros jóvenes trabajarán para asegurarles la cobertura a ellos.

Ahora es cuando, habrá que dar la disputa de qué es lo que se financia y a quién se privilegia en el marco de esta fenomenal crisis económico financiera a nivel mundial. Si a los Bancos que la generaron o a los pueblos que la sufrimos. Basta leer detenidamente los acuerdos, alcanzados en la cumbre del G20[29] para entender sobre quién quieren hacer recaer los costos de esta crisis. Ni una sola palabra de financiar políticas de Seguridad Social, de seguros de empleo y salud, ni mucho menos de garantizar educación y vivienda. Frente a ésto debemos imponer a la Seguridad Social como un Derecho Humano Fundamental que la convierta en una efectiva herramienta redistributiva y ponga a los más débiles y a los que menos tienen a resguardo de los efectos excluyentes y devastadores del sistema capitalista.

Ahora es cuando debemos demostrar que lo público no es sinónimo de ineficacia y corrupción, y eso implica la necesidad de democratizar estructuras como la del actual ANSES que no se hace simplemente generando "Comisiones Asesoras o de Seguimiento" sino posibilitando tomar directa intervención en la administración del Sistema y control de los fondos a los verdaderos titulares de la Seguridad Social, esto es sus aportantes y beneficiarios.

Cumplir acabadamente con el 82% Móvil y todos los fallos y sentencias judiciales al igual que el ampliar los niveles de

[29] El G20 es el grupo de países industrializados y emergentes, formado en 1999 por los ocho países más desarrollados del mundo, los once países emergentes más importantes y la Unión Europea.

cobertura como por caso la Asignación Universal por Hijo. Ahora es cuando, ya no hay mas excusas para seguir manteniendo el hambre en los dos sectores más débiles del ciclo de la vida: nuestros chicos y nuestros mayores.

Por último nadie nos regalo ni nos regalará nada. Por eso Ahora es cuando debemos intervenir, como trabajadores, en la generación de políticas publicas que nos permitan llegar a una reforma integral del Sistema de Seguridad Social Argentino, donde volvamos a colocar el interés colectivo por sobre el individual y afirmemos definitivamente el principio de un Sistema de Seguridad Social en el cual cada uno aporte según su capacidad y reciba según su necesidad.

10. Bibliografía

- Basualdo, Eduardo, *Sistema político y modelo de acumulación en la Argentina*, UNQUI-FLACSO-IDEP, Buenos Aires, 2001.

- Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino (CENDA), *El sector salud en la Argentina en la post-convertibilidad. Falencias y desafíos* en *El trabajo en Argentina: condiciones y perspectivas* Informe Nº 14, otoño 2008, CENDA, http://cenda.org.ar/files/CENDA_Informe_Laboral14.pdf

- Central de los Trabajadores de la Argentina (CTA), "La Seguridad Social es un derecho. Por un sistema público, solidario y universal", Buenos Aires, octubre de 2003.

- Central de los Trabajadores de la Argentina (CTA), *Historia del Movimiento Obrero. Una aproximación desde los trabajadores*; Fascículo 1: Autoconciencia de clase, proyecto de nueva sociedad y primer intento; Editorial CTA, Buenos Aires, 2005.

- Esping-Andersen, Gosta, *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Edicions Alfons El Magnánim. Generalitat Valenciana/ Diputació Provincial de Valéncia, 1990.

- Fleury, Sonia, *Los patrones de exclusión e inclusión social* en *Ciudadanía y Desarrollo humano*; Cuadernos de Gobernabilidad democrática. Siglo XXI, 2007.

- Isuani, Aldo, *Los orígenes conflictivos de la Seguridad Social agentina*; Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1985.

- Organización Internacional del Trabajo (OIT), "Seguridad Social. Un nuevo consenso", OIT, Ginebra, 2001.

- Organización Internacional del Trabajo (OIT), “Material de Apoyo Formativo” Proyecto Seguridad Social para Organizaciones Sindicales, Buenos Aires, agosto de 2007. www.oit.org.pe/ssos

- Rossi, Julieta, *Las pensiones por vejez frente al derecho a la Seguridad Social*, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Buenos Aires, agosto de 2004. Disponible en www.cels.org.ar

- Torrado, Susana, *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*, Ediciones de la Flor, Buenos Aires, 2007.