

# EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

Actores, conflictos de intereses y  
modelos organizativos. 1960-1985



Nº 40 / AÑO 1994



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



Oficina Sanitaria Panamericana Regional  
de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Susana Belmartino  
Carlos Bloch

# **El sector salud en Argentina**

Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos  
1960-1985

# El sector salud en Argentina

Actores, conflictos de intereses y  
modelos organizativos  
1960-1985

SUSANA BELMARTINO  
CARLOS BLOCH

Publicación Nº 40



**Organización Panamericana de la Salud**  
Oficina Sanitaria Panamericana Regional  
de la Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud

I.S.B.N. 950-710-047-4

Las opiniones expresadas en estos trabajos son de exclusiva responsabilidad de los autores.  
Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

# Indice

CAPÍTULO 1	
Presentación del problema .....	7
CAPÍTULO 2	
Formalización doctrinaria en el interior del movimiento planificador .....	31
CAPÍTULO 3	
El insoslayable conflicto ideológico: modelos alternativos en disputa .....	59
CAPÍTULO 4	
Actores en conflicto: la regulación del sistema de obras sociales .....	85
CAPÍTULO 5	
Regulación de las obras sociales: el conflicto de poder corporativo .....	127
CAPÍTULO 6	
Alternativas al oligopolio corporativo: Hospitales de la comunidad y sistemas de prepago .....	173
CAPÍTULO 7	
Propuestas de organización alternativas: I. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) .....	221
CAPÍTULO 8	
Propuestas de organización alternativas: II. La ley 22.269 .....	265
CAPÍTULO 9	
El Seguro Nacional de Salud .....	313
CAPÍTULO 10	
A modo de síntesis .....	359



---

## CAPITULO PRIMERO

# Presentación del problema

### Introducción

Iniciar este texto se nos presenta como una tarea compleja. Si imaginamos un lector desprevenido, alguien que desconozca nuestra historia y no esté al tanto de los esfuerzos que hemos realizado anteriormente por reconstruir la historia del sector salud en la Argentina, el compromiso de informarle acerca de esa doble trayectoria y del nuevo punto de partida que se crea al comenzar este relato nos pone frente a un dilema de lógica expositiva. Ante este compromiso, optamos por comenzar sintetizando la historia de nuestro proyecto, para luego abordar la tarea más compleja de explicar la historia que nuestro proyecto pretende reconstruir.

Hacia 1985 logramos reunir un equipo de investigadores decidido a abordar la dinámica política del sector salud a partir de una perspectiva histórica. La delimitación del problema bajo estudio se elaboró en función de algunas hipótesis metodológicas fuertes. Otras, solo tentativas, se definieron en ese momento, o fueron adelantadas de manera provisional, confiando en que irían precisándose con los avances en el procesamiento de la información. El proyecto era sin duda ambicioso. Sin embargo, lo que no podíamos imaginar en el momento en que lo diseñamos era la magnitud del desafío que suponía.

Algunas dificultades, vinculadas con la abundancia de información disponible y la falta de estudios previos que ayudaran a encaminar la selección y ordenamiento de lo pertinente, se evidenciaron no bien comenzada la tarea. Otras se fueron presentando a medida que progresaba la

investigación, en particular las dificultades relacionadas con la delimitación del objeto de trabajo, que crecía y se diversificaba pese a nuestro continuo esfuerzo por redefinirlo, obligándonos a problematizar la selección de ejes ordenadores con capacidad para reducir la complejidad de los procesos sociales examinados.

Nuestra propuesta inicial se orientaba hacia el estudio de los procesos históricos de construcción de las relaciones de poder que caracterizan la dinámica política del sector salud en la Argentina contemporánea. Nos proponíamos analizar el desarrollo de tales relaciones de poder a partir de la historia de uno de los actores con presencia protagónica en el sector en las últimas cinco décadas: la corporación médica. Sin embargo, aunque sostuvimos esa orientación metodológica, la reconstrucción de la historia de la corporación médica y de las relaciones de poder que la vinculan a instituciones y actores en el interior del sector salud, nos obligó a abrir considerablemente el campo de indagación, incorporando una doble dinámica: por un lado, la historia de las instituciones propias del sector, por otro, la de los actores con presencia en él.

A medida que la investigación avanzaba fuimos dando a conocer resultados parciales. Esa presentación se organizó en función de un doble recorte por temáticas y por períodos que en parte facilitó la tarea, y en parte planteó obstáculos a nuestro interés por proporcionar una visión integradora tanto de lo sincrónico como del movimiento de mediano plazo.

Tres publicaciones son el resultado directo del esfuerzo realizado. La primera de ellas se ocupa del análisis de las instituciones de salud en la Argentina de comienzos de siglo y las manifestaciones iniciales de crisis del modelo de prestación de servicios que comienzan a evidenciarse en torno a los años veinte. La segunda tiene como objeto el impacto de esa crisis sobre la profesión médica y analiza un proceso de transformaciones que incide tanto en la organización de los servicios como en la visión que de sí mismos y de su inserción en el sistema de servicios y en la sociedad en general elaboran los profesionales de la medicina. Por último, una tercera entrega describe los procesos en desarrollo entre 1940 y 1960, años en que se van conformando las instituciones y actores que caracterizarán la dinámica del sector en las siguientes cuatro décadas (1, 2, 3).

El corte en 1960 separa lo que podríamos denominar primeros intentos de organización, modelos frustrados o de desarrollo incompleto, de aquella modalidad que se afianzaría a lo largo de los años sesenta, para entrar en crisis a comienzos de los ochenta y perdurar aún durante una década. Es en ese punto de inflexión, ubicado a comienzos de los años sesenta, donde hoy debemos encontrar un nuevo punto de partida que nos permita seguir reconstruyendo la historia que constituye el nudo temático de esta narración. Nuestra tarea al comenzar este libro nos pone,



como ya señalamos, en el compromiso de recuperar la génesis de nuestro texto y el proceso histórico que justifica su escritura.

### Las opciones teórico-metodológicas

Mencionamos en nuestra introducción algunas hipótesis fuertes. Ese carácter las hace fácilmente sintetizables, minimizando el riesgo de incurrir en malos entendidos.

Una de estas hipótesis se vincula con el intento de privilegiar la reconstrucción de procesos «hacia adentro» de la sociedad argentina, eludiendo como punto de partida toda perspectiva comparada y cualquier intento de explicar *a priori* las condiciones locales en función de los grandes procesos de desarrollo del capitalismo occidental, en su nivel central o periférico. Tal opción no significa negar interés a los análisis comparativos, ni desdeñar la influencia de las variables externas sobre la conformación de la sociedad argentina. Tampoco se trata de una cuestión de orden, que conduzca a examinar en primer lugar la problemática local para luego dar cuenta de una perspectiva ampliada. Por el contrario, implica elaborar una hipótesis de trabajo considerando que, sobre una base de experiencias comunes para la periferia latinoamericana, las raíces explicativas de los procesos políticos que dan forma particular a las relaciones sectoriales deben buscarse en la dinámica propia de cada país.

Una segunda hipótesis fuerte, también ordenadora del abordaje metodológico, remite a la confianza puesta en la capacidad explicativa de la historia. Buena parte de la producción sociopolítica más reciente aborda los problemas contemporáneos integrándolos en un análisis diacrónico del corto plazo. En nuestro país en particular las consecuencias del autoritarismo y la conflictiva gestación de la alternativa democrática tornan particularmente enriquecedor ese referente.

Nuestra propuesta es algo más ambiciosa, pues se orienta fundamentalmente sobre el mediano plazo. La idea se apoya en la posibilidad, ya explorada en el campo de la historia económica y social, de periodizar el desarrollo de las sociedades a partir de la detección de procesos de mediana duración que suponen la génesis, desarrollo y crisis de modelos de organización social regulados por una lógica específica, según el modelo de las periodizaciones basadas en «estilos de desarrollo» o formas de Estado.

En la Argentina, la crisis de 1930 y la convulsionada década que le sigue conforman un período que caracterizamos como «transición» entre la economía agroexportadora y el modelo de industrialización sustitutiva, o, si queremos poner el énfasis en lo político, entre la dominación del Estado gendarme y la constitución del Estado de Compromiso. Precisamente para evitar los sesgos reduccionistas y eludir esa diferenciación ar-

tificiosa entre economía y política, se ha introducido en la bibliografía especializada el concepto de *régimen social de acumulación*, particularmente operativo para la formulación de nuestra hipótesis (4:15-54)

Si es posible definir en la historia argentina entre 1930 y 1980 algunas regularidades que permiten caracterizar este período a partir de la categoría régimen social de acumulación, también sería posible encontrar sectores o esferas específicas de la dinámica sociopolítica que acusarían un ritmo de crecimiento, desarrollo y crisis más o menos ajustado al de dicho régimen. Es justamente ese movimiento el que esperamos reconstruir en el interior del sector salud.

Estas dos hipótesis que caracterizamos como *fuertes* proporcionan un encuadre metodológico a nuestro trabajo. La centralidad explicativa de los procesos nacionales y el desarrollo histórico en un marco de regularidades que suponen el desarrollo y crisis de determinadas formas de organización, conforman dos grandes presupuestos que orientan la tarea de investigación. Para el ordenamiento de los referentes empíricos o la caracterización de los procesos de mayor significación, no son, sin embargo, suficientes. El avance de la producción de resultados genera continuamente interrogantes a los que solo hemos podido responder hasta el momento con algunas propuestas ordenadoras que intentaremos desarrollar a continuación.

#### *El abordaje sectorial. La idea de campo.*

Nuestra primera propuesta ordenadora se orienta a enfocar el sector salud como un campo particular de la dinámica social. La idea de campo ha sido tomada del universo conceptual de Pierre Bourdieu y procesada conforme a los intereses y problemática específicos de nuestro objeto de trabajo. Tal propuesta se orienta, en un intento por encontrar caminos para definir las mediaciones entre las propiedades estructurales de las instituciones y las prácticas individuales y grupales, hacia la posibilidad de analizar la sociedad a través de la delimitación de campos relativamente autónomos, donde dichas mediaciones puedan ser observadas y definidas con mayor precisión. La búsqueda de mediaciones entre estructuras y praxis tiene como objetivo metodológico la construcción de herramientas teóricas para abordar el estudio de los procesos de cambio social.

Para operar de acuerdo con dicha propuesta es necesario definir un campo, área o sector con especificidad propia, a fin de posibilitar el análisis en profundidad de los conflictos fundados en el control de los recursos materiales y simbólicos que se generan o circulan en su interior, la observación de mecanismos constitutivos de las relaciones de poder que en última instancia los dirimen, la reconstrucción de los contenidos de la producción ideológica destinada a justificar el *statu quo* o a elaborar propuestas alternativas, y la constitución de los sujetos que son portadores,

conscientes o inconscientes, de tales alternativas. La temática de salud es particularmente apropiada para un abordaje de este tipo, que conduce a analizar al sector salud como un conjunto relativamente integrado, en el sentido de la existencia de una multiplicidad de interacciones con influencia en la práctica de las instituciones, grupos y agentes individuales que lo conforman.

La existencia de un sector es innegable: en los planes y presupuestos del gobierno los recursos se asignan sectorialmente, los conflictos adoptan expresiones sectoriales y buena parte de las contradicciones sociales se reflejan y muchas veces se resuelven, a través de acciones sectoriales. Los actores se autodefinen a partir de su calidad de pertenecientes al sector, y delimitan dentro de su esfera los intereses vinculados específicamente a ese campo. Incluso en el ámbito de la práctica teórica e investigativa se reconoce la legitimidad de la delimitación sectorial aun cuando se diferencian subcampos en función de problemáticas relativamente autointegradas.

La propuesta de abordaje del sector salud como un campo particular de la práctica social desborda, naturalmente, la concepción tradicional del sector como conjunto de instituciones y recursos. Como ya lo señalamos, el concepto de campo obliga a incorporar al análisis los aspectos conflictivos relacionados con la apropiación de bienes materiales y simbólicos, las relaciones sociales emergentes, las propuestas de ordenamiento defendidas por los actores con presencia protagónica y la explicitación de formas diferentes de acumulación de poder.

La idea de procurar la definición de un campo particular en la dinámica social, conformado por el sector salud, no supone negar la vinculación entre la problemática de poder sectorial y aquella generada en la sociedad más amplia de la que el sector es parte. Se trata solo de un recurso instrumental, dirigido particularmente a reducir la complejidad del objeto de trabajo.

Por tales motivos se defiende este método de abordaje, considerando al sector como un campo abierto, lo cual significa que no es posible el tratamiento sectorial –no es posible la comprensión de la dinámica sectorial– de manera aislada del contexto social. Es indispensable el reconocimiento efectivo de la relación entre lo sectorial y lo societal para lograr una correcta caracterización de lo sectorial en sí mismo.

Como ya se señaló, el concepto ha sido tomado de la obra de Bourdieu. En una conferencia en la que analiza los problemas más generales de la reproducción social, Nestor García Canclini utiliza el pensamiento del sociólogo francés para explicar cómo se puede delimitar el objeto propio de la sociología de la creación intelectual:

«hay que situar el artista y su obra en el sistema de relaciones

constituido por los agentes sociales vinculados con la producción y comunicación de la obra. Este sistema de relaciones incluye, en el caso de los artistas, a los propios productores, a los artistas, a los editores, los marchands, los críticos, el público. De las relaciones entre todos ellos surgen las determinaciones que van a configurar un modo u otro de hacer y comunicar la literatura, el arte, es decir, que van a organizar el campo cultural [...] Ese campo, constituido por los agentes sociales que intervienen para que un tipo particular de producto se haga, circule, se consuma en la sociedad, tiene leyes propias, participa de la totalidad de la estructura social, pero a la vez está regido por un funcionamiento específico» (5:18).

Cualquier persona con experiencia en la problemática del sector salud podría hacer una rápida perífrasis y traducir estos contenidos con referencia al campo de la medicina y la atención médica. Aquí también se pueden definir actores, objetos materiales y simbólicos y relaciones de poder.

¿Qué es lo que constituiría un campo? Su ámbito estaría definido por dos elementos: «la existencia de un capital simbólico común y la lucha por la apropiación de ese capital». Nuestra propuesta es más amplia, incluye también instituciones, técnicas, instrumentos, todo lo que conforma la base material de las relaciones de poder que lo simbólico contribuye a constituir.

#### *La delimitación de actores en el campo de la salud.*

La referencia a un capital simbólico y la lucha por su apropiación nos introduce en el segundo de los ejes ordenadores que proponemos para el análisis del sector salud: la cuestión de los actores y los modelos de organización social sobre los cuales dichos actores construyen su identidad. Proponemos analizar lo sectorial con un encuadre de delimitación de actores. Tal abordaje lleva a pensar las relaciones de poder que se establecen en el interior del campo como fruto de la interacción de agentes dotados de intereses y capacidades específicas, y en condiciones de defender modelos de organización sectorial que suponen una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en él.

Los principales actores identificables en el interior del sector salud son, sin duda, los que tienen a su cargo los organismos específicos del aparato estatal, los que representan a los beneficiarios de la seguridad social, las corporaciones gremiales médicas, y las cámaras empresarias vinculadas a la financiación o prestación de servicios. En tanto el interlocutor principal para estos actores es el Estado, en función de su detentación de la capacidad, al menos teórica, de normalizar prácticas e instituciones y asignar recursos, la presencia de tales actores descubre, junto a referentes técnico-administrativos y financieros, una instancia que es fundamentalmente política.

Es precisamente el debilitamiento de la presencia estatal lo que sesga el conflicto que se desarrolla en el interior del sector por la conservación o potenciación de situaciones adquiridas, en particular cuando se generan presiones resultantes de una situación de crisis. Su definición deja de vincularse a la problemática del «interés general», del espacio público de definición de prioridades y compatibilización de demandas, y refiere cada vez con más fuerza al interés específico de los grupos con mayor posibilidad de presión, cuya supervivencia se asocia con la continuidad del sistema.

El sector salud en nuestro país se ha caracterizado en las últimas décadas por una estrecha dependencia de la dinámica del sistema político. Este a su vez ha estado dominado por la alternancia de regímenes representativos y autoritarios, el predominio de las formas corporativas de representación, la debilidad del sistema de partidos, la fragmentación clientelística de las burocracias, la puja distributiva y la «privatización» de las principales instancias decisorias.

La escasa eficacia ordenadora y reguladora de los organismos estatales y la progresiva consolidación de corporaciones relativamente poderosas en el interior del sector están sin duda vinculadas a esa dinámica política más general. En función de tales condiciones, un abordaje de delimitación de los actores no solo puede resultar útil para el estudio de la constitución de las respectivas relaciones de poder sino que podría decirse que se impone por la misma conformación de la materia estudiada.

Basándose en esta interpretación, la propuesta metodológica que intentamos sintetizar en este espacio se orienta a diferenciar un tercer eje ordenador constituido por el marco legal-institucional-ideológico en que los actores desarrollan su praxis.

#### *El marco organizativo: estructuras y modelos*

El sector salud es claramente sensible, a partir de diferentes encadenamientos, a la acción de los determinantes tradicionalmente llamados estructurales: los derivados de la dinámica del sistema económico y del sistema político. La cuestión ya ha sido trabajada extensamente en la investigación sectorial, tanto en la relacionada con la problemática salud-enfermedad como en la referida a cuestiones de atención médica. En algunas perspectivas teóricas, por ejemplo la desarrollada por Anthony Giddens, el referente en este caso no sería la estructura, sino el sistema. Ese nivel de vinculaciones es relativamente conocido, y se dispone de una abundante bibliografía que lo expresa; las dificultades residen sobre todo en integrarlas en un análisis comprensivo.

En nuestro esquema metodológico quisiéramos en cambio abordar, en consonancia con la posible delimitación de un campo que circunscriba el objeto de trabajo como ya constituido por tales determinaciones, un

segundo nivel de relaciones más próximo a la dinámica del sector, al que nos referimos como marco legal-institucional de dicho sector. Este marco pone límites al accionar de los agentes en el interior del sector y define las reglas de su juego. Anthony Giddens utiliza para esta esfera particular la denominación de estructura, conjunto de reglas y recursos utilizados por los agentes en su interacción (6).

En el análisis de las relaciones de poder gestadas en el interior del sistema de servicios de salud identificamos como reglas el conjunto de normas que regulan su dinámica y organización, incluyendo no solo las que han sido objeto de sanción por parte de instituciones con imperio, sino también las que pautan la conducta de los agentes conforme a una lógica basada en tradiciones, costumbres o rutinas de aceptación más o menos generalizada. En relación con los recursos, independientemente de su carácter material o simbólico, puede ser útil su caracterización según permitan acumular poder administrativo, técnico o más propiamente político (7).

En función del control diferenciado de reglas y recursos, la hegemonía en el sistema de servicios corresponde a la seguridad social en su modalidad de vinculación con el subsector privado. Dicha hegemonía deviene no solo de la importancia de los recursos financieros en juego y de la cantidad de prácticas involucradas. También tiene peso el modelo de práctica valorizada en función de sus condiciones de excelencia: especializada, con amplia incorporación de tecnología de punta, que conforma una relación médico/paciente personalizada y encuadrada en los preceptos de la medicina «liberal»: secreto, libre elección, pago por prestación.

La hegemonía de la seguridad social, la debilidad del sector público, la prioridad otorgada al subsector privado, configuran una modalidad organizativa que mediatiza en el sector las condiciones de heterogeneidad del aparato productivo y del mercado de trabajo: fuertes desigualdades en el acceso y calidad inter e intrainstitucionales, formas de solidaridad invertidas, afirmación de vínculos basados en el respaldo del grupo o en el interés sectorial. La fragmentación y la heterogeneidad resultantes se incrementan debido a las condiciones de la crisis financiera, a la vez que potencian su percepción y la búsqueda de soluciones vinculadas a expectativas y prioridades de los diferentes grupos involucrados.

La articulación entre el marco legal-institucional y las posibilidades de realización de los intereses de diferentes actores se elabora en el nivel simbólico mediante la construcción de modelos. Bajo esa categoría identificamos el referente específicamente ideológico de delimitación del marco legal-institucional. Si los grupos y las organizaciones insertos en el sector salud desarrollan cierta capacidad de acumulación de poder en función del control diferencial de determinadas reglas y recursos, la consolidación o ruptura de tales condiciones está fuertemente vinculada a la

perduración o cambio de los modelos organizativos que regulan su distribución.

El concepto de modelo remite de inmediato en nuestra caracterización a una dinámica de actores. Introducidos en la dinámica del sector, con la experiencia de sus luchas y realizaciones, con base en sus representaciones del lugar que ocupan y de aquel al que aspiran, los diferentes actores adhieren a modelos de organización que sintetizan un diagnóstico y una estrategia. Ambos se conforman sobre la base de categorías tales como «lo bueno» o «lo posible», confrontadas a «lo que existe»(8).

Cada modelo supone diferencias en la posición relativa de los actores y, particularmente, en el papel que habrá de desempeñar el Estado, en el balance público/privado, y en la redefinición de las instituciones, de sus funciones y competencias. Los modelos puede parecer innecesario aclararlo, no son más que abstracciones formuladas sobre procesos sociales en permanente cambio, que orientan las estrategias de sus agentes. Cada una de las iniciativas, demandas, decisiones, nuevas modalidades organizativas pueden ser pensadas en función del reforzamiento o la negación de algunos de los modelos posibles.

Los modelos organizativos que se disputan la hegemonía en el sector han sido tradicionalmente diferenciados por oposiciones relativamente esquemáticas, del tipo estatal/privado, corporativo/público, regulado/no regulado. Sin embargo, los contenidos simbólicos vinculados al sector no siempre se organizan en función de oposiciones, no siempre se articulan en propuestas que explícitamente se asuman como antagónicas. El campo de las necesidades de salud/enfermedad, el campo de las terapias definidas científicamente, el terreno de lo normal y lo patológico, aunque también puedan referirse a «modelos», no siempre se asignan al terreno de la pluralidad de opciones; suelen, por el contrario, definirse en la esfera de la científicidad, de la neutralidad valorativa. Lo mismo sucede con algunos referentes claves que normalizan condiciones supuestamente óptimas de constitución de la relación médico-paciente.

Los modelos organizativos pueden estar por consiguiente fundados en principios que se asientan en supuestos pretendidamente técnicos, y por lo tanto no sometidos al debate ideológico. La unidad de conducción como garantía de eficacia y eficiencia del sistema en el nivel «macro», y la libre elección del médico como requisito para la eficacia terapéutica de una relación médico-paciente fundada en la confianza y radicada en la esfera de las relaciones interpersonales, constituyen ejemplos de este tipo de valoraciones que han alcanzado difusión prácticamente universal.

La referencia a modelos organizativos defendidos por actores movi-  
lizados nos ubica en el plano que hemos definido como político: el enfrentamiento de fuerzas sociales que procuran una determinada organiza-

ción para un campo de objetos portadores de sentido. El pleno desarrollo de esa perspectiva reclama un enfoque de análisis que recupere la dinámica específicamente histórica, tal como ya hemos planteado cuando al caracterizar nuestras principales hipótesis de trabajo.

### **Las condiciones del sector en los años sesenta**

Si hacemos un corte en el tiempo e intentamos describir las condiciones del sector salud en la primera mitad de los años sesenta, podremos recuperar la presencia de quienes serán los actores más significativos del modelo de organización que termina de consolidarse a fines de esa década: entidades gremiales médicas, organizaciones empresariales de la medicina y obras sociales. En un segundo plano, pero con presencia activa en el debate ideológico que intenta dirimir la pugna entre modelos de organización alternativos, es necesario reconocer también la presencia de la perspectiva técnica encarnada en el sanitarismo. En este caso, más que el reconocimiento de un actor unificado puede recuperarse su influencia en algunas de las perspectivas en disputa y en las bases que sustentan los intentos de reorganización del área puestos en marcha desde la administración nacional y algunos gobiernos provinciales.

El Estado tampoco puede ser abordado como portador de un proyecto homogéneo a través de las instituciones que gobiernan el sector salud. La política de descentralización puesta en marcha desde el Ministerio Nacional, orientada a delegar en las administraciones provinciales la responsabilidad por la administración de los servicios hospitalarios, no llega a producir una auténtica federalización del sistema en buena medida por la extrema desigualdad de recursos en manos de los respectivos gobiernos, pero da pie a la emergencia de proyectos que adquieren cierto protagonismo. Las experiencias de San Juan y el Chaco, aunque poco conocidas en su desarrollo específico, empiezan a ser citadas como modelos a imitar cuando se habla de incrementar la eficacia y eficiencia en la organización de la atención médica. También la Provincia de Buenos Aires pone en marcha un proyecto de reforma hospitalaria y regionalización sanitaria, afectado más tarde por los cambios de gobierno y la discontinuidad de las políticas.

De acuerdo con nuestra orientación metodológica, intentamos describir esta situación en términos de proceso histórico, analizando la perspectiva de cada uno de los actores como producto de su inserción en el sector y de las experiencias que de ella resultan, y considerando el conjunto de relaciones en su interior como constituidas en una dinámica de mediano plazo, cuyo inicio ubicamos tentativamente en torno a los años veinte.

En efecto, en esa década hemos reconocido las primeras manifesta-



ciones consistentes de la crisis que conmueve el modelo de organización de la atención médica propio de la Argentina «agroexportadora», caracterizado por una muy débil presencia del Estado y un peso significativo de las organizaciones intermedias en la implementación de la respuesta social ante la enfermedad. Sobre las condiciones económicas, políticas y sociales resultantes de la crisis de ese modelo organizativo se construyen las bases de posibles alternativas, que maduran lenta y conflictivamente en las tres décadas subsiguientes.

Hemos intentado caracterizar ese complejo proceso de maduración en trabajos anteriores (1, 2, 3). Parece ahora indispensable, a fin de recuperar el hilo de esa historia y continuar tejiendo su trama, sintetizar aquí las hipótesis más significativas.

#### *La condiciones de explicitación de la crisis entre 1920 y 1940*

El reconocimiento de la existencia de una «crisis», cuando se intenta su lectura con referencia a las formas organizativas de los servicios de atención médica, aparece en la Argentina de los años veinte bajo múltiples aspectos, que pueden sintetizarse en tres grandes campos:

- a) en relación con las bases financieras de sustentación de los diferentes «sistemas» de servicios: mutualidades, entidades de beneficencia, organismos de dependencia estatal;
- b) con referencia a las formas técnico-organizativas de la atención médica, en función de los avances de la medicina, el desarrollo y complejización de los recursos técnicos disponibles, y el consiguiente proceso de delimitación de áreas especializadas para su práctica;
- c) en relación con los cambios internos a la organización de la profesión médica, que comienzan a reconocer objetivos que trascienden los agrupamientos basados fundamentalmente en lo académico o científico y cubren áreas todavía imprecisamente definidas vinculadas a lo social, lo político y la defensa de intereses en la esfera gremial.

Al articular de manera compleja esos tres grandes campos de emergencia y reconocimiento de la existencia de una «crisis», la perspectiva analítica debe necesariamente jugar en dos registros. Por un lado, recuperar la dinámica relacionada con la reformulación de las instituciones del sector y, por el otro, la vinculada a la percepción que de sí mismos y de las condiciones de su inserción en tales instituciones construyen los diferentes actores involucrados. En nuestro caso, hemos privilegiado el análisis de las transformaciones producidas en el interior de la profesión médica, aun cuando procuremos no perder de vista la dinámica del conjunto.

Desde el punto de vista de las instituciones, sobre un mosaico extre-

madamente heterogéneo en cuanto a formas organizativas, objetivos propuestos, referentes identificatorios y capacidad de aglutinarse para intentar soluciones a problemas comunes, incide una situación de crisis que en última instancia puede sintetizarse en el reconocimiento de la imposibilidad de seguir dando respuesta a las necesidades de la población a cargo.

Crecimiento y mayor complejidad de las necesidades de atención médica de la población; crecimiento y mayor complejidad de los recursos técnicos y organizativos disponibles para satisfacerlas: se trata de procesos que seguramente se retroalimentan de manera recíproca, confluyen en dificultades que no solo se reconocen en términos financieros, sino que también se identifican como límites organizativos. Progresivamente, además, comienzan a explicitarse conflictos interinstitucionales basados en la percepción de intereses relativamente contrapuestos que reclaman la intervención reguladora del Estado.

En el segundo registro identificado, el de la óptica profesional, el diagnóstico de la crisis supone diferentes enfoques, muy a menudo relativamente contradictorios. Las dificultades percibidas en el ejercicio pueden radicarse en la esfera de lo técnico y asociarse con el progreso en la capacidad de intervención, ubicarse en deficiencias organizativas, remitir a distorsiones asociadas con la «plétora» de profesionales o su mala distribución en el territorio nacional, vincularse con el fracaso de la institución universitaria en su función selectiva, o bien poner el énfasis en la necesidad de instituir nuevas articulaciones entre oferta y demanda, consideradas estrictamente como funciones de mercado.

De manera independiente de estas lecturas parciales, sin embargo, la visión más generalizada de la crisis la identifica con un proceso de cambios que afecta el ejercicio de la profesión pero escapa a las posibilidades de control por parte de sus miembros. El análisis de las nuevas condiciones verificables en la práctica profesional reconoce en gran medida su vinculación con transformaciones de la sociedad en la que dicha práctica se integra. Estos cambios se perciben como amenazantes en tanto aparecen como capaces de modificar la posición de cada profesional en la trama de relaciones construida en el interior del sector. No parecen tener, sin embargo, una orientación definida que permita predecir con certeza la evolución futura. La posibilidad de influir en esa orientación a partir de formulaciones que se ubican tanto en el registro técnico como en el doctrinario, el social o el político, da pie a debates ideológicos en los que comienzan a delinearse opciones y perspectivas de futuro. En este debate pueden definirse algunas áreas donde la profesión ubica los ejes del reordenamiento sectorial.

En primer lugar, la necesidad de precisar un ámbito de eficacia técnica donde pueda alegar derechos exclusivos de intervención frente a la intromisión de curadores alternativos o la deficiente delimitación de los

espacios internos de diferenciación de especialidades. En segundo término la reestructuración de los mecanismos de mercado, a fin de garantizar una ampliación de la demanda solvente y organizar su articulación con el sistema de servicios. Por último, la búsqueda de nuevas formas de legitimación que permitan recuperar el prestigio y liderazgo puestos en cuestión por el mismo proceso de crisis, que se interpreta también como crisis de valores, y restablecer la relación de confianza en que se apoya el reclamo de autonomía profesional en el control de las condiciones de ejercicio. Para garantizar el reordenamiento de ese triple espacio de intervención es indispensable, en primer término, la superación del tradicional individualismo a través del desarrollo de formas organizativas en defensa del interés profesional, y, como lógica consecuencia, la redefinición de las formas de vinculación con el aparato estatal. Desde las instituciones, la comprobación de que los recursos financieros y organizativos son insuficientes para dar respuesta a necesidades en aumento mientras los recursos técnicos se complejizan, incrementando su eficacia para el diagnóstico y terapéutica de las condiciones patógenas, lleva en última instancia a reclamar esa presencia soslayada o mediatizada anteriormente: la percepción de la crisis de necesidades insatisfechas culmina en una creciente demanda de intervención del Estado.

Qué se espera de la intervención estatal es uno de los problemas; qué se está dispuesto a sacrificar en términos de capacidad de autogestión es otro; hasta qué punto los intereses específicos de cada institución o grupo de instituciones son compatibles con alguna delimitación consensuada del interés común es sin duda un obstáculo fuerte cuando se trata de aceptar el ordenamiento estatal para la construcción de un sistema.

La misma conflictividad se descubre en las relaciones entre la profesión y el Estado. Hay una suerte de doble movimiento en las relaciones entre profesión médica y poder político. Por un lado los esfuerzos de autorregulación, que conducen a reforzar la idea de autonomía y rechazar toda injerencia extraña, incluida la de los organismos del aparato estatal. Por el otro la demanda de reconocimiento de dicha autonomía por parte de otros sectores sociales, que supone la puesta en movimiento de algunos de los mecanismos reguladores de ese aparato. La profesión demanda reconocimiento al Estado, al mismo tiempo que le niega injerencia en los aspectos técnicos de su práctica y asume como de su exclusivo resorte la prerrogativa de establecer los fundamentos éticos que la sustentan. La profesión se afirma progresivamente en la defensa de su autonomía, defensa fundada por otra parte en una explícita desconfianza frente a la política y los políticos; al mismo tiempo, sin embargo, la experiencia le muestra de manera cada vez más consistente que el apoyo estatal es una pieza clave para lograr la hegemonía que pretende en el interior del sector.

La creciente vocación corporativa de la profesión médica no nace

tampoco fuera de contexto. Otros sectores sociales han iniciado movimientos tendientes a agruparse para defender intereses específicos o han generado nuevas funciones para nucleamientos existentes. Diferentes organismos de un aparato estatal que ha comenzado a ampliarse se constituyen como interlocutores más o menos receptivos de ese complejo de iniciativas y demandas. Se habla ya de planificación, de diseño de políticas de intervención, de regulación de actividades que desbordan el modelo de libre competencia. Las corporaciones comienzan a afirmarse en la sociedad argentina y la representación funcional empieza a desarrollar canales de diálogo y presión que la vinculan con la burocracia estatal.

#### *Las transformaciones de los años cuarenta*

La centralidad de la presencia estatal en el sector, que caracteriza los cambios que se producen a partir de 1943, constituye un fenómeno nuevo en términos políticos, pero se fundamenta en una corriente doctrinaria fuertemente enraizada en el pensamiento sanitario argentino a lo largo de la década precedente. La idea de centralización normativa, de «unidad de comando», se afirma en esos años como respuesta técnica a la crisis de las instituciones del sector. La indispensable coordinación de las funciones de asistencia social, atención médica y previsión se propone como estrategia frente a la deficiente asignación de recursos derivada de la superposición de funciones y la dispersión institucional. La necesaria adecuación entre salud, trabajo y bienestar se esgrime como respuesta integral a problemas que comienzan a definirse como multisectoriales, y cuya solución escapa por lo tanto de los límites de intervención de la medicina pensada como práctica fundamentalmente curativa y orientada hacia el individuo enfermo.

En nuestra lectura de estos procesos, tiene un lugar relevante la hipótesis de continuidad entre los fundamentos doctrinarios que se elaboran para la organización del sector en los años treinta y la política aplicada posteriormente por el primer gobierno peronista. No hay una verdadera ruptura en la manera de pensar la presencia del Estado en lo sanitario y en lo social, muy por el contrario, las nuevas formulaciones de políticas se inscriben en un terreno ya preparado por la reflexión en torno a la crisis y sus soluciones, fuertemente deudora de las doctrinas dominantes también a nivel internacional.

Como ya lo señalamos, el proyecto peronista propone una revolución: la construcción de un Estado con capacidad de modelar la sociedad, asegurando el imperio de determinados valores que garanticen el crecimiento con justicia social. En el área de las políticas sociales esa intervención modeladora, ese ambicioso intento de construcción de la sociedad por el poder político, se basa en fundamentos doctrinarios y supuestos técnico-organizativos que se han ido elaborando a nivel internacional por

lo menos desde la primera posguerra. Esa experiencia, y algunos resultados ya perceptibles, otorgan legitimidad a la idea de construcción de lo social con el auxilio instrumental de lo técnico, con base en una orientación política: terminar con el antiguo orden y sus privilegios y crear uno nuevo a partir de la generalización del bienestar. (3:94)

Sin embargo, la promesa de eficacia basada en la unidad racionalizadora de la actividad estatal se diluye rápidamente frente a la dinámica más específicamente política de afirmación del poder peronista. No es el aparato estatal el *locus* privilegiado de una voluntad dotada de unidad, coherencia y potencialidad operativa, ni la sede exclusiva del poder. La sociedad que se pretendía construir *ex novo* se reorganizará a partir de la convocatoria a fuerzas heterogéneas, que aceptan el arbitraje del Estado para dirimir conflictos, pujas en torno a la distribución de los recursos, competencias por clientelas y áreas de actividad. Las nuevas y viejas fuerzas a las que se pretende integrar traen como lastre su experiencia pasada, sus insatisfacciones, reclamos y demandas.

Las decisiones aconsejadas por un saber técnico pretendidamente neutro y las luchas políticas entabladas en torno al poder que definen al mismo tiempo los límites y potencialidades de la intervención en el sector, confluyen en una dinámica que hemos interpretado como interrelación conflictiva entre definiciones técnicas y demandas políticas. Esta modalidad específica de explicitación del conflicto, que en el largo plazo demostrará consecuencias paralizantes para la pretensión reguladora del Estado, se manifiesta fundamentalmente en dos esferas: la lucha en el interior de los aparatos del Estado para cubrir espacios, justificar recursos y recomponer clientelas, y los espacios de negociación entre esos mismos aparatos y las instituciones de la sociedad, que constituyen su esfera específica de intervención.

Esa mecánica conflictiva se localiza particularmente en las dependencias del Poder Ejecutivo, instancia donde la expansión del poder estatal alcanza su máxima expresión. El Poder Legislativo, por su parte, aunque debilitado y dependiente, genera sin embargo un espacio público de debate que no puede soslayarse si se trata de recuperar las propuestas alternativas de reorganización sectorial. Allí donde debía darse la discusión en función de contenidos sustantivos presentes en las diferentes opciones, queda en general limitada a la denuncia escandalizada de la corruptela instalada en el poder.

Las fracturas internas del radicalismo permiten explicar en parte las dificultades evidentes que el partido enfrenta cuando se trata de discutir los contenidos doctrinarios de las políticas sociales. Su propuesta liberal-democrática se explicita sin esfuerzo cuando el debate gira en torno a las formas de representación de la ciudadanía o las modalidades de ejercicio del poder. La demanda por descentralización y la alarma ante el creci-

miento sin precedentes de la estructuras burocráticas se insertan en la misma lógica. Las limitaciones conceptuales y doctrinarias para articular un discurso opositor emergen en cambio con referencia a los contenidos sustantivos de las políticas, a los objetivos y funciones del futuro Estado de Bienestar. Peronistas y radicales acuerdan objetivos y alcances semejantes a la intervención del Estado en la esfera social. La propuesta no intervencionista se manifiesta de manera esporádica, es decididamente minoritaria en el interior del principal partido de la oposición y no logra erigirse en alternativa.

La dinámica que hemos caracterizado como interrelación conflictiva entre definiciones técnicas y demandas políticas tiene consecuencias institucionales de peso en el interior del sector salud. Con ella se asocia sin duda la fragmentación de funciones y la superposición de instituciones que constituyen un límite seguro de la eficacia y eficiencia asociadas a la intervención. La primera y más notoria señal de la imposibilidad política de construir una efectiva «unidad de comando» es el desmembramiento de funciones de la originaria Dirección Nacional de Atención Médica y Asistencia Social. En la misma lógica se inscribe la creación del Instituto Nacional de Previsión Social, de incierto destino, y la organización del Instituto de las Remuneraciones, condenado a desaparecer en el breve plazo. De mayor significación aún, las funciones asistenciales asumidas por la Fundación María Eva Duarte de Perón supondrán un serio límite para la organización del sector bajo las directivas del ministro Carrillo.

En el campo de la seguridad social se ubica otra manifestación de consecuencias sensibles en el mediano y largo plazo, de esa misma interrelación conflictiva entre definiciones técnicas y demandas políticas. Mientras intelectuales, políticos y funcionarios continúan discutiendo modalidades operativas para un futuro régimen de seguro sin ponerse de acuerdo sobre su viabilidad presente o futura, su carácter integral o parcializado, la relativa centralización/descentralización de su estructura administrativa, etc., la dinámica política conduce progresivamente a la consolidación de un primer conjunto de instituciones que más tarde se integrarían bajo la denominación genérica de «obra social». Las primeras «Direcciones Generales» asumirán de manera fragmentaria y relativamente heterogénea las funciones asignadas a ese hipotético sistema de seguro, objeto de discusiones y reformulaciones a lo largo de los cincuenta años subsiguientes.

En otro lugar (1: primera parte, 3: cap. 4) hemos planteado lo que caracterizamos como «hipótesis de continuidad» entre mutualidades y obras sociales en tanto instituciones de cobertura de atención médica. Tal hipótesis se fundamenta en la idea de una progresiva diferenciación de ciertas instituciones mutuales que comienzan a crecer y fortalecerse en

virtud de alguna decisión que convierte en obligatorios los aportes de determinado grupo laboral y le suma la contribución del Estado, en tanto empleador, y la de otros sectores empresarios de la misma rama de actividad.

En las primeras décadas la actividad legislativa del Estado parece constituir el medio idóneo para lograr un número significativo de beneficiarios y el aporte patronal que garantizarán la viabilidad de las nuevas organizaciones. Esto no supone pensarlas como fruto de concesiones u otorgamiento de beneficios que desde el poder político conducen a modelar prácticas sociales basadas en vínculos de solidaridad. Por el contrario, las primeras instituciones así favorecidas parecen asentarse sobre necesidades y demandas previamente explicitadas, formalizadas a partir de mecanismos embrionarios de solidaridad grupal. La acción del Estado se dirige a recoger esa demanda en las condiciones de particularismo y fragmentación en que se formula, dando respuesta a reivindicaciones de las organizaciones sindicales más poderosas y con mayor capacidad de negociación.

El particularismo de la reivindicación gremial se inscribe sin embargo en un reconocimiento previo del derecho universal a la salud y en lo que es una de sus consecuencias más inmediatas: la responsabilidad asumida por el Estado de garantizar la cobertura de atención médica para la totalidad de la población, que constituye su objetivación más inmediata. Con este reconocimiento de derechos vinculados a las condiciones materiales de vida de la población –alimentación, vivienda, trabajo, salud– se incorporan nuevos contenidos a la noción de ciudadano, sumando a los derechos civiles y políticos, ya garantizados, el goce de los derechos sociales. El reconocimiento parcial y fragmentario del derecho a la cobertura de salud que resulta del otorgamiento cuasi discrecional de sus beneficios a los sectores mejor organizados de la clase trabajadora, supondrá introducir elementos fuertemente diferenciadores en una condición que se define como derecho universal.

Si en la etapa de mayor énfasis distributivo del régimen peronista estas diferencias se plantean como transitorias y se proyecta hacia algún momento en el futuro próximo el otorgamiento de beneficios generalizados, luego de la crisis de la balanza de pagos de 1949 y el cambio de énfasis en la dinámica entre acumulación y distribución que es una de sus consecuencias, la idea de cobertura universal se convierte en una mera expresión de deseos, una aspiración que no puede datarse, o, peor aún, una posible amenaza para los sectores con derechos adquiridos que se atrincheran detrás de los beneficios recibidos, percibiendo como «nivelación hacia abajo» toda propuesta de otorgar proyección nacional a los vínculos solidarios consolidados en la esfera gremial o sindical.

El ambicioso proyecto de salud del primer peronismo puede asimi-

larse a un enorme gigante con pies de barro. Esta fragilidad estructural, sin embargo, no debe vincularse de manera lineal con la política implementada en el sector, pues tiene raíces mucho más complejas. En efecto, puede plantearse que tanto las debilidades del sector como su fortaleza derivan de la forma específica de vinculación entre Estado y sociedad que el peronismo intentó poner en marcha. Desdeñando, relegando a un segundo lugar, o manipulando las instituciones representativas de la voluntad general, el peronismo construye un régimen de tipo corporativo fuertemente controlado desde la cúspide. La relación entre aparato estatal e instituciones intermedias se articula en un juego de beneficios y concesiones recíprocas, con un fuerte control vertical fundado en la singular capacidad del presidente de movilizar recursos y adhesiones para su política. En esta dinámica el prometido Estado de Bienestar se constituye tan solo como Estado de Compromiso. Cuando esa estructura vertical se desmorona, las instituciones, que componían una pirámide relativamente ordenada, quedan liberadas de vínculos y responsabilidades, conservando y en ocasiones acrecentando la cuota de poder delegado que habían conseguido acumular. El corporatismo estatalista, relativamente eficaz en la consecución de objetivos sociales para una masa de trabajadores que ha obtenido conquistas no imaginadas quince años antes, se transforma en un régimen signado por la inestabilidad de los acuerdos y la negociación continua en torno a concesiones que paulatinamente dejan de operar como beneficios y comienzan a funcionar como prebendas. El Estado de Compromiso comienza a ser sacudido por una permanente crisis de hegemonía.

Si el referente resulta relativamente claro en términos de sistema político, las repercusiones en el interior del sector salud demandan una consideración en particular.

#### *Instituciones y actores del sector salud en la Argentina posperonista*

En los últimos años del gobierno peronista recupera la palabra el sector profesional que opta por autorreconocerse como «independiente», ostentando como preciado galardón su desvinculación del poder político. Los dirigentes gremiales nucleados en la Federación Médica de la República Argentina, más tarde Confederación Médica, habían logrado mantener la vigencia de la institución y llegar esporádicamente a comunicarse con sus miembros a través de las páginas de su revista. Entre los problemas no explicitados y las cuestiones sobreentendidas el enfrentamiento entre gremio médico y gobierno alcanza solo real significación a partir precisamente de la ausencia de toda referencia al tema. La existencia de un conflicto solo se reconocerá a posteriori de la caída del peronismo, en algunos casos exaltado hasta recubrirse de connotaciones de martirio. En esos años difíciles para la organización gremial médica no peronista la única señal



más o menos explícita puede ubicarse en la enfática delimitación entre lo técnico y lo político.

La toma de partido está explícitamente vedada para el dirigente gremial, sancionada por los estatutos de su corporación. Los debates deben circunscribirse a los aspectos técnico-científicos y organizativos de la medicina, además, lógicamente de las cuestiones vinculadas a la inserción de los profesionales en el sistema de servicios, excluyendo cualquier referencia a la política. Toda sugestión de acercamiento a las esferas oficiales en función de lograr el reconocimiento de reivindicaciones específicas es rechazada con alarma. Paralizado ante el riesgo de una posible subordinación al poder político y enmudecido por la autocensura generada por el temor a posibles sanciones, el gremio reduce su esfera de acción a cuestiones triviales, en una estrategia que solo le permite apostar a la supervivencia.

En un momento en que el Estado pretende subordinar a su lógica las instituciones fundamentales de la sociedad civil, esa cautelosa independencia de los aparatos de poder solo podrá mantenerse como estrategia defensiva hasta el momento de la gran ofensiva oficialista que desemboca en la organización de la Confederación General de Profesionales.

Cuando la Confederación Médica se ve obligada a enfrentar ese desafío el poder peronista se encontraba ya en su etapa agónica. El gremialismo médico «independiente» encuentra aliados circunstanciales en diferentes organizaciones de profesionales que resisten ese último intento de cooptación. La Argentina no peronista comienza a integrarse en la alianza que liderará la avanzada opositora del 55 (3: *cap.* 9).

El enfrentamiento entre gremialismo médico y gobierno tendrá consecuencias de largo plazo en la conciencia que la profesión construye en torno de su lugar en la sociedad a que pertenece. La percepción de su función social, del reconocimiento de su importancia por parte del poder político, la cuota de control sobre su práctica que está dispuesta a resignar o a compartir, la visión de las posibles alianzas y espacios de confrontación, quedarán sin duda marcadas por el ostracismo autoimpuesto durante la etapa peronista.

Como ya se vio, el fin de los años treinta había encontrado a la dirigencia profesional adscripta a la demanda generalizada por una mayor intervención del Estado dirigida a superar la crisis que sacudía a la sociedad argentina. La profesión se reconocía en condiciones de ejercer una función directriz en esa intervención: su posibilidad de aplicar el conocimiento técnico-científico a la solución de los problemas vinculados al crecimiento de la población, la preservación del capital humano, la defensa del patrimonio genético, el trabajo productivo, la promoción de las condiciones materiales y morales del bienestar individual, le adjudican «naturalmente» a su criterio autoridad para conducir las actividades de

gobierno en un sector considerablemente ampliado en los alcances de su función social. En ese contexto, el conocimiento técnico se propone como fundamento para el ejercicio de la función política y lo político se identifica con la definición de valores que trascienden tanto lo individual como lo sectorial, para apuntar al bienestar del conjunto.

A comienzos de los años cincuenta, la percepción de los ejes de la inserción social de la profesión parece haber cambiado: si bien la eficacia técnica sigue legitimando el reconocimiento de su función social como trascendente, se acusa a la política de desnaturalizar la búsqueda del bien común y restar legitimidad a la centralización del poder estatal. El eje de la preocupación se traslada a la defensa de los derechos de la profesión en una sociedad que parece desconocerlos, no estimando su verdadero valor. En este contexto, la eficacia técnica se convierte en fundamento de la demanda corporativa. Las cuestiones que movilizan al gremio se ubican en la defensa de las condiciones de trabajo, la negociación de honorarios, la formulación de pautas de vinculación con instituciones financiadoras, la reivindicación del derecho de los profesionales a la previsión y la seguridad que se reconocen a otros trabajadores (3: cap. 5).

Los antiguos valores con los que la profesión se sigue identificando se reformulan en la confrontación con las nuevas condiciones sociopolíticas y comienzan a preparar el camino para una lógica privada de regulación de la práctica médica. Lo privado/corporativo se delimita en oposición a lo público /estatal, preparando el camino para la futura modalidad hegemónica de ejercicio. Esta modalidad irá paulatinamente articulándose a través de un complejo proceso de contactos y negociaciones entre los organismos corporativos de la profesión y el heterogéneo conjunto que comienza a ser identificado con la referencia a «obras sociales y mutualidades».

#### *Bases históricas de conformación del subsector «seguridad social médica»*

La siempre conflictiva relación con las mutualidades sigue siendo una preocupación gremial en los años cincuenta. La cuestión se complejiza con la difusión de la nueva modalidad de cobertura, proporcionada por organismos que suelen denominarse como «mutualidades oficiales» pero progresivamente comienzan a ser reconocidos con una denominación original: «obras sociales». El Congreso Médico Gremial reunido en San Luis en 1957 se preocupa por precisar las «características diferenciales» de obras sociales y las mutualidades. La caracterización que se formula peca sin duda de arbitrariedad, pero esa misma arbitrariedad puede servir para ilustrar el contexto de referencia en que se ubica la profesión en ese momento.

Las obras sociales son caracterizadas como instituciones oficiales que gozan de la protección del Estado y están sometidas a su discrecionalidad.

Cuentan con la contribución obligatoria del afiliado, que suele ser acrecentada por decretos que otorgan recursos especiales. Los aportes se recaudan automáticamente por descuento de la planilla de sueldos, y por lo tanto no puede haber mora en el pago por parte de los beneficiarios. Destinan sumas muy importantes a actividades ajenas a la cobertura de atención médica: colonias de vacaciones, cooperativas de consumo, etc. Desarrollan una frondosa burocracia y generalmente están dirigidas por personas ajenas a la profesión.

En este caso, el imaginario profesional vincula las obras sociales con la discrecionalidad y el desprecio por lo técnico que se asocian frecuentemente con la actividad de los organismos del Estado. No puede afirmarse que esa imagen esté generalizada, sin embargo, hay muchos testimonios que la reproducen con leves matices. La relación con obras sociales y mutualidades es para la profesión motivo recurrente de queja. La expresión más aguda de ese enfrentamiento es el conflicto que se desata en Capital Federal en 1958 y alcanza repercusiones de diferente magnitud en el resto del país.

Antes y después de ese episodio, que condensa buena parte de las contradicciones de la Argentina posperonista, la insatisfacción de los médicos con el trabajo en mutualidades y obras sociales es un tema recurrente en su discurso. En general, los honorarios son considerados insatisfactorios, con el agravante de que se perciben bajo la forma de salario, aun cuando los profesionales se desempeñen en sus propios consultorios. Sin embargo, tales instituciones son al mismo tiempo reconocidas como posibles lugares de trabajo, en un mercado que no ha sido capaz de generar mecanismos fluidos de aproximación entre oferta y demanda de atención médica.

En forma más o menos contemporánea se desarrollan en distintos lugares y bajo diferentes circunstancias algunos procesos que permitirán concebir sobre otra base la relación con las obras sociales. Entre ellos se destaca con características particulares un acontecimiento puntual: la creación del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia de Buenos Aires, sancionada por decreto de la Intervención Federal en febrero de 1957. Sergio Provenzano, creador del IOMA, es dirigente gremial a la vez que funcionario público, y ese no es, sin duda, un dato casual en la historia de esta institución, precursora en su género en el país.

En el folleto donde se dan a conocer los fundamentos organizativos del Instituto se reconoce explícitamente la adopción de los principios aprobados por la Confederación Médica. El listado puede entenderse como una síntesis afortunada de la ideología médica dominante, orientada a exaltar de modo enfático la cuestión de las «libertades» profesionales en la vinculación de los médicos con las instituciones financiadoras de la seguridad social: libertad de elección del médico por el paciente; libertad del

médico para elegir a sus pacientes, salvo casos de urgencia o humanitarios; no intervención de terceros en dicha relación; control ejercido exclusivamente por médicos; libertad del médico para elegir especialidad y lugar de ejercicio; ninguna restricción en la medicación o el tratamiento; contraposición entre el interés público y el trabajo médico asalariado; remuneración del trabajo médico asegurada independientemente de la situación financiera de la organización aseguradora; representación profesional en todos los departamentos relacionados con la atención médica.

Pero no todo se agota en referentes ideológicos, la puesta en marcha del IOMA explica también los importantes logros en la esfera organizativa. La documentación reunida por Provenzano refleja un significativo esfuerzo de elaboración de una normativa reguladora que solo puede pensarse como capitalización de la experiencia gremial en el tema. Las normas que regulan la vinculación con médicos, odontólogos, instituciones con internación, farmacias, etc. pueden ser cuestionadas por el excesivo detalle, pero suponen la construcción de un sistema de relaciones hasta ese momento inédito.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la organización del IOMA modificó la perspectiva de las instituciones gremiales en relación con el trabajo profesional en obras sociales. La generalización del pago por prestación, el rápido crecimiento del número de beneficiarios, los bajos costos de administración, el diálogo fluido con los organismos gremiales –no solo de médicos sino también de odontólogos y farmacéuticos– despiertan expectativas fundadas en torno a la viabilidad de organismos financiadores descentralizados que acepten la contratación de prestaciones en los términos defendidos por el gremio. Este vuelco de expectativas, favorable a la contratación de prestaciones con obras sociales, se ve también estimulado por el éxito de algunos movimientos locales en los que médicos y sanatorios logran imponer a las instituciones financiadoras determinadas formas de contratación de prestaciones, a la vez que consiguen la renuncia generalizada de los profesionales que se desempeñaban en las mismas bajo relación salarial.

Otro gran paso en la afirmación del futuro papel de las organizaciones gremiales médicas en la contratación con instituciones dedicadas a la cobertura de prestaciones, es el reconocimiento de su derecho a representar a la totalidad del cuerpo médico de una localidad en la formalización de tales contratos y a tomar a su cargo la intermediación del cobro de honorarios. Ese control de la oferta de servicios y la posibilidad de sancionar alegando una normativa ética de reciente formulación a los profesionales reacios a aceptar la disciplina impuesta por el gremio, convierte a este en interlocutor obligado de las obras sociales, que en esos años comienzan a multiplicarse.

También se desarrollan las formas organizativas. Los sistemas de li-

bre elección basados en este tipo de contrato colectivo obligan a regularizar de algún modo la oferta de servicios. En un primer momento, los beneficiarios de las contrataciones o convenios gestados por las entidades gremiales son la totalidad de los médicos afiliados a ellas. Más tarde la relación comienza a formalizarse: los profesionales sean o no socios de la entidad gremial explicitan su voluntad de participar en el sistema inscribiéndose en un listado especial. Esa expresión de voluntad supone al mismo tiempo la aceptación de las condiciones que regularán su trabajo y el reconocimiento de la legitimidad de la negociación llevada adelante por el gremio. Por ese camino se llega a la organización de las «bolsas de trabajo» y a la elaboración de complejos sistemas arancelarios que procuran cubrir la totalidad de las prácticas comprendidas en el ejercicio profesional.

A través de la negociación de contratos el gremio se convierte en dador de trabajo. Logra adueñarse de ese papel, hasta entonces en manos de organizaciones administradas por legos, que retendrán solo los aspectos financieros de la función intermediadora. Los aspectos técnicos y el control del sistema de prestaciones pasan progresivamente a formar parte de una esfera de decisiones dotadas de autonomía, donde imperan criterios rectores de la práctica establecidos por los mismos médicos. A través de sus organizaciones profesionales gremios y colegios los médicos toman la iniciativa en su vinculación con el mercado. A cambio del acceso igualitario a las fuentes de trabajo otorgan reconocimiento a la función de representación ejercida por tales instituciones y se someten voluntariamente a su control.

Tales progresos, seguramente de escasa importancia en cuanto a los recursos financieros que comprometían pero significativos en relación con la capacidad mostrada por el gremio para adaptarse a condiciones poco favorables del mercado y, por lo tanto, factores de cohesión y reconocimiento recíproco, se verán en peligro poco más tarde por una nueva ofensiva estatal. El Estado volverá a adquirir características de amenaza cuando pretenda regular aspectos de la práctica que la profesión considera de su exclusivo dominio, adjudicando carácter de interés público a relaciones que se habían construido fuera del control de sus aparatos.

### Referencias bibliográficas

- 1 Belmartino, S., Bloch, C., Persello, A. V., Quiroga, H. *Las instituciones de salud en la Argentina liberal. Desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- 2 Belmartino, S., Bloch, C., Persello, A. V., Carnino, M. I. *Corporación médica y poder en salud. Argentina, 1920-1940*. Buenos Aires, Oficina Panamericana de la Salud, 1988.

- 3 Belmartino, S., Bloch, C., Carnino, M. I., Persello, A. V. *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- 4 Nun, J. La teoría política y la transición democrática. En: Nun, J., Poretantiero, J.C. (comps.) *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina*. Buenos Aires, Puntosur, 1987.
- 5 García Canclini, N. *Ideología y cultura*. Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 1986.
- 6 Giddens, Anthony. *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1987.
- 7 Testa, Mario. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso salud)*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- 8 Therborn, Göran. *La ideología del poder y el poder de la ideología*. Madrid, Siglo XXI Editores, 1985.

## CAPITULO SEGUNDO

## Formalización doctrinaria en el interior del movimiento planificador

### **El paradigma de los años sesenta: desarrollo/bienestar/planificación**

Los años sesenta se caracterizan por un significativo esfuerzo de recolección y sistematización de la información disponible en el sector, a la vez que por la generalización de una perspectiva crítica sobre la eficacia y eficiencia de sus instituciones. Esta preocupación por elaborar un diagnóstico de las falencias organizativas puede comprenderse en función de una forma paradigmática de pensar la dinámica social que alcanza su culminación en esa década: la convicción de que la planificación es el instrumento idóneo para la consecución del desarrollo y su correlato ineludible, el bienestar social.

No queremos significar con esto que la idea de planificación en salud hayan surgido en el país en los años sesenta. Por el contrario, tanto la idea de plan o programa de actividades, como su correlato conceptual de confianza en la eficacia y productividad derivadas de la organización, tienen ya larga vida en los organismos públicos encargados de las instituciones de salud, acompañadas, por lo menos desde los años treinta, por el énfasis en la necesidad de recoger información sistemática, base indispensable para la acción planificadora.

La diferencia específica que connota el problema en los años sesenta puede caracterizarse, en primer lugar, a partir de la importancia que se otorga a la vinculación entre el sector salud y los otros sectores sociales en función de la consecución de un objeto elusivo en el que todos parecen

acordar: el bienestar, tanto individual como social. A través de la planificación, las acciones orientadas a asegurar condiciones adecuadas de salud, vivienda, alimentación, trabajo, seguridad social, se integran conceptual y operativamente para garantizar la presencia de valores humanos que acompañen el proceso de crecimiento económico. En esos años los cambios en la distribución del ingreso y la mejora en las condiciones de vida de las poblaciones dejan de pensarse como consecuencia inmediata del desarrollo económico y comienzan a proponerse como integrantes con peso propio en una ecuación que articula de manera indisociable crecimiento económico y bienestar social.

La visión de la dinámica societal que propone el desarrollismo connota también de manera particular la conceptualización en torno al Estado y sus mecanismos de intervención. Es el momento de afirmación de la idea «cepaliana», que asigna características muy particulares a la instancia estatal, prácticamente definidas en términos de deber ser. El Estado se propone como lugar de la racionalidad, de la concentración del poder, de la capacidad para operar «desde afuera», homogeneizando, unificando e imponiendo orden en sociedades heterogéneas, fragmentadas, conflictivas. La planificación se valoriza al ser pensada como instrumento por excelencia de esa racionalidad científica, autónoma, omnisciente, que debe incorporar a su dinámica el aparato estatal. La confianza en el progreso se afirma a través de la potencialidad transformadora demostrada por el pensamiento científicotécnico: la utilización de su lógica permitirá diagnosticar y comprender las necesidades del conjunto, y en función de darles respuesta, definir metas y prioridades capaces de poner fin a la anárquica distribución de recursos y posibilidades que se asocia con la perduración del atraso.

Otra característica que distingue a la actividad planificadora en salud a lo largo de los años sesenta es la creciente formalización conceptual y metodológica de sus contenidos. Para diseñar un plan es indispensable aplicar una serie compleja de normas que pauten de manera precisa los procedimientos y los requisitos que habrán de cumplirse en cada etapa, ineludibles para alcanzar el éxito como resultado final.

De acuerdo con los testimonios conservados –documentos oficiales, discursos de funcionarios, conclusiones elaboradas en reuniones de autoridades de Salud Pública, informes producidos en colaboración con consultores de la Organización Panamericana de la Salud–, el esfuerzo de muchos especialistas se dirige fundamentalmente a elaborar una metodología aplicable a la planificación en salud que, fuertemente contaminada por reiteraciones y redundancias, termina finalmente expresándose en niveles de formalización y abstracción tales que no permiten abrigar dudas acerca del rigor científico de los postulados que la sustentan. Sin embargo, el esfuerzo no fructifica, El plan no se formula. No puede siquiera



hablarse de fracaso de la promesa implícita en la utopía planificadora, ya que no llega a ponerse a prueba su potencialidad de cambio.

### **La planificación como instrumento para el desarrollo: la Alianza para el Progreso**

En la Argentina y en América Latina la actividad de los gobiernos orientada a la formulación de planes se ve estimulada en los años sesenta como consecuencia de las demandas planteadas en la Reunión de Punta del Este en agosto de 1961. En este encuentro los cancilleres americanos acordaron las bases de la Alianza para el Progreso. Conforme con sus premisas, la formulación de planes integrados de desarrollo económico social constituía una condición que los gobiernos debían cumplir para obtener los créditos e inversiones que supuestamente habrían de asegurar el ingreso de nuestros países al mundo desarrollado.

Entre los compromisos asumidos por los países participantes se señala «la preparación, ejecución y revisión periódica de los programas nacionales de desarrollo económico y social», que debían incorporar «esfuerzos propios» destinados entre otras cosas a «mejorar los recursos humanos y ampliar las oportunidades, mediante la elevación de los niveles generales de educación y salud...». Para la realización de tales propósitos se pondrían en práctica medidas tendientes a establecer o mejorar servicios de «extensión, crédito, asistencia técnica, investigación y mecanización agrícolas; salud y educación; almacenamiento y distribución; cooperativas y asociaciones campesinas, y programas de desarrollo comunal».<sup>1</sup>

En la misma reunión se aprueba el Plan Decenal de Salud Pública, basado en los acuerdos formalizados por los gobiernos americanos para «planificar simultáneamente el crecimiento económico y el progreso social para el decenio que se inició en 1960» y cuyos fundamentos reconocen «las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar»(1).

<sup>1</sup> Entre los «requisitos básicos para el desarrollo» se señala: «4. Que los países latinoamericanos obtengan suficiente ayuda financiera del exterior, incluso una parte sustancial en condiciones flexibles con respecto a plazos y términos de amortización y modos de utilización, para complementar la formación de capital nacional y reforzar la capacidad importadora de dichos países; y que en apoyo de programas bien concebidos, que comprendan las reformas estructurales necesarias y las medidas para la movilización de recursos nacionales, se ponga a disposición de los países latinoamericanos un aporte de capital de todas las fuentes exteriores, durante los próximos diez años, de por los menos U\$S 20.000 millones, dando prioridad a los países de menor desarrollo relativo. La mayor parte de esa suma deberá estar constituida por fondos públicos» (Organización de Estados Americanos. Alianza para el Progreso. Washington DC, 1961, p. 12).

En consecuencia, se decide la creación en los Ministerios de Salud de unidades de planificación y evaluación que actuarían en forma coordinada con los organismos nacionales de planificación general. Se recomienda además mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y de salud, otorgar importancia a la formación y capacitación de recursos humanos orientados a la prevención y cura de las enfermedades, perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud, etcétera.

En el pensamiento sanitarista existían ya antecedentes de peso en el sentido de defender la necesaria interrelación entre salud, economía y progreso social. En un artículo publicado en 1960, el Director de la Organización Panamericana de la Salud recuperaba la tesis de Winslow, relativa a la existencia de un «círculo vicioso» entre enfermedad y pobreza, traspolándola del nivel individual, propio de su primera formulación, a una proyección de alcance social:

“...Una producción baja de bienes y servicios crea salarios insuficientes y estos, a su turno, dan lugar a una nutrición inadecuada, a una instrucción y a una educación deficientes, a una vivienda malsana, a un bajo nivel de vida. Estos son factores fundamentales que condicionan la enfermedad, la que, a la recíproca, genera una energía humana de capacidad limitada y con ello una baja producción, es decir, crea un círculo vicioso”.

En su esquema aparece como elemento adicional que estimula esta causación circular viciosa la orientación de las inversiones que privilegia la atención médica curativa relegando a segundo término las actividades de medicina preventiva y salud pública (2).

El esfuerzo doctrinario del sanitarismo se orienta en esos años a defender la legitimidad de incorporar al cálculo de costo-beneficio de las inversiones orientadas al crecimiento valores que expresen el potencial productivo del esfuerzo humano. Esta inquietud se vehiculiza a través de intentos de cuantificar el valor económico de las vidas humanas que por razones de enfermedad no logran integrarse plenamente al trabajo productivo.

Se trata en realidad de una discusión de antigua data. A comienzos de los años cincuenta Gunnar Myrdal reflexionaba en torno a la trayectoria de ciertos economistas, a quienes adjudica «espíritu filosófico», preocupados por reconocer la existencia de capital «humano». Paralelamente explica las dificultades operativas que supone determinar «el valor en dinero de un ser humano de buena salud», a la par que señala, con innegable agudeza, que la necesidad de justificar el carácter productivo del gasto Estatal en salud sólo se presenta en los países insuficientemente desarrollados (3).

En la década de 1960 se verifica un cambio en la modalidad de presentar el problema. Ya no se hace tanto hincapié en el valor productivo del trabajo como variable de posible cuantificación en un enfoque económico de las prioridades de asignación de los recursos del Estado, procurando demostrar que las partidas presupuestarias destinadas a salud significan una inversión y no deben por lo tanto considerarse como mero gasto improductivo. Los manifiestos límites de los procesos de desarrollo económico y las tensiones sociales emergentes estimulan un cambio en el balance de las prioridades en la acción estatal. Deja de pensarse en una secuencia que asegure primero el crecimiento económico para luego dedicar recursos a políticas de bienestar. Ambos aspectos de la ecuación deben atenderse simultáneamente, se afirma, y comienza a pensarse que las causas del atraso no radican solamente en la insuficiente dotación de capitales y tecnología sino también en barreras de tipo social que obstaculizan una distribución más justa de los beneficios resultantes de la actividad productiva.

El cambio en la percepción de los ejes del problema se produce por fuera del sector salud. Mientras en los años cincuenta el principio rector de la planificación tal como se formula en los organismos internacionales es el relacionado con el ritmo del crecimiento económico, a mediados de esa década comienza a ser evidente que el desarrollo industrial acelerado que se había previsto enfrentaba obstáculos ubicados más allá de la dimensión económica. Los países periféricos comienzan a reconocerse como dependientes, los problemas de desempleo y empleo insuficiente persisten, la urbanización acelerada produce asentamientos marginales de imposible reabsorción. La interpretación generalizada del problema es que la planificación del crecimiento había descuidado ciertos problemas sociales y políticos, otorgando funciones relevantes al Estado pero olvidando la estructura real de su poder, orientada a promover una apropiación de los beneficios del crecimiento en favor de sectores minoritarios de la población.

A comienzos del decenio de 1960 los planificadores comienzan a pensar en función del desarrollo y no sólo del crecimiento. La diferencia ha sido expresada por Keith Griffin: «el problema no es tanto el 'crecimiento', es decir la expansión de un determinado sistema socioeconómico, sino más bien el 'desarrollo', o sea la rápida y fundamental transformación política, social y económica» (4).

La cuestión adquiere relevancia en la esfera gubernamental en función de la acción desarrollada por organismos internacionales como las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), etc., que a partir de diferentes enfoques coinciden en la problematización de los aspectos asociados al desarrollo. Se co-

mienza a reconocer que el subdesarrollo no puede aislarse como fenómeno económico sino que debe encararse desde el punto de vista de la situación global de los países: su organización política, sus características económicas y sus instituciones sociales.

Tal como lo mencionamos al comienzo de este capítulo, la Carta de Punta del Este se transforma en un hito significativo en términos de la manera de abordar el problema propia de técnicos y políticos. En la Carta se mencionaban aspectos tales como la reforma agraria, la distribución del ingreso, la reforma tributaria, etc., que afectaban modalidades muy arraigadas de la organización social y política de los países. Comienza a afirmarse en los niveles de gobierno que no es suficiente la mera expansión de la economía, y que resulta esencial un «cambio de estructuras» (5).

Aunque buena parte de esta problematización del desarrollo queda relegada al plano de los buenos propósitos o se incorpora al discurso legitimador de la intervención del Estado en lo social, algunas consecuencias directas se registran en función de la exigencia prevista en los términos de la Alianza para el Progreso: para recibir asistencia técnica y financiera cada Estado debía preparar un programa integrado para el desarrollo de su economía. La expresión «integrado» refiere a la inexcusable presencia en dichos planes de la problemática vinculada al desarrollo social.

### **La incorporación local de la problemática del bienestar**

Uno de los exponentes más decididos de la problemática en nuestro país es Arturo Oñativia, ministro de Salud durante la presidencia de Illia. En diferentes lugares de su obra pueden rastrearse las ideas claves que conforman el problema, tal como se expresa en el ámbito de los organismos dedicados a la salud y a la planificación del desarrollo en el interior del aparato estatal.

Oñativia propone específicamente entre los objetivos de la política sanitaria nacional integrar la salud pública a los planes de desarrollo social y económico. Para ello defiende una política que no se limite a lo sectorial, integrando las acciones de salud en campos más amplios, con el fin de abordar los aspectos que considera coadyuvantes o causales de los males sanitarios. Su enumeración es suficientemente explícita en cuanto a la forma de evaluar el problema: saneamiento del medio con provisión de agua potable, servicios sanitarios, educación, vivienda adecuada, aumento del nivel de vida de las poblaciones a través de ocupación plena, salarios justos, política agraria con tenencia y rendimiento social de la tierra, industrialización, seguridad social, etcétera. Como corolario elabora una propuesta que considera de fundamental importancia: las acciones de salud ya no serán específicas, no se desarrollarán en «campos aislados y paralelos»; por el contrario «deben formar parte y coordinarse con otras

actividades, que tiendan a establecer el bienestar económico, social y cultural de los pueblos» (6).

En otro lugar menciona la necesidad de asegurar la formación y capacitación técnica del personal destinado a «comprender, planificar y administrar los complejos problemas sociales como parte integrante del desarrollo de los pueblos», señalando como tareas para el futuro, romper con el desequilibrio económico existente, conseguir el crecimiento de la economía, la producción y la productividad «con mejor distribución de la riqueza», a fin de conseguir el bienestar social del hombre, «único destinatario y usufructuario del desarrollo» (7).

No faltan en el discurso del ministro referencias al fenómeno que en la época se caracteriza como «revolución de las expectativas crecientes». Demandas de vastos sectores de la población que han adquirido conciencia «de sus necesidades, de las postergaciones de sus derechos y de las frustraciones de legítimas aspiraciones». Sin embargo, en su opinión, el tema no admite improvisaciones, los «cambios de estructura» deben ser el resultado de «metódicas investigaciones». La solución de los problemas del crecimiento debe ponerse en manos de técnicos altamente capacitados, su trabajo debe asentarse en «una sólida tarea de investigación científica» (8).<sup>ii</sup>

Dentro de la misma línea de pensamiento, aunque con especificidades propias relacionadas con la índole de su tarea, las reflexiones de los funcionarios del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) o del Consejo Federal de Seguridad Social (COFESES) se orientan en sentido similar (9). Uno de los informes producidos por el Sector Salud Pública del CONADE hacia 1963, señala explícitamente que el interés por incorporar la salud pública entre los sectores sometidos a planificación se basa, más que en consideraciones económicas de difícil resolución teórica, en «criterios de una mayor justicia social y una distribución más equitativa de la renta». Sin mencionar la «revolución de las expectativas», los técnicos del

<sup>ii</sup> En el ámbito médico gremial la repercusión de este tipo de abordaje del problema se expresa, por ejemplo, en las conclusiones del VII Congreso Argentino de Medicina Social «[...] la organización social dedicada a la salud cumplirá con su contribución al bienestar nacional en la medida en que los programas de salud se integren con una amplia política de desarrollo nacional que conduzca a la superación de las condiciones que más inciden sobre los índices de salud y las formas de trabajo médico: la dependencia económica del extranjero, uno de cuyos aspectos se mide por el deterioro de los términos del intercambio, la influencia del régimen de propiedad de la tierra en el atraso de la producción agropecuaria, la ausencia de capitales para inversiones con sentido nacional, la falta de explotación de enormes fuentes de recursos naturales, la desigual distribución del presupuesto nacional, con elevada proporción de gastos improductivos y limitada cuota para educación, salud e investigación científica» (VII Congreso Argentino de Medicina Social. *Resoluciones*, Rosario, 1965, documento mimeografiado, p. 2).

CONADE señalan que las poblaciones identifican en general los niveles óptimos de salud con los modelos de atención médica propios de los países de alto desarrollo en razón de la influencia de los medios masivos de comunicación. En su presentación del problema hay una nota de cautela que no encontramos en Oñativia: Todo parece indicar, afirman, que «la asociación anotada entre salud y economía no es tan simple como generalmente se la expresa y que el proceso en su desarrollo no admite una perspectiva lineal en su consideración y tratamiento» (10).

Los técnicos argentinos estaban sin duda vinculados con los esfuerzos realizados a nivel hemisférico por desarrollar las técnicas de planificación. En el informe citado se menciona la realización de cursos y seminarios para la formación de personal y la discusión de la metodología de la planificación sanitaria en Caracas, Buenos Aires y Santiago de Chile. También se hace referencia a los trabajos del CENDES, que constituirían la principal referencia para la actividad planificadora en materia sanitaria a lo largo de la década.

El grupo encargado del Sector Salud Pública en el CONADE, señala dos sentidos en los que se utiliza la palabra planificación en la Argentina. Para los sanitaristas, aclaran, las actividades de planificación se identifican con las funciones de su específico campo de acción: dar pautas de organización, administración y evaluación para proyectos, planes o programas específicos. Otra utilización del término, que consideran más pertinente, se vincula con la elaboración de planes nacionales de desarrollo.

La dualidad en el uso de la expresión facilita, en opinión de los técnicos de CONADE, lo que consideran «un equívoco pasaje» de una acepción a otra, enmascarando las diferencias conceptuales y metodológicas entre ambas. En consecuencia, mucho de lo publicado sobre el tema repetiría los textos clásicos sobre administración de la salud pública, sin profundizar en la naturaleza teórica del problema.

El equipo del CONADE, en cambio, entiende que la planificación sanitaria debe abordarse como

“una actividad integrada del Sector Salud Pública con los otros sectores que se analizan y proyectan en planes nacionales y/o regionales de desarrollo, intentando lograr la compatibilidad y consistencia de los programas y proyectos elaborados por los distintos organismos técnicos y administrativos específicos”.

Vincula explícitamente la actividad con el conocimiento y manejo de disciplinas y metodologías económicas, y centra su interés en cuestiones vinculadas con la «economía médica». Define su objetivo concreto en el sentido de estimar «el gasto consecuente a una oferta determinada en materia de salud, su compatibilidad con el resto del gasto que implican

determinadas metas de desarrollo y sus efectos directos en el sistema» (11).

Innecesario parece señalar la brecha conceptual y de objetivos para la actividad planificadora que se manifiesta al comparar las propuestas de mayor justicia social contenidas en el trabajo de Oñativia y el enfoque eficientista de los técnicos encargados de la actividad específica. Sin embargo, aun el logro de ese objetivo perfectamente delimitado plantea dificultades al parecer insuperables: por un lado, aspectos teóricos vinculados a la particular naturaleza del objeto –el estado de salud– difícilmente equiparable al resultado directo de una actividad específica en el área de la producción de bienes y servicios. Por otra parte, la experiencia registrada a nivel internacional no proporciona elementos para elaborar conceptualmente la dinámica interna del problema. No es posible afirmar «que el desarrollo económico promueva salud», ni tampoco «que el incremento de los gastos de salud pública promuevan desarrollo». La relación entre ambos conjuntos de variables no es lineal, y aunque la delimitación teórica de la cuestión es motivo de interés tanto en el mundo desarrollado como en los países subdesarrollados todavía se trata de un terreno básicamente especulativo.

A estas dificultades teórico-conceptuales deben sumarse las insuficiencias registradas en cuanto a la información disponible, particularmente graves en el país. La mayor parte de los esfuerzos del sector público en el período se orientan a intentar cerrar esa brecha.

Poco después, el gobierno impuesto por la autodenominada «Revolución Argentina» da prueba de la modernidad de sus bases políticas dando origen al Ministerio de Bienestar Social, que integrará salud pública, seguridad social, vivienda y actividades asistenciales. Dejando de lado la relativa inconsistencia de la doctrina con el esquema de «tiempos» –tiempo económico, tiempo social, tiempo político– que sirve como síntesis al programa de las fuerzas armadas en el poder, se retoma la línea conceptual desarrollo/bienestar en un ambicioso documento que ve la luz en 1969 y, como suele suceder, olvida experiencias anteriores y los obstáculos y dificultades que sancionaron su fracaso (12).

El documento, que se inspira sin duda en la línea desarrollista cepaliana, recalca el cambio producido en la conceptualización de las funciones del Estado a partir de un proceso histórico que lo hizo objeto de un «total replanteo» a través del cual «sus propósitos fueron completamente reorientados y sus atributos experimentaron, también, una transformación». La apertura de «una nueva filosofía» le otorga reconocimiento universal como principal agente impulsor de la transformación económica y social mediante la búsqueda de mayores ingresos, una mejor y más equitativa distribución de la renta, la garantía de igualdad de oportunidades y el logro de una mayor bienestar para todos (13).

Para cumplir tales objetivos el Estado cuenta con «una moderna y eficiente herramienta para la formulación, toma de decisiones y articulación de recursos en procesos de desarrollo»: la planificación. El diseño de las políticas orientadas a ese objetivo debe fundarse en consideraciones sociales y económicas integradas y globales, donde lo social es un objetivo estructural del desarrollo y no una acción de tipo residual orientada a aminorar, a absorber las tensiones del cuerpo social o a corregir los subproductos indeseables del crecimiento económico.

En la reiteración de los «buenos propósitos» manifiestamente incumplidos a lo largo de una década, tiene también su lugar un componente menor de la doctrina desarrollista, dotado de fuerte ambigüedad como alternativa de otorgamiento de responsabilidades y capacidades de decisión a sectores anteriormente excluidos de las esferas de poder: la apelación a la comunidad. La ambigüedad a la que aludimos se torna particularmente visible al analizar las medidas concretas de política social implementadas en el período, tarea que abordaremos más adelante, pero también se manifiesta en lo conceptual en la medida en que la lectura de los documentos no permite definir cuál es el cambio de objeto de que se quiere dar cuenta cuando deja de hablarse de población o individuo y comienza a hablarse de comunidad.

La transferencia de sentido no resulta clara. No hay una clara línea discursiva que vincule las referencias a la sociedad o la población con aquello que se connota de manera diferente al mencionar la comunidad. Una hipótesis posible es que las primeras expresiones se utilizan cuando se habla de los derechos que el Estado reconoce o garantiza, aunque se delegue en los individuos alguna responsabilidad en su consecución. La comunidad se hace presente, en cambio, en los tramos en que la referencia indica aquello que el Estado no puede hacer, señalando una abdicación de funciones por parte de un órgano político al que previamente se ha adjudicado no solo el derecho sino también el deber de intervenir activamente en la vida de las sociedades que se colocan bajo su tutela.

### **La planificación en Salud Pública**

Un «estado de la cuestión» en lo relativo a la posibilidad de planificación sectorial, expresado en función de las limitaciones detectadas para operar sobre realidades concretas, puede encontrarse en el Informe Preliminar producido por el Sector Salud Pública del CONADE, que resume en pocos ítems los problemas metodológicos y de información básica que hubiera sido necesario superar:

1. No existe metodología suficientemente probada que permita al sector salud una planificación consistente con los procedimientos se-



- guidos por la planificación en el sector económico.
2. La información recogida sistemáticamente no es suficiente ni adecuada para los requerimientos de una planificación que pretenda algún grado de rigor científico.
  3. Los indicadores disponibles en el sector no son lo suficientemente específicos ni sensibles para los fines de planificación.
  4. Los sistemas en vigencia hacen prácticamente imposible establecer costos de las acciones de salud.
  5. No es posible establecer en forma práctica la relación costo-efectividad de las acciones de salud.
  6. Debido a la naturaleza propia del sujeto de salud y al desarrollo histórico del sector no existe una delimitación precisa en sus distintos niveles de integración en cuanto a sus funciones y áreas de responsabilidad.
  7. La estructura jurídico-administrativa del sector no se adecua a sus necesidades operativas y dificulta las posibilidades de planificar, obligando al estudio de eventuales reformas (14).

En el terreno más específico de los organismos de gobierno de la Salud Pública, la evaluación realizada en 1963 con la colaboración del Instituto Superior de la Administración Pública dio resultados francamente desalentadores: tendencia manifiesta a la burocratización, capacidad humana ociosa, falta de racionalización administrativa del personal y, por lo tanto, de eficiencia técnica, carencia de responsabilidad ejecutiva, irregularidades contables y falta de contralor de los bienes patrimoniales a su cargo, absoluta ausencia de coordinación y colaboración entre organismos, con orientación a crear instancias paralelas en las que se superponen funciones y tareas, son los elementos más notables de un diagnóstico que no presenta un solo registro positivo (15).

No discurre por otros carriles el discurso del ministro cuando hace referencia a lo que llama «nuestras propias dificultades»: «un organismo de salud pública nacional deformado y desvirtuado en sus finalidades primordiales. Una administración desquiciada que enerva y paraliza su política sanitaria, originando una burocracia parásita que ha reemplazado su organización técnica» (16).

Sin embargo, cuando se trata de fijar metas de gobierno, los funcionarios formulan objetivos como si se tratara de una construcción *ex novo*, de un espacio abierto y libre de obstáculos sobre el que fuera posible comenzar a colocar los cimientos de un edificio fundado sobre los parámetros racionales proporcionados por el método científico. No es otro el modelo de pensamiento que aplica Oñativia cuando define los principios fundamentales del gobierno de la Salud Pública:

1. Planeamiento directivo con programas integrales, ajustados a normas centralizadas.
2. Distribución de recursos con sentido funcional y regional
3. Descentralización de las líneas de autoridad para lograr rapidez, agilidad y sentido real en las decisiones.
4. Suministro de orientaciones, asesorías y normas técnicas en todos los niveles.
5. Organización de las estructuras, dotándolas de elementos y administrándolas científicamente (17).

En síntesis, el desarrollo y perfeccionamiento de la futura política sanitaria se realizará, «en base a una planificación seria, resultante del conocimiento ordenado y racionalizado de los recursos, fijando metas y objetivos, evaluando resultados y coordinando acciones» (18).

Las II Jornadas Argentinas de Salud Pública, que se realizan en San Juan en noviembre de 1963 otorgan también decidida importancia al tema. Los documentos publicados en carácter de anexo muestran el enorme esfuerzo intelectual dedicado a elaborar una metodología adecuada para la planificación sectorial. Las etapas en la preparación de los planes de salud, las guías para su elaboración, las pautas destinadas a asegurar su eficaz implementación son desarrolladas con la precisión de un diseño absolutamente estructurado, que deja poco espacio a la duda, la diferencia de opiniones, la explicitación de conflictos o la misma introducción de valores (19).<sup>iii</sup>

Como señala un documento algo posterior, la planificación es considerada como algo más que una formulación de acciones.

Es expresión racional de las soluciones más adecuadas posibles a los problemas que afronta, sirviéndose de exactas evaluaciones. Sigue la metodología científica y por lo tanto, *aun cuando eventualmente atienda dentro de su problemática a circunstancias de coyuntura, rechaza las concepciones intuitivas o irreflexivas, la presión política de fracciones, la simple aplicación de impulsiones o emoción como motivaciones de su quehacer* (20).

<sup>iii</sup> También las Jornadas Médico Sociales realizadas en la Facultad de Medicina en junio de 1967 otorgan espacio significativo al tema «Doctrina, política y planificación en salud». En las conclusiones se sigue dando cuenta del problema en términos de deber ser: la atención médica debe ser concebida en forma integral, debe desarrollarse «una doctrina administrativa de concepción unicista que planifique, organice, ejecute y evalúe las acciones mediante una metodología racional y científica»; la «estructura única de salud» requiere un «comando único» con una administración «racional y científica». (Jornadas Médico Sociales Nacionales. conclusiones, Buenos Aires, 1967. Documento mimeografiado.

Las frases a las que hemos adjudicado énfasis parecen suficientemente explícitas de la enorme brecha existente entre el diagnóstico aplicado a la administración que se procuraba reformar y las pautas diseñadas para orientar esa reforma.<sup>iv</sup>

La desproporcionada confianza adjudicada a la planificación como instrumento de gobierno radica sin duda en su identificación con determinadas reglas y procedimientos propios de una metodología de investigación a la que se otorga el carácter excluyente de «pensamiento científico». Integración de elementos racionales y empíricos, objetividad, posibilidad de construir modelos por abstracción, de conformar un cuerpo sustantivo de conocimientos, de formular proposiciones lógicas interrelacionadas que afirman determinadas relaciones entre fenómenos, experimentación, verificación, son algunas de las herramientas que el planificador toma de la metodología científica en boga para aplicar a su tarea (21).

### Las reuniones de autoridades de Salud Pública

Las reuniones de autoridades de Salud Pública comienzan a organizarse en forma sistemática a partir de 1966. Una evaluación relativamente reciente de la dinámica de estas reuniones diferencia una primera etapa, entre 1966 y 1970, de un segundo período entre 1971 y 1976 caracterizado por una mayor regulación de la actividad, en un primer momento a partir de la organización del Comité Federal de Salud (COFESA) y más tarde, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, (SNIS), del Consejo Federal de Salud. Por último, a partir de 1976 desaparecen los organismos de base federal como el COFESA, se otorga certificado de de-

<sup>iv</sup> La cuestión no se percibía como contradictoria. Por el contrario, la capacidad de cambio otorgada a la definición de pautas organizativas adecuadas es en ocasiones tan significativa, que se desdeña todo avance en contenidos sustantivos –definición de mecanismos de financiación por ejemplo– previo al ordenamiento de las estructuras legales, administrativas y de prestaciones. En el discurso de apertura de las II Jornadas Argentinas de Salud Pública el presidente de la respectiva Asociación afirma: «el planeamiento de los sistemas de financiación de ninguna manera puede ser previsto independientemente de los otros aspectos del desarrollo sanitario. Su contemplación aislada, más es lo que puede confundir que solucionar. No debemos continuar hablando de seguro de salud, de enfermedad o de seguro social, si previamente no disponemos de las estructuras administrativas eficientes que permitan un programa concreto que tenga visos de verosimilitud; si previamente nuestros equipos sanitarios no han aprendido a hablar científicamente y si no conocemos en forma cabal nuestra realidad. Dejo claramente establecido que cada una de las condiciones que acabo de enunciar son presuposiciones básicas sin las cuales ningún sistema de financiación puede aportar ninguna solución. Debemos disponernos a encarar científicamente el análisis de este tema; no nos lo perdonaríamos si así no sucediera» (Ferrero, C., Discurso de apertura a las II Jornadas Argentinas de Salud Pública, *Boletín...*, op. cit.:63-69, pág. 65.)

función al proyecto SNIS y se pone en marcha una nueva modalidad de reuniones convocadas por el organismo nacional (22).

### *El período 1966-1970*

Al primer tramo de reuniones se asigna, según la publicación ya citada, un carácter fundamentalmente «técnico-político», en función de una revalorización del papel de las autoridades sanitarias provinciales. Conforme a esa lectura se lograron en estas reuniones importantes acuerdos relacionados con la organización sectorial, la administración de los servicios, los aspectos financieros y contables, la investigación y las estadísticas sanitarias, la legislación sanitaria y la capacitación del personal de salud.

El análisis de la documentación referida a esa primera serie de actividades no desmiente esa valoración positiva, pero tampoco proporciona medios para evaluar hasta qué punto se logró una articulación de servicios de diferentes jurisdicciones en función de asegurar mayor accesibilidad de la población, mayor eficacia en la resolución de sus problemas, algún incremento de la eficiencia en la utilización de recursos. Es muy probable, en función de la evolución posterior del sector, que los acuerdos se hayan orientado en mayor medida hacia el deslinde de atribuciones y responsabilidades correspondientes a las jurisdicciones nacional y provinciales, y se hayan obtenido escasos resultados en lo relacionado con la integración o complementación para realizar una tarea en común. Un avance indudable, que ya hemos señalado, es el referido a la mejora en la recolección y sistematización de la información.

Es preciso señalar, además, otras características del trabajo realizado en estas reuniones, reflejadas en las conclusiones y recomendaciones plasmadas en documentos oficiales. Este tipo de análisis tal vez no explica la totalidad de los progresos alcanzados en ese tipo de actividades, pero permite apreciar qué era lo que se valoraba en términos de imagen frente a la opinión pública, y, seguramente, cuál era el discurso dominante, y por lo tanto legitimado, del pensamiento sanitarista.

Si optamos por esa vía de entrada al problema, la primera verificación es la creciente formalización de diagnósticos y pautas de acción, que ya hemos mencionado. La segunda, no menos importante, es que en esos años se conforma una especie de imagen/objetivo ideal para el sistema, cuyos elementos persistirán durante décadas, conformando una serie de parámetros supuestamente incuestionables para la organización del sector, pensados en términos de puro deber ser. Por último, parece indispensable señalar que, pese al énfasis doctrinario en la necesidad de la formulación de planes integrados y la utilización de un enfoque intersectorial, la perspectiva de los técnicos se centra exclusivamente en el sector y de manera preferente, aunque no exclusiva, sobre la organización y financia-

ción de los servicios de atención médica. Hay aquí, de algún modo, escondida una paradoja.

En efecto, podría adjudicarse a cierto realismo político la actitud de concentrarse en lo sectorial, en función de la fragmentación de intereses, verificable tanto en la esfera de la sociedad civil como del aparato estatal, que seguramente constituiría un serio obstáculo para el abordaje de tipo intersectorial. Sin embargo, ese mismo realismo no se aplica a las condiciones dentro del sector, donde la fuerza del imperativo técnico impone modelos excesivamente rígidos que no tienen en cuenta las condiciones concretas sobre las cuales deben operar planificadores y programadores.

A través de una mirada técnica sobre la organización futura de los servicios de atención médica conforme a parámetros de eficacia y eficiencia, se elabora un modelo ideal de organización del sector lamentablemente muy alejado del modelo posible.

Ese modelo organizativo aparece ya definido en sus líneas generales en las conclusiones de la Segunda Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública, convocada en Bariloche en diciembre de 1967 (23).

Allí, en el capítulo dedicado a «Atención médica integrada» se la define como el conjunto de actividades técnicas, armónicamente integradas, que se realizan a través de los servicios de salud y en el seno de la comunidad y tienen como objetivo promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de las personas, participando en su reubicación social. Como parámetro organizativo se decide la adopción de la Regionalización Sanitaria, con racionalización de los servicios dentro de áreas homogéneas, acompañada por una consecuente racionalización de los esquemas operativos; la incorporación de una nomenclatura uniforme y un sistema escalonado de servicios; la elaboración de programas de capacitación continua de personal, rotación periódica del mismo, estímulo al trabajo en equipo, retribuciones actualizadas y dotaciones con número suficiente de personal de tiempo completo. Se recomienda además a las provincias la adopción de una legislación acorde con el espíritu de la ley nacional de Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad con el objeto de «conocer el interés y la capacidad de organizarse que posee la comunidad frente a los problemas de salud» y «proseguir en forma efectiva la descentralización administrativa a nivel periférico, para disminuir costos y aumentar eficiencias» (24).

Poco había de novedoso en la elaboración de tales parámetros organizativos. Hacía por lo menos una década que habían sido introducidos en el país a través de los programas de asesoramiento y apoyo técnico convenidos con la Organización Panamericana de la Salud.<sup>v</sup> Lo que que-

<sup>v</sup> Así lo reconocen los mismos funcionarios. En 1970 se difunde un documento firmado por el secretario de Salud Pública, Ezequiel Holmberg, que lleva el si-

remos subrayar es su incorporación mecánica a las recomendaciones orientadas a la reorganización del sector y su continua reiteración en el plano de las propuestas pese a los escasos avances logrados en su implementación en los servicios.

También el problema del financiamiento tiene un lugar destacado en estas reuniones. La necesidad de poner en marcha nuevos sistemas de financiación de la atención médica es una cuestión de reconocimiento generalizado en los años sesenta, y, lógicamente, se vuelca a las recomendaciones formuladas por las autoridades de salud. El secretario Holmberg, en su discurso inaugural de la Tercera Reunión realizada en Mendoza en diciembre de 1968, traza un panorama muy pesimista de las posibilidades de financiar las actividades de recuperación de la capacidad instalada en manos del sector público.

En las conclusiones de esa misma reunión se recomienda que el Estado, a través de sus organismos competentes, «defina una política de salud como base ineludible de orientación para una política de financiamiento». Cuando se precisan los contenidos de esa política se recae nuevamente en los paradigmas totalizantes. Los propósitos del financiamiento deben ser «posibilitar la prestación de una medicina integral al 100% de la población, asegurando también la adecuación de la capacidad instalada y todas aquellas acciones específicas sobre el medio y de investigación y capacitación que propendan a elevar los niveles de salud» (25).

El financiamiento debía llenar los siguientes requisitos básicos: suficiencia, oportunidad, acceso de toda la población a las prestaciones, satisfacción de las aspiraciones justas de beneficiarios y prestadores y adecuación a los objetivos y prioridades establecidos por los organismos de planificación del Sector. El instrumento propuesto es un seguro de salud aplicado a través de un organismo que actúe como ente financiero y no como prestador de servicios. Se señala además la necesidad de «evitar la cristalización de estructuras transitorias que se limiten a ordenar y consolidar el panorama actual en dos, tres o más sistemas, en tanto signifique la aceptación de regímenes diferenciados de atención médica según la capacidad económica de distintos estratos de la población» (26).

Las pautas prescriptivas se van alejando progresivamente de las posibilidades operativas reales. La posibilidad de organizar un sistema integrado de atención médica, de establecer un mecanismo financiador uniforme, se ubica en estos años decididamente por fuera de la capacidad de

---

guiente título, por demás sugerente *Informe Pedroso. Su importancia como documento de administración, de atención médica y hospitalaria*. (Buenos Aires, 1970, mimeo). En él se rescata la vigencia de las recomendaciones del consultor para cualquier programa de reestructuración del sistema hospitalario. El texto recupera las recomendaciones formuladas por Pedroso y para cada una de ellas proporciona un listado de las realizaciones de la Secretaría orientadas a satisfacerlas.

intervención del aparato estatal. Los organismos de salud pública solo podrán orientar sus esfuerzos de normalización y programación sobre el subsector público, y aun con este límite la capacidad ordenadora seguirá siendo muy débil.

La cuestión se plantea nuevamente y con las mismas características hacia 1972 en ocasión de la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. El Ministerio de Bienestar Social prepara un ambicioso documento en el que los avances se limitan nuevamente al aspecto declarativo (27).

Se define en él un esquema operativo integrado por dos ciclos. En el primero, correspondiente al sistema sectorial de salud, se reconocen siete áreas críticas, dos de producción: atención médica y saneamiento ambiental, y otras cinco de apoyo: organización –que incluye evaluación, registros e informes, investigación y planificación–, recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros y legislación.

El segundo ciclo corresponde a los sistemas extrasectoriales, que deben mantener con el sector salud una comunicación constante, que permita «la concentración prioritaria e intersectorial de recursos en la población más expuesta a un riesgo cuya responsabilidad debe ser afrontada por todos los sectores» (28).

En la definición de políticas de atención médica se vuelve al estereotipo: «La totalidad de la población tiene derecho a una atención médica integral, continua, oportuna, eficiente y de calidad acorde con la técnica médica y el grado de desarrollo del país, y la obligación de contribuir a preservar la salud individual y colectiva» (29).

#### *El período 1970-1976*

Como ya lo señalamos, en 1972 se organiza el Comité Federal de Salud, sustituido más tarde, en la ley que organiza el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por el Consejo Federal de Salud, que integran, además de las autoridades nacionales y provinciales, representantes de las entidades intermedias con actuación en el sector. La escasa adhesión que suscitó el SNIS tuvo seguramente consecuencias en el funcionamiento del Consejo. A las reuniones programadas asistieron tan solo las provincias que adherían al sistema y su actividad habría estado relacionada con su puesta en marcha.

#### **Las reuniones posteriores a 1976**

A partir de 1976 el gobierno surgido del golpe militar desconoce la legitimidad de organismos como el COFESA o el Consejo Federal, y recupera la iniciativa de convocar a reuniones de autoridades. Sus conclusiones retoman y profundizan el esquema de reiteración de fórmulas vacías de sentido. Se define nuevamente la regionalización y zonificación sani-

tarias como herramientas idóneas para la administración de los servicios y optimización de los resultados. Se recomienda que la regionalización sea global, abarcando la totalidad del sector, pero que la implementación se realice en forma progresiva, de manera de concretarse en la primera etapa en el ámbito del subsector público, «por considerarse que este presenta las condiciones que lo hacen más apto». Continuando con la práctica de adhesión mecánica y acrítica a las propuestas elaboradas por los organismos técnicos internacionales se incorpora como novedad una mayor importancia otorgada a la atención primaria de la salud como estrategia de ampliación de cobertura.

Con ocasión de la VIII Reunión, realizada en 1978, la Secretaría de Estado de Salud Pública pone a consideración de las autoridades un documento donde se proponen sistemas de clasificación, interrelación e interdependencia de los efectores de salud de acuerdo con la complejidad de estos. En la XIV Reunión se decide la aprobación de un esquema de regionalización sanitaria que integra a la totalidad del país en seis regiones: Litoral, Noroeste, Centro, Cuyo, Pampeana, Comahue, Patagonia (30).

El aporte no llamaría la atención si la Secretaría de Salud Pública no hubiera elaborado ya en 1968 una distribución según perfiles de complejidad de los establecimientos hospitalarios. El documento, realmente impactante en su complejidad, definía nueve niveles de complejidad, detallando para cada uno de ellos objetivos, actividades finales, intermedias y generales, personal técnico y administrativo, relación con los otros niveles y normas generales de funcionamiento. El primer nivel, por ejemplo, operaría mediante la «visita» realizada por auxiliar de enfermería y la «consulta» realizada por médico generalista en forma periódica y programada. Ambas se regulan con todo detalle diferenciando actividades finales, intermedias y generales, supervisión y evaluación. Las actividades finales, a su vez se discriminan según se orienten a la promoción de la salud, la protección o prevención, o su recuperación (31).

La tarea se completa, poco más tarde, gracias al trabajo del Departamento de Economía Sanitaria del Ministerio, que se ocupa de determinar el nivel de complejidad correspondiente a cada uno de los establecimientos hospitalarios de las distintas regiones (32).

En lo relacionado con la delimitación de regiones, también se había realizado ya en el período 1966-1970, al punto que se organizaron reuniones de autoridades regionales para coordinar aspectos de interés común. ¿Por qué se vuelve sobre el tema diez años más tarde? El nivel de nuestra información no nos permite saberlo. Hay sin embargo dos hipótesis plausibles y relativamente no contradictorias: en primer lugar, es posible que el esfuerzo de los técnicos del Ministerio Nacional no encontrara vías de aplicación en el ámbito de las regiones, y la cuestión concluyera, como tantas otras, como un preciosismo de difícil aplicación práctica. En segun-



do término, es posible que operara también en este tema la discontinuidad política tan característica de nuestro país y particularmente aguda en la década del 1970. Si cada equipo a cargo de organismos de gobierno desdeña lo hecho por el anterior y considera necesario comenzar todo desde cero, no puede sorprender que este tipo de esfuerzo se malogre y, peor aún, se reitere para ser nuevamente desaprovechado.

### La planificación y sus críticos

La vena optimista del impulso planificador de los años sesenta aparece ya agotada al inicio de la siguiente década. Numerosas han sido las críticas a la forma de abordaje de los problemas sociales incorporada a la planificación llamada «normativa». Una de las más generalizadas, sin duda, es la que cuestiona la incorporación de la noción de eficiencia como idea rectora en el uso de los recursos.<sup>vi</sup>

Para obtener esa eficiencia se parte de ciertos conceptos básicos de la ciencia económica y se desarrolla un método que adopta como presupuestos aquellos que han sido característicos de las ciencias físicas y naturales. Se considera por lo tanto la existencia de un sujeto-observador, independiente y externo al fenómeno estudiado. Este, considerado como un sistema-objeto controlable, se caracteriza por seguir comportamientos más o menos estables y predecibles, obedece a causalidades que pueden llegar a ser conocidas y enunciadas en leyes probabilísticas. Al ser el conjunto de problemas único y obedecer a leyes causales, es posible presumir la existencia de una serie de soluciones óptimas, en relación con la cual todo otro conjunto de soluciones es peor (33).

Sin embargo, la consideración sobre el tratamiento del problema en el sector salud en la Argentina no parece siquiera encuadrarse en esos términos. Por el contrario, más que el intento frustrado de aplicación de una metodología inadecuada al análisis de una serie de problemas que no solo eran técnico-administrativos sino además sociopolíticos, la actividad de planificadores y programadores parece haberse centrado en la aplicación mecánica y reiterada de algunas fórmulas apropiadas de la ciencia de la administración, sin detenerse a considerar las razones por las cuales los

<sup>vi</sup> La adopción de un modelo de pensamiento «economicista» y «productivista» se pone de manifiesto, por ejemplo, en el siguiente párrafo referido a la programación de la utilización del personal: «se determinan primero los objetivos a obtener, es decir, el 'producto sanitario', luego se determinan las funciones y las actividades necesarias para deducir en consecuencia el personal indispensable en cantidad y calidad. Sus actividades adquieren así un nuevo sentido, los productos obtenidos por ellas varían en función del tiempo y del cumplimiento de los objetivos» (Escuela Nacional de Salud Pública. Necesidades de personal en atención médica. *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* 6:41-64, marzo de 1969).

intentos quedaban solo registrados a nivel de los documentos oficiales y tenían escaso impacto sobre la dinámica del sector. Puede aceptarse sí, en un diagnóstico del caso argentino, el predominio de la lógica formal y un tratamiento lineal y prescriptivo de situaciones, problemas y soluciones y, muy particularmente, el privilegio otorgado a una óptica centrada en la acción del aparato de gobierno, presuponiendo un alto grado de jerarquización y concentración del poder sectorial (34).

### **La organización de la seguridad social**

La tecnificación y burocratización del aparato estatal propia del período desarrollista en la Argentina tiene también una expresión significativa en otra área, vinculada solo de manera parcial con el sector salud: la correspondiente a la seguridad social. El organismo específico, sumamente activo a comienzo de los años sesenta, es el Consejo Federal de Seguridad Social, COFESES, creado en 1959 y puesto en marcha en mayo de 1961.

La organización de los congresos nacionales de seguridad social es anterior al COFESES y en la práctica le dio origen. En efecto, el I Congreso reunido en Mendoza en mayo de 1959, al que concurren delegaciones de casi todas las provincias y del gobierno nacional, recomendó su creación, efectivizada en agosto de ese mismo año. El II Congreso se reunió en Córdoba en octubre de 1960 y declaró la necesidad de dictar un Código de Seguridad Social.

Puesto en marcha el organismo en 1961, se abocó inmediatamente a la tarea que le había sido encomendada y en diciembre de ese mismo año produjo su Primer Informe Técnico, en el que sentaba las bases de trabajo futuro, proponiendo abandonar la improvisación que había sido norma en la organización de la seguridad social en el país, y abocarse a la preparación de la solución integral que el problema requería. En 1962 publica las bases de un plan de seguridad social, «integral y racional», según expresión de sus autores, y del Código que debía regir la materia (35).

Un año más tarde, en 1963 se publica el Tercer Informe Técnico, que contiene la propuesta de organización de un seguro de salud. Tal propuesta, que se reduce a pautas organizativas de carácter general, se aproxima a la doctrina consensuada en esos años por los organismos médico gremiales, aunque contiene una orientación hacia la concreción de un servicio integrado que, como se verá más adelante, no constituía la línea hegemónica del gremialismo médico. La organización del seguro se propone sobre la base de entidades autárquicas integrantes de un sistema federal, con un organismo coordinador y normalizador en el plano nacional.

La necesaria unidad del sistema estaría garantizada por un programa

nacional de salubridad con ejecución descentralizada. La planificación y programación regional o provincial se realizaría con participación de organismos médico gremiales, organizaciones de obreros y empleados y organizaciones empresarias locales. Los órganos de aplicación del seguro, se señala explícitamente, actuarán como entidades financieras y bajo ningún concepto se harán cargo de la realización de prestaciones directas. La retribución de los servicios médicos se realizará por aranceles convenidos entre el seguro y los grupos profesionales a través de sus organizaciones médico gremiales.

La celeridad puesta de manifiesto en la producción de pautas doctrinarias y organizativas en los primeros años de trabajo, comienza a ceder a partir de 1964, sin que surja de la documentación revisada alguna explicación que aclare el problema.

En diciembre de 1964 se realizará en Buenos Aires el III Congreso Nacional de Seguridad Social, encargado de discutir las bases para el futuro código y la organización general del sistema. Asistieron a sus deliberaciones «106 delegados de más de 40 reparticiones públicas, entidades estatales descentralizadas e instituciones privadas vinculadas a los distintos problemas que interesan a la seguridad social, provenientes de la Capital Federal y de 11 provincias argentinas, e incluso algunos representantes de embajadas y universidades extranjeras» (36).

Esa tarea debía ser completada por el IV Congreso Nacional de Seguridad Social, convocado en 1966, y que se encargaría de la aprobación del trabajo realizado por cinco comisiones, dedicadas al tratamiento de temas específicos. La comisión responsable de elaborar el proyecto de «Prestaciones de salud y asistenciales» estaba coordinada por Sergio Provenzano, presidente de la Confederación Médica.

Las bases doctrinarias propuestas por los documentos del COFESES se ubican en un registro diferente al utilizado por los planificadores de salud pública, pues adquieren un menor nivel de formalización y logran eludir el estereotipo. Sus técnicos consideran que el derecho social se encuentra en una etapa de formación, y que hay por lo tanto dificultades para determinar su concepto, el alcance de su autonomía y sus principios doctrinarios. Tal condición, unida al carácter de las experiencias desarrolladas en cada país, fruto en general de la necesidad de dar solución a situaciones de emergencia, explican en su opinión «el carácter transaccional» que asume la legislación en la materia. Su sistematización en un cuerpo coherente de legislación y doctrina debe superar las dificultades inherentes a «la estrecha interdependencia existente entre el derecho social y la política económico social». No podrá por consiguiente prescindirse de los factores de carácter político y económico si se pretende asegurar la viabilidad de un plan de reformas. También advierten sobre el riesgo existente en pretender innovar las instituciones vigentes conforme a princi-

pios que se aceptan como valoraciones doctrinarias y solo representan tendencias o traducen modalidades propias de los medios donde fueron elaborados (37).

La mayor diferencia, sin duda, radica en la responsabilidad otorgada al Estado, que en este caso aparece subordinada a la aplicación del principio de subsidiaridad. Según sus propias palabras, dicho principio «justifica la acción del Estado solo cuando el hombre o las agrupaciones sociales no han logrado una adecuada organización [...] debe dispensar una ayuda a la propia ayuda del esfuerzo individual o coordinado de los grupos sociales» (38).

El referente es, sin duda, la doctrina social de la Iglesia, y así se lo reconoce de manera explícita: «las corrientes expuestas, influidas por la filosofía cristiana, parecen coincidir con los anhelos de las organizaciones sindicales, que en virtud del creciente proceso de autodeterminación profesional, consideran que la seguridad social será atendida con la mayor eficiencia reduciendo los límites de la intervención estatal, y dotando de plena autonomía a sus servicios» (39).

El reconocimiento del carácter transaccional de la legislación sobre seguridad social y la atribución al Estado de una responsabilidad subsidiaria y supletoria de la acción desarrollada por las instituciones intermedias debió favorecer los vínculos con el sindicalismo y las organizaciones médico gremiales. Sin embargo, ya en su Tercer Informe Técnico, los planificadores del COFESES hacen un listado de potenciales opositores a la organización de un seguro de salud que reúne un conjunto heterogéneo pero bastante representativo, a saber:

- 1º. Organizaciones médico-gremiales diversas [...] considerando que la implantación de un seguro de salud implicaría una «socialización de la Medicina»
- 2º. Una cantidad considerable de profesionales médicos, que aún conceptúan que la medicina debe ser una profesión «liberal» sin limitación alguna.
- 3º. Organizaciones seudomédicas, con finalidades de lucro, que temen que el seguro de salud reduzca sus ganancias.
- 4º. Organismos estatales que desean mantener el control de la «medicina gratuita»
- 5ª. Gremios que tienen organizados sus servicios sociales subvencionados por el Estado, y que temen que el seguro disminuya sus actuales conquistas. (40)

Las dificultades políticas asociadas al proyecto integrador para un futuro sistema de seguridad social no aparecen de manera manifiesta en la documentación a la que hemos tenido acceso. Solo pueden deducirse a

partir de comentarios puntuales. En lo relacionado con la Confederación General del Trabajo (CGT) hay que tener en cuenta el duro enfrentamiento que sostiene con el gobierno durante casi la totalidad de la gestión del presidente Illia. De hecho, la CGT no figura en el listado de las instituciones que enviaron sus representantes a la comisión especial que elaboró el anteproyecto de código publicado en 1966, registrándose solo la representación los 32 gremios democráticos.<sup>vii</sup> También puede ser significativa la ausencia de ACIEL, la organización empresaria que nucleaba a las entidades de mayor concentración de capital.

En cuanto a la posición de la Confederación Médica, hay un par de temas muy «duros», difíciles de compatibilizar: En primer lugar, el gremio médico defendía la idea de un seguro que hiciera accesible la atención médica a la población trabajadora, excluyendo explícitamente de sus beneficios a los sectores de mayores recursos. El proyecto de código, según la redacción aprobada a comienzos de 1966 incluía entre sus beneficiarios a los trabajadores que practicaran su actividad por cuenta propia, los profesionales que desempeñaran un actividad científica o técnica, y los empresarios o empleadores que ejercieran personalmente la dirección o conducción de una empresa o establecimiento (41). En segundo término, el mismo anteproyecto en su artículo 55 acuerda a los institutos de seguridad social la posibilidad de celebrar contratos con «profesionales o entidades» para la prestación de los servicios, en contradicción con la posición de los organismos gremiales que se reservaban la exclusividad en la contratación de las prestaciones (42). El mismo artículo otorgaba a los organismos de aplicación del seguro una facultad en abierta oposición a las exigencias de la Confederación Médica, cuando señala que, en caso de considerarlo necesario o conveniente, podrían «organizar el otorgamiento directo de las prestaciones de salud».

Por fuera de la discusión del COFESES o en paralelo con sus avances, parece haberse desarrollado con cierta fuerza una perspectiva unificadora, que incorporaba la idea de seguro social integral, pudiendo recogerse inquietudes sectoriales y legislativas que se orientan en el mismo sentido. La Unión Industrial Argentina, por ejemplo, da a conocer en 1960 un estudio dirigido a demostrar la viabilidad de un sistema de seguro con capacidad de cubrir los principales riesgos (vejez, invalidez y muerte, desempleo, salud, maternidad, asignaciones familiares) (43).

En el campo legislativo, una propuesta de integración en un mismo

<sup>vii</sup> Al pie del listado se designa la siguiente aclaración: «La Confederación General del Trabajo y el Grupo de Gremios Independientes, además de ACIEL, oportunamente invitados por COFESES para que integren la Comisión Especial de elaboración del Anteproyecto de Código de Seguridad Social, no designaron representantes» (*Seguridad Social* V 27/28:7 enero/abril de 1966).

organismo o instituto de las funciones de financiamiento y organización de los servicios con un enfoque también integral de cobertura de riesgos vitales, aparece sancionada en un proyecto de ley presentado en 1964 a la Cámara de Diputados por el bloque demócrata progresista, que propone la aprobación de una ley nacional de seguridad social. Las bases doctrinarias de la organización recogen el lenguaje técnico de la planificación en salud, mencionando, por ejemplo, entre sus finalidades:

- a) Dar las bases para la regionalización previsional y sanitaria del territorio argentino [...];
- b) efectuar el relevamiento catastral y estadístico de todo el país, a los fines de una mejor programación;
- c) planificar en el tiempo las distintas prestaciones económicas y médicas y la asistencia social, teniendo en cuenta las posibilidades inmediatas y la mayor urgencia de las mismas (44).

En el capítulo VII, dedicado a «Servicios de Prestaciones Médicas», el art. 234 señala «Los institutos de seguridad social realizarán en forma paulatina y progresiva por intermedio de los servicios correspondientes las acciones tendientes a aplicar las prestaciones médicas que esta ley contiene», y el art. 254: «Los sanatorios, clínicas privadas, obras sociales de colectividades, sindicatos, mutuales, etc.,, deberán efectuar convenios con los institutos de seguridad social. Pero, para la mejor marcha de esta, sería conveniente que la planificación contemplara la transferencia de estos servicios a la seguridad social».<sup>viii</sup>

### **Balance provisional**

Conforme a los testimonios presentados, resulta evidente que la planificación en salud pública opera específicamente sobre el subsector estatal, aun reconociendo la necesidad de un segundo momento siempre proyectado hacia el futuro que encuadraría también las actividades de los otros subsectores. Hay por lo tanto una pregunta que parece surgir de manera espontánea: si el impacto de la planificación, y por lo tanto la

<sup>viii</sup> En el mismo sentido puede señalarse el Proyecto de Código de la Seguridad Social que presentan Adolfo Rouzaut y otros diputados. (Cámara de Diputados de la Nación. Diario de Sesiones, año 1964, t. III, Reunión 19<sup>a</sup>, 18 de marzo:2093-2128). Por el artículo 104 se otorga a los poderes ejecutivos nacional y provincial la capacidad de fijar aranceles máximos de las profesiones que se vinculan con la salud. En la fundamentación respectiva se reconoce dicha facultad en tanto ejercicio del poder de policía sobre la actividad profesional. Es factible que este tipo de propuestas también merecieran el calificativo de «estatizantes», utilizado por Provenzano.

coordinación entre jurisdicciones, la programación de actividades, la organización de efectores según su complejidad, las actividades de capacitación continua del personal, la organización en suma, quedan limitados al subsector público, ¿qué pasará con los efectores privados? ¿Qué con la compleja red de vinculaciones ya tejida con obras sociales, mutualidades, prepagos?

Cuando el Estado reconoce en la práctica su condición de insolvente, el deterioro de su capacidad instalada, la manifiesta incapacidad de dar respuesta a necesidades que se estiman en franco aumento, ¿cómo obtener nuevas fuentes de financiamiento cuando las existentes, sin duda magras, se canalizan preferentemente hacia la medicina privada?

Estas preguntas debían perturbar sin duda el sereno juicio con que los técnicos se ocupaban en programar hasta sus ínfimos detalles el deber ser de las instituciones de salud del subsector público. Aunque el sector privado solo aparece en los documentos oficiales cuando se hace el diagnóstico negativo de las condiciones de los servicios de atención médica, o cuando se habla de una segunda instancia de la actividad ordenadora que dé cuenta también de la integración al sistema de sus instituciones, la polémica sobre su futura organización había alcanzado importancia de cuestión relevante en la profesión, comprometía intereses significativos y relativamente organizados, y era lo suficientemente ríspida como para volver imposible el acercarse a ella con una estrategia de «oídos sordos».

Cuando se incorpora la reflexión sobre el subsector privado se pone de manifiesto, por consiguiente, un nuevo límite a la eficacia ordenadora del movimiento planificador. La extrema formalización doctrinaria aplicada en salud pública excluye el conflicto ideológico que supone la incorporación de los prestadores privados, pero no logra superarlo. La brecha entre propuesta técnica y perspectiva política, lejos de cerrarse, se convertirá en obstáculo de difícil superación para el desarrollo del pensamiento sanitarista.

### Referencias bibliográficas

1. Organización de los Estados Americanos. Alianza para el Progreso. Documentos oficiales emanados de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social a Nivel Ministerial realizada en Punta del Este, Uruguay, del 5 al 17 de agosto de 1961. Washington DC, 1961.
2. Horwitz, A. *La salud y el bienestar económico*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 1960, p. 1.
3. Myrdal, G. Los aspectos económicos de la salud. *Crónica de la OMS* 6(7/8):45-61, 1952, p. 45.
4. En: *Planificación de la salud en América Latina*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 1973 (Publicación Científica 272).
5. *Ibidem*.

6. Oñativia, A. *Política sanitaria y social*. Buenos Aires. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, t. I, cap. I, p. 14.
7. *Ibidem*, t. II, cap. XXIX, p. 663.
8. *Ibidem*, cap. IX, p. 128.
9. Cfr. por ejemplo, los discursos pronunciados en la Sesión Inaugural del III Congreso de Seguridad Social, reunido en Bariloche en diciembre de 1964. En: COFESSES, *Anales del III Congreso de Seguridad Social*, Bariloche, 6 al 16 de diciembre de 1964.
10. CONADE, Sector Salud Pública. *Informe Preliminar*. Buenos Aires, 1963, p. 13.
11. *Ibidem*, pp. 5-6.
12. Ministerio de Bienestar Social. *El bienestar social como objetivo del desarrollo. Aproximación conceptual*. Buenos Aires, 1969 (Colección Cuadernos de Trabajo 1).
13. *Ibidem*, p. 9.
14. CONADE. Sector Salud Pública. *Informe preliminar*. Buenos Aires, 1963, pp. 1-2.
15. Oñativia, A. *Política sanitaria... op. cit.*, t. I, p. 42.
16. *Ibidem*, t. I, p. 26.
17. *Ibidem*, t. I, p. 20.
18. *Ibidem*, p. 27.
19. Ias. Jornadas Argentinas de Salud Pública, San Juan, noviembre de 1963. Actas. *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* 2, 1964.
20. Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. *Modelo nacional de programación de actividades para establecimientos de atención médica*, Buenos Aires, 1968, p. 13.
21. *Ibidem*, p. 12.
22. Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Consejo Federal de Salud. Buenos Aires, 1967.
23. Recomendaciones producidas en la Segunda Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública. En: Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. *Conclusiones y recomendaciones. Reuniones nacionales y regionales de autoridades de Salud Pública 1966-1969*, Buenos Aires, 1970, pp. 33-51.
24. *Ibidem*, p. 42.
25. Recomendaciones de las autoridades de Salud Pública producidas en la Tercera Reunión Nacional. En: Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública. *Conclusiones y recomendaciones... op. cit.*, p. 69.
26. *Ibidem*, p. 70.
27. Ministerio de Bienestar Social. *Bases para la discusión de un Plan Nacional de Salud*. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, octubre de 1972. Buenos Aires, s/f.
28. *Ibidem*, p. 3.
29. *Ibidem*, p. 6.
30. Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. *Regionalización y zonificación*. Documento mimeografiado s/f girado por la COMRA a sus filiales.
31. La redacción final del documento había sido efectuada en la Reunión Nacional de Técnicos en Salud Pública realizada en la Secretaría de Estado de Salud Pública del 20 al 24 de enero de 1969, en cumplimiento de la Recomendación de la Tercera Reunión de Autoridades de Salud. Cfr. Guía para la clasificación de los servicios de atención médica según modos de operación y agentes efectores. En: Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública. *Conclusiones y recomendaciones de la Tercera Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública*, Mendoza, 2 al 7 de diciembre de 1978, pp. 34-87.
32. Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública. Departamento de Economía Sanitaria. *Perfiles de complejidad hospitalaria*. Regiones NOA, Patagonia,



- Comahue. Buenos Aires, 1971. *Idem*, Región NEA. Buenos Aires, 1972.
33. Cfr. Chorny, A. H. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Educación Médica y Salud* 24(1):27-51. Washington, OPS/OMS enero-marzo de 1990. En una de las resoluciones adoptadas por las II Jornadas Argentinas de Salud Pública la cuestión se expresa con toda claridad: «la planificación es una metodología que tiende a la máxima utilización de los recursos y a alcanzar los mejores resultados, mediante un proceso ordenado y objetivo» (*Boletín...*, *op. cit.*, p. 49).
  34. *Ibidem*, p. 33.
  35. Consejo Federal del Seguridad Social. Nuestra marcha. *Seguridad Social* II(12/13):3-5, julio/octubre de 1963, p. 3.
  36. Informe de los señores señores Zinny y Demetrio Abdala sobre el III Congreso de Seguridad Social realizado en Bariloche. En Cámara de Senadores de la Nación, *Diario de Sesiones*, año 1964, t. IV, reunión 56ª, 29/30 de diciembre:2715-2716, p. 2715.
  37. COFESES. Plan de Seguridad Social. Primera Parte. Orientación y Fundamentos. Cap. I. Conceptos Generales. *Seguridad Social* I(6/7):7-20, 1962, p. 8.
  38. *Idem*, p. 14.
  39. *Idem*, p. 10.
  40. COFESES. Tercer Informe Técnico. *Seguridad Social* II(12/13):52.
  41. COFESES. Anteproyecto de Código de Seguridad Social. *Seguridad Social* V(27/28):9-35, enero/abril de 1966, art. 4ª, inc. 1.
  42. Cfr. las conclusiones de la Comisión 3ª, encargada de las Prestaciones de Salud y Asistenciales. *Seguridad Social* V(27/28):61-76, enero/abril de 1966.
  43. Unión Industrial Argentina. *Estudio preliminar para la elaboración de un sistema de seguro social argentino*. Buenos Aires, 1960. Documento mimeografiado.
  44. Cámara de Diputados de la Nación. *Diario de Sesiones*. Año 1964, Reunión 70ª, 23 de septiembre:3883-3906, Ley Nacional de Seguridad Social, art. 33.



## CAPITULO TERCERO

## **El insoslayable conflicto ideológico: modelos alternativos en disputa**

En forma independiente de la preocupación planificadora puesta de manifiesto por las autoridades de Salud Pública, aunque no inmunes a la hegemonía alcanzada por la perspectiva tecnocrática en el pensamiento sanitarista, los intereses organizados del subsector privado debaten también sus pautas organizativas. Para nuestra condición de lectores del pasado, la polémica sobre la futura organización del sector se expresa fundamentalmente a través de las discusiones que se desarrollan en el interior del gremio, de manera particular en trabajos presentados a sus congresos y artículos publicados en sus revistas. Asimismo, es posible encontrar huellas de esa polémica en documentos oficiales dedicados al problemático tema del financiamiento, y en los diagnósticos y propuestas formulados por sanitaristas que se ocupan de la cuestión en virtud de su actividad académica, su inserción en instituciones oficiales, su participación en organismos dedicados específicamente a la investigación y planificación, o su vinculación con las organizaciones gremiales médicas. También pueden dar cuenta de determinadas tomas de posición los proyectos de legislación elaborados tanto en el nivel nacional como en el provincial.

### **Definiciones técnicas y propuestas políticas de articulación de intereses**

Varias cuestiones se entrelazan en ese complejo debate. Un primer conjunto puede referirse a problemas como la oportunidad, legitimidad, conveniencia, adecuación y límites de la presencia reguladora del Estado

sobre la actividad de los servicios y, por consiguiente, sobre la práctica médica, que alcanzan complejidad adicional por un segundo elemento polémico referido a cuál es el personal más idóneo, dentro o fuera del aparato estatal, para tomar a su cargo la tarea. Un segundo conjunto problemático se relaciona con las modalidades organizativas que se defienden para el futuro sistema de servicios y su articulación con el mecanismo de financiamiento a adoptar. En síntesis, aunque hay acuerdo, al parecer generalizado, en torno a la necesidad de lograr determinado orden, de llegar a una organización específica, el debate se instala por un lado en torno a sus gestores, y por el otro alrededor de las formas organizativas más adecuadas para obtener el objetivo declamado por todos: salud y bienestar generalizados.

Para Juan Lazarte, por ejemplo, «la más importante y complicada necesidad de nuestro enorme aparato médico nacional es la *organización*», (destacado en el original) a la que define como un proceso cuyo objetivo es crear «un complejo integrado de relaciones funcionales dentro del todo». Es menester para ello un «plan de operaciones» en el interior de un plan integral de salud que establezca, en primer término, una regionalización, «es decir, una división del territorio por regiones científicamente determinadas» (1).

Para Sergio Provenzano, en cambio, los contenidos del concepto son otros, que ubican la cuestión en otro plano. En uno de sus escritos señala: «Para nosotros, *organización social de las atenciones médicas* significa el esfuerzo coordinado de la sociedad, con o sin el apoyo del Estado, con miras a lograr que la medicina que otorgan los médicos responsables de las atenciones resulte de la mayor utilidad para el conjunto de individuos que la integran»(2) (destacado en el original)

También es diferente el enfoque de Bernardo Kandel, conspicuo dirigente del gremialismo capitalino, que comienza por quitar énfasis a la palabra, ubicándola en el terreno de lo opinable. «Organización tiene muchas acepciones», aunque hay una que es clave para los servicios de salud: «Buena organización es aquella que satisface a las partes, sin provocar resistencias, y que en lo económico se maneja racionalmente». A juicio de Kandel, no sólo el concepto es susceptible de diferentes lecturas, sino también sus efectos. No siempre la organización resuelve los problemas; en ciertos casos es fuente de conflictos. «En muchas organizaciones la administración goza de poderes omnímodos que aprovecha para hipertrofiarse burocráticamente y para centralizar al máximo su autoridad y con ella las prestaciones».(3)

¿Qué significan estas diferencias de enfoque? A nuestro criterio, que una discusión que se pretendía técnica en realidad se encontraba fuertemente politizada. Tal como señalaba Aldo Neri en un trabajo elaborado hacia el final de la década, la definición de un sistema en sus aspectos

globales debía entenderse como básicamente política y no técnica. A su juicio, la «bizantina discusión de sutilezas técnicas parciales» constituía una «costosa y estéril ortopedia» de los problemas a resolver. La verdadera discusión, por consiguiente, se debía centrar en definir «cuál es el papel que el Estado, los prestadores y los beneficiarios deben cumplir en su realización, así como el régimen de organización y financiamiento dentro del cual ofrecerán sus servicios».(4)

Sobre un tema al menos parece haber consenso, y es el relativo a la ubicación del médico en el sistema. «Con rara unanimidad», señala Provenzano, «los médicos del mundo han planteado sus condiciones». La libertad de elección, la relación directa entre el médico y el paciente, la libertad de prescripción, la defensa del secreto profesional, aparecen como reivindicaciones prácticamente unánimes del cuerpo profesional, aunque en ocasiones el debate pueda mostrar que no siempre el acuerdo respecto a las formas supone también coincidencia en cuanto a contenidos.

No hay unanimidad, al parecer, aunque sí opinión abrumadoramente mayoritaria, en cuanto al papel que debe desempeñar la profesión en la organización de los servicios. Una encuesta publicada en 1961, y que supuso la realización de entrevistas a 764 profesionales de la Capital Federal y La Plata, contenía una opción indudablemente reveladora: El 79% de los profesionales prestó su adhesión a la fórmula: «La medicina debe ser organizada por los médicos». En forma complementaria, el 21% consideró que «la medicina debe ser organizada por el Estado en colaboración con sindicatos y otras organizaciones profesionales». Los investigadores concluyen en asignar una actitud «conservadora» a una mayoría de profesionales que oscila entre el 72 y el 87% de los encuestados, según el problema planteado, y una «actitud reformista», detectada entre el 33 y el 13% de estos. Los primeros defienden la permanencia de la medicina privada, tal como ha estado organizada tradicionalmente, afirman la posibilidad de desarrollar prácticas preventivas y profilácticas en ese tipo de organización, reconocen la existencia de plétora médica en la base de la crisis profesional, y también consideran excesivo el número de estudiantes de medicina. Sus oponentes abogan por la nacionalización de algunos servicios, tomando como ejemplo el sistema inglés; consideran además que la medicina privada es fundamentalmente curativa y aleja toda posibilidad de prácticas preventivas y profilácticas, no reconocen la existencia de dificultades económicas entre los profesionales y niegan que constituya un problema el número de estudiantes de medicina. Dado que las respuestas fueron tabuladas por separado no puede pensarse que las opciones minoritarias se hayan expresado en el mismo conjunto de individuos, pero de algún modo la aproximación recoge, de manera tal vez un tanto simplificadora, parte de los debates que tuvieron lugar en el interior de la profesión.(5)

Con respecto a las formas organizativas más adecuadas para que el sistema de servicios cumpla los fines sociales que se le asignan, las opiniones tienen un referente cierto en los grandes modelos que se reconocen a nivel mundial: el «servicio» inglés y los «seguros» continentales son las grandes alternativas disponibles. Bismarck y Beveridge se transformarán, por una compleja alquimia ideológica basada sin duda en la necesidad de facilitar la comunicación y difusión de ideas, en auténticas categorías de análisis cuando se habla de la organización futura de los servicios de atención médica.

Sin embargo, el debate no refleja una polarización tan nítida. Por el contrario, numerosos matices parecen conformar un abanico de opciones, antes que actitudes abiertamente antagónicas. Solo en los extremos del espectro la confrontación ideológica se hace transparente, en particular en lo relacionado con la posibilidad/conveniencia de regular el conjunto de actividades del sistema y los objetivos a alcanzar con una regulación de esa índole.

### **El encuadramiento formal y conceptual del debate sobre las formas organizativas**

A los fines de hacer una presentación ordenada del problema, hemos agrupado las propuestas en dos grandes conjuntos: en el primero, el énfasis se pone en la integración de efectores y el carácter «social» de la organización resultante. Lo «social» en este caso se define por oposición, por un lado a lo estatal/burocrático, y por el otro a lo privado/lucrativo. Un segundo conjunto de opciones privilegia la alternativa pluralista frente a la integración, y opta decididamente por ubicar el sistema en la órbita de la actividad privada.

Puede ser necesario aclarar que no siempre la referencia a la práctica privada supone la identificación con su componente empresarial. Tanto los partidarios de la integración de servicios como los defensores de una organización pluralista suelen desarrollar complejas argumentaciones para diferenciar una esfera de actividad discernible en la práctica privada que no se asociaría con el objetivo de lucro, incompatible con la vocación de «servicio» que sigue adjudicándose a la medicina. Dos aclaraciones adicionales nos parecen oportunas:

En primer lugar, es necesario reconocer que esta gama de alternativas, fácilmente observables en las publicaciones del período, conforman el abanico de opciones que encontramos en el interior del gremio médico muy preocupado en estos años por mantener su unidad, en muchos casos a costa de la coherencia de sus propuestas y también en el pensamiento sanitarista, expresado en jornadas, congresos, documentos oficiales, investigaciones y ensayos. Deben haber existido por cierto quienes defen-

dían un sistema organizado verticalmente y en manos del Estado y quienes no consideraban desdorosa la asociación entre práctica médica y valorización del capital. En los testimonios disponibles, sin embargo, no hemos encontrado explicitados estos puntos de vista, al menos hasta fines de los años sesenta.<sup>1</sup> Sus sostenedores, o bien han desdeñado el debate público o bien no han conseguido para sus ideas el registro, muchas veces aleatorio, de la memoria histórica.

En segundo término, puede ser necesaria una aclaración con respecto a los términos en que se plantea el debate. Es muy difícil encontrar un testimonio donde se haga referencia explícita a alternativas u opciones encontradas. En general, cada individuo o grupo plantea su propuesta, la defiende a partir de su confrontación con el *statu quo* o con otros modelos o experiencias de orden nacional e internacional, y queda al arbitrio del lector ubicarla en una perspectiva de diferencia o similitud, de afinidad u oposición ideológica con las otras que se producen más o menos contemporáneamente.

Una de esas raras manifestaciones de confrontación explícita de alternativas nos puede servir para mostrar en términos muy generales los contenidos del debate. Se trata de un documento publicado en 1967 por el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires, en defensa de su propuesta de seguro de salud.<sup>(6)</sup>

El texto entra abiertamente en polémica con el Colegio de Médicos de la Provincia, que al parecer se opone al proyecto, y plantea la necesidad de aclarar las diferencias «técnicas» y «operativas» entre dos conceptos que, a juicio de sus autores, eran manejados en forma polémica sin que la opinión pública estuviera lo suficientemente informada sobre su verdadera significación: «seguro de salud» y «seguro de enfermedad».

El seguro de enfermedad supondría un conjunto de «determinaciones de orden administrativo, técnico, económico y aun social», orientadas a cubrir todas las contingencias que surjan de cualquier situación de enfermedad que pueda afectar a sus beneficiarios. «Se trata de un régimen de cobertura de un riesgo claro y bien determinado como es el riesgo de enfermedad».

El seguro de salud, en cambio, se orienta a «proteger y asegurar ese

<sup>i</sup> Aunque Sergio Provenzano, en una cuidadosa revisión de antecedentes sobre seguro de enfermedad en el país, cita dos proyectos de ley que han escapado a nuestra indagatoria: el Anteproyecto de Ley Nacional del Seguro Social, presentado por el diputado Rogelio S. Rodríguez Díaz el 13 de mayo de 1959, y el proyecto de creación del Consejo Nacional de Racionalización Sanitaria, del senador Armando L. Turano, que tuvo entrada en el Senado el 4 de junio de 1959. Según su testimonio, en ambos casos se establecía la estatización de la medicina y la funcionarización del médico. (Provenzano, S. Seguro contra la enfermedad en Argentina. *Confederación Médica* XVIII(96):2-9/20, diciembre de 1963/ marzo de 1964.)

bien humano que ha sido reconocido por los organismos internacionales como el estado completo de bienestar, tanto en lo físico como en lo mental, y aun en lo social». El seguro es, por consiguiente, «la respuesta institucional a un derecho social mundialmente reconocido», que cada comunidad garantiza a todos sus integrantes.(7)

Por consiguiente, el seguro de salud no solo brinda prestaciones de atención médica, «sino que dicta sus normas y realiza sus acciones para acrecentar los niveles de salud de cada uno». Esta diferencia señala el gran paso que supone dejar superada en forma definitiva la etapa exclusivamente asistencial, para abordar «con energía» el desarrollo de la medicina preventiva.

Aunque los términos de la polémica tienen escaso desarrollo, nos sirven para comenzar a desbrozar diferencias. En primer lugar, para verificar que la utilización de las expresiones seguro de salud/seguro de enfermedad, que podrían ser pensadas como dos maneras diferentes de designar la misma institución, no es casual sino deliberada, y resulta además fuertemente connotada en función del debate ideológico que se estructura en esos años. En segundo término, para comenzar a reconocer diferencias en cuanto a las concepciones relativas a las limitaciones y posible eficacia de la intervención del Estado en la esfera social.

Más o menos en el mismo sentido, un documento de la Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba recoge en esos años la doctrina hegemónica en el interior del gremialismo, que propone la limitación de funciones para los organismos del seguro, a los que se adjudica un carácter exclusivamente financiero, sin hacerse cargo de la realización de prestaciones. Sin embargo, señala que la organización del seguro debe marchar paralela con la organización de los servicios, evitando cristalizaciones que concluyan por limitar sus objetivos integradores. La Federación «previene tanto contra el seguro de salud convertido en organismo que cumple acciones de salud, como contra el seguro de salud divorciado de organización y programas».(8)

La base doctrinaria de la propuesta está permeada de cierta ambigüedad cuyas raíces son evidentemente políticas. Si se busca la integración del sistema a través de la planificación, la eficacia tanta veces reclamada se podría asegurar en mayor medida a partir de un organismo único, capaz de armonizar decisiones y aplicar recursos con arreglo a su definición de prioridades. En ese sentido había mayor coherencia en las propuestas que categorizamos como «pluralistas», ya que planteaban unificar las funciones de financiación y regulación en el organismo del seguro, y reservar la prestación de servicios al conjunto de efectores, desdeñando toda pretensión integradora en su organización.

La explicación de esta aparente contradicción en la propuesta de quienes abogan por un sistema integrado es relativamente simple y está



muy difundida en la documentación: los profesionales temen convertirse en dependientes de los organismos de la seguridad social, toda la experiencia europea en ese sentido es traducida con connotaciones fuertemente negativas por sus analistas. Las disputas entre la Organización Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Asociación Médica Mundial son bien conocidas a través de la prensa gremial.(9)

Por otra parte, las vinculaciones con obras sociales y mutualidades son objeto de valoraciones fuertemente positivas en las provincias donde las entidades gremiales han logrado imponer sus pautas de contratación. La diversidad de instituciones no se adecúa a las pautas de racionalidad técnico-administrativa impuestas por la doctrina hegemónica; sin embargo, permite la afirmación del poder de negociación del gremialismo médico en los lugares donde este ha conseguido afirmar una organización de corte oligopólico.

La experiencia indica a los profesionales que pueden obtener una mejor remuneración por su trabajo si se encuentran en condiciones de negociar con los organismos financiadores, sin quedar sometidos a las restricciones derivadas de la insuficiencia de recursos.

### **Las propuestas de integración**

Aunque el concepto de integración tiene un origen técnico-administrativo y sus primeras aplicaciones remiten a los proyectos de regionalización del sector público, la expresión se carga de contenidos ideológicos e ingresa en terreno polémico cuando la integración se propone para el conjunto del sistema, suponiendo también la incorporación al plan regulador de los subsectores paraestatal y privado. Algunas formulaciones, sin embargo, se plantean en el lenguaje desprovisto de apelaciones a lo ideológico, lo afectivo o lo emocional propio de la normativa técnica, procurando tal vez dotarlas del sentido de verdad y objetividad que se reconocía a la práctica científica. En las conclusiones de las III Jornadas Argentinas de Salud Pública, reunidas en Mar del Plata en 1965, por ejemplo, se señala la conveniencia de integrar la atención de la salud en un sistema de seguridad social, orientado a la utilización de los recursos «con un sentido de solidaridad nacional y de justicia distributiva». Por consiguiente, el sistema a crearse debía asegurar altos niveles de salud en las diferentes áreas del territorio, con independencia de las condiciones económicas de los beneficiarios. Los servicios de salud se organizarían en escala nacional, provincial y municipal. «En los respectivos niveles se integrarán las acciones del sector estatal, organizaciones sociales (mutualidades, obras sociales, entidades de bien público) y del sector privado, mediante la planificación coparticipada entre los mismos».(10)

Mucho mayor compromiso ideológico y político asume la formulación en las expresiones del grupo que fue su principal defensor en el interior del gremialismo, al mismo tiempo que el encargado de dotar a la propuesta de «servicio integrado» de un nivel significativo de elaboración doctrinaria y organizativa: el Colegio Médico de Punilla, liderado en el decenio de 1960 por el Dr. José Herrou Baigorri, que por entonces también tiene presencia hegemónica en la Federación Médica de la Provincia de Córdoba.

#### *La doctrina defendida en Punilla*

Los gremialistas de Punilla, que lideran en esos años lo que podríamos denominar como «ala izquierda» del pensamiento médico gremial, resultaron seguramente muy fortalecidos en sus posiciones no solo por su adecuación al menos formal a los postulados técnicos elaborados por los planificadores nacionales e internacionales, condición que sin duda contribuía a una mayor legitimación de su propuesta, sino también por el respaldo implícito en las conclusiones del VIII Congreso Médico Social Panamericano. Este congreso, reunido en 1964, estaba dominado por las ideas del desarrollismo, defensor de la adecuación entre crecimiento y desarrollo a partir de una planificación que garantizara condiciones de mayor justicia distributiva.

Un folleto publicado por la Federación Médica de Córdoba en las postrimerías del gobierno de Illia, se afirma en esa doctrina para reclamar soluciones al problema de la salud que no se basen exclusivamente en enfoques técnicos o financieros, sino que estén asentadas sobre transformaciones que posibiliten mejores niveles de vida. Para ello proponen dejar de lado la «improvisación y el subjetivismo» para iniciar la etapa «de las acciones integradas en programas de salud».(11)

El eje discursivo se asienta en este caso sobre la insuficiencia del abordaje centrado en la propuesta de «reforma hospitalaria», tan en boga en ese momento en el interior del sector público. Es necesaria, se alega, una «reforma de la salud pública» que comprenda no solo al Hospital sino a todas las estructuras de salud con vigencia en el país. En lo relacionado con la medicina privada, la reforma debe dar paso a una organización fundada «sobre bases médico-gremiales, con sentido técnico de integración en equipos, con fundamentación de Salud Pública y con proyección social» (12).

La propuesta estaba explícitamente dirigida a sectores de la profesión claramente delimitados. Por una parte, a los 600 médicos sin consultorio radicados en la ciudad de Córdoba y al elevado porcentaje que vivía exclusivamente de su trabajo asalariado, por la otra, a los profesionales insertos en modalidades de práctica que son caracterizadas como «formas tradicionales de la medicina liberal»: «tanto el consultorio particular como

el médico de cabecera», se afirma, «están efectivamente amenazados por una tecnificación burocratizada y por los avances de una medicina monopolista», que tendría en sus manos el control de las fuentes de trabajo y, como consecuencia, el destino no solo del consultorio privado sino también de los pequeños y medianos núcleos sanatoriales (13).

El proyecto organizativo se transforma en apelación política no solo por tener interlocutores específicos que pueden adherir a la defensa de determinadas modalidades de práctica en el interior de la profesión y por realizar una caracterización más o menos imprecisa del adversario; también incluye las bases de una alianza a nivel de la conducción del sector: «la salud se asienta sobre un trípode que integran la autoridad sanitaria por un lado, los organismos de la comunidad por el otro, y las asociaciones gremiales que nuclean a los técnicos de la salud constituyen el tercer pie» (14).

En escala nacional la propuesta logra apoyo mayoritario en los dos congresos médico-gremiales que se realizan en la década. El VII Congreso de Medicina Social realizado en Rosario en 1965 y el VIII, que se reúne en Carlos Paz, provincia de Córdoba, en 1967, produjeron una remezón significativa en las aparentemente tranquilas aguas del gremialismo médico. Seguramente no fue casual que fueran los últimos dentro de una línea organizativa que se remontaba a los años treinta. Las deliberaciones de Carlos Paz en 1967 se vieron sensiblemente conmovidas por el cuestionamiento de los delegados de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, que abandonaron las deliberaciones, disconformes con la mecánica elegida para la aprobación de las Resoluciones del Congreso.

Ya entre las conclusiones del VII Congreso, y pese a las soluciones de compromiso siempre presentes dentro del gremialismo, algunas afirmaciones son suficientemente reveladoras acerca de cuál fue el pensamiento que logró la hegemonía en sus deliberaciones. Por ejemplo, la siguiente:

Los servicios de salud deben estar dirigidos a posibilitar la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud con carácter general para toda la población y mediante iguales prestaciones médicas y debe respetar los principios de una medicina universal, eficiente, suficiente y oportuna, integral, humana, continua e igualitaria con participación de la comunidad. Para la vigencia de estos principios, los programas de salud deben ser de aplicación progresiva, con utilización racional de los medios existentes y con la necesaria planificación respetando el principio de normatización centralizada y ejecución descentralizada (15).

Cuando en 1967 se reúne en Carlos Paz el VIII Congreso Argentino de Medicina Social, el relato oficial, dedicado a analizar aspectos organizativos y financieros de los servicios de salud, queda a cargo del Colegio

Médico de San Juan. Consideran los ponentes que «el ideal a alcanzar» es un seguro social de amplio alcance, en condiciones de cubrir la totalidad de contingencias biológicas y económicas que puedan afectar a la población cubierta. Convencidos de que ese ideal es inalcanzable en forma inmediata, proponen una primera etapa que otorgue prioridad a la cobertura de salud.

Se propone por consiguiente la creación de un Servicio de Salud organizado como ente de derecho público, autárquico y autónomo, con dirección y normalización centralizadas, ejecución descentralizada, planificación ascendente desde el nivel local y evaluación periódica a todo nivel. Entre los principios de «orden técnico» que deberán contemplarse se menciona que: «toda acción en el campo de las atenciones médicas debe ser considerada en función de programas de salud pública integrada [...] toda atención médica debe ser completa, eficiente y oportuna». También hay principios de «orden social» que es necesario tener en cuenta. El primero, considerar la salud como un derecho fundamental del individuo, conforme está reconocido en la Carta de las Naciones Unidas, el Acta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud y la Constitución Nacional. En segundo lugar, el derecho a la accesibilidad igualitaria se expresa negando la posibilidad de establecer jerarquías en la atención médica. «Solo puede haber una medicina: la mejor que pueda brindarse en todo momento en relación con los niveles científicos y técnicos» (16). Los principios de «orden profesional» garantizarán: fuentes seguras de trabajo, régimen justo y remuneraciones adecuadas, auténtica libertad, independencia y seguridad profesional, y respeto por las formas tradicionales del ejercicio profesional, «adecuándolas a las exigencias de una medicina organizada y eficiente y con trascendencia social» (17).

La propuesta de organización de un sistema integrado logra superar la coyuntura crítica representada por la sanción de la ley 18.610 y sus conexas, que al generalizar el mecanismo de cobertura representado por las obras sociales parecen sancionar todos los vicios atribuidos al sistema. Hacia 1971 el pensamiento de Herrou Baigorri circula en el ambiente médico gremial bajo la forma de versiones mimeográficas de lo que más tarde constituiría el libro en el que el gremialista sintetiza su propuesta para el sector.

En estos textos, el sanitarista cordobés propone como meta para la organización de los servicios la conformación de un «sistema efector único» que disponga del control efectivo de todos los recursos y con capacidad para adecuar su utilización a las «necesidades» de la población y no a su «demanda». Los componentes políticos de su propuesta se dirigen específicamente a: 1) concitar el apoyo de los trabajadores de salud «ideológica y políticamente consustanciados con su función, numéricamente suficientes y técnicamente eficientes... satisfechos en sus expectativas de

realización, de vida y de seguridad», 2) proponer la implementación de una efectiva participación popular en todos los niveles del sistema, 3) integrar la política sanitaria dentro de una política nacional de desarrollo «progresista e independiente», donde los recursos del país se encuentren «bajo control y al servicio de las más amplias mayorías populares» (18).

Esta estrategia de largo plazo se instrumentaría a través de la organización de un «sistema intermedio» cuyo eje sería el Servicio Nacional de Salud y sus equivalentes en las esferas provincial y municipal. Se trata de un organismo técnico, dependiente del Ministerio de Salud, encargado de elaborar y conducir el Plan Nacional de Salud. Se lo responsabiliza de cuatro grandes áreas de actividad:

1. Planificación: definición de las normas técnicas generales que servirán al desarrollo de los diferentes programas, manteniendo sobre ellos la supervisión y realizando su evaluación.
2. Función ejecutiva: a nivel de programas en lo que genéricamente se califica como «grandes luchas».
3. Asistencia técnica, y si corresponde financiera, a programas regionales
4. Elaboración del presupuesto nacional de salud.

Más allá de este organigrama, se plantea la necesidad de llegar a una efectiva integración de los servicios, cuestión a la que se reconoce complejidad técnica, pero se define fundamentalmente como un «problema político e institucional» orientado a generar un cambio en las «estructuras del sector salud». Según sus definiciones, los «servicios integrados» conservan la autonomía jurídica y administrativa, pero tienen limitada su autonomía técnica por las necesidades de los programas de salud, y deben asumir responsabilidades enmarcadas en su propia naturaleza y recursos. En un servicio integrado, señala Herrou Baigorri, ninguna organización puede usar la «función de servicio» para satisfacer «intereses políticos sectarios, realizar demagogia política, social o sindical, obtener ganancias materiales o satisfacer inquietudes espirituales o religiosas por más auténticas que sean». Por este medio los distintos subsectores, conservando su autonomía jurídica, política, o ambas, y su autonomía administrativa, integran técnicamente un sistema efector «funcionalmente» único (19).

Los servicios integrados conforman lo que Herrou Baigorri define como «área social» de la salud. En su interior no se acepta la existencia de lo que el sanitarista califica como «lucro económico». Cualquiera sea la forma de remuneración del trabajo médico, debe tener el carácter de «remuneración por servicio».

Junto a esta área social se reconoce la supervivencia de un «área privada», que se mantendrá «dentro de las reglas de juego de la oferta y la

demanda, con el régimen de retribución por cuenta del propio usuario». Aunque esta área privada esté marginada de la integración, se encontrará sometida a las leyes y reglamentos que normalicen su funcionamiento, a las previsiones de la ley fundamental de la salud y el código sanitario.

Se aclara que no debe confundirse el «área privada» con lo que habitualmente se denomina «subsector privado» o «medicina privada». La mayor parte de esas instituciones se incorporará en la etapa intermedia al área social, es decir aceptará la integración de sus recursos. Aquí se desarrolla una argumentación que llegaría a tener una larga tradición en el gremialismo médico, en función de diferenciar la actividad profesional según se realice con o sin «intención de lucro». La mayoría de los médicos desarrollarían su actividad como un medio de vida, obteniendo remuneraciones en función de su dedicación, esfuerzo o nivel de capacitación, sin orientarse hacia formas organizativas o inversiones destinadas a la obtención de lucro a partir de la contratación de otros profesionales para trabajar bajo relación de dependencia.

Tal categorización supone el trazado de una línea divisoria entre aquellos a quienes se intenta convocar para sumarse a la propuesta y la gran empresa médica que constituiría parte del modelo a superar. Los primeros conformarían un grupo mayoritario que sufre el impacto de la crisis profesional debatiéndose «en las limitaciones de su consultorio privado o en las complejidades y tormentos de sus pequeñas o medianas clínicas o sanatorios», en condiciones tales que su incorporación al «área social» representará «una verdadera liberación».(20)

#### *La perspectiva técnico-política en el interior del sanitarismo*

Dejando de lado, en función de la extensión de este capítulo y la relativa reiteración de contenidos, otras manifestaciones de esta propuesta que hemos caracterizado como «integradora», quisiéramos cerrar este acápite con el análisis que realiza en ese momento un sanitarista, el Dr. Aldo Neri, en relación con las perspectivas de la atención médica en el país.

En una presentación realizada en las Jornadas Médico Sociales organizadas en Mendoza en 1972, Neri elabora una propuesta técnica que no se limita a la mecánica formulación de pautas organizativas que predomina en los documentos de gobierno, e intenta al mismo tiempo una lectura política del problema. Reitera el concepto de salud como bien social, integrado al conjunto de necesidades básicas, que las naciones modernas procuran garantizar mediante la acción del Estado. Para cumplir ese objetivo considera indispensable una «organización pública de carácter gratuito» que descarte totalmente la preocupación por el lucro en la prestación del servicio y las vallas financieras en su aprovechamiento. La utilización racional de los recursos impone «esquemas administrativos unificados» de

manera de superar «el actual derroche» y neutralizar «las desigualdades existentes en la distribución de los beneficios».

El servicio, organización de la medicina estatal, de cobertura universal, no excluirá la coexistencia de otra privada, hacia la que canalizarán su preferencia los ciudadanos que no ejerciten su derecho «al servicio socializado». Confluirían en la organización de dicho servicio el subsector público dependiente de las distintas jurisdicciones y el conglomerado de las obras sociales. «Que dicha integración se realice progresivamente o a través de un vuelco rápido, dependerá de circunstancias del marco político general, imposibles de anticipar».

No dejan de señalarse riesgos: exceso de centralización, vicios de la burocratización, masificación de prestatarios y prestadores. Sin embargo, no pueden alegarse como respaldo al *statu quo*: si el precio de liberalismo es la desigualdad, será necesario un esfuerzo consciente orientado a que el precio de la igualdad no se traduzca en la deshumanización del sistema.

Aunque no existe vinculación ideológica entre Neri y Herrou Baigorri, el primero confía también en el logro de «transformaciones sustanciales de la mentalidad profesional». Una creciente identificación con las finalidades de la organización asistencial, una motivación orientada por «las exigencias de la autoestima» y una segura revalorización social del trabajo médico contribuirán a estimular ese cambio, que deberá fortalecerse a través de una remuneración acorde con la trascendencia del trabajo realizado.

A renglón seguido, el análisis de la coyuntura desmiente en parte esa formulación que a veinte años de distancia parece excesivamente optimista. Habla Neri de la legislación recientemente promulgada, y aunque menciona en forma expresa la ley 19.337 de descentralización hospitalaria podría suponerse que está pensando también en la ley 18.610 y sus accesorias. Intensos enfrentamientos, alegatos equívocos, auténtica confusión en cuanto a los verdaderos términos del problema, aplicación de una lógica interpretativa basada en «la orientación ideológica del libre empresismo privado», «marcada y simplista» influencia cultural ejercida por los ejemplos norteamericano y europeo en ciertos sectores de los grupos dirigentes, complejizan sin duda la resolución de las disyuntivas político-ideológicas a las que se enfrenta el sector.(21)

### **La propuesta pluralista de afirmación de la medicina privada**

Desde 1957 nuestra Federación se movilizó ante los dos intentos oficiales de implantar regímenes de asistencia médica centralizada, que no implican mejora alguna para la calidad de los servicios y que, en cambio, configuran un riesgo grave para la estabilidad del ejercicio profesional.[...] Escudado tras el «Seguro» se está gestando

un movimiento, aún no organizado, que trata de implantar algún régimen general basado en principios muy del agrado de las entidades internacionales de seguridad social, que goza de la simpatía de no pocos políticos, y que pretende resolver el problema asistencial con criterio militar: implantando la gran estructura y la subordinación de los beneficiarios y de los servidores del seguro.(22)

Bernardo Kandel no está solo en el interior del gremialismo cuando expone su visión del Estado como maquinaria orientada a oprimir al médico a través de la burocracia o del autoritarismo. La Confederación Médica, más o menos contemporáneamente, expresa el mismo rechazo:

Diversos anteproyectos han circulado en los últimos años, todos los cuales son inaceptables, unos porque llevarían a la estatización de la medicina, transformando a los médicos en agentes del Estado, otros porque instituyen condiciones de trabajo y de remuneración que conducirían a los profesionales a una paulatina pauperización, y todos ellos porque han sido elaborados sin la debida consulta a las organizaciones médico gremiales representativas.(23)

Lo que se pide al Estado es relativamente simple: organizar por vía de la ley un sistema de cajas encargadas de financiar la atención médica de núcleos de población seleccionados de acuerdo con un criterio regional. En la formulación de los programas y en el estudio de los anteproyectos de leyes, deberá contar con la colaboración de las entidades representativas de los beneficiarios, de las que han de participar en la financiación, y de quienes efectuarán las prestaciones.(24)

El seguro, que en esos años se presenta como el único recurso que puede asegurar la necesaria solvencia a la demanda de atención médica de la población trabajadora, se estructurará con criterio regional y brindará cobertura a la población de capacidad económica limitada y a los menesterosos, «excluyendo a quienes cuentan con recursos suficientes para solventar la asistencia médica privada».(25)

Se pide por consiguiente al Estado que organice el sistema, y se le encargan funciones claramente delimitadas en su operatoria:

- a) dictar normas para uniformar y asegurar la eficiencia de las prestaciones;
- b) organizar la recopilación de información que permita evaluar resultados de los programas y elaborar estadísticas sobre bases ciertas que sirvan para la planificación ulterior;
- c) proporcionar asistencia técnica y facilitar el adiestramiento del personal especializado;
- d) centralizar la investigación y la producción de determinados productos, como sueros y vacunas;



- e) reequipar y modernizar sus establecimientos para enfermos crónicos, mentales, lisiados, etc..
- f) proyectar junto con otros organismos estatales planes de saneamiento ambiental, construcción de viviendas, acequias, obras sanitarias y caminos, integrándolos en los programas de desarrollo sanitario nacional.

Las orientaciones básicas de esta propuesta organizativa se repiten con matices en numerosos documentos. Los principales ítems pueden sintetizarse del siguiente modo:

1. El sistema debe ser un ente financiero y regulador, no prestatario directo de los servicios.
2. Los beneficios del seguro deben cubrir exclusivamente a los sectores económicamente débiles de la población.
3. La vinculación del cuerpo médico con los organismos del seguro debe hacerse por intermedio de las organizaciones médico-gremiales.
4. Debe evitarse la participación de cualquier organización médica o extramédica que persiga fines de lucro o se base en la explotación del médico por el Estado, empresas o entes particulares.(26)

En cuanto a la modalidad de trabajo, la propuesta supone: libre elección del médico o instituciones médicas, convenios colectivos de trabajo entre el seguro y las entidades médicas reconocidas por la Confederación, adopción de un sistema de remuneración basado en el pago por servicio conforme a aranceles establecidos por las entidades médicas, control ejercido por médicos, preservación del secreto profesional, libertad de prescripción y libre ejercicio de la profesión.(27) Hay un doble referente justificatorio en la pretensión de autonomía para la profesión médica: por un lado la ineficacia del Estado, por el otro, la salvaguardia de la «relación de confianza» entre médico y paciente, que constituiría la máxima garantía de eficacia de la acción terapéutica.

En relación con el cumplimiento de las expectativas puestas en la acción del Estado, la opinión de Bernardo Kandel no deja lugar a lecturas ambiguas. Los organismos creados en los años cuarenta no respondieron a las esperanzas que les dieron origen, ni actuaron en la forma proyectada. «Prácticamente, nada de lo que se planeó fue cumplido». Los entes oficiales de salud resultaron organismos «enclenques, costosos, absorbidos por la politiquería». Su fracaso no autoriza la creación de otros nuevos, como se pretende con el seguro, ya que solo se conseguiría duplicar los gastos.(28)

Los sistemas de seguro han contribuido a racionalizar los anteriormente dispersos mecanismos de previsión, y merced a la distribución de

las cargas y la ampliación de los beneficios constituyeron «el mayor avance social de la edad moderna». Sin embargo, aunque la atención médica igualitaria exige que las legislaciones garanticen normas básicas de servicios y precisen su calidad y extensión, se afirma que es indispensable preservar al mismo tiempo el vínculo de confianza entre el paciente y el profesional

I. Dicho vínculo solo puede establecerse cuando el profesional está en condiciones de actuar «libre e independientemente a presiones extrañas al interés del paciente y de la medicina».(29) No pueden existir intermediario entre médico y enfermo. El acto médico se realiza de persona a persona, hay un entendimiento directo que no debe ser obstaculizado si se desea asegurar las mejores condiciones para la actividad terapéutica. El beneficio y la tranquilidad espiritual del paciente guiaron a la Asociación Médica Mundial a proclamar que la mejor medicina es la que prodigan los médicos independientes. La educación sanitaria del pueblo y la capacidad de los profesionales son los factores reguladores de la genuina libre elección.(30)

El argumento no se detiene allí. El mismo vínculo de confianza coloca al profesional en óptimas condiciones para orientar a sus pacientes afiliados al seguro sobre la mejor manera de aprovechar los beneficios a que tienen derecho. «La confianza en el médico debe hacerse indivisible». Pero hay algo más: «la única medicina capaz de encuadrarse en esta tesitura es la medicina privada»(31).

Esa capacidad orientadora no se agota en la relación individual con el paciente. También debe aplicarse a las tareas de planificación, que han de realizarse de común acuerdo entre los Ministerios de Salud Pública, nacionales y provinciales, la institución del seguro con jurisdicción local y las entidades médico-gremiales de la zona. Son los médicos, quienes, en virtud de su diario contacto con la «realidad sanitaria y nosológica del lugar, están especialmente habilitados para expresar sus necesidades» (32).

Otro punto conflictivo se vincula a la relación entre recursos y gastos que preocupa seriamente a los médicos y sanitaristas argentinos, hasta el punto de multiplicar estudios de costos para diferentes sistemas de cobertura. Las falencias detectadas en el manejo centralizado de los sistemas de seguro se adjudican en parte a la pretensión de ofrecer beneficios integrales e ilimitados a la totalidad de la población con las módicas cotizaciones de los activos, aun en caso de que estén acrecentadas con algún subsidio estatal. Es necesario, se insiste, aplicar esta experiencia en países como la Argentina. Existe una obligación moral de «limitar las ambiciones, no magnificar las promesas y colocarse en un terreno realista», comprendiendo que el sistema de seguro solo podrá ayudar a resolver el costo de la asistencia médica y no puede pedírsele que se convierta en «único benefactor» (33)

En la misma línea argumentativa se ubica Provenzano cuando señala que en función de las particulares condiciones del país, se debe bregar por la implantación de un seguro «limitado en sus alcances». El seguro argentino no podrá exceder los límites de la medicina asistencial afirma, al menos hasta estar debidamente asentado en sus bases económicas y organizativas. Querer incluir entre sus prestaciones todo lo que se vincula con el fomento de la salud y con la prevención de la enfermedad «significará la pretensión de sustituir bruscamente la acción de organismos estatales que no pueden, ni deben, abdicar de sus atribuciones de policía sanitaria». El seguro de enfermedad debe asegurar asistencia médica, odontológica y farmacéutica a la población económicamente activa y a sus familiares a cargo. El resto de la población, «que nada produce ni tiene quien produzca para ella» debe ser atendida por cuenta del Estado (34).

Difícil se presentaba la tarea para los gremialistas en esos años. No solo tenían que defender su autonomía frente los avances reguladores del Estado sino que debían además convencer a sus colegas de que el seguro, a pesar de constituir en sí mismo un límite a esa autonomía, era la única solución posible para superar la estrechez del mercado de atención médica.

Sergio Provenzano es uno de los más firmes y calificados defensores de la alternativa que significa poner al día las prerrogativas tradicionales de la medicina liberal, de manera de adecuarlas a un régimen financiero basado en la generalización del seguro social. Defendiendo la combinación de cobertura orientada exclusivamente a los sectores de menor ingreso y libre elección, señala que en la experiencia internacional ha significado una mejora sensible en la situación económica de los profesionales. Después de mostrar con alguna estadística la verosimilitud de su afirmación concluye: «Lo que el médico necesita para poder vivir es tener clientela. Un seguro de enfermedad le da la oportunidad de tenerla» (35).

En otros lugares, su interpelación se orienta a consolidar conquistas obtenidas sobre formas organizativas basadas en el trabajo profesional bajo régimen de salario. Con referencia al IOMA, señala que en su organización se han tenido en cuenta «los principios básicos con los cuales se combatió a los viejos sistemas mutualistas», convocando a defenderlo como «un bastión frente al cual han caído los sistemas asistenciales que afectaron el libre ejercicio de la profesión». Inmediatamente alerta contra posibles desbordes, señalando que «el exceso de liberalidad, la prodigalidad, el abuso, la repetición innecesaria en el uso y prestación de los servicios médico asistenciales» puede no solo poner en peligro la solvencia financiera del sistema, sino también obligar a restringir el goce de tales principios, por los cuales tanto se luchó. «Las libertades obtenidas deben cuidarse celosamente y no ser fuente de corruptela, para que no pueda justificarse su pérdida» (36).

Por ese estrecho desfiladero transitan la profesión y sus dirigentes, sujetos al precario equilibrio que resulta de sus esfuerzos por compatibilizar el goce de las libertades con la aceptación de la disciplina indispensable para legitimar la pretensión de autonomía y autocontrol.

*La doctrina de la COMRA: el seguro de atención médica*

Hacia 1971, en el momento de mayor enfrentamiento con las autoridades del Ministerio de Bienestar Social en defensa de su privilegio de control autónomo de las condiciones del ejercicio profesional, la COMRA abandona toda posible ambigüedad resultante de las distintas denominaciones aplicables al régimen financiero destinado a asegurar la cobertura de salud de la población y propone la organización de un seguro social nacional de atención médica.

Las definiciones son claras:

El término seguro expresa una relación contractual por la que origina el derecho a una prestación determinada a cambio de una cotización específica o prima.

Seguro social significa que esa relación contractual no persigue fines de lucro.

Seguro social nacional define su implantación por el Estado, con alcance a toda la Nación.

Seguro social nacional de atención médica establece que el carácter de la prestación será exclusivamente un acto médico. Se precisa además que este acto médico se circunscribirá, en una primera etapa, a la atención médica, es decir a «la serie de acciones técnico-profesionales dirigidas a aliviar o erradicar los efectos de la enfermedad sobre el individuo y a su rehabilitación física.»

Se aclara expresamente que no se pretende la implantación de un seguro social nacional de salud que supondría acciones de promoción y protección de la salud y prestaciones económicas derivadas de la incapacidad productiva de la persona enferma. Tales prestaciones deben quedar por motivos coyunturales en manos de los organismos oficiales existentes (37).

El proyecto reitera la línea que, con altibajos de escasa importancia, había sido dominante en la entidad a lo largo de toda la década: cobertura obligatoria para la población económicamente activa y sus familiares a cargo, aplicación de co-seguros selectiva y para determinadas prestaciones, de manera que su carácter sea moderador y no inhibitorio, convenios colectivos de trabajo suscriptos con las entidades gremiales de mayor representatividad nacional, respeto del principio de libre elección, etc. En el capítulo referido a régimen de trabajo se incluye una fórmula un tanto ambigua, cuando se señala que tanto dicho régimen como el de remuneración de los profesionales «será el convenido por sus entidades gremiales

más representativas». El participio «convenido» reclama en cierta forma la preposición «con»: se acuerda, se conviene, «con» otra parte. El uso de «por» y la larga y densa historia de reivindicación por parte del gremio del derecho de los profesionales a establecer el precio de su trabajo, autorizan a fundar alguna duda sobre el alcance real que se quería dar a la fórmula. La cuestión se aclara en el capítulo de disposiciones generales donde se consagra la aceptación por parte de la COMRA del mecanismo contractual para la fijación de honorarios. En la discriminación del área de cobertura, sin embargo, aparece un elemento relativamente novedoso cuando se indica que la atención médica de toda persona que carezca de ingresos y no revista como familiar a cargo se realizará «por cuenta exclusiva del Estado, a través de este seguro y dentro de una calificación particular a reglamentarse».

Los recursos se recaudaban sobre el aporte tripartito de asegurados, empleadores y el Estado. La contribución del Estado se canalizaría a financiar la organización administrativa previa del sistema, a subsidiar toda emergencia financiera originada en «picos críticos de gastos específicos» (epidemias, siniestros, etc.) y a la cobertura de la población carente de recursos. Entre las disposiciones generales se da cuenta del futuro de la capacidad instalada propia de Obras Sociales y Mutualidades, que continuaría bajo su dependencia administrativa, adecuando su régimen de prestaciones a la planificación que establezca el seguro en la región o provincia.

### **El «estado de la cuestión» a comienzos de los años setenta**

El proyecto de un seguro nacional de atención médica representa sin duda una instancia de compromiso que intenta superar las diferencias internas existentes en el organismo médico nacional y al mismo tiempo definir un conjunto de reivindicaciones mínimas ante la ofensiva desarrollada en ese momento por el Ministerio de Bienestar Social con el apoyo de la CGT. Nos ocuparemos de esta cuestión en próximos capítulos; por el momento solo queremos señalar que esta solución de compromiso no se convierte en «doctrina pacífica» dentro de la Confederación Médica, donde el debate continúa.

La primera divergencia se manifiesta en el mismo seno de la Comisión organizada por la COMRA para elaborar el proyecto, donde estaban representadas todas las tendencias. En el informe desagregado presentado por dicha Comisión se señala la existencia de tres posiciones relativamente divergentes en lo relativo al futuro gobierno del organismo encargado del seguro.

La primera diferencia se plantea entre quienes consideran que los profesionales de la salud debían estar representados en el Consejo Nacio-

nal del Seguro, juntamente con beneficiarios, empleadores y Estado, y quienes defendían la participación profesional a otro nivel, integrando un organismo técnico. Posiciones encontradas dividen a estos últimos cuando se trata de establecer las funciones de dicho organismo. La posición que finalmente obtiene la aprobación del Consejo Federal de la COMRA y se difunde como posición oficial de la entidad acuerda al Organismo Técnico Profesional funciones de auditoría médica, aplicadas en escala nacional, provincial y municipal.

Su antagonista, respaldada por la Federación Médica de Córdoba, propone en cambio para dicho organismo, radicado en el ámbito provincial, un complejo conjunto de funciones que sintetizan su posición frente al problema:

- a) coordinar todas las acciones de atención médica que se cumplen a nivel estatal, paraestatal y privado;
- b) planificar estas acciones, en particular en los aspectos normativos, de supervisión y evaluación, estando a este nivel la auditoría;
- c) acordar a sus funciones un sentido de descentralización por áreas programáticas, que es donde efectivamente se cumplirían los servicios de atención médica (38).

La Federación Médica de Santa Fe, por su parte, defiende la integración cuatripartita del organismo de gobierno del seguro basándose en la disposición constitucional que otorga a los organismos de la seguridad social carácter autárquico, entregando su administración a los sectores interesados, con participación del Estado. Una de sus filiales, la Asociación Médica de Rosario, realizará más tarde una lectura crítica del proyecto que la acerca a las posiciones de los representantes de Córdoba: la necesidad de incorporar el postulado de integración de acciones supone la existencia de un organismo técnico que tenga como principal función coordinar las prestaciones de atención médica integral con base en planes y programas.

Otras disposiciones son consideradas como obstáculos al acceso a los beneficios o discriminantes opuestos al postulado de igualdad. Las limitaciones planteadas para la cobertura de enfermos crónicos, la existencia de coseguros, o bonos moderadores, y la posibilidad de acceder a prestaciones de mayor costo abonando la diferencia, merecen este tipo de objeciones.

También se plantean objeciones ante una aplicación del principio de libre elección que no tenga en cuenta la necesidad de obtener «una más justa distribución del trabajo médico». De ese modo, se afirma, se beneficia solo a una pequeña minoría, en detrimento de las posibilidades de trabajo de los más (39).

Los defensores de las propuestas que hemos denominado «integradas» comienzan en estos años, realmente críticos para el gremialismo, a cuestionar algunos de los principios que tradicionalmente conformaron la base ideológica de sustentación de las «libertades profesionales». El derecho a la libre elección es uno de ellos, que deja de ser tomado en términos absolutos y comienza a sufrir una serie de condicionamientos y limitaciones que, aunque no lo desvirtúan, cuestionan su validez como reivindicación de alcance universal, estrechamente asociada a la génesis del «vínculo de confianza» y por consiguiente a la eficacia terapéutica del acto médico. Otro de los postulados antes intangibles que comienzan a ser objeto de cuidadosa observación es el relacionado con la remuneración por acto médico.

El documento de la Asociación Médica de Rosario retoma en ese sentido una propuesta formulada por Aldo Neri, en el sentido de buscar como sistema de remuneración un método que favorezca una adecuada relación médico-paciente, estimule la práctica grupal, la consulta oportuna, un ejercicio profesional que integre los criterios de prevención y curación, desaliente las prácticas superfluas, mejore la distribución geográfica de los profesionales, impulse la capacitación permanente del profesional, y limite la jornada de trabajo médico en relación con las posibilidades físicas, psíquicas y técnicas que permitan el desarrollo integral del profesional. El listado de condiciones a tener en cuenta para establecer modalidades remunerativas, aunque no lo cuestione abiertamente, pone en discusión el sistema de pago por prestación de aceptación generalizada hasta ese momento y que había sido objeto preferencial de los desvelos gremiales en sus negociaciones con obras sociales y mutualidades.

Hacia la misma época, los defensores de la organización de un sistema de servicios con integración de efectores comienzan a debatir en torno a la conveniencia de los sistemas de seguro, incorporando objeciones que suponen una fractura de la anterior posición de acuerdo generalizado en torno a su implantación. Los documentos de Punilla señalaban por lo menos desde mediados de los años sesenta la necesidad de buscar fuentes de financiación complementarias que tomen como base de cálculo el producto bruto o el beneficio empresario en reemplazo de las nóminas salariales. En el mismo sentido se pronuncian la Asociación Médica de Rosario y el Colegio Médico de San Juan, que también formula objeciones al documento producido por la COMRA.

Los gremialistas sanjuaninos se muestran básicamente disconformes por lo que consideran un desconocimiento de funciones irrenunciables del Estado. Se lo excluye, afirman, de su responsabilidad en lo relacionado con «la solución integral de los problemas de la salud».

Otras objeciones muestran cuán cerca están las posiciones de San Juan, Córdoba y Santa Fe en estos temas. Se objeta al proyecto que solo

conduciría a la organización de «una gran obra social», reproduciendo y aumentando las contradicciones de la medicina tal como se desarrolla en ese momento. Continuaría la concentración del trabajo en beneficio de un número limitado de profesionales, se verían favorecidas las organizaciones comerciales dedicadas a la asistencia médica privada, disminuiría la clientela del hospital y, como consecuencia, las fuentes de trabajo constituidas por cargos en el subsector público, malográndose las conquistas logradas por los médicos en lo relacionado con la legislación sobre carrera hospitalaria (40).

El mismo Herrou Baigorri abjura en esos años de su posición anteriormente favorable a la implantación de un seguro. Su evaluación de la experiencia mundial lo lleva a afirmar que los únicos sistemas financieros eficientes son los que provienen de rentas generales, aunque para que se cumpla esa condición reconoce como indispensable la actuación de «un gobierno democrático y popular que esté dispuesto a romper con las dictaduras económicas del privilegio». Poco tardaría en concretar su aparición el fantasma que el gremialista de Punilla, probablemente sin quererlo, parecía convocar (41).

### **Comentario final**

¿Qué nos interesa rescatar de este complejo debate? En primer lugar, la fuerza del imperativo técnico, que asienta sus pretensiones de eficacia social en el cumplimiento de determinadas normas de procedimiento, supuestamente basadas en postulados derivados directamente de reglas que rigen la producción del conocimiento científico.

La aplicación de los principios elaborados por la ciencia a la organización de la vida social sanciona el reconocimiento de condiciones de verdad y objetividad para la intervención del Estado. En la Argentina, la inestabilidad política y el mesianismo militar contribuirán a que se produzca una extensión de esas condiciones que conduce a legitimar la actividad estatal no por su origen ni por el consenso democrático construido en torno a los objetivos que se propone, sino simplemente por los medios presuntamente irreprochables que utiliza para alcanzarlos. El régimen burocrático-autoritario que se organiza como consecuencia del golpe militar encabezado por el general Onganía en agosto de 1966, constituye un buen ejemplo de esta pretensión de legitimar la intervención estatal, de raíz autoritaria, a través de la supuesta implantación de un esquema de modernización tecnocrática. Este fenómeno tendrá consecuencias no solo en la organización interna del aparato estatal sino también en la conformación del sistema político, entendido como instancia particular de articulación de las relaciones entre Estado y sociedad civil.

El aparato de Estado, ocupado por los técnicos decididos a llevar



adelante el proyecto desarrollista, comienza a tejer vínculos con diferentes sectores de poder en función de la esfera específica de actividades propia de cada organismo, a partir de relaciones empresarias, clientelas, ambiciones tejidas en torno al futuro político, ocasiones de provecho personal, tácticas de cooptación, corruptelas, y también, por qué no, la convicción de conocer el camino justo, la solución adecuada, estar efectivamente trabajando por el bien del conjunto. Es la época de los anillos burocráticos que describió Fernando Henrique Cardoso, del corporativismo bifronte analizado por Guillermo O'Donnell, fenómenos que indudablemente trascienden la dinámica local, pero pueden rastrearse en la conformación del sector salud, tal como veremos en los próximos capítulos.

En el país serán los años de afirmación del corporativismo inestable, fruto de las peculiares condiciones de afirmación de poder sindical durante la revolución libertadora y el período de Frondizi, la exclusión política del peronismo y la consiguiente lógica del parlamentarismo negro, y la difusión de ideologías de contenido integrista entre las fuerzas armadas. En el interior del sector salud será el momento de diferenciación de las órbitas de influencia de las secretarías de salud pública y seguridad social, de tan significativas consecuencias futuras. A partir de una distinta lógica política, de diversa capacidad de cooptación de clientelas y diferente posibilidad de absorción de los recursos del Estado materiales, organizativos, políticos la Secretaría de Salud Pública sobrevivirá como estructura vacía de poder, desarrollando esfuerzos por legitimarse a partir de la aceptación acrítica de los términos acuñados en los espacios internacionales donde se construye la supuesta excelencia técnica. Su par, y rival dentro del sector salud, la Secretaría de Seguridad Social, se convertirá en núcleo visible de un conjunto inestable de relaciones de poder. La Secretaría y los actores que giran en torno a su órbita se convertirán en protagonistas del pacto corporativo que ordenará confiriéndole una estabilidad precaria pero relativamente solvente el sistema de atención médica en las dos décadas siguientes.

La clase dirigente médica resultará fragmentada por diferentes posiciones frente al Estado y su pretensión de hegemonía. Una parte del sanitarismo aceptará el reto imposible que implicaba el proyecto de transformación de la sociedad desde el imperativo técnico. Otro sector tratará de conjugar los aspectos técnicos y políticos del problema organizativo, pretendiendo mantener al mismo tiempo una posición de no compromiso con los diferentes intereses en lucha por el predominio. El gremio será el espacio donde parte de esos intereses se confrontan, probablemente aquellos todavía susceptibles de un compromiso precario en épocas de afluencia financiera. Las posiciones divergentes encuentran referentes doctrinarios de prestigio internacional para defender su respectiva visión de lo bueno, lo justo, lo posible.

Aunque todos descreen del Estado real, y buena parte abomina del sistema político en el que se sienten injustamente aprisionados, algunos confían en la posibilidad de construir un régimen diferente, y elaboran sus propuestas en torno a una utopía que en última instancia solo puede realizarse reconstruyendo una perspectiva estatalista. Sus adversarios, que terminarán obteniendo el predominio en función de su mayor capacidad de convocatoria, prefieren confiar en sus propias fuerzas, en su capacidad organizativa, en la potencialidad interpelante que todavía conserva la imagen del médico como encarnación del saber, salvaguardia frente a la incapacidad y el dolor, portador de una función social relevante y una auténtica vocación de servicio.

Unos confían en superar la fragmentación social, la injusticia en la distribución del ingreso, y el consiguiente malestar que obstaculiza la modernización y el progreso, negando la puja política y aplicando principios universalmente reconocidos a la actividad de un Estado al que se reconoce la capacidad de organizar la sociedad que lo ha instituido.

Otros subrayan la necesidad de hacerse cargo del componente político del problema y confían en la discusión y el debate esclarecedor como instrumentos dirigidos a orientar la acción. El conjunto de los ciudadanos, que defiende valores comunes en los que se sustenta la convivencia, está en condiciones de formular políticas que representen el interés general. El Estado es el brazo ejecutor de esas políticas, al utilizar los instrumentos técnicos a su alcance de manera que su implementación se realice en condiciones óptimas en cuanto a eficacia, eficiencia, y efectividad.

Un tercer conjunto cree también en la necesidad de que el Estado se haga cargo de los problemas sociales anulando la irracionalidad y la injusticia. Pero el problema es aquí ¿cuál Estado? Seguramente no aquel al que se hace responsable de esa irracionalidad e injusticia. Es otro Estado, que se ubica en un futuro impreciso, el que se hará cargo de poner en marcha los instrumentos técnicos disponibles para el acceso al bienestar.

Por último, están quienes solo confían en sus propias fuerzas, en su juicio, en su particular percepción de lo justo y de los medios más adecuados para alcanzarlo. Rechazando lo político como fuente de arbitrariedad y privilegios, confían en el potencial de la medicina para aplicar una terapia adecuada no ya al individuo enfermo, sino también a los males sociales que constituyen obstáculos para el despliegue de la capacidad de generar bienestar propia de su práctica profesional. Convocan a sus pares a una unidad de acción, identificando sin titubeos su interés particular con el interés del conjunto. Reconocen explícitamente la existencia de una sociedad dividida, de un Estado débil e irresoluto, de acumulaciones de poder que son fruto de estrategias de diferentes sectores orientadas a reforzar su posición relativa. Consideran que la unidad y la organización les permitirán encauzar su propio proceso de acumulación de recursos económi-

cos, organizativos, políticos. Procuran convertirse en pilares de un sistema político en el que el interés corporativo se legitima a partir del dominio de procedimientos técnicos que pueden ser orientados a la búsqueda del bienestar general.

- <sup>1</sup> Lazarte, J. Necesidades médico-sanitarias del país. *Confederación Médica XV*(92):8-16, agosto de 1961/marzo de 1962, p. 15.
- <sup>2</sup> Provenzano, S. Las grandes soluciones de la organización social de la atención médica. Presentación a las Jornadas Médico Gremiales de Punilla, realizadas del 15 al 19 de agosto de 1963. *Confederación Médica XVIII* (97):10-20, abril/octubre de 1964, p. 10.
- <sup>3</sup> Kandel, B. Sociología de la medicina contemporánea. *Mundo Hospitalario* 218:50-55, septiembre/octubre de 1969, p. 53.
- <sup>4</sup> Neri, A. Ideas para un seguro de salud en Argentina. *VII Jornadas Argentinas de la Salud Pública*, Córdoba, 1970. Documento mimeografiado, p. 3.
- <sup>5</sup> Ferrara, F., Peña, M. ¿Qué piensan los médicos argentinos sobre los problemas de su profesión? *Revista de Salud Pública* 1:110-128, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, septiembre/diciembre de 1961.
- <sup>6</sup> Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Bienestar Social. Proyecto 102. Programa de Cooperación Técnica OEA-Gobierno argentino. *Seguro de salud*, La Plata, 1967.
- <sup>7</sup> *Ibidem*, p. 2.
- <sup>8</sup> Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba. *Política médico gremial frente a la salud*, Córdoba, 1966, p. 4.
- <sup>9</sup> Sobre esto nos hemos extendido en un trabajo anterior. Cfr. Belmartino, S. *et al. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires, OPS, 1991.
- <sup>10</sup> III Jornadas Argentinas de Salud Pública, Mar del Plata, 1965, Actas. *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* (Buenos Aires), 1965, p. 57.
- <sup>11</sup> Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba. *Política Médico Gremial frente a la Salud, op. cit.*, p. 30.
- <sup>12</sup> *Idem*, p. 31
- <sup>13</sup> *Idem*, p. 32.
- <sup>14</sup> *Ibidem*.
- <sup>15</sup> Presente y futuro de la labor de la Confederación. *Confederación Médica XX*(99):8-32, abril/mayo de 1967, p. 10.
- <sup>16</sup> Colegio Médico de San Juan. Los servicios de salud y su relación con la organización de la Seguridad Social. Relato Oficial en el VIII Congreso Argentino de Medicina Social, Carlos Paz, julio de 1967.
- <sup>17</sup> *Idem*, p. 12.
- <sup>18</sup> Herroí Baigorri, J. *Política sanitaria de nuevo tipo*. Documento mimeografiado sin fecha (circa 1971). Capítulo 11. Política operativa, p. 3.
- <sup>19</sup> *Idem*, cap. 11, p. 9.
- <sup>20</sup> *Idem*, p. 11.
- <sup>21</sup> Neri, A. Perspectivas de la atención médica en el país. *Actas de las Jornadas Médico Sociales*, Círculo Médico de Mendoza, Mendoza, 1972:31-54, págs. 50-52.
- <sup>22</sup> Kandel, B. Seguro de salud. En: Federación Médica de Entre Ríos, Círculo Médico de Paraná. *Colegiación Médica y Seguro de Salud*. Jornadas Médico Gremiales realizadas en la ciudad de Paraná, 20 y 21 de mayo de 1960:41-49, p. 42.
- <sup>23</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Memoria del ejercicio 1961-1962. *Confederación Médica XVII*(94):8-11, septiembre de 1962/julio de 1963, p. 8.
- <sup>24</sup> Cfr. Lebrón, C. J., Lerner, J. A., Provenzano, S., Sisto, C. Papel de la profesión médica en los problemas de salud de los pueblos latinoamericanos. Relato oficial

- a cargo de la Confederación Médica de la República Argentina en el VIII Congreso Médico Social Panamericano, reunido en marzo de 1964. *Confederación Médica* XVIII(97):2-9/34.
- <sup>25</sup> *Idem*, p. 5.
- <sup>26</sup> Cfr. Jornadas sobre seguro de salud y colegiación médica organizadas por la Federación Médica de Entre Ríos. Conclusiones. *Confederación Médica* XIII(90):14-42, enero/junio de 1990.
- <sup>27</sup> Cfr. Lerner, J. Aspectos fundamentales emitidos por la Confederación Médica sobre seguro de salud. *Confederación Médica* XV(92):27-28, agosto de 1961/marzo de 1962, y Lebrón, C. J. *et al* Papel de la profesión... *op. cit.*
- <sup>28</sup> Kandel, B. Seguro de salud. En: Federación Médica de Entre Ríos. Círculo Médico de Paraná *Colegiación Médica... op.cit.*: 41-49, p. 43
- <sup>29</sup> Kandel, B. Llamado a los trabajadores sobre el cuidado de la salud. *Confederación Médica* XV(92):29-32, agosto de 1961/marzo de 1962, p. 30
- <sup>30</sup> *Idem*, p. 31.
- <sup>31</sup> Kandel, B. Seguro de salud, *op. cit.* p. 48.
- <sup>32</sup> Provenzano, S. Aspectos económicos del seguro de enfermedad. En: Federación Médica de Entre Ríos, Círculo Médico de Paraná *Colegiación Médica... op. cit.*, 51-62, p. 58.
- <sup>33</sup> Kandel, B. Seguro de salud, *op. cit.* p. 45.
- <sup>34</sup> Provenzano, S. Aspectos económicos del seguro de enfermedad, *op. cit.*, p. 53.
- <sup>35</sup> Provenzano, S. Aspectos económicos del seguro de enfermedad, *op. cit.*, p. 62.
- <sup>36</sup> IOMA. *Memoria correspondiente a 1957*, p. 37.
- <sup>37</sup> COMRA. *Síntesis de las pautas para la implantación de un seguro social nacional de atención médica*. Documento mimeografiado dirigido a las filiales, 25 de marzo de 1971, p. 1.
- <sup>38</sup> Texto del estudio realizado por la Comisión Nacional de Seguros del Anteproyecto de pautas para la implantación de un seguro nacional de atención médica. *Primer Encuentro de Profesionales de la Salud*, Embalse Río Tercero, mayo de 1971, Documento mimeografiado, p. 4.
- <sup>39</sup> Asociación Médica de Rosario. *Posición sobre Anteproyecto de pautas de seguro de atención médica de COMRA*. Documento mimeografiado, s/f.
- <sup>40</sup> Colegio Médico de San Juan. Nota girada a la Confederación Médica de la República Argentina con fecha 23 de abril de 1971.
- <sup>41</sup> Herrou Baigorri, J. *Bases para un plan de salud*. I Congreso Argentino de Salud Pública. Documento mimeografiado, 1972.

## CAPITULO CUARTO

## Actores en conflicto: la regulación del sistema de obras sociales

La reformulación del sistema de servicios de salud, en tantos sentidos reclamada, se producirá de manera lenta y conflictiva, pero de todos modos concluyente, a fines de los años sesenta, en un proceso que finalizará con la sanción de las leyes 18.610 y 19.710. Estas leyes, objeto de cuestionamiento y polémica, dan forma a un modelo organizativo que sostendrá la expansión del sistema de servicios a lo largo de más de una década y terminará por ganar el respaldo activo de los principales actores comprometidos en su dinámica.

Dicho modelo hunde con fuerza sus raíces en la experiencia precedente, en particular en los vínculos contractuales establecidos entre las entidades representativas de los profesionales y las obras sociales y mutualidades. La intervención estatal en el sistema, que se propuso la elaboración de un marco normativo con imperio sobre las partes intervinientes, no se aplicó sin cuestionamientos, resistencias y conflictos, y terminó siendo firmemente orientada por las relaciones previamente constituidas dentro del sector.

Este proceso, de contenidos básicamente políticos, que culminaría con la generalización de la cobertura de obras sociales aplicada a la población en relación de dependencia y efectivizada fundamentalmente por mecanismos de contratación con el sector privado basados en una operatoria de libre elección del profesional y pago por acto médico, cubre la segunda mitad de la década de 1960 y los primeros años de la siguiente. El análisis de su dinámica constituye un buen «estudio de caso» ya que observa un proceso de cambio que se produce en el sector y supone una

redistribución del poder de disposición sobre los recursos que circulan en su interior, tanto financieros como organizativos y políticos. Tal proceso, además, puede analizarse a partir de la praxis de los principales actores comprometidos, insertos en un conflicto que determinará nuevas pautas de vinculación, tanto para su relación recíproca como para la que entablan con el Estado en cuanto integrantes de un sistema colocado bajo la regulación y control de sus aparatos.

En este capítulo y los dos que le siguen procuraremos explicar este proceso, abocándonos en primer lugar a una caracterización de los principales actores y su posición frente al problema, y en segundo término intentando una reconstrucción de las alternativas del conflicto de modo de recuperar las líneas fundamentales de su dinámica. En ambos casos, sin embargo, otorgaremos especial atención a la posición de la Confederación Médica, tanto en lo relacionado con su participación en el proceso de redefinición de las relaciones internas del sector como en las consecuencias que tuvo dicho proceso en su constitución como actor social relevante. El posible sesgo proyectado sobre la información por la aplicación de esta estrategia expositiva está justificado por constituir el gremio médico el eje de nuestra indagatoria, aquel cuya identidad corporativa nos interesa recuperar.

### **Las organizaciones gremiales médicas**

En otro lugar (1) hemos procurado reconstruir la historia de las organizaciones gremiales médicas, nacidas en su mayoría en la década de 1930 en instituciones de nivel provincial y local, y agrupadas a partir de 1941 en la Federación Médica de la República Argentina. Allí se irá consolidando de manera paulatina una representación de alcance nacional que será posteriormente conocida como Confederación Médica de la República Argentina, adoptando a fines de los años sesenta como referente identificatorio la sigla COMRA.

Las instituciones finalmente nucleadas en la Federación Médica, y la misma Federación en tanto organismo de tercer nivel, deberán competir en los años treinta y cuarenta con otros nucleamientos que pretenden asumir la representación de una parte o de la totalidad de los miembros de la profesión. Tomar su trayectoria como eje de nuestro análisis no significa un reconocimiento de su mayor o menor representatividad, o de la mayor o menor legitimidad de sus postulados y propuestas, solamente responde al hecho irrefutable de haber sido la institución que perduró, aquella cuya historia puede ser recuperada en base a su continuidad institucional hasta el presente.

En función de los objetivos de este capítulo solo reconstruiremos en este apartado algunos elementos del proceso histórico que ubicó a la

COMRA como protagonista calificada en la discusión de una nueva organización del sistema de servicios de salud, generada en torno a la Secretaría de Estado de Salud Pública en la segunda mitad de los años sesenta.

*La historia del gremialismo y de su constitución como actor social*

El gremialismo médico nace en buena medida como respuesta a una época de crisis que bien puede entenderse como crisis de identidad para la profesión médica. A lo largo del período que se abre en la primera posguerra y se cierra en torno a la segunda no solo cambia, y en forma muy rápida, la sociedad en cuyo interior la medicina construyó sus valores tradicionales. No solamente se produce una masificación de la enseñanza y la práctica médica al mismo tiempo que las instituciones creadas para encuadrar la relación médico-paciente –desde el gran hospital al consultorio de barrio, pasando por mutualidades e instituciones de beneficencia– comienzan a dar inequívocos síntomas de desborde en su capacidad de contención. Algo más grave todavía se pone de manifiesto ante la emergencia de la crisis: los valores que la profesión consideraba inmutables, imperecederos, a la vez fruto y condición de la eficacia de su práctica, fruto y condición también del reconocimiento social de su ejercicio de una función trascendente, empiezan a ser puestos en cuestión, comienzan a debilitarse en tanto pilares de la conducta de sus miembros, pierden transparencia frente a las miradas de propios y extraños, resultan cuestionados por los mismos profesionales, por otras instituciones, por el Estado, que tomará creciente injerencia en esferas asociadas a la enfermedad y su cura.

Para aquel sector de la profesión agrupado en las instituciones del gremialismo médico superar esa crisis de identidad supondrá dos largas décadas de avances y retrocesos, de conflictos intra e interinstitucionales, de logros y fracasos en el esfuerzo por elaborar un nuevo «sentido común» que posibilitará la construcción de un frente homogéneo en los conflictos desencadenados dentro del sector. Tras haber alcanzado solo parcialmente ese objetivo de construcción de nuevos referentes identificatorios, en la década del cuarenta la profesión debe enfrentar nuevos retos. Los años de gobierno peronista fueron de prueba para aquel sector del gremialismo que, precisamente en esos años, y en función de las dificultades de su relación con el aparato estatal, comienza a autodenominarse «independiente». La unidad gremial salió fortalecida de esa prueba, aunque el enfático rechazo de lo político expresado por sus dirigentes y sancionado en sus estatutos no alcance a encubrir las diferencias político-ideológicas que se manifiestan en su seno y se expresan en diferentes propuestas de reorganización sectorial.

A lo largo de su prudente, silenciosa y al mismo tiempo firme militancia en la oposición al peronismo, y en los años de inestabilidad políti-

ca que siguen a su caída, el gremio consigue construir una firme argamasa que preserva la unidad por encima del conflicto ideológico. Sus principales ingredientes serán una profunda desconfianza frente a la acción del Estado y los partidos políticos, la afirmación convencida de un conjunto de principios que sancionan la legitimidad de su pretensión de autonomía en el control de las instituciones y la práctica médicas, y la cerrada defensa de determinadas modalidades de inserción en el mercado de trabajo. En conjunto, una combinación adecuada para la construcción de una firme identidad corporativa.

Algunos logros significativos en el ámbito institucional habían sido obtenidos en las postrimerías del gobierno peronista. En primer lugar, la COMRA logra traspasar las fronteras y ser reconocida por las instituciones médicas de activa presencia en la esfera internacional: la Asociación Médica Mundial y la Confederación Médica Panamericana. La obtención de tal reconocimiento había significado sin duda varios puntos a su favor en el momento de mayor confrontación con sus rivales internas Corporación Médica Argentina, Unión Médica Argentina, Corporación General de Profesionales surgidas en ocasión del último intento del gobierno peronista de cooptación política de las asociaciones de profesionales.

En el plano de la negociación corporativa también merece mención el movimiento de fuerza llevado a cabo en oposición a las Compañías Aseguradoras encargadas de la cobertura del seguro de accidentes de trabajo y asistencia al peón rural. Aunque los resultados hayan sido pobres, y las compañías consiguieran transgredir buena parte de los acuerdos alcanzados, el conflicto sirvió para mostrar la unidad del gremio y su disciplina en la defensa de reivindicaciones específicas.

Contemporáneamente a la declinación del peronismo se abrirá otro frente de conflicto relacionado con la regulación del trabajo médico en mutualidades y obras sociales. En este terreno el enfrentamiento se caracteriza por una primera definición en el marco local, generalmente ciudades de relativa importancia o capitales de provincia. En algunos casos el gremio optará por exigir condiciones de trabajo para los profesionales en relación de dependencia a partir de la firma de convenios que traducen la incorporación a ese espacio de trabajo de las normas de «carrera médica» sancionadas en algunas jurisdicciones para los efectores del subsector público, reproduciendo los grandes capítulos de su contenido: ingreso, escalafón, estabilidad, licencias, régimen de trabajo, etc. Los resultados parecen haber sido magros y en general limitados a los grandes hospitales de colectividades, que en esos años habían ingresado ya en una práctica cercana a la lógica del sanatorio privado con modalidades de cobertura por abono o prepago, abandonando la más específica de su origen como sociedades de socorro mutuo.

Mejores resultados, aunque circunscriptos también a escenarios lo-



cales, se logran a partir de la negociación de convenios colectivos basados en el principio de libre elección del profesional y pago por acto médico. Los primeros conflictos coronados por el éxito, desatados en San Juan, Salta y Mar del Plata, se convierten en paradigmas para el conjunto del gremio, que paulatinamente ensaya estrategias de confrontación con resultados disímiles.

Un hito significativo por sus repercusiones al nivel de lo imaginario y lo real-organizativo, es la puesta en marcha del IOMA, en la provincia de Buenos Aires. La organización de estos sistemas de libre elección, en general de alcance local o, a lo sumo, provincial, obligará a afinar los esquemas organizativos, de manera de regularizar de algún modo la «oferta» de servicios. Una de las primeras manifestaciones en tal sentido se relaciona con la organización de «bolsas de trabajo».

En un primer momento, los beneficiarios de las contrataciones o convenios gestados por las entidades gremiales son la totalidad de los médicos afiliados a ellas. Más tarde, la relación comienza a formalizarse, a la vez que paulatinamente se amplía a los no agremiados. Los profesionales socios o no de la entidad gremial explicitan su voluntad de participar en el sistema inscribiéndose en un listado especial. Esa expresión de voluntad supone al mismo tiempo la aceptación de las condiciones que regularán su trabajo y el reconocimiento de la legitimidad de la negociación llevada adelante por el gremio; en términos más simples, el reconocimiento de la representatividad del gremio para contratar en nombre del conjunto de los profesionales de determinada localidad o provincia. Más tarde comenzarán a organizarse sistemas de cobro de honorarios a través de estas entidades que podrán expandir su capacidad de gestión a partir de la percepción de un porcentaje sobre el total facturado.(2)

#### *Colegiación médica y regulación de honorarios*

En algunas provincias la reivindicación de autonomía profesional en el control de las condiciones de la práctica se concreta en la creación de organismos paraestatales encargados del reconocimiento de la validez de los títulos habilitantes, el otorgamiento de la respectiva matrícula, y el dictado y aplicación de las normas que regulan el ejercicio profesional. Precursores entre estas instituciones, los Consejos Médicos de la Provincia de Santa Fe, creados por ley en 1932, más tarde Consejos Deontológicos y a partir de 1950 Colegios de Profesionales del Arte de Curar, serán seguidos por instituciones similares en la provincias de Misiones (1957), Buenos Aires (1958), Córdoba (1961), Entre Ríos (1962) y Salta (1963).

La diferenciación entre organismos encargados de regular la matrícula y entidades gremiales suponía en principio atribuir de manera exclusiva a los primeros el control del ejercicio profesional en sus aspectos técnicos y deontológicos, reservando a las segundas la defensa de las condi-

ciones de trabajo y, en general, las reivindicaciones laborales propias del ejercicio profesional. Los primeros Consejos santafesinos solo tenían a su cargo la justipreciación de honorarios a pedido de partes interesadas. Pautativamente, sin embargo, por la vía de inscribir como principio ético del ejercicio profesional el cobro de un honorario mínimo, los Colegios o Consejos comienzan a hacerse cargo de la tarea de establecer los aranceles que se aplicarían a las contrataciones con obras sociales y mutuales.(3)

La práctica, convertida en norma por las legislaciones de Santa Fe en 1950, de Buenos Aires en 1958 y por la reforma sancionada en Córdoba en 1965, reforzará considerablemente el poder de disciplina del gremio sobre el conjunto de los profesionales: si la aplicación de los aranceles regulados por el Colegio se convierte en norma deontológica, el no acatamiento de los convenios establecidos por el gremio que incorporan ese arancel dejará de constituir mera indisciplina gremial para convertirse en transgresión ética. El Código de Ética sancionado por la Confederación Médica en 1955 establecía en su artículo 30, encargado de sintetizar los deberes del profesional en sus «relaciones científicas y gremiales»:

g) Toda relación con el Estado, con las compañías de seguros, mutualidades, sociedades de beneficencia, debe ser regulada mediante la asociación gremial a la que se pertenece, la que se ocupará de la provisión de cargos por concurso, escalafón, inamovilidad, jubilación, aranceles, cooperativas, etc. En ningún caso el profesional debe aceptar convenio o contrato profesional por servicios de competencias genéricas que no sean establecidos por una entidad gremial y homologados por el colegio respectivo. h) El profesional no podrá firmar ningún contrato que no sea visado por la entidad gremial.

En el capítulo VII, referido a honorarios, el art. 96 sancionaba:

«El profesional está obligado a ajustarse, para su beneficio y el de sus colegas, al monto mínimo establecido por el colegio respectivo, por debajo del cual no debe aceptar. Los honorarios de mayor monto fijados por entidades gremiales son obligatorios para sus asociados».(4)

La regulación del honorario mínimo no solo se concibe como fórmula deontológica en función de eliminar la competencia desdorsosa entre profesionales. También se la asocia a la defensa del paciente, incapacitado para reconocer la calidad o integralidad de la prestación recibida. Hacia 1960 una publicación gremial afirmaba:

La atención médica por debajo de los valores asignados en el convenio, como medio de aumentar trabajo y ganancias, implica

casi siempre deshonestidad médica [...] la suscripción de contratos de trabajo [...] permite deducir con seguridad, conociendo los índices mínimos, si la prestación será mala o deficitaria [...] No existe organismo alguno competente para delimitar con fuerza legal el standard mínimo de la atención médica organizada que impida un abuso o burla de la práctica médica, ante el hombre de la calle incapacitado para comprender hasta dónde debe alcanzar la prestación, porque para ello se requieren conocimientos técnicos.(5)

Todavía se piensa, al menos entre algunos profesionales, que cada acto médico es único, exponente particular de la aplicación a un caso concreto de un saber científico que en su utilización específica adquiere características de arte, no pudiendo por lo tanto ser normalizado.<sup>i</sup>

Es este, precisamente, uno de los espacios de autonomía profesional que resultan impactados por la intervención reguladora de la Secretaría de Estado de Salud Pública hacia 1968. La doctrina gremial relativa a las facultades que corresponden a los Colegios se expresará, de manera paralela al desarrollo del conflicto, a partir de las deliberaciones de la Primera Conferencia Nacional de Actividades Médicas, en 1969. En las conclusiones correspondientes al tema «Colegiación» se expresa:

Son facultades de los Colegios o Consejos Médicos, la matriculación y su gobierno, la vigilancia del cumplimiento por los colegiados de las normas deontológicas ajustadas al Código de Ética pertinente; dictar el arancel mínimo y ético; intervenir como órgano de iniciativa y de consulta ante los poderes públicos en la elaboración de leyes y en los problemas que atañen al ejercicio profesional y de la salud.

Se agrega, además, que sus funciones surgen como delegación del poder de policía de las profesiones, facultad reservada a las provincias, razón por la cual la creación de una entidad colegiada en el ámbito nacional «contrariaría y avasallaría expresamente este principio».(6)

Casi en los mismos términos se expresará el Primer Congreso Nacional sobre Colegiación, reunido en Córdoba en diciembre de 1974. Se añaden una serie de pautas referidas a la potestad de los Consejos y Colegios para reconocer la calidad de especialista de los poseedores de certificados

<sup>i</sup> Aunque no se quiera abusar de las transcripciones textuales, la mejor manera de transmitir la peculiar visión que de sí misma había construido la profesión es utilizar sus propias expresiones. Algunos conceptos, que aparecen como particularmente arcaicos, pueden ayudar a imaginar la ofensa que significó para los exponentes del pensamiento más tradicional, la intromisión del Estado en la regulación de su práctica. Como ejemplo introducimos el siguiente párrafo: «Desde que el médico adquiere, en las lejanías remotas de la historia, su categoría de oficial jerarquizado, se ha visto sometido a la observancia escrupulosa de un conjunto de

emitidos por organismos o instituciones docentes y expedir el respectivo certificado.(7)

La potestad reguladora de los Colegios no gozó de acatamiento universal. Con relativa frecuencia sus actividades se vieron trabadas por recursos que alegaban la inconstitucionalidad de la delegación por parte de los gobiernos provinciales del poder de policía sobre las profesiones, delegación en la que se asentaba precisamente dicha potestad reguladora. Un fallo de la Corte Suprema emitido en 1957 reconoce explícitamente el carácter constitucional de la legislación vigente en la provincia de Santa Fe, y señala que la función de gobierno atribuida por las constituciones a los diferentes poderes del Estado no exige como condición esencial su ejercicio centralizado. Por el contrario, la delegación de tales funciones en algunos casos garantiza «mayor acierto y eficacia en la gestión de los servicios de interés público, y permite la colaboración de un mayor número de personas especializadas».(8)

El citado fallo se emite en relación con el recurso interpuesto por un profesional que aducía que la aprobación del régimen legal aplicable a las asociaciones profesionales de trabajadores correspondía a la jurisdicción nacional. Por otra parte, si bien el mismo recurrente reconocía que las provincias tenían atribuciones para crear la matrícula de profesionales y exigir un derecho de inscripción en ejercicio del poder de policía de las profesiones, afirmaba que dicho poder era indelegable y no podía ser transferido a una «persona jurídica de derecho privado», como sería el Consejo de Médicos. Esos son los límites del cuestionamiento, y esa la materia jurídica sobre la cual se expresa la Suprema Corte. No se hace mención en el fallo a la potestad atribuida a los Colegios de establecer honorarios que obligaban a terceros contratantes, ni se pronuncia la Corte sobre la función de arbitraje que asumían en el caso de conflictos relacionados con la aplicación de los convenios firmados entre las entidades gremiales y los organismos financiadores. En estos casos la superposición de papeles aparece de manera evidente: los Colegios establecían un honorario ético y

---

normas en su conducta, que son peculiarísimas de su arte; estas normas son aplicadas en resguardo de la sabiduría, la artesanía, la responsabilidad, la discreción, el altruismo, la convivencia corporativa, las relaciones morales con el enfermo, con la sociedad, etc., todas condiciones ineludibles para que quien sea llamado médico revista la autoridad, el prestigio, la confianza y el amor del prójimo que acude en su auxilio. Es tan peculiar el código de deberes del médico que rebasa las determinaciones explícitas de la ley para expresarse, además, en la ética específica, cuya aplicación exige la institución de tribunales constituidos por sus propios pares, imbuidos de la idoneidad y de la probidad de jueces *sui generis*. Ningún profano puede captar la especial interpretación de las calidades que reviste el acto médico, porque ellas nacen desde la propia génesis vocacional y son implícitas a un sacerdocio tan prístino como el confesional.» (Nápoli, J. La colegiación médica en su relación con el gremialismo..., *op. cit.*, p. 8).

tenían potestad para actuar como árbitros en los casos contenciosos derivados de la ejecución de contratos donde tales honorarios eran aplicados. Sin embargo, la constitucionalidad reconocida por el fallo de 1957 es aducida como garantía de la legalidad de tales funciones, extendiendo el alcance del dictamen a la totalidad de las atribuciones reconocidas por las respectivas leyes.

### **Estrategias que conducen al control oligopólico de la oferta de servicios**

Hacia fines de los años cincuenta y comienzos de los sesenta las organizaciones gremiales médicas desarrollan estrategias dirigidas a afirmar de manera progresiva su condición de únicas oferentes de prestaciones de atención médica para el conjunto de las instituciones financiadoras: obras sociales, mutualidades, compañías de seguros. Los primeros éxitos, que se convertirán en auténticos símbolos para el conjunto, refirmando la capacidad de presión alcanzada por las organizaciones gremiales cuando logran concitar el apoyo masivo de los profesionales de una localidad en defensa de determinadas reivindicaciones, se registrarán en San Juan, Salta, localidades del sur de la provincia de Santa Fe y Mar del Plata.

La dinámica es más o menos similar en los distintos escenarios: en San Juan, el movimiento gremial unificado en el Colegio Médico logra conformar un frente que nuclea, junto a los médicos asociados, la totalidad de los sanatorios de la provincia. Estos no solo renuncian a los contratos que tenían con mutualidades y obras sociales, sino que se comprometen a poner sus instalaciones y equipos a disposición de todos los socios del Colegio para la atención de los beneficiarios de dichas instituciones. El convenio significa el compromiso por parte de los sanatorios y los profesionales independientes de aplicar a sus relaciones con obras sociales y mutualidades los honorarios mínimos establecidos por el Colegio y la organización de una oficina de cobranzas para centralizar la facturación de las prestaciones correspondientes a los convenios formalizados bajo esas pautas.

En Salta, el «Pacto Intermédico» de características similares, firmado en 1957, logra imponer sus condiciones a buena parte del mutualismo local. Se trataba también en este caso de la generalización de los acuerdos basados en la libre elección por parte del paciente y la aplicación de aranceles uniformes. Poco tiempo después demuestra su fuerza obstaculizando la instalación de un sanatorio de la Confederación de Empleados de Comercio, a partir de la negativa de los profesionales de aceptar el trabajo en relación de dependencia y las sanciones aplicadas a quienes no acataron la disciplina gremial.<sup>(9)</sup>

En Mar del Plata la estrategia gremial es otra. Se acepta la continuidad del trabajo en relación de dependencia para los profesionales que opten por esa modalidad de inserción, pero se los excluye del sistema de libre elección. La práctica, discutida en la Confederación en una sesión del Consejo Federal en 1961, se plantea como una concesión :»ya no se está en la posición inflexible de años atrás», dice el informante, «ahora se admite que los que no desean renunciar continúen a sueldo», aclarando sin embargo que no sería justo que tales profesionales se beneficiaran además con la atención de enfermos de otras instituciones por el sistema de libre elección.(10) Años más tarde, ya desencadenado el conflicto, en las tratativas referidas al contenido de las leyes regulatorias, uno de los delegados de la Provincia de Buenos Aires plantea al subsecretario Mondet la posibilidad de que se sancione la obligación para el profesional de optar por uno u otro sistema: «le explicamos que aquellos médicos que tenían puestos en las obras sociales y mutuales a sueldo, impedían la integración de esa mutual a la libre elección. Trabajar en las obras sociales que habían aceptado ese régimen, gráficamente le expusimos, que era tratar de comer de las dos tortas»(11).

Además de estas estrategias de conjunto, desarrolladas al parecer por algunas instituciones que logran cohesionar tras sus reivindicaciones a la totalidad o la mayoría de los profesionales de una localidad, estando por consiguiente en condiciones de controlar la oferta de servicios, las entidades gremiales aplican un sistema de sanciones dirigidas a imponer la disciplina gremial a los profesionales que no acatan sus directivas. Las discusiones en los Consejos Federales y las publicaciones sobre el tema en la revista de la Confederación brindan un rico anecdotario que podrían sistematizarse haciendo por un lado el listado de las conductas sancionadas y por otro de las penas que se aplican.

La inconducta gremial, siempre determinada por la aplicación del Código de Ética, y sancionada por Tribunales de Honor conformados al efecto, se expresa fundamentalmente en las siguientes situaciones tipo:

- a) casos en los que el gremio ha decidido declarar «congelado» algún cargo en instituciones públicas, privadas o de obras sociales, en función de que su vacancia se produjo por cesantías consideradas arbitrarias, por no acordar con los mecanismos implementados para cubrirla (concursos sin veedores gremiales, por ej.) o corresponder a entidades como obras sociales y mutuales habiendo el gremio decidido que debían pasar al sistema de libre elección, o, finalmente, por encontrarse en conflicto la organización gremial médica con la institución respectiva. En este caso las sanciones se aplican a los profesionales que aceptaran tales nombramientos desconociendo las directivas del gremio;

- b) no acatamiento de medidas de fuerza;
- c) no aceptación del descuento de un porcentaje destinado al gremio en las prestaciones convenidas con compañías de seguros;
- d) presentación de planillas de cobro en forma directa ante obras sociales y mutualidades, desconociendo la intermediación gremial;
- e) atención de beneficiarios de obras sociales y mutualidades con las que el gremio ha rescindido convenios o cortado prestaciones.
- f) organización de sistemas de prestaciones sin control gremial (prepagos o abonos), participación como prestador en estos sistemas.

Las sanciones aplicadas varían, no pudiendo registrarse una correlación directa entre el tipo de indisciplina y la pena impuesta. Las más frecuentes serían:

- a) denuncia pública y declaración de persona no grata;
- b) retiro de todo tipo de colaboración «profesional o científica», por parte de sus colegas agremiados (atención de enfermos, interconsulta, trabajo en equipo);
- c) suspensión del carácter de asociado o expulsión de la entidad gremial;
- d) exclusión temporaria o definitiva de los listados o registros de profesionales autorizados para realizar prestaciones por convenios con obras sociales y mutualidades.

Esta última forma de presión, probablemente la más efectiva, se ve debilitada por fallos judiciales que obligan a levantar tales sanciones, por considerarlas violatorias de la libertad de trabajo. El constitucionalista Rafael Bielsa, en un dictamen frecuentemente citado, considera legítima la atribución por ley a los colegios del derecho a imponer sanciones, pero cuestiona la aplicación de lo que denomina una «sanción máxima», como es la privación del ejercicio de la profesión en forma temporal o definitiva, que implica una pena que por su naturaleza (privación de derechos subjetivos esenciales) solo debe ser aplicada por los jueces de la Constitución (12).

El gremio, sin embargo, no cede, y opta por incluir en los contratos una cláusula en la que explícitamente se reconoce que en el listado de profesionales en condiciones de otorgar prestaciones no se incorporará a los sancionados por inconducta gremial. La práctica se torna legal en este caso en función del ejercicio de la libertad de contratar.

También en lo relacionado con la potestad de aplicar sanciones, la particular dialéctica profesional logra transformar la reivindicación corporativa en postulado ético que se proyecta en beneficio del paciente. El derecho a aplicar ese tipo de sanciones se fundamenta en primer lugar en

las garantías de legítima defensa para los agremiados establecidas por sus propios estatutos, en segundo término en lo que se caracteriza como «razones elementales de orden y disciplina que así lo aconsejan», y por último, en que el poder disciplinario reconocido al gremio «repercutirá [...] en una eficiencia mayor en el contralor de las prestaciones por parte de la Auditoría Médica Compartida» (13).

La estrategia relacionada con la utilización de medidas disciplinarias para la conservación del control oligopólico de la oferta se aplicará también en el caso de conflictos con la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFELISA), relacionados con la penetración de las instituciones sanatorias en la contratación de servicios y prácticas profesionales. A tal efecto, el Consejo Federal de COMRA resuelve en febrero de 1971:

Los médicos que integren directorios o que sean propietarios o representantes legales de organizaciones de carácter sanatorial u hospitalario privado, están obligados a cumplir estrictamente con las normas y directivas emanadas de las entidades médico gremiales, su incumplimiento los hará incurrir en las prescripciones del Código de Ética vigente en cada jurisdicción (14).

#### *El trabajo médico en los hospitales ferroviarios*

A través de la lectura de las Actas de la Confederación es posible seguir las alternativas de otro conflicto susceptible de ser analizado también a partir de la construcción de un «caso», en que situaciones particulares reflejan condiciones de tipo más general. Se trata de las diferentes etapas del enfrentamiento que a lo largo de varios años opone a la Confederación o alguna de sus Federaciones con la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios (DGAPSF). Sobre esta cuestión, el «caso» no solo pone de manifiesto la intención hegemónica en la COMRA de constituirse como única entidad ofertante de servicios médicos en el mercado de la seguridad social; también refleja algunas contradicciones internas que concluyen debilitando esa posición y la consiguiente unidad y coherencia indispensables para la afirmación del poder corporativo.

El primer registro que utilizaremos para construir nuestro caso remite a la sesión del Consejo Federal de la Confederación Médica del 14 de enero de 1961. En ella se presenta un informe de la DGAPSF orientado a demostrar que su régimen jurídico se diferencia del aplicable a las obras sociales y mutualidades. Solicita, por consiguiente, que se la excluya de las disposiciones aplicadas por la Confederación a tales entidades, afirmando que no corresponde su aplicación, en particular «en el sentido de la libre elección del médico y la prohibición de reemplazar a los profesionales que se retiren de los hospitales de la institución» (15). Entre los



argumentos vertidos en favor de su demanda tiene lugar relevante el hecho de que la Dirección adoptó para sus establecimientos un régimen de carrera médica similar a la carrera médica nacional proyectada por la Confederación.

La discusión producida por tal solicitud en el Consejo Federal merece algunas puntuaciones. En primer lugar, la inclinación mayoritaria a rechazar la solicitud, expresada en la moción finalmente aprobada:

El Consejo Federal considera que son aplicables los principios gremiales sobre la libre elección del médico y pago arancelario sustentados por la Confederación Médica de la República Argentina a todas las instituciones que solventan la atención médica de sus beneficiarios por cuenta de terceros (16).

Se señala explícitamente en el debate que la presentación de la institución ferroviaria demuestra el fortalecimiento de las organizaciones gremiales médicas y su capacidad de imponer normas generales dictadas por los Consejos Federales. Sería necesario por consiguiente, mantener la firmeza y no ceder en las conquistas ya obtenidas. Por el contrario, se muestran partidarios de no tomar una decisión inmediata, dedicando más atención al problema los delegados de Entre Ríos, Chaco y Capital Federal, mientras Mendoza se inclina por la abstención.

Las razones de estos votos más cautelosos se explicitan en la discusión del problema. En primer lugar, el representante por Mendoza señala que en esa provincia el gremio ha obtenido por ley provincial una carrera médica que se aplicará a todos los establecimientos, incluso los privados. Esta conquista, observa, debe ser respetada, del mismo modo que las obtenidas en otros lugares con referencia al sistema de libre elección. Conclusión: cada filial tiene su propia experiencia, y no es posible imponer una normativa para todo el país.

El orador que le sigue en el uso de la palabra, representante de la Capital Federal, se muestra inclinado a estudiar el tema e iniciar tratativas con la Dirección y los gremios ferroviarios. Considera que se trata de un problema complejo y no es conveniente un enfrentamiento con los gremios, si no se tiene una decisión «perfectamente fundada e irrevocable», ni tampoco la división de los médicos que ven el problema desde distintos puntos de vista.

El representante del Chaco es más contundente. En su provincia no se considera oportuno destruir el Hospital Ferroviario, ni exigir la renuncia de los colegas que trabajan en él. No está dispuesto a apoyar ninguna medida que pueda perjudicar a un sector de profesionales. Interviene en el debate el representante de Entre Ríos, fundamentando la necesidad de definir una política específica para las obras sociales con capacidad instalada propia.

¿Qué significa este intercambio de opiniones? Sencillamente pone de manifiesto condiciones particulares de cada región, que pasan fundamentalmente por dos ejes, el primero relacionado con la conformación del mercado de trabajo, el segundo con la capacidad de cada organización gremial de cohesionar a la totalidad del cuerpo profesional para imponer una determinada modalidad de contratación. Ambos, por supuesto, estrechamente relacionados, al punto de ser muy difícil diferenciarlos en el análisis.

Este tipo de diferencias internas, vinculadas a características regionales, se irá manifestando de manera progresiva a lo largo del conflicto relacionado con la regulación del sistema de obras sociales, y constituirá uno de los ejes de fragmentación interna del gremio y la raíz de sus dificultades para imponer una propuesta efectivamente consensuada. La cuestión suscitada por los hospitales ferroviarios no termina allí. Se registran episodios menores, radicados en Concordia y Capital Federal, demostrativos de la complejidad del problema, ya que en un caso aluden a enfrentamientos de algún sector profesional con el gremio ferroviario y en el otro a una organización gremial alternativa, la Asociación de Sanidad Ferroviaria, que habría estado respaldada por La Fraternidad y nuclearía a todas las categorías de personal de salud de los institutos de la DGAPSF<sup>ii</sup>.

Diferente sentido adquiere el enfrentamiento que se suscita con la gestión de Manrique en el Ministerio de Bienestar Social y su interés por desarrollar la capacidad instalada propia en el sistema de obras sociales. De manera progresiva, en Córdoba, Jujuy, San Juan, Neuquén y Catamarca se comienzan a organizar asociaciones de obras sociales con base en la capacidad instalada ociosa de hospitales ferroviarios. Los conflictos tienen resultados disímiles. En San Juan, por ejemplo, una primera ofensiva exitosa del Colegio Médico, relatada en un Consejo Federal en junio de 1970, es luego superada con la creación de la Asociación Sanjuanina de Obras Sociales, a principios de 1972. La lucha se prolonga, con intervención de la Confederación General del Trabajo (CGT), sanción a profesionales por indisciplina gremial, acuerdos de distribución de mercado, etc. (17). En Neuquén el conflicto adquiere repercusión nacional cuando es

<sup>ii</sup> El 21 de mayo de 1962 la Dirección General firma un convenio con la Sanidad Ferroviaria para todos los profesionales del país, que implanta una carrera médica y un régimen de concursos en el que se da injerencia a dicha entidad gremial. «Existe un claro propósito de desconocer al gremio médico totalmente», afirman los dirigentes de la COMRA. En su versión, el convenio habría sido resistido con un paro general de 48 horas cumplido solidariamente en Capital Federal y parte del Gran Buenos Aires, y se habrían aprobado medidas progresivas que culminarían en un paro por tiempo indeterminado. (Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de los Consejos Federales*. Sesión del 23 de junio de 1962, t. IV:254-275, p. 272).

señalado por el ministro como expresión de la intención monopólica del gremio.

### **La Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados**

Nuestro análisis de la constitución de CONFELISA como actor significativo en el interior del sector salud adolece de serias limitaciones en cuanto a la disponibilidad de información. Nuestro interés por acceder a documentación preservada por la Confederación que pudiera explicar sus orígenes y participación en la negociación de las leyes sobre obras sociales, a la que suponíamos no había motivo para otorgar carácter secreto, se vio frustrada por la negativa de su presidente, que consideró oportuno remitirnos a una obra, de carácter indudablemente apologético, escrita por Angel Jankilevich y publicada a mediados de 1991, que aporta información relativamente fragmentada en razón del interés específico que guió su elaboración: enaltecer la figura de don Ricardo Mammone, personalidad sin duda clave en la organización y desarrollo de la corporación sanatorial (18).

Hemos contado además con los artículos y documentos publicados en la revista *Información Sanatorial*, editada por CONFELISA a partir de septiembre de 1970, de la cual se conservan algunos números en la Biblioteca Nacional. La limitada información de que disponemos puede impedir la adecuada reconstrucción de la perspectiva que tenían los dirigentes de CONFELISA de las condiciones del sector salud y del papel particular que la institución que dirigían podía desempeñar en este. Sin embargo, creemos posible formular, al menos en términos de hipótesis, alguna caracterización muy genérica sobre su génesis y desenvolvimiento en los primeros años de su actuación.

En primer lugar, y tratando de realizar la ineludible comparación con la COMRA, es posible afirmar que la Confederación sanatorial nació en condiciones de relativa debilidad en cuanto a su esfera de competencia en la regulación del mercado de atención médica, aunque actuara a su favor la circunstancia medianamente objetiva de que la identificación de intereses pudiera generarse de manera más directa. Y esto en parte se debió a la menor carga ideológica asociada a la consideración del sanatorio como empresa, en parte al carácter más objetivo de las pautas sobre las que era necesario llegar a acuerdos aranceles, contratos, prestaciones, y en parte puede relacionarse también con una mayor disposición a aceptar la regulación del Estado, que potenció sin duda la capacidad de negociación, fuertemente trabada por el contrario en el interior del gremio.

Los inconvenientes más serios, por lo que puede deducirse de la información de que disponemos, derivaron de la dificultad de integrar la

totalidad de los sanatorios y clínicas en cada una de las jurisdicciones y el conjunto de las jurisdicciones en la representación en el ámbito nacional. En este punto es indispensable hacer una salvedad: aun cuando nuestro nivel de análisis nos obliga a considerar la actuación de la CONFELISA en el nivel nacional, debemos reconocer que es muy poco lo que se puede generalizar respecto a una situación muy condicionada por realidades provinciales heterogéneas. La capacidad de integración de la totalidad de las instituciones de su jurisdicción difería en estos años sensiblemente para cada asociación o federación de clínicas y sanatorios: muy débil en la Capital Federal, fuerte en La Plata, frágil en el interior de la Provincia de Buenos Aires, muy poderosa en Rosario, disímil en el resto del país. Estas situaciones se articulan de manera también diferenciada con condiciones de unidad, separación, oposición o acuerdo entre la organización sanatorial y el gremio médico, pudiendo reconstruirse algunos escenarios con características particulares. Por supuesto, las diferencias regionales también operan en contra de la unidad y la coherencia de las posiciones de la COMRA, como veremos al intentar reconstruir los conflictos que comprometen su posición en estos años, pero, al menos para el caso de las contrataciones con las instituciones de previsión, las agrupaciones de clínicas y sanatorios tenían la desventaja adicional de avanzar sobre un territorio ya ocupado.

La historia de los orígenes de la CONFELISA, tal como la recoge el cronista de la gestión de Mammone, tiene mucho de anecdótico, pero aun en esos términos describe prácticas significativas para los agentes involucrados. Comienza el autor su relato recuperando el origen no médico de la mayoría de las primeras instituciones hospitalarias, señalando que los primeros establecimientos fueron creados por vecinos, colectividades, asociaciones mutuales. No se trató, por lo tanto, de iniciativas específicamente médicas, sino, por lo general, «de un hombre de empresa con actuación social o comunitaria capaz de movilizar a sus vecinos, paisanos o camaradas para la creación de una institución de bien común». Señala el hecho a pesar de darlo por conocido, e inmediatamente propone una explicación: el médico no siempre estaba lo suficientemente preparado para organizar y administrar los recursos de un establecimiento asistencial (19).

Conforme a su crónica, en La Plata, lugar de origen de la primera célula de la organización que luego se plasmaría en la CONFELISA, las primeras grandes instituciones sanatoriales fueron los hospitales Español e Italiano. Cincuenta años más tarde, se desprenden de sus cuerpos profesionales los grupos que dan origen al Instituto Médico Platense, al Sanatorio Argentino y al Sanatorio La Plata. Estas primeras instituciones empresariales propiamente médicas se agruparían más tarde para dar origen a una asociación de clínicas y sanatorios que llegaría a constituir el Distrito

I de la Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA).

Entre los organizadores del Sanatorio Argentino se encontraba el Dr. Osvaldo A. Mammone, profesional de actuación pública relevante, que sería ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires bajo la administración de Oscar Allende y primer presidente del Colegio Médico del Distrito I en la misma provincia. Su hermano Ricardo, al parecer estrecho colaborador en sus gestiones, se hará cargo de la administración del sanatorio y proyectará su capacidad organizativa en la formación de la primera corporación empresaria de instituciones de atención médica.

En el momento en que Ricardo Mammone se hace cargo del manejo de las finanzas del Sanatorio Argentino, las organizaciones mutuales que no disponían de capacidad instalada propia licitaban la atención de sus asociados entre los diferentes sanatorios. Utilizaban para ello una planilla donde figuraba un listado de prácticas, y cada establecimiento consignaba los valores a los que se comprometía a realizarlas (20). La competencia puede haber sido dura. De manera independiente de la versión que trabajamos hemos recogido testimonios provenientes de los años cuarenta que reflejan una situación conflictiva entre las instituciones empresariales médicas y los hospitales de colectividad, en razón de la exención de impuestos que beneficiaba a estos últimos y que era considerada por las primeras como competencia desleal. Algo de eso había, en realidad, dado que ya para esa época los hospitales de colectividades habían reducido considerablemente, si no eliminado, las actividades benéficas que caracterizaron su gestión inicial.

Para una persona con capacidad organizativa y vocación de liderazgo la situación era relativamente clara. Mammone comprende rápidamente, según su biógrafo, que la competencia de los establecimientos para ganar las licitaciones de mutuales y obras sociales «destruía cualquier posibilidad de entendimiento, de colaboración, de complementación, e incluso amenazaba con deteriorar la atención de salud e impedía cualquier progreso institucional» (21).

El escenario resulta así suficientemente delimitado: cualquiera haya sido el efectivo protagonismo de Mammone en la formalización del acuerdo, es muy posible que el significativo desarrollo de las organizaciones de cobertura de atención médica en la segunda mitad de los años cincuenta, ratificada por buena parte de nuestras fuentes y cuantificado con precisión para el IOMA, haya hecho fructificar la idea de que el acuerdo de precios podía ser más ventajoso que la puja por un mercado que de todas formas estaba en franca expansión. A partir de esa verificación se organiza el acuerdo que conformaría el primer núcleo de la FECLIBA, con base en el arancel común y la libre elección de los establecimientos por parte del usuario.

La información de que disponemos no nos permite asegurar si este primer núcleo organizativo del empresariado sanatorial de la Provincia de Buenos Aires precedió a su par de la Capital Federal. La descripción consignada en el libro de Jankilevich es imprecisa en cuanto a fechas. El primer registro cronológico preciso remite a 1964, fecha de fundación de la CONFELISA.

En relación con el funcionamiento de una asociación de clínicas y sanatorios en la ciudad de Buenos Aires, las primeras referencias relevadas en nuestras fuentes datan de 1951, en ocasión de uno de los recurrentes conflictos con las compañías aseguradoras de accidentes de trabajo. En una de las actas que transcriben las deliberaciones de los consejos federales de COMRA se registra la lectura de una nota remitida por la Cámara de Accidentes de Trabajo de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Ciudad de Buenos Aires, con domicilio en Viamonte 1435, Capital Federal.(22) Incluso en una reunión de Mesa Ejecutiva, pocos meses después, se menciona a una Federación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina a la que se pediría «desista de propiciar actitudes o efectuar convenios por separado y al margen de esta Confederación». Posteriormente, en un acta de 1956 se decide aceptar la colaboración de la Federación de Clínicas y Sanatorios para resolver aspectos técnicos de los contratos a formalizar (23).

Tampoco hay, en realidad, contradicciones groseras con la versión propuesta por Jankilevich. Este comenta, al referirse a los antecedentes de la organización de la CONFELISA, que la Asociación de Capital Federal había asumido de hecho la representación de los establecimientos del interior del país en función de las convenciones colectivas de trabajo que se firmaban, precisamente, en ese distrito. Es posible que del mismo modo informal se haya comenzado a utilizar el nombre de Federación. De todas maneras, no hay ninguna duda acerca de que el 18 de septiembre de 1964 se firma el acta constitutiva de la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina, que estaría integrada por las respectivas Asociaciones y Federaciones de Capital Federal, provincias de Buenos Aires, San Luis, Chaco, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Entre Ríos, Noroeste Argentino que comprendía Tucumán, Salta, Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca y Jujuy y las ciudades de Corrientes y Rosario y su zona de influencia. No estamos en condiciones de especular si se trata de una refundación o del otorgamiento de bases jurídicas más firmes a una federación de hecho ya existente, aprovechando la significativa representatividad derivada del conjunto de regionales dispuestas a prestar su adhesión. Tampoco parece posible cuestionar que el verdadero núcleo de interés común en los primeros años fuera efectivamente la negociación de convenciones colectivas con el sindicato que representaba al personal. Estando los convenios con compañías de seguros a cargo de la COMRA, al igual que buena parte

de los que se firmaban en el nivel nacional con obras sociales y mutualidades, y su administración en manos de las filiales provinciales de la entidad gremial, los intereses comunes en los primeros años parecen reducirse efectivamente a ese ámbito.

De todos modos, uno de los objetivos inmediatos de la nueva confederación se vincula de manera directa con la contratación con obras sociales. Ya en la primera reunión del consejo directivo se resuelve solicitar a los distritos el envío de todos los antecedentes sobre aranceles «a los fines de estudiar la implantación de un arancel nacional». Poco después se incluye en el temario de la Primera Asamblea General Ordinaria la unificación de aranceles mínimos para obras sociales, «con las variantes zonales correspondientes y uniformidad de nomenclaturas, normas administrativas y de facturación». La unificación de aranceles permitiría firmar convenios en el orden nacional y al mismo tiempo desalentar a quienes pretendían «mercadear» con la calidad de la atención médica (24).

Otro tema que se plantea desde las primeras reuniones es la necesidad de delimitar claramente las jurisdicciones de la CONFELISA y la COMRA, de manera que la confederación empresaria reemplazara a la entidad gremial en las tratativas sobre aranceles sanatoriales. La iniciativa no es recibida con mucho entusiasmo en la COMRA. En el Consejo Federal reunido el 20 de agosto de 1966 se da lectura a una nota de la CONFELISA por la que solicita se reconozca su derecho a participar en la negociación de convenios nacionales con compañías de seguros en lo relacionado con costos de pensión y derechos sanatoriales, comprometiéndose en reciprocidad «a no incursionar en todas aquellas secciones que se relacionan con los honorarios médicos» (25). Las reticencias por parte de los dirigentes gremiales provenían, probablemente, del interés por no perder el control de una porción sustantiva del mercado de atención médica, pero también, y más específicamente, de experiencias anteriores con sanatorios de Capital Federal y Rosario, que formalizaban convenios cerrados con compañías de seguros, excluyendo al resto de los profesionales del aprovechamiento de esa fuente de trabajo. La toma de una decisión se demora, se produce un nuevo reclamo en 1967, y recién en 1969 se llega a un acuerdo de delimitación de las respectivas jurisdicciones, posiblemente por presión de las mismas compañías aseguradoras, ya que las opiniones en el Consejo Federal de la COMRA seguían siendo por lo menos ambiguas.

Las relaciones entre ambas confederaciones médicas continúan afectadas por tensiones intermitentes, no superadas tampoco en mayo de 1971 cuando realizan un Interconfederal en el que acuerdan el desarrollo de estrategias comunes. Entre las propuestas de futuro se plantea la posibilidad de fundar la Confederación de Entidades Prestadoras de Servicios Asistenciales (CEPSA), que habría incluido también a las confederaciones

odontológicas y bioquímicas y que nunca llegó a concretarse.

En última instancia y solo en última instancia las discrepancias pueden resumirse en pujas por el control de mercados que paulatinamente se van dirimiendo conforme a la relación de fuerzas presente en cada escenario provincial. En el nivel nacional se registra en algunos casos coincidencia de intereses, en ocasiones aprovechada por la CONFELISA para ampliar su espacio de intervención en determinadas áreas. Un ejemplo posible es el proporcionado por las divergencias con la cámara que nuclea a las entidades organizadoras de sistemas de prepago fuera de la órbita gremial, fuerte antagonista de la COMRA en estos años.

La cuestión se plantea en la CONFELISA en el momento en que la CIMAP, Cámara de Instituciones Médico Asistenciales Prepagas, se transforma en CIMARA, incorporando la representación de sus congéneres en escala nivel nacional. En la reunión de Consejo Directivo del 16 de octubre de 1971 el problema se analiza en términos similares a los utilizados por la entidad gremial. Se trata de un avance de las actividades de intermediación, que intentan penetrar en el mercado de atención a las obras sociales, firmando convenios para luego subcontratar médicos y establecimientos, «un proceder reñido con el espíritu y los intereses de los prestadores en su conjunto». Se decide en consecuencia enviar una nota a las filiales, señalándoles la incompatibilidad de la adhesión a la nueva entidad de los sanatorios integrados a la CONFELISA a través de su representación, y se menciona la posibilidad de acordar un comunicado conjunto con la Confederación Médica (26).

El tema se discute en asamblea un mes más tarde, y se concluye afirmando lo que se podría denominar como una reserva de mercado: «los sistemas de prepago deben ser organizados y dirigidos por los profesionales del arte de curar y entidades sanatoriales, a través de sus entidades representativas» (27). El resultado parece claro: el exclusivo control reivindicado por el gremio pasa a ser compartido, para su esfera específica, con la corporación empresaria.

En otras ocasiones, sus estrategias de mercado dirigidas a competir con los sanatorios de Capital Federal renuentes a integrar sus filas la llevan a enfrentamientos con la COMRA. A comienzos de 1971, por ejemplo, firma convenios de atención integral con las Secretarías de Estado de Agricultura y Ganadería y de Industria y Comercio. Es muy probable que esta política tuviera como objetivo apropiarse de un segmento de mercado habitualmente controlado por algunos grandes sanatorios de la Capital Federal, no integrados a sus filas, y que acostumbraban a suscribir este tipo de convenio cerrado con diferentes instituciones de previsión.

El hecho provoca la alarma de la COMRA, que lo considera un ilegítimo avance sobre sus prerrogativas. La resolución suscripta por el Consejo Federal que analizó el problema es casi una declaración de guerra:



1º. Ratificar que los organismos médico gremiales [...] son los únicos, exclusivos y naturales representantes de los médicos en todo lo referente a contrataciones, convenios, nomencladores, aranceles y toda otra documentación propia de la atención médica, bajo adecuado contralor. El médico es el único técnico capacitado para la evaluación del ámbito, de los equipos y del instrumental especializado, y por consiguiente queda bajo su responsabilidad establecer las normas y condiciones mínimas que debe requerir la realización de cada acto profesional y la determinación del costo que ellos implican a través de sus entidades representativas [...]

4º Los médicos que integren directorios o que sean propietarios o representantes legales de organizaciones de carácter sanatorial u hospitalario privado, están obligados a cumplir estrictamente con las normas y directivas emanadas de las entidades médico-gremiales.[...] quedan obligados a acatar y defender las decisiones de la Confederación Médica y sus filiales en todas las tratativas relacionadas con la suscripción de convenios y normas de trabajo.

5º. Todas las facturaciones originadas por esas prestaciones, deben ser procesadas y liquidadas exclusivamente a través de las entidades médico-gremiales y ninguna otra entidad podrá gestionar o realizar cobros originados en servicios por actos médicos (28).

De todos modos, no había peligro de derramamiento de sangre. Dada la debilidad de la COMRA en Capital Federal, y el muy escaso desarrollo de la modalidad de convenios en ese ámbito, aun cuando entablara una guerra solo podría utilizar en la contienda armamento meramente declarativo.

El otro gran capítulo de interés para empezar a reconstruir la identidad de este nuevo actor en el escenario de la atención médica es el relativo a su vinculación con el Estado. La escasa información a la que hemos tenido acceso señala que esa relación fue, al menos en sus orígenes, poco conflictiva.

Cuando comienza a dirimirse la cuestión de la contratación con obras sociales la CONFELISA tenía, al parecer, una buena relación con el Consejo Coordinador de Obras Sociales, recientemente organizado. Cuando se promulga la ley 17.230, que crea la Comisión Nacional de Obras Sociales y Mutualidades, con el objetivo de intervenir en la regulación de los contratos prestacionales, el Consejo Directivo eleva una nota al Ministerio de Bienestar Social solicitando formar parte de la comisión de concertación y tener intervención en toda otra instancia relacionada con el tema. Al año siguiente también participará de la comisión organizada para considerar posibles reformas a la ley 17.850, conocida como Comisión Nacional de Mutualidades y Obras Sociales. En 1969 decide participar en la Comisión Consultiva Permanente organizada en función de la discusión de la ley 18.483, a pesar de que la COMRA había rechazado la posibi-

lidad de integrarse a raíz de un conflicto abierto con el Ministerio.

Esta mejor disposición para las tratativas con un aparato estatal que pretendía intervenir en la regulación de un sistema hasta ese momento autónomo deriva, según nuestra hipótesis, de una actitud más abierta hacia la práctica de la concertación. Mientras la posibilidad de reconocer a un tercero injerencia en la regulación de honorarios profesionales se convertía en agravante vulneración de principios para el sector más tradicional de los profesionales, las entidades sanatoriales, actuando con criterio empresario, no sentían afectadas sus prerrogativas cuando debían entrar en una negociación. Por la misma condición, posiblemente, consiguen controlar buena parte de la oferta de manera relativamente rápida y el gran crecimiento de la demanda contemporáneo a los años setenta desestimula tentativas individuales de saltar el cerco.

El reclamo más significativo presentado ante el Estado es el relacionado con la necesidad de que «modere o detenga el afán intervencionista en materia asistencial». Pero aun esta demanda tiene límites claros: «El Estado no debe convertirse en empresario competidor de la empresa privada». Por el contrario, la defensa de la salud de la población debe encararse con el mismo celo con que se asume la defensa territorial. Las instituciones privadas de asistencia médica se reconocen en condiciones de poder brindar «una verdadera solución social» al problema de la salud. Para ello están dispuestas a modernizarse y adecuarse a las condiciones económicas y técnicas del momento. Pero el Estado debe contribuir con ese esfuerzo, descargándose de «pesadas y onerosas tareas» y dedicando en cambio sus recursos a facilitar préstamos destinados a construcciones, ampliaciones, adquisición de material, instrumental o aparatos, a la vez que librar de cargas impositivas y derechos aduaneros los elementos destinados a la asistencia médica (29).

En tal sentido, la CONFELISA propone su colaboración activa para el logro de los objetivos del plan nacional de desarrollo y seguridad para 1971-1975, que consignaba la necesidad de promover y facilitar los planes del sector salud dentro del subsector privado. Alentada por la buena disposición del Ejecutivo, gestiona una línea de créditos preferencial otorgada por el Banco de la Nación Argentina que es resuelta favorablemente. La CONFELISA también considera positiva su participación en la Comisión Permanente Ley 18.912, radicada en la Secretaría de Salud Pública. Entre los beneficios obtenidos se menciona en particular la participación en la regulación de los «requisitos mínimos», que debían acreditar las instituciones sanatoriales para ingresar en la contratación con obras sociales, y la negociación de mejoras arancelarias. Más adelante, la aprobación del Nomenclador Nacional de Prestaciones se realizará mediante la adopción del Libro Rosa, instrumento elaborado por la FECLIBA.

Esa buena disposición frente a la regulación estatal del sistema no

impide que la entidad se sienta también afectada por las medidas tomadas por el ministro Manrique, como veremos en el próximo capítulo.

### **La Confederación General del Trabajo como representante y vocero de las obras sociales**

No es posible pensar a las obras sociales como un conjunto dotado de identidad y capaz de desarrollar una propuesta propia para la reorganización del sistema de servicios. No es posible, por consiguiente, caracterizar a las obras sociales como un actor significativo en el interior del conflicto que intentamos abordar.

No tenemos registro de una representación unificada de las obras sociales anterior a mediados de los años sesenta. La imagen que proyecta la escasa documentación disponible es la de un conjunto heterogéneo, donde se dibujan algunas individualidades fuertes, que no alcanzan a desarrollar una estrategia de conjunto para oponer al avance de las entidades gremiales médicas en lo relacionado con la contratación de las prestaciones.

En la información relevada a menudo aparecen menciones a demandas o resistencias protagonizadas por obras sociales, mutualidades, o alguna institución que nuclea a unas u otras, pero siempre se trata de episodios que se agotan en la esfera local. A comienzos de la década de 1960 se mencionan conflictos o reclamos de este tipo en Entre Ríos, Chaco, Provincia de Buenos Aires, y Santa Fe. En todos los casos el conflicto ha supuesto la intervención de algún sindicato o de la CGT local.

Podemos seguir con algún detalle uno de esos conflictos, relativamente prolongado en el tiempo y radicado en la provincia de Santa Fe, que muestra con relativa claridad que los avances de la modalidad de contratación con intervención de las entidades gremiales, libre elección del médico y pago por prestación, y, más en particular, la facultad otorgada por ley a los colegios profesionales para regular los aranceles mínimos, reconocidos como conquistas gremiales médicas y reivindicados como modalidades óptimas para garantizar una adecuada relación médico-paciente, no se lograron sin resistencias de la contraparte.

En Santa Fe la memoria del conflicto se remonta a comienzos de los años sesenta y tiene como primera protagonista a la Federación de Entidades Mutualistas de Rosario. El eje del cuestionamiento se vincula con la facultad del Colegio Médico de regular los aranceles profesionales. Llevada la cuestión ante el Congreso de la Federación Argentina de Mutualidades reunido en Mendoza en julio de 1962, se aprueba una resolución orientada a solicitar ante el Poder Ejecutivo Nacional la derogación de las leyes de colegiación.

En forma simultánea se produce un movimiento de opinión genera-

do por la CGT local. Entre las demandas reivindicadas por un paro general de actividades dispuesto en febrero de 1962 se ubica la «defensa de las instituciones asistenciales de los trabajadores, asfixiadas y en vías de aniquilamiento por la desconsideración y abuso de las corporaciones médicas y afines» (30).

En agosto de ese mismo año otra entidad, la Comisión Intergremial de Defensa de las Obras Sociales de Salud Pública, presentó al ministro del área un memorial en el que alegaba la inconstitucionalidad de la ley provincial de colegiación, señalándola como «un privilegio legislado por y para médicos, bioquímicos y dentistas». En enero de 1964 la Federación de Entidades Mutualistas de Rosario y 2da. Circunscripción solicitan la reforma de dicha ley a los presidentes de bloques de ambas cámaras legislativas. Se adjudica a la ley el otorgamiento de potestades de carácter privilegiado, ya que los colegios serían «las únicas organizaciones que fijan precios mínimos por su trabajo». Se solicita por consiguiente, en tanto «atentatorias contra las normas constitucionales que reglan la libertad de contratar» la derogación de las disposiciones del inciso 8º de la ley 3.950, que autoriza a los colegios a establecer los aranceles para la práctica profesional y el inciso g) del artículo 30 del Código de Ética, que consideran violatorio del «libre juego de la oferta y la demanda» (31).

Por último, en 1965, cuando se produce la caducidad del convenio firmado por las entidades mutualistas con la Asociación Médica, se desencadena un nuevo conflicto que se desarrolla en numerosos escenarios: las instituciones signatarias, cuyo enfrentamiento impide la formalización del nuevo convenio, la Legislatura provincial, donde se reiteran pedidos de reforma de la legislación respectiva, y la opinión pública, conmovida por una campaña llevada adelante a través de la prensa, revistas sindicales o mutuales, volantes, afiches murales, etcétera.

Mientras estas cuestiones se debatían en la zona sur de la provincia, en la ciudad de Santa Fe se constituye la Comisión Coordinadora de Obras Sociales y Mutualidades, que se da como objetivo atender la economía de estas entidades asistenciales afectadas por los excesivos aumentos de aranceles profesionales y los costos de los medicamentos (32). El conflicto se cierra, solo momentáneamente, con el arbitraje del vicegobernador, Dr. Eugenio Malaponte, y el nuevo convenio es homologado en abril de 1966.

Un año más tarde, en mayo de 1967, la preocupación de la Federación de Entidades Mutualistas se dirige hacia el proyecto de seguro de salud que se está discutiendo en el ámbito provincial. Primera objeción: la conformación de la comisión encargada de estudiar la propuesta que, conforme a su lectura, reúne a cinco médicos y solo un mutualista. Los primeros, representantes de los colegios y de la Federación Médica defenderán «los intereses pecuniarios del gremio que les ha otorgado su representación», mientras el representante mutualista, en franca minoría, sería el

único dispuesto a tener en cuenta los intereses de los mutualizados.

También habría representación empresaria, pero en este caso se carece de «títulos experimentales habilitantes». En razón de la función que desempeñan en el interior de la comunidad, los empresarios no estarían en condiciones de considerar los problemas en debate, cuya «esencia específica» es médico-asistencial.

Para opinar sobre el seguro de salud, catalogado por la Federación como «espinoso asunto», es necesario conocer «el vericuetto de los aranceles que a su arbitrio sancionan y manejan los señores profesionales» y «lo abusivo de los precios de los medicamentos». Esta sencilla fórmula sintetiza los temas conflictivos que pondrán sobre el tapete las organizaciones que toman a su cargo la financiación de las prestaciones: aranceles y medicamentos parecen haberse convertido en obstáculos insuperables para la efectivización de su responsabilidad de garantizar la atención médica de sus beneficiarios.

El documento de la Federación es muy duro, y vale la pena conocerlo porque refleja en cierta medida el particularismo en la defensa de reivindicaciones que podrían pensarse como propias del interés general, y la desconfianza ante la capacidad reguladora del Estado, que constituyen la nota predominante en la percepción del problema por parte de estas entidades.

La Federación, en primer lugar, se presenta: reúne a 68 mutuales que cuentan con 102.510 asociados. Habla con la «autoridad moral» y la «independencia de criterio» que le otorga su carácter de representante de Entes «NO LUCRATIVOS» (mayúsculas en el original), que durante más de cien años, sin subvenciones del Estado, lo ha reemplazado en gran parte en su función tutelar de la salud de la población.

Si se lleva a la práctica el proyecto de seguro de salud, que ha sido elaborado con el casi exclusivo asesoramiento de los profesionales del arte de curar, supondrá la incorporación obligatoria de todos los habitantes, y «producirá simultáneamente la extinción de todas las mutuales». El sistema asistencial quedará por consiguiente al arbitrio de los profesionales y carecerá del mecanismo de control que asegura la organización mutual y su experiencia práctica, única en condiciones de poner coto a la «discrecionalidad permitida por la frondosa nomenclatura» incorporada a la regulación de aranceles. «No sería prejuzgar, sino prever, que liberados de los controles que ahora ejercen en alguna medida las mutuales y entes asimilados, podría ocurrir que algunos profesionales hicieran uso generoso de las franquicias arancelarias». El círculo del particularismo se cierra con la desconfianza ante la capacidad reguladora del Estado, para objetar todo avance hacia una organización que recupere la racionalidad integradora del sistema, supuestamente reclamada por todos (33).

También la CGT regional se retira de la comisión de estudio del

seguro de enfermedad utilizando argumentos similares. La organización obrera considera, en efecto, que los intereses del pueblo santafesino se verán seriamente comprometidos si se organiza el seguro sin haber establecido previamente un «método justo» para la determinación del precio de la asistencia a prestarse (34).

Si nos remitimos al nivel nacional, la coordinación de intereses de las obras sociales y mutualidades se desarrolla de manera tardía y francamente débil. Un informe del CONADE fechado en 1965 habla de la conformación de un consejo coordinador de obras sociales, estimulada por los problemas generados en la relación con instituciones médicas, en función del interés por «ofrecer un frente unido» en materia de negociación de aranceles, control de prestaciones, etc. Sin embargo, se señala, solo existe «de hecho», sin bases legales de sustentación, de modo que sus decisiones no tienen efecto obligatorio para las instituciones que lo constituyen (35).

Las obras y servicios sociales provinciales y municipales, deciden constituir su consejo coordinador en un Primer Congreso que las reúne en Salta en septiembre de 1968. Entre las funciones que se le adjudican se mencionan las de estudiar la unificación de métodos y procedimientos relacionados con las prestaciones existentes en cada provincia y concretar su participación en negociaciones colectivas. Se realizaban también, contemporáneamente, reuniones de orden más general, sobre las que no hemos logrado información sustantiva. En septiembre de 1969 recogemos versiones relacionadas con la realización del Tercer Congreso de Obras Sociales y Mutualidades, también convocado en la ciudad de Salta.

#### *La constitución de la CGT como actor significativo en el interior del sector salud*

Con este panorama, esbozado en términos generales, y la presencia de las CGT regionales respaldando ocasionalmente a algunas entidades en conflicto con el gremialismo médico, restaría solo considerar las condiciones particulares de vinculación entre Estado y sindicatos a fines de los años sesenta para empezar a comprender el papel protagónico que tomará la conducción nacional de la CGT en las alternativas políticas que se suceden a raíz de la regulación del sistema de obras sociales.

La historiografía más reciente ubica en torno al comienzo de los años sesenta un cambio de verdadera significación en los contenidos reivindicativos del movimiento sindical y en la misma organización de la central obrera y sus filiales. En el transcurso del gobierno frondizista se verificará el debilitamiento de las corrientes más combativas, reconocidas como parte de la «resistencia peronista» y la afirmación de una perspectiva ideológica de corte integracionista.

El balance de las luchas libradas por el sindicalismo peronista a lo

largo de 1958 y 1959 obliga a diferenciar matices: el retroceso de la regulación salarial y de las condiciones de trabajo se ve relativamente compensado por los logros obtenidos en la consolidación de la CGT como entidad fundamentalmente peronista y por el fracaso de las tentativas de promover un esquema multisindical de negociación de convenciones colectivas. La sanción de la ley 14.455 de Asociaciones Profesionales restablece el sistema propio de la legislación peronista, con el reconocimiento de un solo sindicato por rama de actividad y la exclusión del derecho de las minorías a estar representadas en la conducción de tales organismos.

Aunque la nueva legislación asignaba al Estado la supervisión de la actividad de los sindicatos, también garantizaba la existencia de un sistema sindical centralizado y dotado de derechos en la negociación de condiciones de trabajo. Al mismo tiempo, mediante el cobro de aportes obligatorios, proporcionaba la base financiera para la reconstitución de un poderoso aparato gremial como el que había existido bajo la presidencia de Perón (36).

Estos avances en el reconocimiento de un poder sindical ideológicamente identificado con la causa peronista se ven acompañados de un debilitamiento en las prácticas democráticas internas, concretado en un control cada vez más estricto de los dirigentes sobre las bases y una tolerancia cada vez menor frente a la posibilidad del disenso. El fortalecimiento de la centralización y la burocratización, y la aceptación más o menos generalizada de conductas que podrían caracterizarse como corruptas, darán la tónica futura del movimiento sindical.

De interés específico para nuestro tema es el proceso, señalado por James, que significará un retroceso cierto en el control obrero de las condiciones de producción. Bajo el imperativo de suprimir cláusulas que representaban «obstáculos a la productividad», se impondrán pautas de racionalización e incentivos que supondrán un recorte cierto al poder detentado anteriormente por las comisiones de planta. La hipótesis de James es que se produce una especie de «canje» que terminará afirmando el proceso centralizador de consolidación del poder de la burocracia.

A cambio del control de las comisiones internas y la aceptación de la racionalización, los líderes gremiales obtenían beneficios concretos. Uno de ellos, importante sin duda, fue el reconocimiento formal de la función del gremialismo «responsable». También se produjo un incremento en los beneficios de carácter social: los beneficios por maternidad, asignaciones familiares, licencias por casamiento, asignaciones por antigüedad, congelados desde comienzos de los años cincuenta, fueron actualizados. Los sindicatos vieron además reforzados sus recursos financieros a partir de la generalización de los descuentos automáticos.

Esto se vincula con un elemento considerado decisivo en la ideolo-

gía sindical peronista: el supuesto, compartido por dirigentes y bases, que consideraba que la función del gremio iba más allá de la negociación de salarios. En el período 1962-1966 se advierte una tendencia a destacar la función social de los sindicatos. Los organizaciones obreras se proyectan como entidades de servicio que proporcionan a sus miembros toda una gama de beneficios sociales.

En octubre de 1963, en parte como respuesta a una iniciativa del gobierno de Illia tendiente a verificar «el uso y destino de los dineros sindicales», la CGT organiza una exposición fotográfica en la que serán exhibidas todas las obras patrocinadas por sindicatos: cooperativas, farmacias, policlínicas, consultorios, hoteles, viviendas, sedes sociales, campos de recreo, clubes, etc. Se trata, según las palabras de uno de sus comunicados, de mostrar que las organizaciones gremiales «alimentaban la verdadera obra social, que el gobierno había abandonado desde hacía rato y muchas entidades patronales combatían» (37).

Un año más tarde, en las páginas del mismo Boletín se explicita la doctrina señalada por James en un artículo titulado «Sindicalismo múltiple. Para lograr el objetivo debemos trabajar». En él se reivindica, como parte de la actividad sindical, lo que se denomina «revolución pacífica», lograda «mediante el campo evolutivo, es decir, mediante la concreción de obras sociales». Agregando a continuación: «Las obras sociales que cristalice un sindicato constituirán el mejor contenido doctrinario de su prédica» (38). Como vemos, se va conformando el clima ideológico que llevará a la CGT a incorporar en su agenda de prioridades la conservación de las Obras Sociales aquí con mayúscula, para dar cuenta del específico referente institucional que los sindicatos habían organizado para proporcionar atención médica a sus afiliados.

Un segundo componente ideológico apto para comprender la constitución de la CGT como actor social interesado en acordar con el Estado el futuro de los servicios de salud es el llamado «integracionismo», propio de la concepción peronista, pero que adquirirá particular relieve en estos años. La defensa de un desarrollo basado en el consenso de clases y en la regulación de la actividad del capital por parte del Estado como garantía de la eliminación de sus aristas explotadoras y deshumanizantes, se afirma en la conciencia gremial facilitando, además, su contacto con militares y funcionarios defensores de similar doctrina.

La oposición a la lógica negociadora del integracionismo se había basado en el conjunto de valores que nutrió la resistencia ante las políticas de Aramburu y de Frondizi. La línea intransigente de la militancia gremial peronista había asociado su repulsa ante el compromiso con componentes de carácter ético y virtudes entre las que predominaban el valor personal y la lealtad (39). A medida que su presencia a nivel de la conducción se debilita, y comienzan a sentirse las consecuencias de las derrotas



sufridas, el integracionismo, el pragmatismo, la negociación, comienzan a ganar hegemonía en las filas sindicales.

El problema tiene otros componentes y se vincula con la fuerte dependencia de las decisiones tomadas desde el aparato estatal, con el papel político que pretendía desempeñar el sindicalismo por encima de su responsabilidad específica, con las consecuencias de la proscripción del peronismo, el debilitamiento de su rama política y la capacidad aglutinadora de sus reivindicaciones que demostró en estos años la dirigencia sindical. Todo ello excede francamente nuestros objetivos. Solo quisiéramos retener aquí dos elementos, extraídos también de la obra de James.

En primer lugar, lo que este analista llama las «ilusiones neocorporativistas», reconocidas en el pensamiento José Alonso, secretario general de la CGT a partir de su reorganización en 1963. La CGT se propone, en los principales documentos publicados en esos años, como entidad técnicamente idónea para colaborar en el «cambio de estructuras» que aseguraría desarrollo económico con justicia social, en condiciones «de discutir responsable y científicamente el futuro de la Nación» (40). Esa caracterización de su competencia se contrapone al vacío que, en su opinión, caracteriza al sistema político argentino, en el que no existen partidos políticos que puedan aducir verdadera representatividad. La postura supone un cuestionamiento, más allá de la coyuntura, a la eficacia específica de las formas representativas propias del liberalismo político. La combinación particular de corporativismo y tecnocratismo y el desdén manifiesto por la dinámica político-partidaria acerca en el terreno ideológico a los dirigentes cegetistas y a la tecnoburocracia que caracteriza al aparato estatal del onganiato, pero no solo a ellos; también incluye en el campo de referentes comunes al discurso dominante en la corporación médica.

El otro elemento señalado por James hace referencia a las raíces ideológicas de esa perspectiva corporativista, que en una primera aproximación, excesivamente simplificadora, podría remitirse a la influencia del fascismo europeo en la conformación de la identidad peronista. Sin embargo, el mencionado autor propone una interpretación alternativa que puede resultar útil para nuestra caracterización de la alianza que consagra el tinte corporativo que asumirá la negociación en el interior del sector: en su opinión pueden pensarse en la influencia de los ideólogos comunitarios social-católicos, de indudable resonancia también en algún sector del sanitarismo médico.

#### *Las reivindicaciones específicas*

La preocupación de la CGT por las condiciones particulares de la negociación de convenios con las obras sociales es relativamente temprana, pero se presenta en forma esporádica, de manera tal que no autoriza a pensar que constituye una cuestión relevante en su plataforma de lucha.

Encontramos la primera referencia al problema en las discusiones de un consejo federal de la COMRA, reunido el 12 de agosto de 1961. La CGT habría publicado un comunicado en el que expresaba una serie de cuestiones cuya solución se reclamaría al gobierno, entre ellas su rechazo al sistema de libre elección y pago arancelario para las prestaciones de las obras sociales y mutuales sindicales. Posteriormente el reclamo se concreta ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se convoca a una reunión con representantes de la COMRA, de la que se recogen alternativas «por instantes violentas», expresiones desfavorables para los médicos por parte de los dirigentes obreros, y la reiteración de los argumentos de cada parte, sin que pudiera llegarse a vislumbrar una posibilidad de diálogo. Los argumentos utilizados para fundamentar el rechazo del sistema eran relativamente directos: «su elevado costo significaría la quiebra total y a breve plazo de todas las mutualidades y obras sociales de los sindicatos» (41).

La preocupación vinculada a temas relacionados con la atención médica sigue apareciendo esporádicamente en los comunicados cegetistas. La cuestión a la que se adjudica mayor importancia si se acepta como indicador la frecuencia y extensión de las menciones es la vinculada con posibles amenazas a la supervivencia de las farmacias mutuales y sindicales. También preocupa a la central obrera hacia 1963 la posibilidad de implementación de arancelamiento en los hospitales y la atribución conferida a organismos médicos por determinadas legislaciones provinciales que los habilita para establecer la política arancelaria aplicable a obras sociales y mutualidades (42). Poco más tarde, la Secretaría de Previsión Social de la CGT manifiesta su disposición a asesorar a las entidades miembros con vistas a la implantación de servicios asistenciales (43).

Cuando afirmamos que el problema de la organización y financiación de los servicios de salud no constituye una cuestión relevante en la plataforma de lucha de la CGT en estos años, estamos pensando, por ejemplo, en el listado de reivindicaciones que se plantea en ocasión de medidas de fuerza. Cuando se decide el paro general realizado el 31 de mayo de 1963 se señala un conjunto de demandas, condensado en un «Programa mínimo de realizaciones inmediatas» que, aunque contiene cuestiones que podrían ser consideradas como de orden social extrasindical tales como la jerarquización de la enseñanza pública y un plan de construcción de viviendas populares no incorpora ninguna mención a la problemática que nos ocupa.

Solo cuando se diseña la segunda etapa del plan de lucha puesto en marcha durante ese año, figura en último término entre las «medidas mediatas» la reforma integral de los sistemas educacionales, de salubridad y seguridad social. Nuevamente, en diciembre de ese mismo año, tenemos oportunidad de registrar la agenda de prioridades de la dirigencia

cegetista en ocasión de una visita al Congreso Nacional, durante la cual se discuten diferentes cuestiones con el presidente de la Cámara de Diputados y los presidentes de bloques y se presentan proyectos de ley. Las cuestiones problematizadas son en este caso: salario mínimo vital y móvil, precios máximos a artículos de primera necesidad, derogación de leyes represivas, ley de amnistía, jubilados, y lo que se denomina Caso Felipe Vallese (44).

Las preocupaciones específicas vinculadas con la atención médica, los aranceles profesionales y las farmacias sindicales reaparecen a cargo de los secretarios Gremial y de Previsión que entrevistan al ministro de Acción Social de la Provincia de Buenos Aires y al ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación en diciembre de 1963 y febrero de 1964, respectivamente. La cuestión sigue planteándose en estos términos, de un modo que podría considerarse «en tono menor» –que sufre un corte relativamente episódico a raíz de la participación de la CGT en la discusión de las leyes de medicamentos– hasta fines de los años sesenta, en los prolegómenos de la sanción de la ley 18.610.

En diciembre de 1969 la Comisión Nacional Reorganizadora y Normalizadora de la CGT remite a sus filiales una circular en la que informa sobre la entrevista mantenida con el presidente de la Nación el día 4 de ese mismo mes. Los puntos expuestos en la ocasión se resumen en cinco ítems: 1) libertad de los compañeros detenidos, 2) actualización salarial, 3) obras sociales, 4) jubilaciones y pensiones, 5) normalización de los gremios.

En el memorándum entregado al presidente se explicita la alarma del movimiento sindical ante una campaña que consideran que ha sido organizada para crear confusión sobre los alcances y objetivos de las obras sociales sindicales con el fin de retirar a las organizaciones obreras el manejo de estas. En el texto parece deslizarse cierta reticencia ante el hecho que el proyecto de ley en consideración hubiera sido redactado en el Ministerio de Bienestar Social, reivindicándose explícitamente la jurisdicción radicada en trabajo. «A través de la Ley de Asociaciones Profesionales y sus disposiciones complementarias, así como a través de las facultades específicas de la Secretaría de Estado de Trabajo, el Estado cuenta con los medios para ejercer una adecuada promoción, fiscalización y control de las estructuras sindicales» (45).

El 10 de marzo de 1970 una nueva audiencia con el presidente permite dejar planteados «tres aspectos fundamentales del quehacer sindical»: salarios, obras sociales y previsión social. La falta de respuesta satisfactoria determina la convocatoria a un paro general que se realizará el 23 de abril. La cuestión se sigue considerando prioritaria en una entrevista sostenida con el presidente Levingston, estando la conducción de la CGT ya normalizada y la Secretaría General a cargo de José Rucci. En ese mo-

mento se encuentra ya aprobada la ley 18.610 y los dirigentes sindicales reclaman su reglamentación, manifestando su decidido apoyo al nuevo régimen legal.

### **La constitución como actores de diferentes segmentos del aparato estatal**

No es necesario fundamentar lo inadecuado de considerar al Estado o su aparato como un actor unívoco. La sociología política ha destinado buena parte de su producción a mostrar la fragmentación interna de las instituciones estatales en las sociedades contemporáneas –proceso que ha llegado a ser caracterizado como de «feudalización»– y los vínculos particulares que algunos organismos del Estado construyen con grupos o instituciones de la sociedad civil, de manera que estos por un lado se convierten en su clientela política, por el otro se benefician con las consecuencias de una manifiesta lógica de «privatización» del espacio y los recursos públicos. Este fenómeno, caracterizado por Fernando Henrique Cardoso con la feliz imagen referida a la existencia de anillos burocráticos, ha sido por demás evidente dentro del sector salud y ha fundamentado en parte los diagnósticos de ineficacia, ineficiencia y desigualdad en la aplicación de las políticas sectoriales.

Además, en nuestro país este fenómeno se vincula con las características más generales que asumió el sistema político, en un proceso que puede datarse a partir de los años treinta pero que se intensificó con la caída del peronismo a mediados de la década del cincuenta y las políticas de exclusión que le siguieron. Aquello que bajo las dos primeras presidencias de Perón podía haber sido caracterizado como corporativismo estatista, en el decenio de 1960 se convierte en pluralismo corporativo inestable, tal como ha sido definido por José Nun, o en parlamentarismo negro, conforme a la expresión de Marcelo Cavarozzi.

Los largos interregnos autoritarios, la expansión de las funciones del Poder Ejecutivo y el descrédito y la parálisis de la institución parlamentaria, contribuyen al fortalecimiento del modelo de relación entre Estado y sociedad civil. Para los grupos corporativos, dicho modelo torna más eficaz la negociación de sus intereses en el interior de un Ejecutivo complejo y fragmentado que el esfuerzo por compatibilizar sus demandas a través del sistema representativo.

Estas relaciones, tejidas entre organismos tecnoburocráticos portadores de una propuesta de organización para su área específica –que supone una particular distribución de poder en su interior y en consecuencia es política aunque por lo general se la defienda con argumentos de índole técnica–, y los núcleos de poder corporativo que actúan en la sociedad civil, son muy poco transparentes. De allí la dificultad de reconstruir las

alianzas y caracterizar como actor a la contraparte estatal de la relación. Si caracterizamos como actor social, político, institucional al grupo o institución portadores de un determinado proyecto político que les confiere su identidad específica, solo podremos señalar como tales a aquellos que nos proporcionan algún material que nos permita conocer los fundamentos ideológico-políticos de su actuación.

Todo esto es directamente aplicable al análisis de la actuación del Estado dentro del sector salud. Las dificultades de la tarea analítica, sin embargo, no invalidan nuestro compromiso de acercarnos al problema en la medida de lo posible y esbozar algunas hipótesis explicativas de esa dinámica.

#### *Regulación del sistema de obras sociales. Antecedentes*

El interés por ordenar y homogeneizar el régimen de contribuciones y beneficios de las instituciones que progresivamente se incluyeron bajo la denominación «obra social» aparece de manera esporádica a lo largo de los años en diferentes organismos del aparato estatal, generalmente con escaso o ningún resultado. La primera de estas tentativas que hemos registrado en el curso de nuestra indagación ha sido relatada con algún detalle en otro lugar (46). Se trata de la preocupación por las condiciones de dispersión predominantes en la cobertura médica del personal que prestaba servicios en los diferentes ministerios, localizada hacia 1950 en el Ministerio de Asuntos Técnicos. El centro de interés parece radicar en este caso en el déficit que registran y el encarecimiento progresivo de los servicios prestados.

Como consecuencia de la iniciativa se conforma el Grupo Coordinador de Obras Sociales, que designa una subcomisión médica para evaluar el problema y termina formulando dos proyectos de decreto y un proyecto de ley, que no llegan a sancionarse. Otras alternativas ordenadoras se suceden, transparentando de algún modo el conflicto de jurisdicciones que obstaculizaba la definición del organismo estatal que tendría a su cargo el trabajo de coordinación. A comienzos de 1954 esta función es asignada al Ministerio de Trabajo y Previsión y en noviembre de ese mismo año pasa a la jurisdicción de Asistencia Social y Salud Pública. En marzo de 1955 se integra una Comisión de Asesoramiento, que seguramente habrá visto interrumpida su labor por el golpe militar producido pocos meses después.

Posteriormente registramos otro intento ordenador que se expresa en el decreto 693 del 20 de enero de 1960, que crea una comisión especial con representantes del Ministerio de Economía, la Secretaría de Hacienda, los organismos gremiales reconocidos que actúen en el ámbito de la administración nacional y las tres obras sociales que agrupan el mayor número de afiliados, con el encargo específico de preparar un proyecto de ley para

ser elevado al Congreso de la Nación. La tarea se cumple y en los fundamentos del proyecto finalmente elaborado se reitera un diagnóstico sobre el funcionamiento de las obras sociales de la administración pública que ya comienza a parecer reiterativo: «Las divergencias existentes con respecto a la personería jurídica que invisten, así como la falta de un régimen regular de financiación, constituyen los principales factores que han enervado el cumplimiento de su función específica». En consecuencia, se sugiere: «establecer un régimen adecuado mediante la correspondiente sanción legal que defina la personalidad jurídica de aquellos organismos, contemple la participación de los afiliados en su dirección y permita la financiación y racionalización de los servicios sobre la base de un régimen uniforme» (47).

Sin embargo, el proyecto propuesto –que no será sancionado– poco hace por superar la fragmentación, incorporando tan solo algunos principios ordenadores: delimitación del régimen jurídico, sistema de gobierno, enumeración de las prestaciones comprendidas en el servicio médico asistencial, control de gestión en manos del Ministerio de Economía. En el decreto reglamentario se prevé la formación de una comisión asesora de institutos de obra social encargada de «coordinar las relaciones entre los institutos; evacuar las consultas que se sometan a la misma referentes a las normas de funcionamiento y prestación de servicios; asumir la representación de los mismos cuando las circunstancias especiales lo requieran; proponer al Poder Ejecutivo las medidas que considera convenientes a los fines específicamente perseguidos» todo ello, se aclara, «sin perjuicio de que cada instituto mantenga en un todo su individualidad jurídica y económica». (art. 64); agregándose poco más adelante: «La Comisión Asesora no tendrá carácter directivo ni ejecutivo, no podrá obligar por sí a los Institutos que la integran» (art. 67).

Poco después, en 1964, se dicta el decreto 5.781, que establece una contribución mínima a favor de las «Obras Sociales, Institutos o Servicios que hagan sus veces», por parte de sus beneficiarios, equivalente al 1% de todas las remuneraciones que no estuvieran gravadas por tal concepto. En octubre de ese mismo año, «considerando que la mejor programación del desarrollo nacional requiere el apropiado conocimiento de la estructura y funcionalidad de los organismos que actualmente operan en el campo de los Servicios Sociales de la Administración Pública Nacional», se encomienda al Consejo Nacional de Desarrollo un estudio de la estructura y cobertura de prestaciones y gastos de los organismos de obra social dependientes de dicha Administración (decreto 8.298/64) (48).

El estudio que realiza el CONADE es bastante exhaustivo y brinda un panorama que muestra con claridad las deficiencias y la básica heterogeneidad de condiciones que caracterizan a las instituciones del sistema. En función de nuestros objetivos solo queremos rescatar *in extenso* sus

conclusiones y recomendaciones que, consideramos, hablan por sí solas:

Las instituciones de Obra Social presentan diversidad de regímenes que permiten en algunos casos que el volumen y estructura de las prestaciones alcance amplia cobertura mientras en otras son sumamente limitadas, independientemente del esfuerzo personal que significa el aporte de las cuotas de afiliación y pago de aranceles.

El Estado realiza un muy limitado control de la eficiencia de los gastos y de los rendimientos obtenidos.

La falta de presupuestos programáticos y balances analíticos impide establecer una clasificación de los gastos del sistema de acuerdo a su uso económico y funcional.

Del estudio de las memorias anuales no surge una posibilidad de conocer la distribución espacial de los recursos físicos y humanos disponibles ni realizar una descripción idónea de las prestaciones sociales en general y de las de atención médica en particular.

Las prestaciones no aparecen bien definidas ni ponderadas según su importancia medida en costos y tiempo útil que demanda, quedando encubiertas bajo una denominación global de «total de atenciones». Esta falta de información, originada en la casi total carencia de Departamentos o unidades de estadísticas sanitarias, impide realizar el estudio de las funciones de producción de servicios y costos unitarios de las prestaciones.

Existe en general [...] a nivel de funcionarios de alta responsabilidad en la decisión, un insuficiente conocimiento de las técnicas de programación y evaluación y de las posibilidades de mejorar rendimientos a través de adecuado asesoramiento técnico.

Las recomendaciones son igualmente transparentes:

Definir claramente la función que deberán desempeñar las Obras y Servicios Sociales estatales y paraestatales dentro del marco general de la política nacional en materia de Bienestar Social.

Fundamentar esta política instrumental de redistribución de ingresos en los principios de bien común y solidaridad social implícitos en el moderno concepto de la Seguridad Social.

Asegurar el ejercicio de los beneficios instituidos dentro de un sistema coherente y homogéneo, a través de una estructura técnico administrativa de alto grado de eficiencia.

Integrar los diferentes organismos responsables en un plan de trabajo orientado a homogeneizar la diversidad de regímenes existentes y de beneficios otorgados, como etapa previa a una racional utilización de los recursos disponibles en el actual sistema.

Establecer a tales efectos una efectiva y real coordinación al más alto nivel de decisión tendiente a:

- a) Elaborar un diagnóstico institucional de las obras y servicios sociales del sector público.

- b) Determinar las actividades que deberán ejercer estas instituciones.
- c) Definir las unidades operativas correspondientes a cada una de estas actividades.
- d) Implementar un sistema unificado de rendición, elaboración y análisis de informaciones estadísticas.
- e) Establecer una metodología para la evaluación cuali y cuantitativa de las actividades y de sus costos por unidades de prestación.
- f) Promover investigaciones socioeconómicas orientadas a integrar ciertas prestaciones dentro de un sistema de seguridad social» (49).

La línea de abordaje del problema se inscribe directamente en los parámetros de la planificación normativa. Se trata de definir una función de trascendencia social, asegurar su cumplimiento sobre principios de bien común, organizar un sistema coherente y homogéneo, y asegurar una estructura técnico-administrativa de alto grado de eficiencia.

El aparato estatal se define como radicalmente separado de la sociedad a la que debe dotar de instrumentos ordenadores. Sus organismos, provistos de un arsenal técnico adecuado para operar sobre información científicamente validada, están en condiciones de hacerse cargo del bienestar general por encima de conflictos de intereses que ni siquiera son tomados en consideración. El diagnóstico no incluye las raíces políticas del problema, y si lo hace, es para desdeñarlas como fuente de irracionalidad, anarquía y despilfarro. Esta vertiente técnico-burocrática, inserta en los organismos estatales de salud, tendrá vigencia a lo largo de décadas, fortalecida en los momentos de relativa inacción, conmovida cuando se trata de operar sobre una realidad que se muestra básicamente rebelde a su normalización.

#### *La intervención «paternalista» de la Revolución Argentina*

La irrupción del golpe de Onganía en el panorama político argentino y la construcción de su proyecto de integración social ha sido descrita por Guillermo O'Donnell en términos que se adecuan perfectamente a nuestro intento de caracterizar las orientaciones de la intervención estatal en el área de salud:

La sociedad tenía que ser integrada y «ensamblada» con un Estado que sería transformado en un «eficiente» conjunto de instituciones. Para ello era indispensable realizar una vasta tarea de «ordenamiento» que, junto con los frutos del crecimiento económico, permitiría, primero, distribuir más equitativamente bienes y oportunidades y, más tarde preparando su desemboque en un sistema estable y legitimado la reaparición de la «actividad política» y de la «democracia representativa» (50).



[...] el orden a instaurar era integración social, unidad espiritual y supresión de toda causa auténtica de conflicto. Estado y sociedad son una comunidad orgánica, en la que cada miembro, y los sectores en los que se integra, debe cumplir funciones que concurren armónicamente al bien del todo, incluso de aquellos que, menos favorecidos, merecen la preocupación de la «élite» para, cuando haya recursos suficientes, hacerles justicia. Nada podría oponerse a esto, salvo un injustificable egoísmo aferrado a intereses sectoriales. Esta visión puede ser dura cuando se trata de remover los obstáculos para llegar a la «integración». Las manifestaciones de «desorden» y «falta de cohesión», así como elecciones, partidos políticos, huelgas y diversas formas de «indisciplina» y «egoísmos sectoriales», tienen que ser suprimidos para lograr lo principal, la «cohesión espiritual» que surge de la búsqueda del bien común y de la aceptación de cada uno del lugar que le toca (51).

La intervención sobre el sistema de obras sociales tenía que conformar un objetivo insoslayable para ese proyecto: tocaba un área de sensible interés social, había sido reiteradamente objeto de un diagnóstico generalizado de fragmentación, desigualdad y despilfarro de recursos, amenazaba quedar en manos de un sector en condiciones de imponer al conjunto las reivindicaciones dictadas por su interés corporativo. Las primeras medidas se orientan a conformar un nuevo diagnóstico del conjunto de obras y servicios sociales y a renglón seguido se intentará ordenar el sistema de contratación de las prestaciones de atención médica.

La Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales fue creada por el Poder Ejecutivo, mediante la ley nº 17.230 del 6 de abril de 1967. Los objetivos eran semejantes a los que guiaron las anteriores tentativas:

- a) Determinar el papel de las obras y servicios sociales estatales en la política general de bienestar social que se formule en los planes generales de gobierno.
- b) Coordinar las actividades de estos organismos para lograr un uso racional de los recursos existentes de acuerdo con las directivas del Plan de Ordenamiento y Transformación.
- c) Elaborar [...] un proyecto que permita integrar los actuales organismos y sus actividades dentro de un sistema coherente y homogéneo (52).

Paralelamente, el decreto 2.318/67 establece la Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales, que también pone en marcha un relevamiento de la materia bajo su jurisdicción. El objetivo sería obtener información básica global sobre las dimensiones y funcionamiento de dichas instituciones, «para poder elaborar conclusiones que orienten su función de ordenamiento y coordinación» (53).

Surgidas a raíz del mismo interés, radicadas en el mismo aparato de Estado y preocupadas por realidades de corte similar, las recomendaciones elaboradas por ambas comisiones, aunque fundamentadas en diagnósticos coincidentes, proponen pautas de acción significativamente diferentes. La Comisión creada por la ley 17.230 no deja de considerar el carácter conflictivo de una posible intervención sobre el sistema: «Las soluciones posibles para modificar las condiciones prevalentes», se afirma, «implican una compleja problemática caracterizada por serias reacciones al cambio». Considera, sin embargo que «la gravedad y evolución del proceso exigen la definición de una política» (54).

La solución propuesta consiste en integrar la cobertura del personal que reviste en la administración pública nacional, provincial y municipal, organismos autárquicos y descentralizados y empresas del Estado, los jubilados o pensionados del mismo sector y los familiares a cargo del personal activo y pasivo, en un sistema unificado, organizado con base en un ente autárquico, administrado con participación del Estado y los beneficiarios.

La Comisión Coordinadora de Obras y Servicios Sociales Sindicales, por su parte, examina la actividad de 368 obras y servicios sociales, organizadas por las asociaciones profesionales de trabajadores, que efectúan la prestación de servicios médico-asistenciales a más de tres millones y medio de habitantes. La comisión considera que tanto los servicios de atención médica que presta el Estado como los que atienden las entidades sindicales «requieren un mejoramiento en su organización y funcionamiento que permita satisfacer adecuadamente las necesidades sanitarias de la población del país». Si se considera con exclusividad el sector de servicios prestados por las obras sociales sindicales, es evidente la necesidad de superar en una primera etapa la falta de coordinación e integración de los servicios, para inmediatamente trazar los planes que aseguren su mejoramiento (55).

Se estima que el medio más apropiado sería la creación de un órgano con representación del Estado, de los trabajadores y de los empleadores contribuyentes, con atribuciones en los niveles de planificación y decisión. Dicho órgano debería tener facultades para fijar las normas de carácter técnico y administrativo, supervisar su cumplimiento, y coordinar el intercambio y complementación de los servicios. Hay un agregado que potencia la significación de la propuesta: el orden normativo que se establezca deberá prever los dispositivos que aseguren la provisión de los fondos necesarios para el cumplimiento integral de los programas que se proyecten.

Encontramos pues, de manera simultánea, en el mismo espacio estatal, dos propuestas divergentes de ordenamiento sectorial: a) la unificación en un solo régimen, siguiendo las pautas doctrinarias propias de los

esquemas de seguro, b) la coordinación de entidades que mantienen su individualidad patrimonial y jurídica, aceptando el *statu quo* derivado de las relaciones de poder precedentemente constituidas. En este segundo caso, la legitimidad de la intervención del Estado debe sustentarse en el ejercicio efectivo de su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud. La coexistencia de ambas perspectivas acumulará tensiones y complejidad adicional en el pretendido ordenamiento a llevar a cabo.

En lo relacionado con la regulación del sistema prestacional, el diagnóstico de intención ordenadora aparece explícito desde la sanción de la ley 17.850 del 9 de agosto de 1968, primer instrumento que congela los aranceles, tarifas y honorarios de las prestaciones médicas y paramédicas aplicados al sistema de obras sociales a los valores vigentes al 31 de diciembre de 1967, con un incremento de hasta el 15%. Aunque en los considerandos del decreto ley se mencionan en primer lugar las medidas generales tendientes a la estabilización de la economía, vinculando por consiguiente el congelamiento de honorarios con las política general de precios y salarios, en forma inmediata se entra en el verdadero nudo del problema.

Los convenios entre obras sociales y entidades médicas, adoptados como modalidad generalizada de la prestación de servicios «crean innumerables problemas administrativos» y producen «un consecuente encarecimiento de los costos y el deterioro de la eficiencia operativa». La falta de mecanismos que regulen dichas relaciones jurídicas «ha permitido que en la práctica las condiciones sean impuestas por una de las partes».

La relación entre profesionales y entidades financiadoras se basa en condiciones pactadas en forma de convenios colectivos. La particularidad de la situación es que las organizaciones profesionales, «ejerciendo un monopolio virtual y en algunos casos legal», desautorizan a sus afiliados para la realización de prestaciones con tarifas menores a las acordadas, bajo apercibimiento de sanciones disciplinarias previstas por sus propios estatutos.

Los objetivos a mediano plazo son también explicitados con claridad. La vinculación del problema con la legislación laboral de congelamiento de salarios y la grave situación generada para los beneficiarios de obras y servicios sociales ha justificado la aplicación de una medida de emergencia. Sin embargo, la «finalidad sustancial» de la ley es «sentar bases para encarar con permanencia y eficacia el problema de la salud [...] atendiendo a todos los intereses auténticos implicados en él».

Las normas jurídicas adecuadas, orientadas a ordenar el sistema, deberán prever: un nomenclador de prestaciones uniforme para todo el país, adecuada auditoría médica por parte de los organismos contratantes de servicios, aranceles uniformes con diferencias zonales conforme a las

reales necesidades del país y reajustables a través de indicadores socioeconómicos que aseguren la viabilidad de su financiamiento, normas de trabajo técnicas y administrativas uniformes, convenios tipos para cada una de las ramas profesionales y un sistema de conciliación obligatoria para los casos de conflicto.

El desafío planteado para la pretendida autonomía de control del ejercicio profesional médico era enorme y justificaba en consecuencia las dimensiones que alcanzaría el conflicto. La estrategia de intervención que se diseña en la Secretaría de Estado de Salud Pública y que tiene como conductores al secretario Holmberg y al subsecretario Mondet a su vez presidente de la Comisión Nacional de Obras Sociales y Mutualidades, creada por la ley 17.230, se inserta en los parámetros modernizantes de la planificación normativa y continúa su estilo de intervención.

A lo largo de tres años, el binomio intenta compatibilizar las encontradas demandas de obras sociales y prestadores, y fracasa rotundamente en sus intentos de reordenamiento del sistema y su utilización como herramienta de construcción de legitimidad política. Paralelamente, desde otro espacio del mismo Ministerio de Bienestar Social, un grupo de funcionarios iniciará los contactos con la dirigencia sindical que llevarán a la sanción de la ley 18.610, la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la afirmación de una alianza política en que se integrará también el secretario de Estado de Trabajo.

Este nuevo espacio que en términos institucionales se ubica en el INOS y la Secretaría de Seguridad Social conseguirá llevar adelante el objetivo que Salud Pública no había logrado concretar, aunque las relaciones de poder que finalmente se consolidan en el sector sean diferentes de las imaginadas por la tecnocracia modernizante de los años sesenta.

- <sup>1</sup> Belmartino, S. *et al. Corporación médica y poder en salud, op. cit. y Fundamentos históricos..., op. cit.*
- <sup>2</sup> Cfr. Belmartino, S. *et al. Fundamentos históricos..., op. cit.*, cap. 5: La conflictiva delimitación de un nuevo perfil profesional (en particular pp. 169-171).
- <sup>3</sup> Sobre la polémica entre «ortodoxos» y «heterodoxos» en relación con las funciones asignadas a los colegios, Cfr. Belmartino, S. *et al. Fundamentos históricos..., op. cit.*, cap. 6.
- <sup>4</sup> Dicho Código es aprobado por decreto ley en la Provincia de Santa Fe en marzo de 1956. Provincia de Santa Fe, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, *Código de ética de los profesionales del arte de curar y sus ramas auxiliares*, Santa Fe, 1957.
- <sup>5</sup> Bergoglio, R. Consejo de Médicos. En: Federación Médica de Entre Ríos, *Jornadas Médico Gremiales. Colegiación Médica y Seguro de Salud:19-24*, Paraná, mayo de 1960, pág. 21.
- <sup>6</sup> Primera Conferencia Nacional de Actividades Médicas. *Conclusiones y recomendaciones*. Buenos Aires, 1969. Documento mimeografiado.

- 7 Primer Congreso Nacional sobre Colegiación. Córdoba, 24-26 de octubre de 1974. En: Federación Médico Gremial de la Provincia de Santa Fe. *Boletín Informativo Interno* II(9):10-13, Rosario, diciembre de 1974.
- 8 Jurisprudencia. Ley de Colegiación. Texto íntegro del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, 8 de abril de 1957. *Revista del Colegio de Médicos* 28:20-23, mayo de 1972, p. 22.
- 9 Cfr. Belmartino, S. et. al. *Fundamentos históricos...*, op. cit., cap. 5. La conflictiva delimitación de un nuevo perfil profesional. I. Inserción política y social. Definición de las condiciones del mercado.
- 10 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas del Consejo Federal*. Sesión del 14 de enero de 1961, t. IV:160-219, p. 196.
- 11 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas Consejo Federal*. Sesión del 25 de enero de 1969, t. VII:151-179, p. 177.
- 12 Invaldi, A. Colegiación profesional. Fondo médico de solidaridad. Ponencia presentada en el Congreso de Ética Médica, realizado el 12 al 15 de noviembre de 1958. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 72(12):489-604, diciembre de 1958, p. 599.
- 13 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas del Consejo Federal*. Sesión del 15 de enero de 1969, t. VII:151-179, p. 113.
- 14 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de los Consejos Federales*. Reunión del 13 de febrero de 1971, t. VIII:482-487, p. 486.
- 15 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de los Consejos Federales*. Sesión del 14 de enero de 1961, t. IV:160-219, p.194.
- 16 *Ibidem*, p. 205.
- 17 Una historia más o menos completa está registrada en la sesión del Consejo Federal de la COMRA del 5 de abril de 1975, que trata la sentencia del Tribunal de la Confederación en el expediente caratulado «Colegio Médico de San Juan contra Médicos de la Asociación Sanjuanina de Obras Sociales». Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de los Consejos Federales*. Sesión del 5 de abril de 1975, t. VIII:779-808.
- 18 Se trata del libro de Angel Jankilevich, *Ricardo Mamzone. Testimonio de un pionero*, Buenos Aires, 1991.
- 19 *Idem*, p. 4.
- 20 *Idem*, p. 7
- 21 *Idem*, p. 11
- 22 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de los Consejos Federales*, Asamblea ordinaria del 17 de febrero de 1951, t. I:257-276.
- 23 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de Mesa Ejecutiva*, Reunión del 16 de octubre de 1951, t. II:164-169, p. 166.y *Actas de los Consejos Federales*, reunión del 17 de junio de 1956, t. III:180-190.
- 24 Jankilevich, A. *Ricardo Mamzone...*, op. cit. p. 22.
- 25 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de Consejos Federales*, reunión del 20 de agosto de 1966, t. VI:10-35, p. 12.
- 26 Jankilevich, A. *Ricardo Mamzone...*, op. cit., p. 39.
- 27 La reseña anual de la Confederación. *Información Sanatorial* II(7):3-5, junio de 1972, p. 5.
- 28 Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de Consejos Federales*, reunión del 13 de febrero de 1971, t. VIII: 482-487, p. 487.
- 29 Nuestra Voz. *Información Sanatorial* I(1):3, septiembre de 1970.
- 30 Memorial presentado al Señor Ministro de Salud Pública y Bienestar de la Provincia en defensa de nuestra Ley de Colegiación. *Revista del Colegio de Médicos* 2da. Circunscripción 19:19-20, septiembre de 1966/mayo de 1967, p. 19.
- 31 *Ibidem*.

- <sup>32</sup> Sobre régimen de aranceles. *Boletín del Colegio de Médicos* 2da. Circunscripción 14:10, junio de 1965.
- <sup>33</sup> Federación de Entidades Mutualistas de Rosario y 2da. Circunscripción. *Seguro de Salud* (volante), mayo de 1967.
- <sup>34</sup> Cfr. Una actitud apresurada. *El Litoral*, Santa Fe, 11 de mayo de 1967.
- <sup>35</sup> Presidencia de la Nación. Secretaría del Consejo Nacional de Desarrollo. Sector Salud. *Encuesta preliminar sobre Obras Sociales y Mutualidades*. Buenos Aires, 1965, p. 10.
- <sup>36</sup> Cfr. JAMES, D. *Resistencia e integración. El peronismo y la clase trabajadora argentina, 1946-1976*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1990.
- <sup>37</sup> Confederación General del Trabajo. Exposición fotográfica de las obras sociales. *Boletín Informativo Semanal* I(31):13-14, 14 al 20 de octubre de 1963, p. 13.
- <sup>38</sup> Confederación General del Trabajo. Sindicalismo múltiple. Para lograr el objetivo debemos trabajar. *Boletín Informativo Semanal* II(64):20-21, 1 al 7 de junio de 1964.
- <sup>39</sup> Cfr. James, D. *Resistencia e integración, op. cit.*
- <sup>40</sup> Las comillas corresponden al texto de James, D. *op. cit.*, p. 268.
- <sup>41</sup> Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de los Consejos Federales*, reunión del 12 de agosto de 1961, t. IV:221-253, p. 236.
- <sup>42</sup> Confederación General del Trabajo. Un nuevo impacto en la economía hogareña. Comunicado de Prensa n° 24, del 27 de marzo de 1963. *Boletín Informativo Semanal* I(3):5, 25 al 31 de marzo de 1963.
- <sup>43</sup> Confederación General del Trabajo. Circular informativa de la Secretaría de Previsión Social. *Boletín Informativo Semanal* I(29):15-16, 30 de septiembre al 6 de octubre de 1963.
- <sup>44</sup> Confederación General del Trabajo. *Boletín Informativo Semanal* I(12):10-11, 3 al 9 de junio de 1963; I(31):15, 14 al 20 de octubre de 1963; I(39):6-11, 9 al 14 de diciembre de 1963.
- <sup>45</sup> Confederación General del Trabajo. Comisión Nacional Reorganizadora y Normalizadora. Circular 3/69. Referencia: Informar sobre la entrevista con el Señor Presidente de la Nación, de fecha 4-12-69. Buenos Aires, 5 de diciembre de 1969.
- <sup>46</sup> Belmartino, S. et al. *Fundamentos históricos...*, *op.cit.* cap. 4: «Los orígenes del subsector 'obras sociales'». Parágrafo: Primeros intentos de coordinación en la Administración Pública Nacional, pp. 134-137.
- <sup>47</sup> Citado en Presidencia de la Nación. Secretaría del Consejo Nacional de Desarrollo. Sector Salud. *Encuesta Preliminar...*, *op. cit.* p. 5.
- <sup>48</sup> *Idem*, p. 6.
- <sup>49</sup> *Idem*, pp. 16-18.
- <sup>50</sup> O'Donnell, G. *1966-1973. El Estado Burocrático Autoritario*. Buenos Aires, Editorial de Belgrano, 1982, p. 95.
- <sup>51</sup> *Idem*, pp. 96-97.
- <sup>52</sup> Ministerio de Bienestar Social. Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales (Ley 17.230) *Informe Final*. Buenos Aires, noviembre de 1968, p. 1
- <sup>53</sup> Ministerio de Bienestar Social. Comisión coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales. (Decreto 2.318/67). *Encuesta preliminar sobre obras y servicios sociales sindicales*, Buenos Aires, s./f., p.3.
- <sup>54</sup> Ministerio de Bienestar Social. Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales. *Informe Final, op. cit.*, p. 20.
- <sup>55</sup> Ministerio de Bienestar Social. Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales. *Encuesta preliminar...*, *op. cit.*, p. 29.

## CAPITULO QUINTO

## Regulación de las obras sociales: el conflicto de poder corporativo

La subcultura observable en las profesiones vinculadas a salud, en la Argentina, reconoce una clara tradición liberal, en parte condicionada por los contenidos ideológicos predominantes en las clases media y alta, donde se reclutan sus integrantes. Por otra parte, el elevado prestigio social de que han gozado dichas profesiones la médica principalmente ha reforzado su propensión individualista e independiente. Estos datos de la psicología grupal han demostrado una vitalidad tal, que vienen resistiendo bravamente a la evidencia de cambios sustanciales acaecidos en el transcurso de los últimos decenios (Neri, Aldo. *Perspectivas de la atención médica en el país*, 1972).

[...] el Estado, sin posición tomada en sus niveles técnico-políticos, enfrentado a una masa usuaria llena de necesidades pero apática y amorfa, y a un grupo profesional con una posición ya definida, vacila y se dispersa en acciones menores que no hacen a una estrategia oportuna, postergan el tratamiento de los problemas básicos e incrementan una ya tradicional desconfianza en su capacidad de conducir el proceso (Neri, Aldo. *Ideas para un seguro de salud en Argentina*, 1970).

Si aceptamos el diagnóstico de Neri, los dos principales antagonistas en el conflictivo proceso desencadenado en torno a la regulación del sistema de cobertura de las obras sociales estaban descolocados ideológica, política y estratégicamente. Algo de eso hubo, sin duda, pues de otro modo no se comprendería un conflicto que se desarrolló a lo largo de cuatro años, protagonizado por un Estado autoritario que supuestamente se enfrentaba a sectores que carecían de los recursos propios de la operatoria regular del sistema político para defender sus posiciones. Proscritos los partidos, estigmatizada la política, anulada la actividad parlamentaria, censurada la prensa, desmembrada la CGT, podría pensarse en una sociedad inerte ante la intervención reguladora de un aparato técnico-burocrático ilegítimamente revestido con los atributos jurídicos del poder estatal.

No es así, sin embargo, el Estado en una coyuntura en que la coerción predomina de manera indudable sobre el consenso no logra imponer sus decisiones. Pero hay algo más: si compartimos la valoración de Neri, tampoco tiene decisiones propias para imponer. El Estado vacila, «sin posición tomada en sus niveles técnico-políticos». Se ha visto instituido como árbitro de un problema que no es el que quisiera arbitrar, sino otro, que no se plantea dentro de sus parámetros posibles de intervención, dentro de su lógica, sino conforme a las lógicas contrapuestas de los otros dos antagonistas, sometidos a un arbitraje que no aceptan, en manos de un árbitro que no han elegido, cuya legitimidad cuestionan, y al que por otra parte están enfrentados por demandas no satisfechas, responsabilidades no asumidas, necesidades pendientes de larga data, cuestiones extrasectoriales a las que no se puede resolver desde el sector. Esas condiciones convierten al árbitro supuestamente neutral en parte interesada, y niegan credibilidad a su laudo.

El Estado, supuestamente fuerte, carece de los recursos materiales, organizativos y políticos para disciplinar a ese segmento particular de la sociedad civil que pretende ordenar. Habiéndose autoadjudicado una misión integradora no logra demostrar los beneficios de la integración. Exige el abandono de la defensa de intereses particulares sin estar en condiciones de articular un proyecto convocante basado en el interés común. No tiene nada que ofrecer a cambio de las prerrogativas que pretende cercenar.

También sus antagonistas se encuentran ante una situación de suma cero. Una situación en la que parece haber poco que ganar y mucho que perder ante cualquier concesión, otorgada o impuesta. Buena parte de los obstáculos presentes en la negociación devienen de que un sector de los supuestos negociadores considera que se están tratando cuestiones fundamentalmente no negociables, pero no se trata del único problema. El verdadero impedimento radica en no tener claro hasta dónde se puede llegar con la resistencia, qué se puede obtener con la aceptación. El Estado es débil, pero sus antagonistas no pueden determinar en qué medida; es irresoluto, pero existe el temor de forzar una decisión.

Incluso una vez terminado el conflicto y puesto en marcha el nuevo sistema podría decirse que no está claro a quién debe adjudicarse el triunfo, qué sector acumula beneficios y cuál solo puede contabilizar pérdidas. El nuevo equilibrio es inestable, no existen posiciones fijas y la confrontación sigue presente. Las condiciones dentro del sistema adquieren tal dinamismo que es posible recuperar posiciones, manejar nuevos recursos, acceder a nuevas y significativas cuotas de poder.

En este capítulo intentaremos recuperar las líneas generales del conflicto, centrando la perspectiva en la forma particular en que es procesado por la corporación médica. Ese enfoque, de algún modo parcial, está sos-



tenido por ciertos objetivos de índole metodológica que podrían resumirse de la siguiente manera:

En primer lugar, nos interesa analizar la forma particular en que la situación de conflicto incide en los atributos que convierten a una institución civil en un actor socialmente significativo: los fundamentos ideológicos de su identidad, la percepción de intereses comunes que sostiene la cohesión de los individuos o grupos que lo integran, la capacidad de articular/rearticular un proyecto que supone una forma particular de inserción en el respectivo campo societal.

En segundo lugar, quisiéramos recuperar la lógica de deconstrucción/reconstrucción de determinadas relaciones de poder dentro del sector salud. Más precisamente, la capacidad de determinados actores para optimizar sus condiciones de inserción en el curso de procesos de cambio institucional que amenazan su posición relativa en un campo determinado. Las condiciones que potencian o inhiben su posibilidad de recurrir a un capital previamente acumulado, de poner en movimiento recursos técnicos, organizativos, políticos, ideológicos, en procura de volver a equilibrar un balance de fuerzas que se torna desfavorable por la intervención de una fuerza exterior con capacidad de cambiar radicalmente las reglas de juego preexistentes.

Nuestra reconstrucción supondrá una cuota de acontecimientos puntuales, indispensable para ubicar el desplazamiento de los actores en el escenario y los cambios que el mismo escenario sufre como consecuencia de ese desplazamiento. Más allá del acontecimiento, sin embargo, confiamos en recuperar las líneas de fuerza que inciden en la conformación de nuevas relaciones de poder sectoriales, relativamente estables en tanto se mantengan en equilibrio las fuerzas en conflicto, y en la construcción de una nueva identidad para los protagonistas, que ya no volverán a ser lo que fueron.

### **Estrategia reguladora y reacción gremial**

La estrategia reguladora puesta en marcha por la Secretaría de Salud Pública se expresa en una serie de leyes sancionadas entre 1967 y 1970. El primer paso para la intervención estatal en el sistema, tal como señalamos en el capítulo anterior, es la sanción de la ley 17.230, que crea la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales, con jurisdicción sobre todos los organismos radicados en la administración central, empresas del Estado y entes descentralizados, autárquicos y paraestatales. La ley se promulga el 6 de abril de 1967 y el funcionamiento de la comisión se reglamenta por decreto 1.044 del 23 de febrero de 1968. Será su presidente el Dr. Mondet, Subsecretario del área.

En agosto de 1968, por sugerencia de la misma comisión, se sancio-

na la ley 17.850, que congela hasta diciembre de ese mismo año los aranceles vigentes para la contratación de prestaciones médicas y para médicas en los niveles vigentes al 31 de diciembre de 1967, con un incremento del 15%. Conforme a las disposiciones de su artículo 2º, el Poder Ejecutivo debía establecer con anterioridad al 31 de diciembre de 1968 las bases técnico-jurídicas que posibilitaran el ordenamiento de las relaciones contractuales entre obras sociales, servicios sociales y mutualidades y los organismos profesionales encargados de efectivizar las prestaciones de atención médica. El conjunto de instrumentos a conformar estaba enunciado con suficiente amplitud: nomenclador uniforme de prestaciones, aranceles, implementación de una auditoría de los servicios, normas de trabajo técnicas y administrativas uniformes, un mecanismo de conciliación y arbitraje obligatorio «y toda otra disposición destinada a asegurar el ordenamiento de las prestaciones médicas y paramédicas que se convengan entre las entidades mencionadas».

Vencido el plazo establecido por la norma, poco se había avanzado en el ordenamiento previsto. Una nueva ley, la 18.045, sancionada el 31 de diciembre de 1968, abre un nuevo término, esta vez de 120 días, para ajustar a través de su reglamentación las normas de aplicación del sistema. Al mismo tiempo establece honorarios médicos y paramédicos uniformes para todo el país, con base en los vigentes en la Provincia de Buenos Aires al 31 de diciembre de 1967, con un incremento de «hasta un 20%». El valor de la consulta quedaba establecido en 720 pesos.

Un año más tarde, en diciembre de 1969, se sanciona la ley 18.483. En sus fundamentos se reconoce la imposibilidad enfrentada por la Secretaría para cumplir los plazos fijados por las leyes 17.850 y 18.045. Las razones de la demora se ubican en torno a la complejidad de los problemas abordados y las dificultades enfrentadas en la búsqueda de soluciones que contemplaran los intereses de todos los sectores afectados. La nueva norma vuelve a plantearse con carácter provisional, como «instrumento adecuado para cubrir con carácter temporal la falta de una legislación de base sobre diferentes aspectos involucrados en las relaciones que mantienen las obras, servicios sociales y mutualidades con los grupos profesionales organizados».

La ley 18.483 establecía nomencladores y fijaba los respectivos aranceles, al mismo tiempo que otorgaba al Poder Ejecutivo una serie de facultades regulatorias:

- a) revisar y actualizar anualmente nomencladores y aranceles, en función de determinados parámetros;
- b) establecer las bases de un régimen de auditoría compartida de los servicios, del sistema de fiscalización de las prestaciones y de las

- normas de trabajo técnicas y administrativas uniformes a las que deberían ajustarse los convenios;
- c) establecer las bases del arbitraje obligatorio, subsidiariamente en manos del mismo Poder Ejecutivo, y del régimen de sanciones al que deberían someterse las entidades y sus adherentes;
  - d) crear un organismo consultivo permanente, con participación paritaria de los sectores y ramas profesionales interesados, orientado a participar en la revisión de nomencladores y honorarios, elaboración de convenios tipos y actuar en caso de conflicto en la etapa de conciliación a pedido de alguna de las partes involucradas.

El carácter provisional otorgado al conjunto de leyes presuntamente regulatorias, las dificultades en el cumplimiento de los plazos que la misma Secretaría había establecido para completar el ordenamiento del sistema y la importancia de los aspectos aún no regulados y dejados al arbitrio de sus funcionarios, constituyen un primer conjunto indicativo de la oposición que la estrategia reguladora se ve obligada a superar. La Confederación Médica se erigirá desde el primer momento como antagonista del proyecto liderado por Holmberg y Mondet, considerado como intromisión indebida del poder político en una órbita de relaciones que supone propias de la órbita privada y protegidas por el respaldo constitucional a la libertad de contratación. Las alternativas de conflicto y negociación sucedidas a lo largo de estos primeros tres años proporcionan elementos suficientes para un análisis de las condiciones de construcción del poder corporativo en la órbita profesional médica.

### **Las dificultades de la COMRA en la consolidación del frente interno**

El Consejo Federal de la COMRA comienza a discutir el problema en abril de 1968, cuando sus directivos son informados de la próxima sanción de la ley 17.850. El presidente de la Confederación, Dr. Monzo, informa a sus colegas sobre los términos de la cuestión: el trabajo con obras sociales y mutualidades ha adquirido un volumen considerable, las entidades financiadoras intentan contrarrestar la hegemonía adquirida por el gremio médico en la formulación de los respectivos contratos, la organización de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales es consecuencia de la intención manifestada por el Estado de tomar intervención directa en los convenios.(1)

La entrevista mantenida entre los miembros de la Mesa Directiva de la Confederación y los integrantes de dicha comisión no parece contener motivos serios de alarma para el gremialismo. Los representantes de obras sociales y mutualidades han ratificado su respeto por la actividad médica privada, y su acuerdo con el sistema de libre elección. Su programa de

trabajo no parece particularmente agresivo: la comisión es partidaria de una nomenclatura única y un sistema de trabajo y papelería uniforme para reducir los gastos administrativos y agilizar las liquidaciones. Entiende, además, que debe adoptarse un sistema de auditoría médica para evitar abusos de ambas partes, y que es necesario dictar un arancel uniforme para todo el país, con solo algunas diferencias zonales, nivelando paulatinamente los valores vigentes, con diferencias no justificadas entre jurisdicciones. Por último, y en razón de las deficientes condiciones en que se realiza la atención en algunos puntos del país, será necesario clasificar los establecimientos, autorizándolos a realizar las prestaciones para las que se hallen suficientemente equipados y fijándoles un plazo para adecuarse a «condiciones mínimas aceptables».

Como corolario de la entrevista, se sugiere a la Confederación Médica la presentación de un anteproyecto de convenio tipo, arancel y nomenclatura, para estudiarlos conjuntamente, «con la seguridad de que no habría discrepancias de fondo». (2) La propuesta no interfiere con la línea general de trabajo de la Confederación, que en Consejos anteriores había decidido ya, si bien con algunas resistencias, trabajar en la elaboración de una nomenclatura única para todo el país, con o sin quitas zonales, y en la formulación de un convenio tipo. Incluso ya se había puesto en funcionamiento una «subcomisión de convenios». El delegado por Santa Fe propone: «podemos salir perfectamente al cruce, ofreciendo desde ya el convenio tipo y el arancel uniforme que va a ser la solución del problema». (3)

Si las expresiones vertidas en la entrevista no parecen contener una amenaza, es posible pensar que la sola intervención del Estado era leída por el gremialismo como potencialmente perjudicial. Uno de sus dirigentes alerta ante el peligro de que algún organismo estatal se convierta en árbitro único de la contratación con obras sociales, concluyendo en tono dramático: «ahí sería el acabóse de la Confederación». (4)

Aceptando la directiva sugerida por su presidente, que los invitaba a unirse en defensa de sus derechos, los dirigentes gremiales se abroquelan en el pasado, refirmando los tradicionales principios de la ideología liberal. Las decisiones tomadas por ese Confederal se constituirán más tarde en una especie de paradigma, o mejor aún, en una interpelación, esgrimida en los momentos más difíciles del conflicto para denunciar supuestas traiciones o concesiones a un conjunto de principios que está más allá de cualquier compromiso o negociación: la doctrina de Catamarca, designada por la ciudad donde se realizó el Consejo, se convierte en referente identificador, incluso podría decirse en arma ideológica, apta para desalentar a cualquier partidario de la claudicación.

Los principales puntos sancionados en Catamarca se condensan en la resolución aprobada por unanimidad:

1º. Los médicos, al convenir aranceles para Obras Sociales y Mutualidades por debajo de sus honorarios privados, sacrifican parte de sus ingresos para posibilitar a los sectores de menor capacidad económica el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos en un nivel de igualdad con los sectores más pudientes.

Esta posición [...] tiene su origen en la vocación social de los médicos argentinos, que entienden no ha sido suficientemente valorada y no ha recibido justa reciprocidad.

2º. [...] se han suscripto [...] convenios para la prestación de servicios médicos a los afiliados de las entidades de referencia. Estos convenios establecen una prestación de carácter optativo y en ningún caso configuran una relación de dependencia de los profesionales con respecto a las Obras Sociales y Mutualidades. En su articulado siempre se ha establecido el derecho de las entidades médico gremiales a fijar periódicamente el monto de sus aranceles, así como también el de las Obras Sociales y Mutualidades a aceptarlos o rechazarlos. Los convenios han determinado siempre una clara relación igualitaria, privada y optativa.

3º. El Cuerpo Médico considera irrenunciable su derecho a fijar sus honorarios privados y la variante de estos, como son los aranceles para Obras Sociales y Mutualidades, a través de las entidades médico gremiales representativas o de los Colegios o Consejos Profesionales, y estima improcedente cualquier intromisión que interfiriendo las relaciones entre las partes contratantes dificulte el diálogo armónico entre las mismas.

4º. Frente a los últimos acontecimientos que amenazan vulnerar aspectos principistas y prácticos de las relaciones entre médicos y Obras Sociales y Mutualidades, la Confederación Médica de la República Argentina declara que sigue atentamente el curso de los mismos y que eventualmente habrá de poner en juego toda su fuerza gremial en caso de concretarse avances sobre los derechos de sus representados». (5)

La unanimidad se agota, sin embargo, con relativa rapidez, cuando se comienza a operar sobre realidades concretas. Las grandes diferencias reconocidas en las diferentes regiones en cuanto a mercado de trabajo y posibilidades de control gremial sobre la oferta de servicios suponen un serio obstáculo, tanto cuando se trata de coordinar un frente para la negociación con obras sociales en el nivel nacional, como en los instrumentos que es necesario unificar para dar respuesta a las demandas de la Secretaría de Salud Pública: contrato tipo, nomenclador, aranceles.

Las diferencias dentro de la Confederación Médica no se limitaban a cuestiones de orden ideológico vinculadas a la defensa de uno u otro modelo de organización del sistema de servicios de salud, diferentes caracterizaciones del sector privado, o desacuerdos en el balance ideal entre trabajo autónomo y remuneración por salario. A lo largo de las discusio-

nes entabladas en estos años se manifiestan también diferencias sensibles en las condiciones concretas del trabajo en cada escenario provincial y aunque no hay en el material recogido elementos que nos autoricen a identificar tales diferencias con determinados referentes ideológico/políticos, la toma de posición frente a los instrumentos concretos que se elaboran para uniformar las condiciones de contratación con obras sociales aparece claramente condicionada por las resistencias y apoyos que cada medida puede despertar en los grupos locales. Cada representante provincial defiende celosamente su mandato, y prefiere demorar una decisión crucial antes que opinar por fuera de la voluntad expresa de sus mandantes. Las identidades construidas dentro del gremio son, sin duda, todavía en estos años, identidades de base local; los particularismos terminan, por lo general, superando todo intento de arribar a posiciones consensuadas que comprometan al conjunto.

En algunos escenarios la defensa del hospital público, de las conquistas obtenidas en la regulación de la carrera hospitalaria, del trabajo asalariado en obras sociales que constituyen significativas fuentes de trabajo, atemperan el interés por conformar una modalidad de ejercicio profesional basada exclusivamente en la libre elección y el pago por acto médico. En otros, la fuerte dependencia de los pacientes de obras sociales y mutualidades para mantener un determinado nivel de actividad en los consultorios, desalienta medidas de lucha basadas en el corte de servicios o la denuncia de los contratos.

Otro elemento reiteradamente señalado como causa de la diferente capacidad de negociación verificada en los niveles locales es la situación de las entidades sanatoriales, que en algunos casos están integradas a la organización gremial, y en otros conforman organizaciones específicas. Estas entidades tanto podían convenir estrategias de conjunto como tomar actitudes independientes que significaban un serio menoscabo a un posible control oligopólico de la oferta en manos de los profesionales.

Por último, también se plantea como diferente la integración de la asociación profesional en los esquemas de poder locales. En el interior del país los dirigentes gremiales suelen encontrar más fácilmente que sus colegas de la Capital Federal canales de diálogo con el poder político. Algunas federaciones provinciales se consideran auténticos factores de poder en la esfera local, y suelen esgrimir esa condición cuando se trata de reprochar el vacío político en el que parecen moverse sus colegas de la Capital Federal.

La heterogeneidad interna al gremio se manifiesta obstaculizando la toma de decisión frente a medidas concretas. Una de las primeras demandas de la Secretaría de Salud, la unificación de aranceles, resulta conflictiva por razones que una lectura superficial del problema puede pasar por alto.

En el momento de constituirse la Comisión Ley 17.230 existían grandes diferencias en los valores básicos entre las provincias. Entre ocho provincias para las que tenemos información, Buenos Aires era la que cobraba los valores más altos y Santa Fe la que se encontraba en peores condiciones. A fines de 1967 Santa Fe percibía por una consulta ordinaria 400 pesos, Córdoba 500, Entre Ríos 550, Tucumán 590, Misiones, Santiago del Estero y Mendoza 600, y Buenos Aires 800.(6) Sobre esos valores la Comisión Ley 17.230 propone autorizar un 15% de aumento. Cuando se trata de acordar un arancel único en torno a los 720-750 pesos resulta evidente el perjuicio que la suma significa para Buenos Aires, pero no parece haber razones para la resistencia planteada por otras federaciones.

Sin embargo, una lectura atenta de las actas puede proporcionar algunas pistas: varios delegados del interior señalan que muchas obras sociales provinciales no podrán hacerse cargo de tales valores, indicando al mismo tiempo la importancia de esa clientela para los profesionales locales. Este es tal vez el mejor indicador para dar cuenta de las diferencias regionales que obstaculizan una toma de posición única, tanto en esta como en otras cuestiones. Si bien las prácticas corporativas pueden incidir en la conformación de un monopolio de la oferta, la capacidad de pago de los sectores que componen la demanda tiene importancia en la ecuación final. La unidad corporativa no puede hacerse por fuera de las condiciones de mercado. Las diferencias regionales obstaculizan la conformación de un frente único así como la toma de resoluciones en relación con los instrumentos sobre los cuales se podían plantear pautas uniformes de negociación en el ámbito nacional.

La intención de mostrar al gremio fuertemente cohesionado en defensa de sus reivindicaciones en el momento en que el conflicto toma estado público se ve frustrada por la escasa disciplina puesta de manifiesto por algunas federaciones provinciales para acatar las decisiones tomadas en los Consejos Federales de la COMRA. El conflicto no adquiere los mismos ribetes de amenaza para todas las federaciones; el impulso movilizador aflora solo en aquellas que pueden contabilizar réditos futuros a partir de un enfrentamiento con las obras sociales. Las demás prefieren eludir la confrontación; sus delegados no garantizan el acatamiento del cuerpo profesional a las medidas de lucha. La expansión del trabajo con obras sociales, que sirvió originariamente para unificarlos en la aceptación de la disciplina gremial, es ahora el elemento que obstaculiza la puesta en marcha de medidas vinculadas al corte de servicios. Los médicos se mostrarían poco inclinados a entrar en un conflicto que podría retirar de sus consultorios a porcentajes significativos de su clientela.

La dificultad para consensuar condiciones de trabajo uniformes para la totalidad del país puede relacionarse también con la permanente ambigüedad que se transparenta en las actas de los Consejos Federales entre

una posición doctrinaria principista, y por lo tanto cerrada a un posible diálogo, que se expresa en los comunicados y resoluciones tomados por unanimidad pero en los hechos es solo defendida por una fracción de los delegados, y la orientación más abierta a la negociación. Aunque sometida a la permanente tensión resultante de las dificultades para precisar cuáles son los límites de lo negociable, esta tendencia va cobrando fuerza.

La defensa de la autonomía corporativa, asumida por la alternativa principista, incluye también una reivindicación particularista basada en el supuesto de que cada federación constituye el mejor juez de las condiciones de práctica de sus miembros y está por consiguiente en condiciones óptimas para delimitar de manera más favorable las modalidades de inserción en el mercado de servicios. La renuencia a confrontar, expresada con cierta timidez en el Consejo Federal de Catamarca, se explicita con más decisión en el momento en que se sanciona la ley 17.850, que sin duda significa una reafirmación de la posición de la Secretaría de Salud Pública y de su decisión de seguir adelante pese a la oposición manifestada por el gremio.

En el Consejo Federal de octubre de 1968, algunos delegados plantean la posibilidad de obtener beneficios adicionales a cambio de la aceptación del arancel regulado. La firma de un convenio a nivel nacional entre la COMRA y las grandes obras sociales podía significar el logro de la tan anhelada condición de prestador exclusivo. El acuerdo podía brindar a la Confederación una herramienta de trabajo útil para enfrentar la competencia en el mercado de sanatorios, entidades comerciales, y organizaciones extramédicas, que en algunos lugares pretendían constituirse en oferentes alternativos para la contratación de servicios. A cambio de esa posición de privilegio, no parece excesivo sacrificio aceptar el arancel regulado por la Secretaría.

A muy pocos meses del Confederal de Catamarca se hace evidente el incremento que se produce en las filas de los dispuestos a negociar. Son muchas las provincias que se benefician con un valor para la consulta de 690 pesos, que podría ser obtenido si se accede a la negociación. La coalición que defiende el compromiso se impone por cinco votos, sobre cuatro de la alternativa principista y cinco abstenciones. Se autoriza a la Mesa Ejecutiva a integrar comisiones «en las cuales se analicen las circunstancias emergentes de la ley 17.850». La ambigüedad del enunciado no resta valor al hecho de que, en un mismo acto, se rechaza la ley y se reconoce su vigencia.

Finalmente, una última cuestión que obtura la consolidación de la unidad gremial opositora y opera por encima de la heterogeneidad de condiciones locales, radica en la dificultad para identificar al adversario. El oponente no es para los gremialistas la obra social, sino los funcionarios de Salud Pública. En la lectura del gremio, las medidas tomadas por la



Comisión Ley 17.230 no representan la voluntad de las obras sociales, aunque algunas de ellas las aprovechen para obtener ventajas coyunturales, sino la perspectiva de su presidente, Dr. Mondet, que es también subsecretario de Estado de Salud Pública. Los gremialistas se resisten a tomar medidas de acción directa contra las obras sociales, a las que incluso pueden llegar a señalar como posibles aliados futuros, y más aún contra sus beneficiarios, con quienes se sienten ligados por un compromiso profesional. Cuando se propone aplicar un pago diferencial, cobrado directamente al afiliado, el rechazo se fundamenta en un cuestionamiento de la legitimidad de la medida, de indudable raíz ético: «El plus crearía [...] graves inconvenientes, porque el afiliado se sentiría afectado». «Pienso que el plus le va a quitar a la Mesa de la Confederación algo de su potestad, de la integración de su mandato, del ejercicio pleno de su derecho a ir a conversar» (7).

Si el adversario es un sector del aparato estatal y no tal o cual obra social, ni mucho menos aún sus beneficiarios que se transforman en pacientes cuando llegan al consultorio del médico gremialista el conflicto deja de estar asociado con la relación contractual, con ese vínculo, que se insiste en reivindicar como privado, que proporciona fundamento jurídico a la prestación del servicio en determinadas condiciones. En consecuencia, las posibles medidas de fuerza asociadas con el incumplimiento del contrato dejan de ser operativas.

Con esa interpretación de los contenidos del antagonismo pierde sentido el corte de servicios indiscriminado, tomado en el nivel nacional como respaldo a una posición de fuerza. Resulta difícil identificar a la obra social que aprovecha las circunstancias para economizar recursos que se reconocen exiguos con el oponente que pretende regular el sistema desde una posición de poder. El pago de adicionales o la implementación de la atención por reintegro pueden solucionar el problema individual del médico, y, por carácter transitivo, conservar la representatividad reconocida al dirigente, pero no resultan operativos para resolver el conflicto. Si las medidas económicas no son procedentes, causan inseguridad, o provocan repugnancia, ¿cómo elaborar estrategias políticas? Ese es, precisamente, el dilema.

### **1969: las alternativas de la negociación en un escenario de conflicto social**

La sanción de la ley 18.045 abre un espacio de conversaciones entre la COMRA y la Secretaría de Salud Pública. Por una parte, el valor de la consulta queda establecido en 720 pesos, muy próximo a las aspiraciones sostenidas por la COMRA. Sin embargo, no es esa la única señal alentadora que los gremialistas creen percibir en los funcionarios de la Secretaría.

Se comienza a hablar, además, en términos esperanzados, sobre la posibilidad de participación en comisiones encargadas de redactar los instrumentos técnicos aún no elaborados: nomenclador de prestaciones, contrato tipo, normas de trabajo.

Los dirigentes de la Confederación vislumbran la perspectiva de superar la disyuntiva planteada entre confrontación o negociación a partir de la participación en las discusiones sobre la futura regulación del sistema, tarea para la cual se sentían particularmente capacitados en función de su experiencia anterior en la contratación de prestaciones. Nuevamente aquí, su calidad de técnicos los ubicaba en condiciones de aprovechar el nuevo espacio que se abría en el nivel de la Secretaría de Salud Pública. Un dato alentador: la Secretaría había adoptado en forma provisional el nomenclador de prestaciones utilizado por FEMEBA, conocido como Libro Verde y, aunque lo consideraba sujeto a revisión, parecía evidente que había pocas posibilidades de que fuera sustituido.

Se abre así un segundo capítulo en la confrontación entre gremio médico, Secretaría de Salud Pública y obras sociales, que cubriría, con alternativas diversas, todo el año 1969. Tal escenario no resultó seguramente neutro en función del desarrollo del conflicto. Carecemos de elementos que nos permitan afirmar que las convulsiones sociales del momento aportaron algún beneficio a la causa de los profesionales de salud; sin embargo, no hay ninguna duda de que estimularon los contactos y la búsqueda de mejores condiciones de diálogo, cualquiera sea la valoración que se haga sobre los resultados obtenidos por cada una de las partes.

La discusión en los Consejos Federales de la COMRA, reunidos los días 4 y 25 de enero de 1969, pone de manifiesto el desgaste producido por la marcha de los acontecimientos a lo largo del año anterior. La oposición entre principistas y negociadores sigue planteándose en términos semejantes: los primeros proponen una autocrítica en torno a «las marchas y contramarchas que ha habido en el espíritu de Catamarca» y afirman en tono de catástrofe que se está «frente a una trampa», ya que se intenta convertir al médico en un asalariado más y someterlo a la manipulación del Estado. Los segundos destacan los progresos en la negociación, el balance favorable que significa el arancel a 720 pesos para la gran mayoría de las federaciones, la situación inédita que resulta de la invitación del gobierno a participar en la reglamentación de una ley. Los más optimistas consideran que en la fundamentación de la nueva ley puede leerse «una confesión de impotencia»: el gobierno ha sido incapaz de concretar una ley de carácter definitivo sin el apoyo de las entidades médico-gremiales. (8)

Puede pensarse que el alegato principista se encarna en los que se niegan a proponer alternativas, autoexcluyéndose por consiguiente de la confrontación propiamente política, que se centraría en quienes están

dispuestos a negociar, aunque sea en diferente medida. Si esto fuera cierto, el conflicto político dentro de la corporación se plantearía en referencia a los límites, contenidos y estrategias de lo negociable, y no en la contraposición entre negociación y distanciamiento principista. De todos modos, la situación es sumamente fluida y no permite a los protagonistas la apropiación de papeles fijos. El desconcierto o la imposibilidad de formular una estrategia consensuada predomina sobre cualquier enfrentamiento neto en torno a una posición.

En la coyuntura que se abre a comienzos de 1969, es muy posible que la disposición a participar en la tarea propuesta por la Secretaría haya estado fuertemente influenciada por la actitud de FEMEBA. La Federación de la Provincia de Buenos Aires se había retirado de la COMRA en noviembre de 1968, en disconformidad con la posición mayoritaria orientada a la aceptación de un arancel uniforme inferior al vigente en su jurisdicción.

La sanción de la ley 18.045 y la invitación cursada a la Confederación para participar en su reglamentación encuentran por el contrario a FEMEBA en una actitud decididamente dialoguista. Sus representantes siguen asistiendo a los Consejos Federales como observadores y dan cuenta de reuniones mantenidas en el nivel ministerial, a la vez que del interés de la provincia en participar de las comisiones de trabajo, ofreciendo la inclusión de sus técnicos si el Consejo Federal lo considera oportuno.

[...] la Provincia de Buenos Aires conceptúa que en la reglamentación de la ley y en las tratativas que se hagan a nivel de las entidades máximas representativas de nuestras instituciones va el futuro de nuestra acción gremial. [...] la Confederación [...] puede hacer que la participación activa, con una presencia permanente en su trabajo, logre que la reglamentación se ajuste de modo que en el cambio de estructuras que el gobierno quiere imponer en el sistema sanitario argentino no sean desvirtuados los principios que rigen nuestras entidades gremiales(9).

Pese al optimismo y el interés puesto en participar, la Confederación Médica se enfrenta, en la nueva relación planteada con las autoridades, a un compromiso que volverá a poner a prueba su cohesión. Se trata de la necesidad de firmar una «carta de intención» entre la COMRA y la Comisión Nacional Ley 17.230, de manera de concretar un principio de acuerdo sobre la aceptación por ambas partes de la nueva regulación expresada en la ley 18.045.

El texto finalmente aprobado resume en dos artículos la aspiración de la Confederación Médica de ser reconocida como entidad representativa de los profesionales médicos y, por lo tanto, única autorizada a firmar los convenios previstos en la ley. Por la vía del compromiso y la participación, la Confederación obtendría el anhelado reconocimiento de su dere-

cho a firmar convenios con carácter exclusivo, excluyéndose explícitamente cualquier otra organización que pretendiera asumir la representación de los profesionales.

Sus directivos, sin embargo, se ven enfrentados a un dilema cuando el secretario Holmberg les solicita la supresión de los Hospitales de la Comunidad de la lista de instituciones a las que se denegaba explícitamente la posibilidad de contratar. La concesión no les parece excesivamente relevante en función de obtener el reconocimiento de la representatividad de la COMRA en la negociación de los contratos. Sin embargo, cuando el Consejo Federal toma conocimiento del texto finalmente firmado, los dedos acusadores se levantan para reprochar al presidente el haber actuado por fuera de sus atribuciones específicas, «distorsionando» el mandato de la Confederación. Un voto de censura aprobado por ocho delegaciones sobre un total de quince provocará la renuncia de los miembros de la Mesa Directiva y la consiguiente acefalía de la corporación (10).

Esta posición de defensa a ultranza del oligopolio de mercado se reitera y afirma en los meses posteriores, a la par que se desarrolla otro núcleo conflictivo en las tratativas con la Comisión Ley 17.230, radicado en el mecanismo de actualización de aranceles. En la propuesta oficial se incorporan «pautas orientadoras» para la determinación del nuevo arancel en los casos de renovación de convenios: a) incremento del ingreso real de los trabajadores, b) variación del costo de vida, c) variación de costos en prestaciones médicas en especialidades determinadas, d) el monto del galeno mínimo que establezcan los organismos legales. La dificultad reside en que el gremio reclama actualización automática, mientras que el texto propuesto por la Comisión deja el problema librado al acuerdo de partes, con arbitraje del Estado en caso de conflicto. En la cuestión se mezcla la defensa de la potestad de los Colegios, el temor a la intervención estatal, el rechazo a hacerse cargo de posibles dificultades financieras de las instituciones de cobertura. La posición conciliadora gana la votación por diferencia de un solo voto.

La historia de los encuentros y desencuentros producidos entre los representantes de la corporación médica y los funcionarios de la Comisión Ley 17.230 a lo largo de 1969 podrían sintetizarse en algunos párrafos, que seguramente no reflejarán la movilidad de las situaciones.

Durante los meses de marzo y abril de 1969 una comisión técnica formada por representantes de la Confederación trabajó con la Comisión de Obras y Servicios Sociales, arribando a acuerdos sobre las normas de trabajo, el nomenclador único y la fórmula de convenio tipo. A fines de abril, a pocos días de finalizar las negociaciones, se informa en el ámbito de la Subsecretaría de Salud Pública que esta dependencia ha tomado a su cargo la redacción de la reglamentación y que sus asesores no comparten los criterios aceptados en el seno de la Comisión Técnica. A fines de mayo

y en forma oficiosa llega a la COMRA la fotocopia de un proyecto de reglamentación de la ley 18.045, presuntamente confeccionado por el ministro de Bienestar Social de la Nación. Las conclusiones de la Mesa Directiva brindan poca posibilidad de conocer por dónde pasaban las diferencias:

No ofrecía ni siquiera bases de aproximación que permitieran concretar los resultados de las prolongadas tratativas con la Comisión Nacional de Obras Sociales; contenía disposiciones diametralmente opuestas y de ajena inspiración a los principios que se sostuvieron y acordaron a este nivel. En general el proyecto tendía a cercenar cada vez más el derecho de las entidades médico gremiales a intervenir como parte activa en la elaboración de los convenios de atención médica a los afiliados de obras sociales. El proyecto establecía normas únicamente para las entidades médicas sin hacer lo mismo con referencia a las obras sociales y mutuales, a las que por otra parte se les otorgaba pleno derecho para mantener sus actuales estructuras, las que, precisamente, por anacrónicas y deficitarias, fueron las que originaron las leyes mencionadas al principio (11).

Un buen número de aspectos de los que se creía debía contener la reglamentación quedaban sin mencionar, por ejemplo: normas de trabajo, normas administrativas, penalidades por incumplimiento, mecanismos de auditoría, fiscalización de las prestaciones. «Todo eso decía la reglamentación que sería resuelto por el Ministerio de Bienestar Social y por la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales, agregando que podía contar el Ministerio con la colaboración de una larga serie de entidades, una de las cuales era la Confederación Médica de la República Argentina» (12).

Se incorporaba también la conciliación obligatoria, designándose como árbitro inapelable al Poder Ejecutivo, nacional o provincial, de acuerdo con la jurisdicción correspondiente al conflicto. En el proyecto de decreto, según la opinión de la Mesa Directiva, todo se resolvía por decisiones unilaterales del Ministerio de Bienestar Social, transformando los convenios en meras cartas de adhesión, en cuya elaboración los organismos profesionales no tenían participación.

La Confederación elabora un memorándum donde explicita su opinión sobre el tema y acude a una entrevista de asesores de la Presidencia de la Nación. Al parecer el enfrentamiento se ubica en relación con el ministro Bauer, que se mostraba intransigente en el rechazo al punto de vista gremial. Se produce luego la crisis ministerial de junio y el Dr. Consigli, médico de la provincia de Córdoba, reemplaza al ingeniero Bauer, pero mantiene la misma posición de distanciamiento de su predecesor,

negando las audiencias reiteradamente solicitadas por la dirección de la COMRA.

Poco después y en forma sorpresiva, conforme al relato del presidente de la Confederación, se anuncia el otorgamiento de una audiencia que tiene lugar el 7 de julio. Se explica al ministro las dificultades creadas en los convenios con obras sociales, ya que estas, alegando la falta de reglamentación de la ley 18.045 se niegan a pagar el arancel a 720 pesos. Pocos días más tarde Holmberg entrega a las autoridades de la COMRA un nuevo proyecto de reglamento que a juicio de los gremialistas era aún peor que el elaborado por Bauer, ya que dejaba más aspectos a la decisión discrecional del Ejecutivo.

La COMRA vuelve a plantear sus exigencias, que esta vez se resumen en cinco puntos:

1. El convenio será de aplicación nacional.
2. El 25% de aumento sobre el arancel previsto para zonas desfavorables se aplicará respetando aranceles superiores en vigencia.
3. Se incorporarán como anexos a la reglamentación el nomenclador, arancel y normas de trabajo aprobadas a nivel de Comisión Ley 17.230.
4. Las obras sociales no podrán contratar servicios con grupos médicos, sanatorios o cualquier otro sistema que implique violentar el principio de la libre elección. Sus servicios propios serán respetados, siempre que se limiten a sus fines específicos.
5. La conciliación y arbitraje se mantendrán dentro de un mecanismo compartido, hasta el más alto nivel. Cuando se deba recurrir a un árbitro, Este será designado previo acuerdo de partes, y será un alto funcionario del Poder Judicial.

Fuera del listado, de manera que no queda claro si se trata también de una exigencia «no negociable», se señala la preocupación de los profesionales por el reconocimiento de su derecho a establecer sanciones de orden profesional. Se argumenta que la correcta aplicación de los convenios hace necesario que el incumplimiento de las normas, las transgresiones arancelarias, las faltas a la ética, puedan ser esgrimidas por la Confederación y sus filiales para excluir del registro de prestadores a los profesionales sancionados (13). Se logra una primera respuesta positiva, ya que la Secretaría se obliga a ratificar públicamente la vigencia de los valores arancelarios estipulados en la ley 18.045 y del arancel, nomenclador y normas de trabajo ya aprobados, informando a las obras sociales que deben proceder a la liquidación de las facturas atrasadas.

A comienzos de septiembre, durante una entrevista con el secretario Holmberg, este entrega a los gremialistas un nuevo proyecto de ley que

derogaría la 18.045, ratificando al mismo tiempo la decisión de la Secretaría de desconocer la facultad de fijar aranceles otorgada por leyes provinciales a los Colegios y continuar con el proyecto de Hospitales de la Comunidad.

Las posiciones vuelven a endurecerse. La Secretaría considera que los organismos gremiales pueden participar en la elaboración de los instrumentos que regularán su trabajo a través de comisiones técnicas que, se especifica, son de nivel asesor. La COMRA exige una participación «activa y efectiva», rechazando el papel atribuido a la Comisión Asesora que debían encuadrar sus decisiones en los cauces previstos por la norma legal.

El nuevo proyecto provoca alarma y repulsa en el Consejo Federal. Se habla de una intervención estatizante destinada a aplicar un «exceso de poder» en las relaciones entre dos grupos de organizaciones, de una suma de atribuciones conferidas al Poder Ejecutivo que en la práctica anulan la función del convenio de partes: «Este proyecto hace desaparecer el sentido, contenido y finalidades de los convenios colectivos señalados, reconocidos, aceptados y ejecutados sin hesitaciones hasta la fecha como norma de conducta social y de relaciones jurídicas entre grupos de la comunidad» (14).

En el seno de la COMRA vuelve a dominar la posición intransigente y se decide condicionar la continuación de las tratativas a la anulación del proyecto en cuestión. Se aprueba la publicación en los principales diarios porteños de una solicitada en la que se declara al gremio médico en estado de alerta en la totalidad del país y se anuncia un paro general de actividades médicas para el caso de que no se llegue a «una solución satisfactoria». La medida se fundamenta en la decisión de rechazar «en forma absoluta» el nuevo proyecto de ley relacionado con obras sociales y mutualidades, «por cuanto el mismo avanza aún más en materia estatizante, margina el rol que deben representar los organismos intermedios, centraliza en esa Secretaría de Estado las decisiones que deberían generarse por mecanismos compartidos, y anula las características de nuestra profesión liberal, pretendiendo transformar a los médicos en adherentes obligados a un sistema de conducción unilateral» (15).

El Consejo Federal había tenido lugar el 11 de septiembre y la publicación de la solicitada estaba prevista para el domingo 14. El día 12 el secretario Holmberg se puso en contacto con el Dr. Prieto y le propuso reanudar conversaciones. Se organizó una reunión para el día siguiente durante la cual los funcionarios Holmberg, Mondet y Cerrutti habrían mostrado, según la versión que se conoce en el Consejo Federal reunido el 20 de septiembre, una posición conciliadora. La conversación se endurece cuando los gremialistas aclaran que no tienen posibilidades de detener la publicación de la solicitada prevista para el día siguiente, sin embargo, las conversaciones prosiguen el lunes, y se llega a un acuerdo provisorio en la

Reunión de Autoridades de Salud Pública que se desarrolla en Jujuy en esa misma semana.

En el curso de las conversaciones, el secretario Holmberg habría hecho conocer a los directivos de la COMRA las líneas generales de su proyecto de reorganización de las obras sociales. Se citaría a sus directivos a una reunión a realizarse en el mes de octubre en la ciudad de La Plata a fin de hacerles conocer un proyecto de ley en el que se estaba trabajando. Conforme al mismo se establecería una cuota de afiliación uniforme y se dispondría específicamente qué proporción de los recursos debía destinarse a la atención de salud, de manera que esos fondos quedaran separados de los que se canalizarían hacia otro tipo de prestaciones, como turismo, préstamos, subsidios, etc. Además se descentralizaría la organización, agrupando en el ámbito de las provincias y de la capital a la totalidad de los afiliados del conjunto de las obras sociales con actividad en la provincia en una sola obra social de alcance provincial. Un segundo paso, a tomar ulteriormente, sería la organización de un seguro de enfermedad con carácter nacional, descentralizado y aplicado en el ámbito provincial (16).

La información es utilizada en los Consejos Federales de la COMRA como argumento para oponer a quienes rechazan toda regulación. «El gobierno se ha fijado la política de reordenar las obras sociales», afirma el delegado por FEMEBA; la intervención del Poder Ejecutivo en la regulación de los contratos y la fijación de aranceles tendría como objetivo facilitar los cálculos actuariales indispensables para verificar la viabilidad financiera del futuro sistema de seguro (17).

La sanción de la ley 18.483 supondrá una nueva decepción, dada la cantidad de aspectos que siguen supeditados al arbitrio del Poder Ejecutivo. Los dirigentes de la COMRA tienen la posibilidad de analizar el texto legal del proyecto en el Consejo Federal del 20 de septiembre, donde vuelve a instalarse la discusión entre quienes se inclinan por la negociación y quienes desean tomar distancia y, sobre todo, no apresurar las decisiones. «¿Qué urgencia tenemos nosotros para resolver esta ley a las 48 horas?», pregunta el representante de Entre Ríos, ante la urgencia demostrada por la Secretaría. «Hemos dejado de lado lo que era una posición concreta con casi 23 delegaciones, que era el estado de alerta, el rechazo a la ley y paro de actividades, ¿qué mayor contribución se puede pedir a la Confederación en el momento en que se incendian las ciudades de la República...?» (18).

Los negociadores hacen referencia a la posición incómoda en que los coloca su gestión. Se les ha incorporado al diálogo, se les ha pedido una definición, ha habido un cambio sensible en la actitud de los funcionarios. Ha cambiado la relación con la Confederación, en condiciones que la convierten en factor político en una coyuntura muy particular:



«están sucediendo hechos a los que evidentemente no podemos estar ajenos, no podemos estar acá encerrados pensando solo como médicos, también tenemos que pensar como ciudadanos y actuar en consecuencia» (19).

El deslizamiento en la posición del gremio desde una reivindicación de autonomía en la determinación de las condiciones de trabajo hasta la disposición a aceptar soluciones concertadas, se pone claramente de manifiesto cuando el presidente de la COMRA formula una propuesta alternativa para las disposiciones en cuestión: podría proponerse el dictado de normas «que estén supeditadas a una paritaria» (20).

La réplica de Entre Ríos es inmediata:

El pensamiento de la masa médica a la cual estoy representando es que cree que tiene una profesión liberal y que da a las mutuales, y eso lo dijimos en Catamarca, una prestación privada, y que hace una concesión económica en su atención diaria [...], debe ratificarse Catamarca, o el gremio debe modificar esa condición y decir: «estamos dispuestos a que nuestros aranceles los fije el Poder Ejecutivo». Yo creo que si dijera eso acá, a mi en Entre Ríos me echan (21).

Esa posición tan firme, unánime en Catamarca, en poco más de un año se ha transformado en minoritaria. El asesor legal de la Confederación explica el régimen de las comisiones paritarias. La principal diferencia a su entender es que el proyecto del Poder Ejecutivo da lugar a la participación de las instituciones interesadas a través de una junta consultiva con funciones meramente asesoras; en cambio, de instituirse una comisión paritaria, se trataría de un organismo decisorio. No vuelven a levantarse voces de protesta y el presidente insiste: la solución al problema es retornar al mecanismo compartido, cubrir la primera etapa inteligente y estratégicamente, dar por terminado el problema, en suma, «desensillar hasta que aclare» (22).

¿Cómo se entiende en este caso la expresión?. El mismo Prieto se encarga de aclararlo: esperar la definición del conflicto socioeconómico que se está desarrollando en el país, la recomposición de la situación política. En síntesis: la creación de un organismo permanente con funciones de paritaria se incluye en una redacción alternativa para el artículo 3º, elevada como tal a las autoridades.

El único punto en el que se mantiene cierta intransigencia es la cuestión del arbitraje. La rotunda negativa a aceptar ese papel para el Estado es claro signo de la parcialidad que se le atribuye. Los árbitros a quienes se encomiende el tratamiento de posibles conflictos serán también designados por acuerdo de partes en el momento de la firma de los convenios: «[...] el arbitraje que admitimos forma parte del convenio, porque en prin-

cipio elegiríamos un árbitro independiente, no el Poder Ejecutivo, admitiríamos el arbitraje subsidiario del Estado solamente cuando no haya otra solución para el litigio» (23).

En ese marco, la sanción de la ley 18.483, promulgada el 15 de diciembre de 1969, significa una nueva frustración de las expectativas gremiales. El texto legal mantiene en su artículo tercero la suma de atribuciones conferidas al Poder Ejecutivo e insiste en la conformación de un organismo permanente, «con participación paritaria de los sectores y ramas profesionales interesados», al que se le acuerda carácter meramente «consultivo» (art. 6º).

La relación entre la COMRA y la Secretaría vuelve a tensionarse. Un Consejo Federal reunido el 10 de enero decide suspender todo tipo de tratativas con los funcionarios estatales y convoca a un «paro nacional de actividades médicas» que se realiza el día 23 de ese mismo mes.

Las conversaciones con el gobierno, sin embargo, prosiguen, y la oposición de la COMRA se canaliza a través de la negativa a integrar la Comisión Consultiva creada por la ley nº 18.483. La Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, en cambio, opta por integrarse, decisión que abre un nuevo frente de conflicto para la debilitada Confederación Médica.

Continuando con las medidas de fuerza se realiza un nuevo paro de actividades el 19 de marzo y se publica una Carta Abierta dirigida al Presidente de la Nación bajo la forma de un referendun donde se sintetizan las reivindicaciones profesionales frente al conjunto de políticas llevadas adelante por Salud Pública. Las principales reivindicaciones remiten a la oposición a tres leyes: la nº 18.483, la nº 17.102, de Hospitales para la Comunidad, y la nº 18.038, de jubilación para trabajadores autónomos (24).

Las conversaciones con la Secretaría se reanudan luego de una entrevista mantenida con el presidente Onganía. Gracias a su mediación se conforma una comisión especial destinada a elaborar un proyecto de reforma a la ley 18.483, que comienza a sesionar el 20 de mayo de 1970. Los trabajos se interrumpen con el cambio de gobierno producido el 9 de junio y la subsiguiente renuncia del Dr. Holmberg. Para entonces, el panorama de la vinculación profesional con las obras sociales había sufrido una complejización adicional: el Ministerio de Bienestar Social, sin intervención de la Secretaría de Estado de Salud Pública, había elevado al Poder Ejecutivo el proyecto que sería sancionado como ley 18.610, generalizando la cobertura de atención médica otorgada por las obras sociales a toda la población en relación de dependencia.

## La ley 18.610

La ley 18.610 se sanciona el 23 de febrero de 1970. El mensaje de elevación al Poder Ejecutivo lleva la firma de Carlos Alberto Consigli, ministro de Bienestar Social, y Santiago M. de Estrada, secretario de Estado de Promoción y Asistencia de la Comunidad, nombre, este último, que en la década siguiente se transformará en referente de una exitosa modalidad de concertación de intereses organizada desde el aparato estatal. El texto del mensaje hace referencia a la difícil situación existente en materia de obras sociales ante la falta de una legislación que establezca pautas mínimas para su régimen de funcionamiento y a las dificultades financieras derivadas de los escasos recursos de que disponen para solventar las prestaciones, señalando al mismo tiempo la existencia de importantes sectores de trabajadores desprovistos de ese beneficio de protección solidaria.

En el mismo orden de ideas se considera el sistema vigente «adecuado y digno de apoyo», desestimando cambios que signifiquen alterar su estructura. Esa decisión se funda en la «ya larga tradición» de vigencia de las obras sociales sindicales, que desarrollan una «tarea de indudable trascendencia» por encima de los «inconvenientes transitorios sufridos por muchas de ellas». La reconocida necesidad de regulación se expresa en la normativa que contiene la ley y en la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), encargado de la «labor de coordinación y planificación, además del control de la inversión de los recursos y del funcionamiento técnico y administrativo» (25).

El articulado de la ley encomienda a las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial el otorgamiento de prestaciones asistenciales mínimas a todo el personal que se desempeñe en relación de dependencia en la respectiva actividad y a su grupo familiar primario. Dichas prestaciones podrían ser otorgadas en forma directa a través de servicios asistenciales propios o mediante convenios, con los recursos provenientes de una contribución bipartita: 2% de la remuneración como contribución a cargo del empleador, 1% como aporte del trabajador sin familiares a cargo, 2% en el caso de existencia de un grupo familiar primario (arts. 2º a 4º).

Estos aportes y contribuciones sustituían a los fijados en disposiciones legales o convencionales con idéntica finalidad y a cargo de las mismas partes. Se mantienen los montos o porcentajes en vigencia cuando fueran mayores que los establecidos por la ley, al igual que los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales (art. 5º).

Las obras sociales de las asociaciones profesionales de trabajadores serían conducidas por las mismas asociaciones, y debían poseer indivi-

dualidad administrativa, contable y financiera en forma independiente a la correspondiente a la respectiva actividad sindical (art. 8º). El artículo 12º crea el INOS como organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, y el 13º le asigna fines de promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables.

Entre las atribuciones que se le otorgan para el cumplimiento de dichos fines puede ser importante señalar las siguientes: a) coordinar la acción de las obras sociales y aprobar la instalación de servicios propios; b) promover la coordinación e integración de tales instituciones; c) orientar la distribución de los recursos entre las distintas prestaciones sociales; d) aprobar los aranceles y realizar el contralor contable, médico y de las otras prestaciones; e) administrar los recursos del Fondo de Redistribución; f) proponer la intervención de las obras sociales en caso de que se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento.

El Fondo de Redistribución se conforma con los aportes correspondientes al sueldo anual complementario de la totalidad de los trabajadores incorporados al sistema. Sus recursos se aplicarán a incrementar o mejorar la capacidad instalada destinada a prestaciones o para la asistencia financiera de las obras sociales que la requieran por circunstancias especiales. Se otorgarán en carácter de préstamo, subvención o subsidio. (art. 22º)

¿Como puede compatibilizarse esta ley, que generaliza el régimen de obras sociales, con el proceso previo de regulación de los contratos de provisión de prestaciones puesto en marcha por la Secretaría de Estado de Salud Pública con dos años de antelación, con los diagnósticos generalizados en su esfera que caracterizaban como causa de ineficacia, ineficiencia y escasa igualdad social la fragmentación verificada en el área, y con los proyectos esbozados por el secretario Holmberg, que habrían conducido a un reagrupamiento de las obras sociales en la esfera provincial como paso previo a la implementación de un seguro de salud o enfermedad? Algunos indicios disponibles nos permiten plantear que no es necesario buscar una explicación que haga compatible el desarrollo de tales procesos con la idea de un Ministerio que actúa de manera unificada, definiendo políticas para una actividad a la que confluyen ordenada y coordinadamente todas sus áreas. Por el contrario, la información de que disponemos, pese a no ser totalmente explícita al respecto, da pie para fundamentar una hipótesis de coexistencia en el mismo aparato de dos perspectivas relativamente diferentes en cuanto a la estrategia a desarrollar en relación con el ordenamiento del sector salud. A partir de este momento se consolidaría, en el Ministerio de Bienestar Social, la diversificación de orientaciones que resultará evidente más tarde, durante el gobierno de la dictadura militar de 1976-1983, entre la Secretaría de Salud Pública, de orientación fundamen-

talmente técnica, y la Secretaría de Seguridad Social dotada de una perspectiva técnico-política más inclinada a la concertación con las entidades intermedias del sector. Y que más tarde señalará también Aldo Neri como una de las condiciones que obstaculizan la efectiva aplicación de políticas en el área.

El problema sin duda no surge en este momento, sino que tiene raíces históricas profundas, que llegan por lo menos a la etapa del primer gobierno peronista. En efecto, en ese período Carrillo pretende absorber desde el Ministerio de Salud Pública la regulación de un sistema de servicios en el que se concretara la reclamada «unidad de comando», y la dinámica política instalada en Trabajo y Previsión da nacimiento a la primera legislación sobre Servicios Sociales, beneficiando a ferroviarios, vidrio, bancarios, etcétera.

Lo novedoso en el proceso que analizamos es que la contradicción en las orientaciones se instala dentro de un mismo Ministerio, y adquiere permanencia a partir de la instalación en el INOS de una tecnoburocracia orientada a la negociación y el compromiso con los sectores sindicales a cargo del manejo de las obras sociales. Cuando, algo más tarde, se integren a la mesa de negociación las corporaciones médicas, el trípode de la concertación se habrá consolidado en parte gracias a la ola de prosperidad que favorece a lo largo de una década la afirmación y crecimiento del sistema.

¿Cuáles son los indicios que avalarían la formulación de esta hipótesis? En primer lugar, el curso de los acontecimientos que revela la discusión en la Confederación Médica. En la sucesión de Consejos Federales entre comienzos de 1968 y mediados de 1970 puede reconstruirse una nítida continuidad en la discusión de la legislación que nace con la ley 17.230 y a través de la 17.850 y 18.045 culmina en la 18.483. No significa esta apreciación que consideremos que en los Consejos Federales se explicitaba la totalidad del problema, ni tampoco que se consignara en actas la totalidad de lo dicho, pero hay una clara continuidad de alternativas de negociación sobre un problema que el gremio considera de importancia fundamental. En el curso de este proceso que enfrenta al gremio con la Secretaría a cargo de Ezequiel Holmberg no hay ninguna mención a la ley 18.610, pese a que la información proveniente de la CGT nos permite saber que esta ley se elaboró y discutió contemporáneamente a la 18.483, en los últimos meses de 1969.

En segundo término, hay contradicciones de índole secundaria en ambas leyes, que permitirían pensar en grupos que trabajan separadamente en ordenamientos normativos que inciden en un mismo problema desde diferentes ángulos. Las atribuciones que la ley 18.483 otorga a la Secretaría de Estado de Salud Pública para regular el funcionamiento de los convenios entre obras sociales y prestadores se superponen con las que

la ley 18.610 reconoce al INOS. En esta atribución de potestades similares a dos organismos del Estado a los que se otorga jurisdicción sobre prácticas anteriormente inscriptas en la esfera del derecho privado, la superposición más evidente se vincula con la facultad de establecer los aranceles para la prestación de servicios médicos, que la ley 18.483 atribuye a la Secretaría de Estado de Salud Pública y la 18.610 al INOS.

Por último, algunas observaciones contenidas en documentos gremiales y el testimonio de uno de nuestros entrevistados coinciden en atribuir al ministro Consigli la iniciativa que concluyó en un acercamiento con la dirigencia sindical con una propuesta de legislación que esta rápidamente transforma en reivindicación propia, en un momento en que las convulsiones sociales ponían en peligro la estabilidad del gobierno militar.

Cuando el Dr. Carlos Consigli reemplaza en la conducción del Ministerio al ingeniero Bauer, su condición de médico significó un atisbo de esperanza para los dirigentes gremiales: confiaban en que un médico comprendiera mejor sus inquietudes y estuviera en mejores condiciones para apreciar la justicia de sus demandas. Pero Consigli, que había sido vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba, además de médico era cordobés y católico<sup>i</sup>. Un «católico cordobés» fue la expresión más gráfica que encontró uno de nuestros entrevistados para sintetizar la perspectiva ideológica del ministro, inclinado a tender un puente hacia la conducción sindical para ratificarle el manejo de sus obras sociales dentro de un sistema ampliado en sus alcances, reforzado en su capacidad financiera y a resguardo de la pretendida hegemonía de los sectores profesionales.

No se trata de una iniciativa aislada, ni de un raptó de genio político en la conducción del Ministerio. Se había consolidado ya en el sanitarismo argentino un grupo de profesionales inclinados a favorecer un acercamiento con la dirigencia sindical, a la que reconocían mayor legitimidad para representar el interés de los trabajadores que a los funcionarios de un Estado con fuertes rasgos burocráticos y autoritarios. La concepción de subsidiaridad del Estado, el privilegiamiento del papel de las instituciones intermedias como organismos encargados de dotar de mayor equilibrio el conjunto de relaciones sociales, tan significativos en el pensamiento social cristiano, desempeñan sin duda aquí un papel en la definición de prioridades y la delimitación de opciones políticas. Ese núcleo, orientado a la concertación con los líderes sindicales en función de lograr mayor homogeneidad y cierta capacidad de fiscalización en el manejo de las

i Había sido Vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba.

obras sociales, asumirá posiciones de conducción en el INOS, y se encargará de defender el sistema frente a las alternativas de reforma que se plantean en la siguiente década. En ese particular momento político en que comienza a derrumbarse el proyecto de Onganía, se produce el desplazamiento de Holmberg-Mondet, liberales modernizantes, y se comienza a afirmar la hegemonía de una nueva alianza tejida entre el sindicalismo y la tecnocracia social cristiana.

La jugada política de Consigli se habría completado, al parecer, con la intervención de Rubens San Sebastián, titular de la Secretaría de Trabajo. La posición del grupo se basaba en el reconocimiento de las obras sociales como una auténtica conquista social, y del derecho del sindicalismo, que había obtenido esa conquista, a hacerse cargo de la conducción de tales instituciones, «que formaban parte del paquete de las conquistas sociales del movimiento obrero». Se trata de una propuesta de apertura, de incorporación de la CGT, de énfasis en su representatividad. «La CGT quería romper el monopolio médico y llevar la cuestión de las obras sociales al área de seguridad social. Los gremios médicos querían conservar su monopolio y confiaban en tener mejores perspectivas si la regulación del sistema permanecía en el área de Salud Pública» (26).

Con esa definición, a la vez tan sencilla y tan clara, uno de nuestros entrevistados explica la consolidación de una de las alianzas de mayores consecuencias en la afirmación de relaciones corporativas de poder en el sector salud.

### **La reacción gremial**

La reacción del gremio médico fue decididamente negativa. Los dirigentes de la Confederación no alcanzan a percibir, tal vez, la significativa ampliación del mercado de atención médica que la nueva legislación supondría. O quizá su tradicional desconfianza ante la intervención del Estado y la alarma que sin duda generaba una posible alianza entre aparato estatal y movimiento obrero lo impulsaron a desdeñar cualquier ventaja económica de índole coyuntural.

Algunas manifestaciones pueden explicar una reacción más o menos generalizada frente al nuevo ordenamiento: «...se ignora el consenso general que considera el sistema actual de obras sociales como antieconómico, ineficaz y obsoleto [...]; la ley [...] se promulgó como resultado de intensas presiones político-gremiales y a pesar de la opinión en contra de la Secretaría de Estado de Salud Pública [...]; el principal motivo de su apresurada elaboración no tuvo como fin principal resolver los problemas de la asistencia médica de la población sino el de aliviar al gobierno de presiones político-gremiales» (27).

El diagnóstico negativo formulado por el gremio se basa en parte en

consideraciones sociopolíticas como las transcriptas, pero también en una evaluación pesimista de la capacidad financiera del sistema para remunerar los servicios que demandaría la población cubierta. Por una parte el argumento se basa en la multiplicidad de administraciones y la consiguiente absorción de recursos en gastos ajenos a la función específica de cobertura de atención médica; por la otra, remite a los cálculos actuariales a los que había sido tan aficionada la dirigencia gremial en los años de consolidación de la práctica de convenios, y a las estadísticas internacionales disponibles sobre financiación de sistemas semejantes.

Las especulaciones en torno a la insuficiencia de los recursos a captar por el sistema estimulan el temor de los gremialistas de perder su control oligopólico de la oferta de servicios por la incorporación de prestadores alternativos: prepagos comerciales y hospitales de comunidad. El argumento reitera viejas perspectivas catastrofistas. Como consecuencia de la financiación insuficiente los servicios médicos tenderán a orientarse hacia las formas de prepago comercial, «único en condiciones de prestar los servicios a un precio en consonancia con los aportes que fija la ley». Los bajos costos se obtendrían, en la evaluación que hace el gremio, eludiendo «condiciones indispensables que hacen a la buena calidad de los servicios» como la libre elección de médicos y sanatorios y el pago por acto médico. Las consecuencias para el trabajo profesional se traducirán en la «universalización del sueldo como forma de remuneración» (28).

Las Segundas Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas concluyen por considerar a la ley «socialmente injusta, financieramente deficitaria y técnicamente incorrecta». Una perspectiva un poco más desarrollada, que puede facilitar la recuperación de la visión que el gremio médico construye sobre el problema, se rescata en un documento aprobado por FEMEBA y presentado al Consejo Federal de la COMRA, reunido el 27 de junio de 1970. En él se expresan seis observaciones consideradas «de fondo».

Primera: Inoportunidad. La ley introduce un nuevo ordenamiento cuando se estaban evaluando y discutiendo aspectos fundamentales de la organización de la atención médica.

Segunda: Indefinición. Se habla de «prestaciones mínimas». Nada hay en el contexto de la ley que defina lo que se debe entender como mínimo,<sup>ii</sup> «esa vaguedad es fuente de interpretaciones tan dispares que no resiste el análisis técnico».

<sup>ii</sup> De ello se ocuparía, *a posteriori*, el decreto reglamentario, definiendo como prestaciones médico-asistenciales mínimas la atención médica en consultorio, domicilio, internación, atención médica de urgencia, servicios de diagnóstico y tratamiento y atención odontológica.



Tercera: Financiamiento. En las páginas precedentes hemos explicitado el argumento relativo a su insuficiencia. En un informe elaborado por los colegios y consejos médicos existentes en el país se avanza sobre el tema, reclamando la contribución del Estado.<sup>iii</sup>

Cuarta: Centralización. «[...] la burocracia centralizante desnaturalizará la eficiencia que debe exhibir un sistema de atención médica, pues salvo una referencia a delegaciones regionales, el sistema funcionará centralizado desde el INOS.

Quinta: Exceso de poderes. La ley ha puesto en manos de un solo sector, el sindical, recursos financieros de alcance excepcional, que representan aproximadamente el doble de los destinados a la Secretaría de Estado de Salud Pública por el presupuesto nacional.<sup>iv</sup> Estos recursos generarán distorsión sobre el sistema de prestaciones, que ya habrían comenzado a manifestarse en el proyecto de instalación de un sanatorio propio en la ciudad de Buenos Aires.

Sexta: Falta de racionalidad. Tanto las proveedurías como los hoteles o los sanatorios propios de una obra social «constituyen el peor negocio en cuanto a eficiencia y rentabilidad». La aspiración por el sanatorio propio supone una «secuela de costo excesivo, falta de pautas de comparación, congelamiento de aspiraciones profesionales y fomento en la contratación desleal y tentadora de determinados servicios» (29).

El documento parcialmente transcrito y numerosos testimonios de similar orientación explican la preocupación dominante en el gremio:

<sup>iii</sup> «Se considera que el estado debe participar en la financiación del sistema, compensando la falencia del salario real y/o volcando al mismo una parte importante de los recursos económicos que en la actualidad destina para cubrir servicios asistenciales. [...] De no procederse de la manera indicada, debería hacerse un cuidadoso estudio, que permitiera establecer los servicios que podrían prestarse con los recursos que fija la ley. Se considera que tales servicios restringidos, configurarían prestaciones parciales y mediocres que no conciben con los propósitos y aspiraciones de beneficiarios y prestadores. (Confederación Médica de la República Argentina. Informe de la comisión integrada por representantes de los colegios y consejos médicos existentes en el país. Segundas Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas, Buenos Aires, 1979. Documento mimeografiado, p. 2.)

<sup>iv</sup> Conforme a declaraciones del ministro Consigli en la conferencia de prensa realizada con motivo de la promulgación de la ley, se esperaba una recaudación calculada en 70.000 millones de pesos moneda nacional. La alarma gremial ante la posible insuficiencia de recursos estaba justificada si se consideran las cifras dadas a conocer por el ministro. Los beneficiarios de las obras sociales ya existentes se estimaban en 2.300.000, a los que se sumarían conforme a la ley 3.000.000 de nuevos adherentes. Mientras se duplica el número de personas con derecho a cobertura, la recaudación solo se incrementa en un 50%, de 46.000 millones a 70.000. (Dictóse ayer la ley de obras sociales. Comprende a 5.300.000 trabajadores. *La Nación*, 27 de febrero de 1970.)

ya no se trata de rechazar el intervencionismo del Estado en una esfera de contratación que se supone privada, ni tampoco de preservar la autonomía de la profesión en el control de las condiciones de su práctica: en una coyuntura política cuya definición no parece suficientemente clara, el gremio médico percibe ante todo la amenaza pendiente sobre su mercado de trabajo. El oligopolio de la oferta de servicios, construido laboriosamente a lo largo de una década, y los instrumentos técnicos, administrativos y jurídicos desarrollados para consolidarlo, son puestos en peligro por la emergencia de prestadores de alternativa: hospitales de comunidad y sistemas de prepago privado, que aparecen como instrumentos de presión en manos de la nueva alianza entre el gobierno y la conducción sindical. Sobre este tema volveremos en el próximo capítulo.

### **Diciembre de 1970: sanción de la ley 18.912**

Por cuarta vez consecutiva el fin del año calendario aporta un nuevo intento de la Secretaría de Estado de Salud Pública por regular los convenios relativos a las prestaciones de atención médica para beneficiarios de obras sociales y mutualidades. El 31 de diciembre de 1970 se sanciona la ley 18.912, que reemplaza el régimen establecido por su antecesora, la 18.483.

La periodicidad anual del proceso se vincula sin duda a los plazos establecidos para la vigencia de los aranceles que las sucesivas leyes regulan, pero también tiene que ver con las dificultades para ordenar el sistema a través del disciplinamiento de los sectores comprometidos, que implicaba fundamentalmente su aceptación de algunas pautas generales de encuadramiento de sus actividades y el reconocimiento de la intervención normativa del aparato estatal.

En esta oportunidad, los contenidos de la norma no impactan de manera tan desagradable a la Confederación Médica. Ha cambiado su interlocutor en la Secretaría, que en este momento es el Dr. Horacio Rodríguez Castells, y el trabajo realizado en la Comisión Nacional encargada de proponer reformas a la ley 18.483 había conseguido incorporar una perspectiva más conciliadora.

El mismo mensaje de elevación al Poder Ejecutivo lo señala explícitamente: en el nuevo proyecto se ha procurado armonizar los fines sustancialmente perseguidos por la ley 18.483 con la opinión de los sectores directamente vinculados con la aplicación de las normas pertinentes. El primer y más importante resultado de esa actitud conciliadora es la supresión del conflictivo art. 3º y la suma de facultades que confería a la Secretaría de Salud Pública.

Estas facultades son otorgadas por la nueva ley al organismo paritario reclamado por los representantes de la COMRA. El art. 8º dispone, por

una parte, la creación, en jurisdicción de la autoridad sanitaria nacional, de un organismo permanente constituido con participación paritaria de las entidades prestatarias, y por la otra, «de las entidades con representatividad de alcance nacional, por cuyo intermedio se convenga la provisión de los servicios que aquellas utilicen».

Este concepto de «representatividad de alcance nacional» adelantado por el art. 3º para determinar las instituciones a las que se reconoce el derecho a formalizar tales convenios en representación de los prestadores, consagra el derecho exclusivo de la Confederación Médica a actuar en ese carácter para la contratación de prestaciones de atención médica y de la Confederación de Clínicas y Sanatorios para lo referido a internación. Esto suponía, sin ninguna duda, un avance en el logro de las reivindicaciones del gremialismo.

El art. 6º, que regula los requisitos que deberán cumplir los contratos de prestaciones, estará destinado a ser el más conflictivo en el corto plazo, provocando la movilización de la CGT para obtener la derogación de la ley. En él se consagra la tradicional reivindicación del gremio médico vinculada a la libre elección del profesional por parte de la población beneficiaria, si bien ese referente clave de las «libertades» profesionales aparece sujeto a una serie de condiciones que, de aplicarse, podrían haber limitado considerablemente sus efectos. La inclusión de nomencladores y valor de aranceles entre las necesarias especificaciones a establecer en cada contrato pudo dar pie al argumento de que solo se autorizaba la contratación de servicios con base en el pago por prestación.

En otros dos aspectos la nueva ley satisface las expectativas del sector gremial más inclinado a la negociación. En primer lugar, en lo relacionado con los elementos que deben tenerse en cuenta para la determinación anual de los aranceles: evolución ponderada de los salarios, variación del costo de vida, modificación de los factores que incidan en el costo de las prestaciones y, por último, «el valor del arancel profesional que se autorice legalmente en jurisdicción provincial para las prestaciones correspondientes», reconociendo, al menos en teoría, las atribuciones reconocidas por algunas legislaciones provinciales a los Colegios y/o Consejos Médicos (art. 13º, inc. c.).

En segundo término, se aceptan las reservas del gremio en relación con el arbitraje encomendado a los organismos del Poder Ejecutivo. El art. 14º establece, para el caso en que no se arribara a acuerdo en el seno de las comisiones paritarias, el «arbitraje definitivo» del presidente de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Federal.

En ese clima de acuerdos comienza a funcionar la Comisión Permanente Ley 18.912, subdividida en comisiones especiales encargadas de regular las prestaciones médicas, odontológicas y sanatorias. Las referencias disponibles explican el logro de acuerdos relativamente rápidos

relacionados con la actualización del valor de los aranceles y las modificaciones propuestas a los respectivos nomencladores.

El Dr. Julio Bello, presidente de la Comisión, nos proporciona una descripción del relativamente fluido desarrollo de los trabajos. La CGT, pese a haber sido convocada, no integró su representación, y tampoco lo hicieron las obras sociales sindicales. Los representantes de las Confederaciones de prestadores tenían como interlocutores a los representantes de las obras sociales estatales y paraestatales. Se trataba, según palabras del Dr. Bello, de funcionarios que no tenían representatividad efectiva: ya que los recursos que comprometían en las negociaciones eran del Estado, y, por lo tanto, no estaba en juego su patrimonio ni el de sus instituciones gremiales, estaban mejor dispuestos a aceptar los argumentos provenientes del sector profesional.<sup>v</sup> Los funcionarios de la Secretaría, por su parte, responsables del área de Economía Médica, se limitan a certificar la realización de las tratativas y los acuerdos a que se arriba. Las obras sociales provinciales participan de la instancia paritaria sin comprometer su aceptación de los aranceles acordados, dado que afirman carecer de respaldo financiero para cumplir los compromisos emergentes.

El presidente de la COMRA manifiesta su satisfacción ante la dinámica imperante en la Comisión en el Consejo Federal del 24 de abril de 1971:

Por primera vez en la experiencia de la Confederación a nivel de organismos paritarios se ha cumplido hasta el momento en forma que por lo menos satisface a las partes y son respetados sus intereses. Los primero que nuestra delegación llevó fue introducir una variante entre el valor del galeno y el de la consulta médica. Fue sumamente difícil conseguir que la parte contraria admitiera esta posición. Se hizo necesario llegar a un acuerdo sobre las posibilidades económicas de las obras sociales las sindicales no se presentaron [...] las tratativas han sido de nivel paritario y obligan a las partes que taxativamente determina la ley (30).

Poco iba a durar la armonía tan trabajosamente construida. A fines de ese mismo año se desencadena el conflicto que enfrentará a las Confe-

<sup>v</sup> Esa perspectiva es ratificada por algunas declaraciones provenientes de la CGT, en el momento en que se acercan al Ministerio de Bienestar Social para demandar, entre otras cosas, la derogación de la ley 18.912. Afirma el secretario general, José Rucci, en una de tales reuniones, haciendo referencia a la instancia creada para la discusión de los aranceles médicos que, en su opinión «tiene la pretensión de ser paritaria»: «Hablamos, y al final la CGT no era más que una figura decorativa, una minoría, y se hacía lo que los señores médicos decidían a través de sus colegios. En definitiva, somos los patrones y ni siquiera nos dejan hablar» («Manrique mantuvo una reunión informal con la CGT» *La Nación*, 25 de agosto de 1971).

deraciones profesionales con el ministro Manrique y la CGT en función del pedido formulado por la central obrera de derogación de la ley 18.912. Antes de llegar al momento en que el enfrentamiento toma estado público intentaremos reconstruir algunos antecedentes, útiles para señalar cómo se van posicionando los actores en el período previo.

### **Conflicto Ministerio de Bienestar Social, CGT, confederaciones profesionales: el posicionamiento de los actores**

En primer lugar, hay una manifiesta consolidación de la alianza entre el grupo inclinado a otorgar mayor injerencia a los dirigentes sindicales en el manejo de las obras sociales y los funcionarios de la cartera de Trabajo. En mayo de 1971 el INOS pasa a jurisdicción del Ministerio de Trabajo, en razón de un convenio firmado entre el titular de la cartera de Bienestar Social, Francisco Manrique, el Secretario de Trabajo, Rubens San Sebastián, y el presidente del Instituto, Andrés Fescina, para el que se prevé una vigencia de cinco años. Una noticia publicada por *La Nación* informa que, en virtud de dicho convenio, el Ministerio de Trabajo ha tomado a su cargo las tareas de INOS, responsabilizándose por toda su infraestructura operativa y, en consecuencia, de la aplicación de la ley 18.610, con jurisdicción sobre la totalidad de las obras sociales y las entidades que adhieran al sistema. En ese ámbito se elaborará, meses más tarde, el proyecto de ley sancionado bajo el n° 19.710, que reemplazará a la ley 18.912.

Paralelamente, el Ministerio de Bienestar Social comienza a desarrollar una política tendiente a la ampliación de la capacidad instalada propia de las obras sociales en el interior del país, provocando en algunos casos la alarma y en otros la decidida oposición de los federaciones médicas provinciales. El más notorio de tales enfrentamientos es el que se desarrolla en Neuquén con motivo de la utilización de un sanatorio de propiedad del Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario, cuya construcción había sido decidida en 1958 y finalizada en 1964, sin que llegara a habilitarse. En 1967 el gobierno de la provincia propone la compra del edificio para reemplazar al antiguo hospital provincial, al año siguiente los gremios ferroviarios comienzan las tratativas con otras organizaciones sindicales con el objetivo de posibilitar su utilización integrada.

La intervención de Manrique y el apoyo del INOS, asegurados a través de un convenio firmado en mayo de 1971, posibilitará la creación de la Asociación Neuquina de Obras Sociales, que toma a su cargo la explotación del sanatorio. La asociación está conformada por quince obras sociales sindicales.

Las Asociaciones de Obras Sociales constituirán un modelo de organización de servicios médicos con desarrollo de capacidad instalada pro-

pia que será estimulado desde el Ministerio de Bienestar Social en diferentes lugares del país. Esto provocará la consiguiente alarma y oposición del gremialismo médico que veía de ese modo cercenado el mercado de atención con posibilidad de ser captado por el sistema de convenios.

En el Ministerio de Bienestar Social también parecen haberse desarrollado áreas de conflicto. La Secretaría de Estado de Salud Pública no acepta pasivamente el cercenamiento de sus atribuciones relacionadas con la regulación de la atención médica, ni el forzoso segundo plano al que la desplaza la vinculación INOS/Secretaría de Trabajo. En una exposición ante el ministro Manrique, el secretario de Estado de Salud Pública, Dr. Horacio Rodríguez Castells, reclamaba en agosto de 1970 la intervención de su área en la regulación de los servicios de atención médica que la ley 18.610 había encomendado al INOS. «Por la importancia que este Instituto ha de tener para el sector salud, reclamamos en esta etapa la máxima participación posible de la Secretaría».

Rodríguez Castells insistía en la necesidad de unificar el sistema: «consideramos impostergable la iniciación de los estudios destinados a la *definición de un sistema racional de atención médica para todo el país y su financiación*» (énfasis en el original), afirmaba en la mencionada exposición, sin dejar de señalar los obstáculos que debía superar su propuesta: «Esta tarea deberá superar muchas dificultades, derivadas de los intereses en juego, la mayoría legítimamente adquiridos. Comprendemos que cualquiera sea el sistema que se adopte y que se esté en condiciones de financiar, nunca podrá satisfacer íntegramente las expectativas de todos los sectores interesados» (31).

Un año después, la Secretaría de Salud Pública pone en marcha un nuevo intento de recuperar protagonismo en la organización del sector. Convoca para ello una Comisión para el Estudio del Sistema de Atención Médica y su Financiación, decidida por resolución 566, del 15 de junio de 1971, que se integraría con dos grupos de trabajo, cuya composición revela la decisión de incorporar a todos los sectores con interés en el tema,<sup>vi</sup>

<sup>vi</sup> El primero estaba dedicado al «Estudio de los aspectos profesionales», con participación de la COMRA, el INOS, el Consejo Coordinador de Profesionales de la Salud, el Consejo Coordinador de Obras Sociales Provinciales, la CONFELISA y las Asociaciones de Facultades de Medicina, Odontología, Bioquímica y Farmacia, y el segundo al «Estudio de los aspectos financieros», integrado por la Secretaría de Estado de Seguridad Social, la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia de la Comunidad, la Subsecretaría de Asuntos Universitarios del Ministerio de Cultura y Educación, la CGE, la Unión Industrial Argentina, la ACIEL, la CGT, el INOS, el Consejo Coordinador de Obras Sociales Provinciales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, la Confederación Argentina de Mutualidades, el Instituto Intercooperativo Argentino, y el Consejo de Rectores. (Dispónese la creación de la Comisión para el estudio del Sistema de Atención Médica y su Financiación. *Boletín del Día* (Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública) 16 de junio de 1971.)

sin asegurar la celeridad en las decisiones que la situación exigía. No sabemos si la Comisión llegó a constituirse; la CGT no solo no se integró sino que, además, incorporó a sus demandas al gobierno el pedido de derogación de la resolución que la creara, como veremos más adelante.

No es posible afirmar que el intento de Rodríguez Castells de recuperar la iniciativa para su área fuera fruto de una alianza con el sector profesional; por el contrario, parece inscribirse en la orientación técnica de carácter modernizante que impulsaran Holmberg y Mondet, aun cuando hubiera logrado un mejor diálogo con el gremialismo médico. En el documento que presenta a Manrique en 1970 defiende como solución integral la adopción de un sistema único, «con financiación sólidamente asegurada, que permita establecer una adecuada regionalización y organizar una red de establecimientos de complejidad creciente que afronte con eficacia las necesidades de toda la población» (32).

Hacia fines de 1971 presenta su renuncia, sin que se hicieran públicos los motivos de la misma, aunque una posible hipótesis radicaría en la reestructuración del Ministerio, que disminuye la jerarquía de la Secretaría de Estado de Salud Pública, transformándola en Subsecretaría. Manrique retiene la función, no designando un reemplazante para el cargo, y produce un nuevo motivo de alarma entre el sector profesional con la promulgación de la ley 19.337, de descentralización hospitalaria, aplicable a 92 hospitales dependientes de su ministerio. La norma, con fecha 10 de noviembre de 1971, se funda en la necesidad de superar «la falta de coordinación entre los tres subsectores que integran la salud pública» (33) y prevé la posibilidad de que los establecimientos hospitalarios realicen convenios con las obras sociales para el otorgamiento de prestaciones asistenciales a sus beneficiarios (art. 4º). Por su parte, la CGT intensifica sus presiones sobre el gobierno, aprovechando la mayor propensión al diálogo que se manifiesta con la llegada a la Presidencia del general Lanusse.

Como ya lo señalamos en el capítulo anterior, la cuestión de las obras sociales comienza a tener lugar destacado en las reivindicaciones de la CGT en el momento previo a la sanción de la ley 18.610. El 5 de diciembre de 1969 la Comisión Reorganizadora de la Central Obrera entrega al Presidente de la Nación un memorándum en el que expresa sus principales reivindicaciones: libertad de compañeros detenidos, actualización salarial, obras sociales, jubilaciones y pensiones y normalización de los gremios. En relación con declaraciones de funcionarios relacionadas con la próxima sanción de una ley sobre obras sociales, la central obrera reclama que se le haga conocer el texto del proyecto en preparación anticipando su rechazo a toda norma «que pretenda separar de la órbita de la conducción gremial la administración de las obras sociales», y reconociendo como jurisdicción pertinente para la «adecuada promoción, fiscalización y control de las estructuras sindicales» a la Secretaría de Estado de Trabajo (34).

No estamos en condiciones de determinar cuál fue la intervención de la CGT en relación con la iniciativa del proyecto, pero sí podemos afirmar que conocía el texto de la norma antes de su sanción, ya que lo hace llegar a sus filiales por Circular n° 4 del 30 de enero de 1970. En julio de ese mismo año, habiendo finalizado el proceso normalizador con la elección de José Rucci como secretario general, la CGT eleva sus «primeros reclamos» al presidente Levingston. Entre ellos, el relativo a la reglamentación de la ley 18.610 (35). La demanda se ratifica en enero de 1971 (36).

En abril de ese mismo año, en el curso de una reunión entre los dirigentes de la CGT y el presidente Lanusse, la central obrera vuelve a colocar entre sus prioridades el tema de las obras sociales, más específicamente la revisión de la ley 18.912 y la derogación de las resoluciones de la Subsecretaría de Salud Pública que disponían la creación de una comisión para el estudio del sistema de atención médica y su financiamiento. El desacuerdo con las disposiciones de la ley 18.912 es expresado también en el mes de junio de 1971 por el Congreso Extraordinario de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza, que publica una extensa resolución vinculada al incremento de los costos asistenciales. En el mismo se adjudica a la referida ley «una mecánica absurda, de pseudo paritarias» que «pone en manos de las entidades prestatarias nuevamente la posibilidad de imponer métodos y aranceles de prestación que lleguen a la destrucción económica de las obras sociales».

Finalmente, en el mes de octubre, la CGT hace pública una solicitada en la que toma definida posición en relación con el conflicto que se está gestando. Afirma en primer lugar su auspicio, contribución y participación en la adopción y aplicación del sistema que contempla la ley 18.610, y explica las razones de esa actitud basándolas en que «interpretó en su momento y lo sigue entendiendo ahora que el régimen creado constituye un cuerpo de vocación revolucionaria en el diagnóstico y tratamiento del problema de la salud». En segundo término, vincula ese carácter revolucionario con la oposición manifestada «cada vez con mayor frecuencia y con más agresividad» por los organismos gremiales médicos que, en la mayoría de los casos, «defienden los intereses de las sociedades financieras que lucran con la salud del pueblo».

Como consecuencia, en opinión de la central sindical, el INOS estaría sometido «a una campaña de desprestigio y a una tarea de neutralización», negándosele la estructura funcional y orgánica necesaria para concretar la filosofía que encierra la ley que le diera origen. Detrás de esa estrategia se alinean los que quieren volcar los recursos del sistema a la organización de un seguro de salud, que estarían identificados con la actuación de la Comisión creada por la Subsecretaría de Salud Pública para el estudio del sistema de atención médica y su financiación, en la que el voto de los trabajadores, «en manifiesta minoría», solo serviría para con-



validar políticas y decisiones que expresan los intereses a los que la CGT «enfrentará resueltamente».

Pese a su decidido apoyo a la conducción del INOS, la CGT no se ubica entre los aliados incondicionales del Ministerio de Bienestar Social. Hay por lo menos un tema que provoca continuas fricciones y que resurge en agosto de 1971 en virtud de la regulación realizada por el Ministerio. Nos referimos al precio de los medicamentos. En esa oportunidad coinciden la CGT y el gremio médico en la crítica descarnada a las soluciones propuestas por el Ministerio.

¿Qué pasa mientras tanto en la Confederación Médica? El esfuerzo del gremio se orienta, en este conflictivo momento en que sus adversarios parecen conformar una alianza relativamente consistente, a mostrar su capacidad técnica para organizar un sistema que supere en alguna medida la fragmentación y heterogeneidad existentes.

La empresa no es fácil. Para proponer un sistema único la Confederación debe superar en primer lugar su propia división interna. En el mismo momento en que se comienza a hablar de presentar al Ministerio una propuesta de organización de un sistema de seguro se actualizan las discrepancias doctrinarias.

Para la primera presentación, realizada al ministro Manrique en enero de 1971, la cuestión se resolvió con la premura del caso por la Mesa Ejecutiva. El presidente comenta que fueron necesarias ocho horas de deliberación para analizar qué era «lo específicamente conflictivo» en lo que la Confederación tenía preparado como pautas, de manera de eliminar los puntos sobre los que «podía haber dualidad de interpretación» y que, por lo tanto, no podían ser presentados en función de no existir acuerdo (37). Cuando se designa una comisión encargada de elaborar un primer proyecto sus integrantes se dividen: los delegados de San Juan y Mendoza comienzan a preparar estimaciones sobre viabilidad financiera del seguro, porcentajes del PBI, contribuciones sobre sueldos; Santa Fe, en cambio, insiste en que la tarea debe centrarse en marcar los aspectos fundamentales, las grandes líneas de doctrina. El problema, como se pone de manifiesto con solo seguir los contenidos del debate, no pasa exclusivamente por una simple división de tareas.

«Es difícil», afirma el delegado por Santa Fe, «en tan poco tiempo de trabajo hacer un proyecto de seguro de salud para hombres que en el país ganan 24 o 25.000 pesos por mes, o 900 dólares al año. Eso es una ficción...» (38). La observación muestra la complejidad del problema: el obstáculo reside no solo en que la Confederación está dividida en cuanto a la defensa de diferentes modelos organizativos para la atención médica en el sistema de seguridad social; el principal escollo es que no pueden preverse esquemas generalizados de financiación que hagan viable un seguro para la totalidad de la población y al mismo tiempo garanticen recursos sufi-

cientes para garantizar los niveles de remuneración a los que el gremio aspira.

La solución pasa entonces por el pragmatismo, que se ha venido haciendo crecientemente hegemónico dentro de la COMRA a medida que avanzan las dificultades en la relación con el gobierno. El pragmatismo y la perspectiva técnica definen un esquema de trabajo que se apoya en última instancia en la propuesta del grupo que defiende la alternativa que hemos caracterizado como «seguro de enfermedad» o, como se propone en esta coyuntura, un «seguro de atención médica». «El Seguro Nacional de Atención Médica pensamos nosotros que abarca [...] una parte sola de un complejo tan extraordinario como es el Seguro de Salud, que es ya otro complejo aún más complejo».

Las dificultades de la tarea anhelada pueden justificar el quedar solo en el primer paso, y también pueden servir para caracterizar como utópico el anhelo del adversario. El pragmatismo se defiende en función de la angustia del momento y lo perentorio de la necesidad de avanzar en soluciones factibles: «por un lado avanzan tremendos intereses, que a veces no resultan claros para los dirigentes médicos, o para los médicos», pero existe ya una propuesta elaborada, y se está poniendo en práctica en distintos niveles: Neuquén, Catamarca, La Pampa, y también la Provincia de Buenos Aires, sirven para certificar el aserto. En diferentes lugares «se van esgrimiendo soluciones, aparentemente rápidas e impensadas, pero que conforman un estudio previo y una doctrina» (39).

En este momento, nuevamente, se perfilan algunos de los temores del gremio ante la posible competencia de otros modelos organizativos. Cuando se habla de Neuquén o Catamarca se está pensando en el desarrollo de capacidad instalada propia de las obras sociales, pero no es esa la única amenaza. También están presentes, tanto en el imaginario de los gremialistas como en las alternativas seleccionadas por los funcionarios, los grandes sanatorios porteños con capacidad para organizar o adherir a sistemas de prepago. Uno de nuestros entrevistados ratificó que las entidades nucleadas en la CIMARA eran consideradas como posibles instrumentos para romper el monopolio de CONFELISA. En la discusión sobre el seguro en la COMRA vuelve a aparecer esa imagen con capacidad de convencer a los más renuentes: «grandes centros sanatoriales de la Capital Federal, con un equipamiento espectacular y edificios extraordinarios, poniendo al frente a médicos de capacidad probada desde el punto de vista científico, docente y de investigación, quieren a través de una propaganda muy bien amalgamada, no por ellos seguramente, poner en la mentalidad de algunos gobernantes cuál es la mejor medicina, cuál es la más moderna y la que la gente necesita». La delimitación del adversario parece clara, al menos en el discurso de la corporación: «nos están haciendo un Seguro de Enfermedad sin ningún anteproyecto, ninguna ley, sino a tra-

vés de grandes intereses empresarios, de grandes intereses médicos, con extraordinario equipamiento y caudal humano barato» (40).

Algunos prepagos, es cierto, habían comenzado a realizar una sofisticada propaganda a través de la prensa, cuyos destinatarios no eran, sin duda, los trabajadores beneficiarios de las obras sociales, sino las clases más altas a quienes se ofrecía una posibilidad de consumo diferente a través de interpelaciones a su sentido estético, su conocimiento del arte, su identificación con las clases altas europeas. Más en la línea de preocupación del gremialismo, sin embargo, aparece en octubre de 1971 una solicitada de la CIMARA, bastante críptica en la explicitación de la identidad de sus adversarios, a quienes se acusa de colocar «escollos que pretenden obstaculizar el normal desenvolvimiento de los planes de atención médica accesibles a los grandes sectores de la población».

La entidad ubica a sus instituciones miembros como «precursoras de la medicina social en el país», y asegura que su larga trayectoria en el campo de la asistencia médica «se traduce tanto en los millones de personas cubiertas y asistidas como en los millares de médicos y personal auxiliar que tienen ocupación en este sistema en todo el Territorio Nacional». Los integrantes de la CIMARA se muestran dispuestos a facilitar la solución del problema de la salud de la población de acuerdo con «posibilidades, medios y métodos argentinos», facilitando la acción de entidades «de profundo arraigo popular» como son las obras sociales y mutualidades (41).

### **El desarrollo del conflicto entre el Ministerio de Bienestar Social, las confederaciones profesionales y la CGT**

Precedido por tan complejos y no siempre explícitos antecedentes, el conflicto entre Manrique, las confederaciones profesionales y la CGT toma estado público a fines de noviembre. Es difícil recuperar el emergente que dio origen a la profusión de solicitadas y discursos, matizadas de agravios y amenazas, que invadieron la prensa escrita y se difundieron por radio y televisión. Sin la posibilidad de avanzar una hipótesis sobre el tema, solo nos queda la narración cronológica de los hechos, conforme surge de nuestra información:

El primer registro corresponde entonces al Consejo Federal de la COMRA del 27 de noviembre de 1971, cuando se plantea lo que en la jerga gremial se reconoce como Gran Denuncia.<sup>vii</sup> Se resuelve en ese Consejo la publicación de una solicitada el día 7 de diciembre, conteniendo

<sup>vii</sup> El contenido de la Gran Denuncia remite a las causas de lo que se considera «estado caótico y de desorganización» del sistema de atención médica, sintetizadas en tres puntos: a) en forma sistemática el Ministerio de Bienestar Social se ha

los fundamentos de dicha denuncia, y la realización de un paro nacional de actividades médicas el 16 de ese mismo mes.

Sin embargo, el verdadero fuego cruzado ante la opinión pública se inicia el 3 de diciembre, día del médico, con mensajes del presidente de la COMRA y del ministro Manrique. El Dr. Prieto hace un listado de los agravios, que en su lectura afectan al mismo tiempo los intereses del gremio y las condiciones de atención médica de la población, y manifiesta que la denuncia de los responsables de una conducción «tan desorbitada como inconsulta y extemporánea», se ha constituido para los profesionales en «el único camino digno», ya que el cuerpo médico considera que «la salud cae bajo su directa y personal responsabilidad».(42)

El ministro no utiliza artillería de tanto calibre; se limita a algunas alusiones a «ciertos comerciantes de la salud» y «trasfondos comercialistas», y se ocupa de defender su proyecto en un discurso pronunciado en ocasión de la inauguración de nuevos servicios en el Policlínico Aráoz Alfaro, en Lanús. La transcripción de parte de su propuesta puede ser útil para medir la distancia entre los objetivos y lo realmente realizado:

[...] pretender implantar un seguro sobre un esquema defectuoso e incompleto es pretender disimular la verdad y acelerar un proceso de masificación que indudablemente se produciría ante fracasos de financiación por imposibilidades de personas, organizaciones, o Estado.

Por todo ello, es absolutamente necesario y urgente actualizar la estructura oficial, con una cabeza central realmente normativa, de control y de apoyo logístico, y con entidades y establecimientos que sean verdaderas empresas de salud, dotadas de equipos humanos y materiales integrados de acuerdo a las más rígidas exigencias, con gratuidad de atención al necesitado, con capacidad de captar recursos, con posibilidades de sumarse a la comunidad en atención interna, externa y domiciliaria, e incluso con farmacias propias abiertas en forma tal que el vademécum hospitalario sea remedio para las enfermedades y para las economías familiares, con facilidades para incentivar a los profesionales, con el horizonte de acción para llegar a ser lo que alguna vez soñaron los que se decidieron por la lucha contra el dolor o la muerte (43).

---

negado a considerar los aportes de la Confederación Médica, «que reclama la convocatoria de todos los sectores interesados en el estudio y conducción de los problemas de salud que afectan a la población», b) la respuesta del Ministerio se ha limitado únicamente a la sanción de una serie de leyes «inconsultas y extemporáneas» que transfieren la responsabilidad financiera a los sectores sociales más desprotegidos, c) existe una «conducción desorbitada» en materia de Salud Pública, cuya persistencia provoca grandes perjuicios en el país. (Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 27 de noviembre de 1971, t. VIII:575-577, p. 576.)

Aun un ministro con una ubicación decididamente política como Manrique, busca legitimación en la propuesta técnica. El señalamiento nos parece importante para verificar hasta qué punto lo técnico asociado al sistema único, regionalizado, de cobertura universal se ha convertido paulatinamente en una especie de deber ser ineludible para los funcionarios de salud pública. Cuando las condiciones financieras, políticas y sociales no permiten implantar el modelo que se ha definido como el único adecuado, se comienza a hablar de etapas, de producir un primer ordenamiento para no seguir despilfarrando recursos. La respuesta pragmática, que es básicamente política, no busca legitimación en parámetros técnicos *ad hoc* sino que se improvisa en el nivel de menor conflicto posible y deja la regulación para el futuro. El Estado retrocede en lugar de avanzar sobre lo que ha diagnosticado como desorden, abdica sus pretensiones de control y en el mismo movimiento quita legitimidad a su presencia en el campo.

El paro del 16 de diciembre no moviliza solamente a la Confederación Médica, la acompañan también la Confederación Odontológica, CONFELISA y el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires. La Confederación Farmacéutica y Bioquímica se adhiere mediante una solicitada. En la vereda de enfrente se alinean el ministro, la CGT y el INOS, que llegan a la opinión pública con su lectura del problema.

El verdadero nudo del conflicto parece ser la ratificación o derogación del sistema de convenios consagrado por la ley 18.912. Así lo entiende al menos la CGT en su solicitada del 17 de diciembre, aunque introduce un cierto elemento de confusión cuando adjudica a las entidades gremiales de profesionales el interés por implantar un seguro de salud. En la coyuntura los objetivos cegetistas serían: «un régimen de pago de la prestación médica acorde con las bases financieras reales de las obras sociales», y «el mantenimiento y desarrollo progresivo del actual sistema legal de obras sociales» (44).

Paradójicamente los médicos también defienden el sistema de contratación con las obras sociales, del que se consideran auténticos organizadores, en una nueva solicitada publicada el 21 de diciembre. Las organizaciones gremiales médicas, que son mostradas como «singular ejemplo de convivencia democrática» han permitido el desarrollo de una «estructura asistencial de gran proyección social» que ha incorporado al sistema de libre elección a «más de ocho millones de afiliados a obras sociales nacionales, provinciales, sindicales y mutualidades locales». Dicho sistema, se señala, «fue creado, impulsado y perfeccionado por las organizaciones médicas gremiales desde hace más de 14 años, y recién normalizado en el corriente año por la ley 18.912»(45).

Ambas instituciones pronuncian alegatos sobre verdades y mentiras, inexactitudes y contradicciones, pero en última instancia están de-

fendiendo el mismo sistema, y la pugna se coloca solo en torno a las condiciones de mercado y, por consiguiente, a la distribución de los recursos que el sistema controla. Cuando ambas partes comprueben que lo que importa es la afirmación del sistema y que la distribución de los recursos puede negociarse una y otra vez, el conflicto se disolverá y comenzará la etapa de los acuerdos basados en la primacía de intereses comunes.

Otro es el tono del ministro, que aprovecha la emergencia del conflicto en la escena pública para destacar su saga personal: «fui actuando, paso a paso, por entre los intereses sanos y no sanos para cumplir con las políticas, desesperando día a día por la vertiginosa velocidad de las agujas del reloj», afirma Manrique, reclamando el primer plano en el escenario sectorial, y prosigue: «La lucha, tramo por tramo, en el orden de la salud, fue iniciada en todos los frentes». Las motivaciones son relativamente simples: «Se trata de la búsqueda del equilibrio», y la legitimidad de la intervención no deja lugar a dudas: «Al Estado le corresponde ese papel irrenunciable» (46).

Es en realidad el ministro, presunto aliado de la CGT en el conflicto, el que coloca sobre el tapete la necesidad de un seguro de salud o enfermedad. Con algunas precisiones de interés para nuestra hipótesis: las comisiones creadas por Salud Pública no se desarrollaron; en cambio, Seguridad Social fijó pautas realistas para prosperar en la materia. Y es a esta última Secretaría a la que correspondería la competencia sobre el seguro social de salud o el seguro social de enfermedad, tal como lo prescribe el Plan Nacional de Desarrollo (47).

Las primeras decisiones tomadas por el gobierno son decididamente contrarias a las reivindicaciones profesionales: la reunión de autoridades de Bienestar Social del 21 de diciembre fija las pautas que deben regir la modificación de la ley 18.912. El 31 de ese mismo mes se sanciona la ley 19.417 que congela los aranceles médicos hasta el 30 de abril de 1972. En la lectura del gremio, la sanción de esta ley había sido utilizada en una audiencia entre el Presidente de la Nación y la CGT como elemento principal de negociación para satisfacer las demandas de la conducción sindical (48).

Independientemente de alternativas más o menos anecdóticas, el conflicto se prolongará a lo largo de 1972, encontrando un nuevo campo de enfrentamiento con la sanción de la ley 19.710, que se convierte en instrumento legal regulador de la negociación corporativa en el sector.

### **El conflicto entre el Ministerio de Bienestar Social, la CGT y las confederaciones profesionales. Su desenlace: la ley 19.710.**

Pese a la decidida oposición del sector profesional, en los primeros meses de 1972 se fortalece la alianza INOS, CGT, Secretaría de Trabajo. La

primera de estas instituciones toma a su cargo la elaboración del proyecto de reforma de la ley 18.912.

En efecto, el 24 de febrero de 1972 se realiza en el Ministerio de Trabajo la primera reunión de una comisión creada por resolución conjunta de dicho Ministerio y el de Bienestar Social con el objeto de preparar una nueva norma legal que sustituya la 18.912.<sup>viii</sup> Son sus miembros Carlos García Díaz y José Báez, directores del INOS, Julio Bello, de la Secretaría de Salud Pública y Eduardo Taccone, director del Instituto Nacional de Acción Mutual. La comisión delibera bajo la presidencia de Hector Villaveirán, subsecretario del Ministerio de Trabajo.

La comisión produce despacho el 20 de marzo de 1972, aconsejando la sustitución de la ley 18.912 por otro texto legal. Los parámetros fijados para esta nueva norma constituirán el núcleo de la futura ley 19.710, sancionada el 30 de junio de ese mismo año.

En lo que a los intereses médicos respecta, la modificación más significativa se refiere a lo que la comisión considera «un régimen, de hecho, monopólico de remuneración de los profesionales y entidades prestadoras de atención», que tuviera como consecuencia graves problemas financieros para las entidades de menores recursos y por su elevado costo significara una limitación a «la accesibilidad igualitaria a los servicios»(49). En función de ese diagnóstico la comisión aconseja «la creación y reglamentación de un sistema plural de tipos de contratación», que incluya: relación de dependencia con remuneración fija, capitación, cartera fija, pago por prestación y formas mixtas. La aplicación de una u otra modalidad de remuneración profesional se hará de manera de asegurar «el mejor nivel de atención médica y el más bajo costo posible», procurando a la vez el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada existente (50).

También son recibidos con cuestionamiento por parte de las entidades profesionales las recomendaciones relacionadas con el arbitraje que se

<sup>viii</sup> En el Acta levantada en el Ministerio de Trabajo se sintetiza el proceso por el cual la Comisión ley 18.912 fue perdiendo representatividad:

La Confederación General del Trabajo se niega a integrar la comisión paritaria prevista por la ley, y fija con posterioridad su posición a través de una solicitada pública.

Las obras sociales provinciales participan del mecanismo paritario, pero abstiniéndose en lo referente a la fijación de aranceles por falta de respaldo financiero para cumplir con los compromisos emergentes de los convenios. Posteriormente renuncia el representante y la entidad condiciona una nueva designación.

Las Obras Sociales Nacionales no desean continuar asumiendo la responsabilidad de legislar para todo el sistema.

La Confederación Argentina de Mutualidades adopta una posición similar a la de las Obras Sociales Nacionales. Posteriormente en solicitada pública fija su posición contraria a la ley 18.912.(Ministerio de Trabajo. Acta del 20 de marzo de 1972).

encomendaría al INOS con derecho de última apelación al Ministerio de Bienestar Social, el reconocimiento de la CGT como única entidad representativa de la totalidad de las instituciones prestatarias en el seno de las comisiones paritarias, y las condiciones de creación del Registro Nacional de Prestadores (51). Temas menores, aunque también irritantes, refieren al reconocimiento de la CIMARA como entidad representativa de los prestadores con derecho a participar en la Comisión Paritaria Nacional (art. 16º) y lo estatuido por el art. 29º que prohíbe la aplicación de sanciones ético-disciplinarias a los profesionales «que reconozcan por causa la prestación de servicios en los organismos comprendidos» en las disposiciones de la ley.

Tanto el gremialismo médico capitalino como la CONFELISA reciben la ley con solicitudes de fuerte tono opositor. Ninguna de ellas se caracteriza por la mesura de los juicios o la prudencia respecto a la perspectiva de futuro. La publicación de la Federación Médica de la Capital concluye con la siguiente afirmación:

a nadie escapa que el médico no pudo haber participado en la confección de esta ley, y si alguien dijo lo contrario faltó a la verdad, ya que es la esencia de lo antimédico, monopoliza a la medicina en un sector, minimiza la labor del médico y disminuye el valor de la ciencia médica argentina, relegándola de esa manera a las peores del mundo, favoreciendo el consiguiente éxodo de profesionales (52).

La de Clínicas y Sanatorios transita por caminos similares:

La ley no establece ninguna norma o planificación asistencial que tienda a mejorar las prestaciones y se limita a regular un «sistema plural» de retribuciones que, por ser plural, configura precisamente un *no sistema*. La ley establece de manera ambigua que los costos asistenciales «deben ser los más bajos posibles», lo que solo es legítimo si se logra por un ajuste de los mecanismos técnico-administrativos, evitando duplicaciones y sobredimensionamientos y, sobre todo, reduciendo los mecanismos burocráticos que un conjunto de leyes incoherentes ha hipertrofiado en beneficio de altos funcionarios sin labor específica (53).<sup>ix</sup>

<sup>ix</sup> Tampoco puede calificarse de ecuánime la descripción realizada por los asesores jurídicos de la COMRA, que incluyó las siguientes observaciones sobre la ley: «a) Permite a las obras sociales elegir la modalidad de contratación, no en función de su eficacia, sino atendiendo a su exclusiva conveniencia. b) Establece que la calidad de la atención médica sería determinada por la capacidad financiera de cada obra social y básicamente teniendo en cuenta las variaciones producidas en el nivel general de los salarios. c) Instala el arbitraje obligatorio a cargo del INOS y el recurso de apelación ante el Ministerio de Bienestar Social, ambos directa e indi-



Lejos estaban de imaginar los cuerpos profesionales que el incumplimiento de la ley iba a ser todavía más nocivo para sus intereses que su misma sanción. En los meses subsiguientes la CGT bloquea toda negociación de aranceles con el simple expediente de no concurrir a las reuniones citadas a nivel del Ministerio a solicitud de Clínicas y Sanatorios (54).

La situación seguía sin modificaciones en abril de 1973. Para los primeros días de ese mes se había convocado la primera reunión de la Comisión Paritaria Nacional, que se frustra en razón de la no concurrencia de la central obrera. Una nueva reunión fijada para el día 14 tampoco se concreta. Reuniones informales sostenidas con antelación con representantes de la Confederación Médica y la sanatorial no habían permitido llegar a acuerdos sobre posibles valores.

Las actas de CONFELISA aportan al respecto una anécdota que puede ser ilustrativa: al parecer en una de tales reuniones Rucci había manifestado su falta de interés en formalizar convenios de prestación de servicios, ya que consideraba que los médicos debían ser empleados del Estado, con un sueldo máximo de 3.000 pesos mensuales.(55) Pese a nuestra convicción acerca de la necesidad de diferenciar las simples anécdotas intrascendentes de los hechos que se inscriben en procesos sociales de mayor envergadura, no podemos dejar de recordar el testimonio proporcionado por uno de los dirigentes de la FEMEBA, que en el curso de la entrevista que nos concedió rememoró la imagen del ministro Manrique que aparecía por televisión junto al mismo Rucci advirtiendo a los médicos en tono admonitorio: «Señor profesional: usted debe acostumbrarse a la idea de que este señor se va a convertir en su patrón» (56).

### Comentario final

Al término del presente capítulo, creemos necesario justificar su extensión, al mismo tiempo que la incorporación de referentes empíricos que seguramente dificultan su lectura para aquellos no interesados en lo que podríamos llamar la historia del sector a nivel del acontecimiento puntual o no compenetrados con ella. El carácter de crónica detallada que hemos imprimido a este capítulo tiene sin embargo un propósito metodológico: mostrar cómo, a partir de una lógica relacional, se constituyen sus

---

rectamente partes en el proceso, queda así vulnerada sensiblemente la neutralidad que debe tener. d) Crea con carácter obligatorio el Registro Nacional de Prestadores, destinado a esterilizar por inoperancia a las organizaciones profesionales. e) Protege *a priori* y sin discriminación a los infractores de normas éticas y de trabajo vigentes en las entidades médicas, los que podrán así alterar impunemente la convivencia corporativa, con el único requisito de ponerse al servicio de los objetivos de la ley.» (COMRA. Comité de Asesores Jurídicos. Análisis Jurídico de la ley 19.710. Documento mimeografiado, sin fecha)

actores y en el mismo proceso dichos actores constituyen y reconstituyen sus identidades. Esa lógica relacional puede reconocerse al menos en dos grandes niveles. El primero remite al interior del gremio médico, el segundo a las vinculaciones entre dicho gremio y los otros protagonistas, en particular la Secretaría de Salud Pública, la Secretaría de Seguridad Social y la CGT.

El análisis del desarrollo del proceso dentro del gremio se ve facilitado por la riqueza de la información disponible, que gracias a la generosidad de sus actuales dirigentes nos ha permitido introducirnos en una dinámica de transformación ideológica y construcción de nuevos parámetros identificatorios, que nos sería imposible analizar para los demás actores, precisamente por las limitaciones de acceso a ese tipo de documentación.

El análisis del actor corporación médica se vio favorecido, a partir de esa circunstancia relativamente accidental, por la posibilidad de incorporar también la lógica interna de formulación de nuevos liderazgos y nuevos referentes identificatorios en función de cambios en el mercado de trabajo, estímulos de orden político provenientes del exterior y transformaciones en el equilibrio de poder interno. A esa compleja dinámica se articula la resultante de la relación entre la corporación médica y sus antagonistas, en una lógica que a partir de la redefinición de alianzas, la concentración de poder en algunas áreas y las consecuencias de las decisiones políticas sobre el mercado de atención médica facilitarán la constitución de un *pacto corporativo* que regulará las relaciones intrasectoriales a lo largo de las dos décadas subsiguientes.

<sup>1</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Acta de los Consejos Federales, reunión del 12 de abril de 1968, t.VI:203-264.

<sup>2</sup> *Idem*, p. 206.

<sup>3</sup> *Idem*, p. 210.

<sup>4</sup> *Idem*, p. 209.

<sup>5</sup> Consejo Federal de Catamarca. *Confederación Médica XX(100):2-3*, junio de 1968, p. 3.

<sup>6</sup> Aranceles. *Revista del Colegio de Médicos 2da. Circunscripción* 21:16, octubre-noviembre de 1967.

<sup>7</sup> *Idem*, p. 77.

<sup>8</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 25 de enero de 1969, t. VII:151-179, p. 157.

<sup>9</sup> *Idem*, p. 157.

<sup>10</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 14 de marzo de 1969, t. VII:183-215.

<sup>11</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de Consejos Federales, reunión del 14 de junio de 1969, t. VIII:36-86, p. 60.

<sup>12</sup> *Ibidem*

<sup>13</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 2 de agosto de 1969, t. VIII:87-126.

- <sup>14</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 11 de septiembre de 1969, t. VIII: 127-159, p. 144.
- <sup>15</sup> *Idem*, p. 155.
- <sup>16</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 20 de septiembre de 1969, t. VIII: 160-203.
- <sup>17</sup> *Idem*, p. 190.
- <sup>18</sup> *Idem*, p. 178.
- <sup>19</sup> *Idem*, p. 180.
- <sup>20</sup> *Idem*, p. 187.
- <sup>21</sup> *Ibidem*.
- <sup>22</sup> *Idem*, p. 193.
- <sup>23</sup> *Idem*, p. 189.
- <sup>24</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Carta abierta al Sr. Presidente de la Nación, marzo de 1970.
- <sup>25</sup> Ley 18.610. Mensaje de elevación al Poder Ejecutivo. 23 de febrero de 1970.
- <sup>26</sup> *Ibidem*.
- <sup>27</sup> Federación Médica Gremial de la Provincia de Córdoba. Relato oficial. Tema IV: ley nº 18.610. Segundas Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas. Buenos Aires, 1970. Documento mimeografiado, pp. 2 y 6.
- <sup>28</sup> Federación Médica Gremial de la Provincia de Córdoba. Relato oficial..., cit., pp. 8 y 9.
- <sup>29</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Consejo Federal del 27 de junio de 1970, *op. cit.*, pp. 412 y 413.
- <sup>30</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales. Reunión del 24 de abril de 1971, t. VIII:488-507, p. 504.
- <sup>31</sup> Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. *Políticas y estrategias para el sector salud*. Buenos Aires, 1970, pp. 14-16.
- <sup>32</sup> Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. *Políticas y estrategias...* *op. cit.*, p. 15.
- <sup>33</sup> Ley 19.337. Mensaje de elevación al Poder Ejecutivo.
- <sup>34</sup> Confederación General del Trabajo. Comisión Nacional Reorganizadora y Normalizadora. Memorándum entregado al Presidente de la Nación. 5 de diciembre de 1969.
- <sup>35</sup> Confederación General del Trabajo de la República Argentina. Los primeros reclamos del Consejo Directivo al Gobierno del General Levingston. Comentarios de la prensa al respecto. Memoria y balance. Período 1 de enero de 1970 al 31 de diciembre de 1971: 22-24, Buenos Aires, s./f.
- <sup>36</sup> La CGT ratifica su firme posición de lucha. Memoria y balance... *op. cit.*, pp. 70-77.
- <sup>37</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de Consejos Federales, reunión del 24 de abril de 1971, t. VIII:508-558, p. 498.
- <sup>38</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 21 de mayo de 1971, t. VIII:508-558, p. 510.
- <sup>39</sup> *Idem*, p. 516.
- <sup>40</sup> *Idem*, p. 518.
- <sup>41</sup> Comunicado a la opinión pública. *La Nación*, 8 de octubre de 1971.
- <sup>42</sup> Refirióse Manrique a la salud pública. En Paraná leyó un mensaje el presidente de la Confederación Médica Argentina. *La Nación*, 4 de diciembre de 1971.
- <sup>43</sup> Ministerio de Bienestar Social. Discurso del ministro Francisco G. Manrique en el Policlínico Profesor Doctor Gregorio Aráoz Alfaro, Buenos Aires, 1971.
- <sup>44</sup> Confederación General del Trabajo. Solicitada: Hacia la verdad en el tema de la salud. *La Opinión*, 17 de diciembre de 1971.
- <sup>45</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Solicitada: Ante las inexactitu-

- des y contradicciones en materia de salud. *La Nación*, 21 de diciembre de 1971.
- <sup>46</sup> Manrique, F. G. *En la política de salud*, Buenos Aires, Ministerio de Bienestar Social, 1971. Discurso pronunciado el 16 de diciembre de 1971 por la red nacional de radiodifusión y televisión, pp. 5-6.
- <sup>47</sup> *Idem*.
- <sup>48</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, reunión del 22 de enero de 1972, t. VIII: 580-582.
- <sup>49</sup> Ministerio de Trabajo. Despacho de la Comisión destinada a proponer modificaciones a la ley n° 18.912 sobre concertación de Convenios destinados a controlar Servicios Médicos y Odontológicos de las Obras Sociales, Buenos Aires, 1972. Documento mimeografiado.
- <sup>50</sup> *Ibidem*.
- <sup>51</sup> Confederación de Clínicas y Sanatorios. Sobre modificación Ley 18.912. La Confederación dio respuesta al despacho de la Comisión Biministerial. *Información Sanatorial* II(6):4-6, mayo de 1972.
- <sup>52</sup> Junta Ejecutiva de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal. Solicitada: Frente al agravio, la verdad de los médicos *La Razón*, 22 de julio de 1972.
- <sup>53</sup> Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Solicitada: A los afiliados de obras sociales y mutualidades, a la opinión pública. El texto se transcribe en Jankilevich, A., Ricardo Mammone. *Testimonio de un pionero*, Buenos Aires, 1991, p. 48.
- <sup>54</sup> *Idem*, p. 50, acta del 21 de octubre de 1972.
- <sup>55</sup> *Idem*, p. 56, acta del 7 de abril de 1973.
- <sup>56</sup> Entrevista a los Dres. Carlos de la Plaza y Agustín Tombazzi, dirigentes de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

## CAPITULO SEXTO

## Alternativas al oligopolio corporativo: hospitales de la comunidad y sistemas de prepago

El complejo y prolongado conflicto que se describió en los capítulos precedentes no se desarrolla sin que sus protagonistas consideren posibles alternativas. La perspectiva crítica que la Secretaría de Salud Pública formula sobre un sistema de cobertura de atención médica basado en lo que considera condiciones monopólicas en la oferta de servicios, unida a su indudable preocupación por las dificultades que atraviesan las instituciones del subsector público, orientan sin duda la búsqueda de nuevos prestadores de atención médica para los beneficiarios de obras sociales y mutualidades.

La estrategia de Holmberg-Mondet parece canalizarse en dos direcciones. La creación de «hospitales de la comunidad» constituirá la manifestación de una inquietud dirigida a la reforma y la reorganización del sector público; el apoyo a los sistemas de prepago se orientará a poner en marcha mecanismos de financiación para los prestadores privados que actúen por fuera del poder corporativo. En este capítulo se intentará reconstruir la historia de ambos proyectos.

### **Los hospitales de la comunidad**

#### *El hospital público en los años sesenta*

En los capítulos iniciales se consideró de forma sumaria el deterioro del subsector público, reconocido por todos los sectores interesados a fines de los años cincuenta y principios de los sesenta. Las propuestas de

cambio se ordenan a lo largo de esta década en torno de dos ideas centrales: reforma hospitalaria y hospital de la comunidad. La primera constituye un concepto más amplio, que apunta a la modernización de la gestión hospitalaria, al consiguiente aumento de su eficacia y eficiencia, y también, en algunos casos, a la búsqueda de fuentes de financiación alternativas o complementarias al presupuesto fiscal. En este sentido la reforma hospitalaria se convierte en un enunciado al que pueden asignarse contenidos relativamente dispares, en particular los relacionados con la tensión entre centralización y descentralización, y los relativos a la modalidad de efectivización de las prestaciones y la remuneración del trabajo profesional. Por su parte, el hospital de la comunidad es un concepto con historia: si en un primer momento se lo integra con la idea de devolución a «las comunidades» de la capacidad de gestión de sus propias necesidades, unida a una concepción del desarrollo que jerarquiza los aspectos sociales vinculados al crecimiento y a la noción de subsidiariedad del Estado, más tarde y de manera paulatina, se traslada el énfasis y el nudo conceptual se focaliza en la atribución a las comunidades locales de una mayor responsabilidad en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Como ya se señaló en un trabajo anterior, entre 1955 y 1963 tres provincias argentinas pondrán en marcha, con diferentes alcances y resultados, experiencias de reforma hospitalaria basadas en la propuesta de regionalización (1). La idea de organizar los servicios de atención médica por regiones supone una innovación en la técnica organizativa hospitalaria que, según Carlos Canitrot, habría alcanzado su mayor difusión al término de la segunda guerra mundial (2).

En el momento en que la salud pública argentina se abre a la influencia del pensamiento salubrista internacional, las provincias de Chaco, San Juan y Buenos Aires encaminan sus esfuerzos hacia la modernización de sus servicios de salud. El proyecto de Chaco no irá más allá de la sanción de un Código Sanitario; San Juan y Buenos Aires, en cambio, lograrán algunos avances que permiten caracterizar en términos muy generales los presupuestos conceptuales de tales políticas.

La regionalización se propone como una estrategia dirigida a solucionar algunas de las características estructurales consideradas más negativas en la organización sanitaria argentina: la mala distribución de establecimientos y profesionales, la fragmentación existente en el nivel de dependencia jurisdiccional, la falta de coordinación y, en consecuencia, la duplicación de servicios, y la carencia de programas de capacitación y actualización de los recursos humanos. Junto a esta propuesta de ordenamiento y racionalización aparece también, con diferente peso en ambos proyectos, la necesidad de legitimar el cobro de la atención hospitalaria a los sectores de la población con capacidad de pago y el intento de ganar el

apoyo del cuerpo profesional a través de su inclusión en un sistema de libre elección del médico y pago por prestación. Estos componentes, presentes en ambos proyectos, parecen tener mayor incidencia en la provincia de Buenos Aires, donde la reforma cuenta con el aval de los organismos gremiales y la regionalización se lleva a cabo en función de los distritos donde existen Colegios Médicos. Asimismo, en el proyecto bonaerense se manifiesta la intención de estimular a las organizaciones sindicales para poner en marcha mecanismos de cobertura de atención médica destinados a respaldar el acceso a los servicios públicos de la población trabajadora.<sup>i</sup>

Los fundamentos conceptuales del futuro Hospital de Reforma son sintetizados en un documento publicado en 1961 por el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires:

- 1º. Disminución de los costos hospitalarios a través de la provisión de elementos adecuados de diagnóstico y tratamiento que reduzcan el tiempo de internación, estímulo a la competencia entre los profesionales, administración dotada de una dinámica empresarial.
- 2º. Posibilidad de otorgar atención médica integral a la población carente de recursos.
- 3º. Libre elección del médico por el paciente.
- 4º. Atención igualitaria para todos los pacientes, sin distinciones sociales ni económicas
- 5º. Hospital abierto a la comunidad con participación activa de la misma en su manejo, a través de su participación en la Junta Directiva.
- 6º. Administración descentralizada dirigida a manejar el hospital como una empresa (3).

El punto referido a la participación de la «comunidad», a la necesidad de despertar su interés por el manejo de las instituciones de salud, a la conveniencia de escuchar su opinión en lo relacionado con la prestación de servicios, forma parte, como ya se señaló en otro capítulo, de las preocupaciones que en los años sesenta se difunden en el pensamiento salubrista, originadas en las expectativas creadas por la posibilidad de aplicar

<sup>i</sup> En el documento destinado a dar publicidad a la reforma se expresa: «Hay una masa heterogénea de población, integrada por obreros de pequeñas fábricas, empleados y particulares que, por múltiples motivos no están afiliados a caja alguna. En la misma situación se hallan muchos pequeños sindicatos, sociedades de fomento y congregaciones de distintas nacionalidades. Después de una encuesta económico-social de cada región en la que se vaya a implantar el Régimen de Reforma Hospitalaria, es seguro que se promoverán nucleamientos y convenios que permitan conciliar los distintos intereses y, por separado o por cajas unificadas, abastecer de servicio sanitario moderno a ese núcleo ahora disperso y casi sin protección.» Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, Reforma hospitalaria-Regionalización sanitaria, La Plata, 1961.

técnicas de planificación al área social, de manera de convertirlas en un instrumento adecuado para la consolidación del bienestar. La idea llega, por un lado, vehiculizada por la Alianza para el Progreso y la actividad de organismos internacionales como CEPAL y Naciones Unidas<sup>ii</sup> y, por el otro, se vincula también con el principio de subsidiariedad del Estado, defendido por Juan XXIII en la Encíclica «Pacem in Terram». El gobernador de la provincia de Santa Fe, contralmirante Eladio Vázquez, señalaba en 1968, refiriéndose a la legislación provincial de hospitales de la comunidad:

«...consideramos como función esencial del Estado el apoyo a las entidades menores y el establecimiento de condiciones tales que permitan el desarrollo y el logro de la perfección por parte de aquellas.

Así, la comunidad misma se convierte en gestora de su propia grandeza, y cabe al Estado intervenir solamente en aquellas cuestiones que la comunidad no puede solucionar por sus propios medios. La función del Estado es eminentemente subsidiaria, de apoyo, de complementación y de auxilio; y es la sociedad quien debe atender a su propio perfeccionamiento y procurar el alcance de sus fines» (4).

Esta idea, que no es central en los primeros proyectos provinciales, se convierte en dominante en la estrategia de reforma hospitalaria que concibe Arturo Oñativia, ministro de Salud en el gobierno del presidente Illia. Oñativia desarrolla en defensa de su proyecto un complejo aparato conceptual en el que integra viejos y nuevos temas del sanitarismo:

- a) la necesidad de reemplazar el enfoque dominante en las actividades de salud pública centrado en la respuesta a la enfermedad por otro que aborde al hombre en su integridad biológica, procurando vivir en equilibrio con su medio ambiente, como integrante de un

<sup>ii</sup> El concepto de «desarrollo de la comunidad» es tomado precisamente de uno de los documentos oficiales de esta Organización: «La expresión desarrollo de la comunidad se ha incorporado al uso internacional para designar aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar a estas a la vida del país y permitirles contribuir al progreso nacional. En este complejo de procesos intervienen, por lo tanto, dos elementos esenciales: a) La participación de la población misma en los esfuerzos para mejorar su nivel de vida. b) El suministro de ayuda y servicios técnicos y de otro carácter que estimule la iniciativa, el esfuerzo propio y la ayuda mutua y aumenten su eficacia». Desarrollo de la Comunidad y Servicios Conexos. 20º Informe del Comité Administrativo de Coordinación al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Citado en: Cáceres, Romero. El hospital y la comunidad. II Jornadas Médico Gremiales, Santa Fe, 1964.



- medio social, y como parte de una familia, un grupo, una comunidad;
- b) la nueva comprensión generada en torno de los programas de salud pública, que impone el abandono de la concepción que organizaba su desarrollo en campos aislados y paralelos, para orientarlos a formar parte y coordinarse con las otras actividades que tiendan a establecer el bienestar económico, social y cultural de los pueblos;
  - c) la concepción de la medicina como una gran empresa social, fundada en los conocimientos en permanente evolución de las ciencias físicas y biológicas y también en los más modernos, de más difícil aplicación, de las ciencias sociales;
  - d) la convicción de que el proceso de desarrollo debe contar con la colaboración voluntaria de las comunidades, motivadas para la cooperación y el esfuerzo destinado a resolver sus propios problemas;
  - e) las necesidades generadas por la crisis hospitalaria, en particular las dificultades verificadas para la financiación de las actividades de salud pública, cada vez más amplias y de mayores costos, que tornan indispensable el compromiso de la población, dispuesta a unir su esfuerzo al de los gobiernos (5).

Sobre la base de esa plataforma conceptual Oñativia elabora su propuesta de hospital de la comunidad. El proyecto de ley de «Reforma del régimen técnico-administrativo de los organismos asistenciales y sanitarios del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Creación del Servicio de Atención Médica para la Comunidad» es elevado al Parlamento el 22 de enero de 1965. Se trata de un régimen jurídico especial al que podrán ser incorporados los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse cuando los estudios realizados sobre sus condiciones técnicas, económicas y sociales y las características de sus áreas de influencia así lo aconsejen. (art. 2º). El mismo Oñativia fundamenta su proyecto en algunas líneas operativas coincidentes con las precedentes «reformas»: incremento de la financiación por racionalización de los presupuestos y retribución de prestaciones; descentralización de la administración para agilizar y flexibilizar el manejo de los recursos; Consejo de Administración al que concurren todos los sectores que contribuyen a la financiación y participan representantes de la comunidad. Las coincidencias no llegan, sin embargo, a respaldar el proyecto político de cooptación de las organizaciones profesionales. La intención de otorgar un mayor reconocimiento al trabajo profesional se formula en términos relativamente críticos: «En el nuevo sistema, el personal profesional, técnico y auxiliar[...] encontrará el medio de integrarse y alcanzará la dignificación y jerarquía que su función y trabajo merecen» (6). Por último, en el mensaje elevado al Congreso se señala que el nuevo régimen jurídico propuesto para los hospitales

se concibe como un paso previo para la integración de los mismos a un futuro sistema de Seguro de Salud (7).

*El hospital de la comunidad en la estrategia de Holmberg*

El proyecto Oñativia solo obtuvo media sanción en el Parlamento nacional. Dos años más tarde, siguiendo la práctica habitual en la salud pública argentina de reiterar fórmulas técnicas de manera que parezcan propuestas efectivamente innovadoras, los temas de la regionalización y la participación comunitaria se integran a las Conclusiones de la Reunión Regional de Ministros de Salud Pública, realizada en La Plata en febrero de 1967:

Proceder al ordenamiento y racionalización de las estructuras sanitarias, tanto al nivel central como periférico para obtener el adecuado descenso de los niveles ejecutivos propendiendo a la centralización normativa y a la descentralización operativa dentro de un sistema de regionalización que posibilite un mecanismo ágil y eficiente, con participación activa de la comunidad, a través de auténticos canales de representación.

Se recomienda que el proceso de regionalización, que implica delegación de responsabilidades y/o transferencias a nivel periférico, se efectúe con carácter gradual y progresivo, ajustándolo a las posibilidades locales y regionales y complementándolo con adecuados mecanismos de supervisión a todo nivel (8).

En el mismo documento se recomienda el arancelamiento de las prestaciones efectuadas a pacientes provenientes de mutuales, obras sociales, compañías de seguros u otros organismos de previsión.

La iniciativa había sido ya asumida por el secretario Holmberg, cuando eleva al presidente Onganía el texto de la ley 17.102, aprobada el 30 de diciembre de 1966, que sanciona la creación de los «Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad». El mensaje que fundamenta la presentación del proyecto de ley recupera párrafos textuales de la argumentación de Oñativia. El articulado también reproduce el esquema conceptual del proyecto precedente, con modificaciones de escasa importancia a las que resulta difícil atribuir alguna significación especial.

El secretario Holmberg defenderá la política de derivación a las instancias locales de los esfuerzos que demande la recuperación del subsector público en diferentes Reuniones de Autoridades. En 1968, en su discurso inaugural de la Tercera Reunión Nacional afirma que «nada ni nadie puede contribuir a resolver con más justeza los problemas de las área que sus propias fuerzas y la concertación de sus propios recursos», señalando al mismo tiempo la insuficiente dotación de camas del subsector obras sociales y mutuales que, según su opinión, explicaría «la ineludible utiliza-

ción» de camas y otros recursos oficiales por parte de la población «aparentemente cubierta» por dicho sistema.<sup>iii</sup>

Un año más tarde, en setiembre de 1969, el mismo Holmberg aprovecha la IV Reunión para formular una síntesis de las realizaciones: bajo el régimen de la ley 17.102 operan ya hospitales en Ushuaia, Comodoro Rivadavia, General Acha, Eldorado, Oberá, Moldes. A ellos se agregan 150 establecimientos en Santa Fe, como resultado de una ley provincial que en términos generales se inspira en las disposiciones de la norma nacional. En los meses que restan de 1969 y durante 1970 se incluirán otros 30 establecimientos de magnitud en el mismo sistema.(9)

Además de la mencionada ley de la provincia de Santa Fe el sistema se adopta en otras provincias. Algunas, como Chubut y Río Negro se limitan a duplicar la ley nacional o a adherir a ella; en otras, entre las que se incluyen Santa Fe y Córdoba, el texto legal incorpora diferencias; para los hospitales del gran Buenos Aires se decide la aplicación de la ley 17.102.(10)

### *Manrique y la ley 19.337*

El ministro Manrique optará por no recurrir a ley 17.102, aún vigente, cuando en noviembre de 1971 decida la descentralización de la totalidad de los establecimientos asistenciales bajo la dependencia de Bienestar Social. Esta estrategia tiene el propósito de acelerar el proceso de cambios y contar con un instrumento más en su política de regulación del sistema de obras sociales. La ley 19.337 constituye un factor desencadenante adicional en el grave conflicto que lo enfrentará con el gremialismo médico, y que hemos reseñado en el capítulo anterior. La medida se fundamenta en las disposiciones del Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad 1971-1975, que hacía responsable al Ministerio de Bienestar Social de «cubrir la falta de coordinación entre los tres subsectores que hacen a la salud pública, a saber, estatal, para-estatal y privado [...]» (11)

En el Mensaje al Poder Ejecutivo, Manrique propone la descentralización administrativa de los hospitales como mecanismo de solución a los problemas derivados de la falta de responsabilidad directa del director

<sup>iii</sup> A continuación reitera la intención racionalizadora y ordenadora que caracteriza su gestión: «Nos parece muy actual reafirmar lo expuesto en la Primera Reunión de Autoridades: no apoyaremos la construcción y habilitación de nuevos establecimientos o servicios que, previamente, no fueran estudiados y analizados en relación con la demanda, los recursos disponibles en las áreas que se consideren, sea cual fuera su dependencia, incluyendo los privados, y la consideración juiciosa de provisiones de fondos para mantenerlos». Holmberg, Ezequiel. Discurso Inaugural de la Tercera Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública, 1968. En: Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Salud Pública. Conclusiones y recomendaciones. Reuniones Nacionales de Salud Pública, 1966-1969, p.59.

del hospital en los resultados operativos, la excesiva intervención del área central de Salud Pública en la conducción administrativa de los establecimientos, y la rigidez estructural que impide una adecuación rápida del establecimiento asistencial a las modificaciones exigidas por un entorno variable.

El artículo tercero de la ley señala que el carácter de los organismos descentralizados responde fundamentalmente «a su faz administrativa», pero en lo relacionado con su «aspecto técnico-científico», actuarán bajo las normas y directivas impartidas por el subsecretario de Salud Pública. El artículo cuarto, inciso d. autoriza a los establecimientos descentralizados a realizar convenios con las obras sociales comprendidas en las leyes 18.610, 19.032 y similares, «para integrar sus prestaciones asistenciales con las Obras Sociales».

#### *La reacción del gremio médico*

La opinión del cuerpo médico organizado en instituciones gremiales se manifiesta en una misma línea argumentativa desde el momento en que se conoce el proyecto Oñativia. La posición gremial se basa en un esquema conceptual reiterado a menudo en los documentos de COMRA cuando la institución necesita fundamentar el rechazo a políticas que procuran un reforzamiento del subsector público. Por lo general, el gremio manifiesta su acuerdo con la filosofía de la propuesta, y rechaza la manera específica de implementación. En la mayoría de los casos este rechazo se funda en la necesidad de ir aún más allá, de profundizar aún más la reforma, de cumplir con la totalidad de los presupuestos técnicos y doctrinarios que se asocian con la actividad del Estado en salud.

En su oposición a la ley 17.102, por ejemplo, un sector del gremialismo santafesino objeta el abandono del criterio centralizador, único capaz, a su criterio, de dotar de fundamento científico a la actividad planificadora.<sup>iv</sup> De forma paralela, sus colegas de la Federación Médica de Córdoba reclaman la inmediata coordinación de todos los recursos existentes, incluyendo «tanto al sector público como al privado, en base a principios de normatización centralizada, comando único por área programática y descentralización ejecutiva a nivel del área» (12).

<sup>iv</sup> En el caso de la Asociación Médica de Rosario, cuando se pronuncia sobre la ley provincial de creación de los servicios para la atención médica de la comunidad, la crítica se fundamenta en una concepción de la planificación como actividad científica que debe ceñirse a normas y condiciones predeterminadas: «Este reemplazo del régimen técnico-administrativo de los servicios oficiales por entes locales significa el desmembramiento de la organización sanitaria de la Provincia, para constituirse en servicios locales independientes, dirigidos técnica y administrativamente por grupos de instituciones de distintas características y diferentes niveles, según el grado de desarrollo de la comunidad respectiva. En consecuen-

El análisis del proyecto Oñativia se aborda en un Consejo Federal de COMRA en abril de 1965. La Mesa Ejecutiva presenta un documento en el que reconoce la crisis del régimen de asistencia hospitalaria vigente y la necesidad de promover cambios fundamentales con el objeto de colocar a los hospitales en condiciones de dar respuesta a los requerimientos de la medicina moderna. Los organismos gremiales reivindican para sí el haber sido los primeros en abordar el problema y proponer las soluciones, que radicarían en «la estructuración de hospitales modernos, dirigidos y administrados por técnicos, con asistencia continuada y dotados de equipos, material y personal adecuado para efectuar prestaciones completas» (13).

La primera observación dirigida al proyecto se refiere a que el mismo solo tiende a allegar recursos para una supuesta financiación, sin hacer referencia a los restantes aspectos, que se consideran fundamentales. Además, parece indudable que tiende a la implantación «del sistema de estatización de la medicina y funcionarización de los profesionales», conceptos reiteradamente rechazados por los organismos médico-gremiales. Se considera una circunstancia agravante el hecho de que el nuevo régimen pueda considerarse como una etapa previa a la implantación del seguro de salud, ya que supondría colocar a los médicos como prestatarios directos de los servicios del seguro.

A esta altura se plantea la crítica de fondo: se pretende innovar parcialmente sin planificar previamente el conjunto. Sería necesario en primer lugar definir la política que se aplicaría por el Seguro, en lo relacionado con la libre elección del médico por el paciente y la retribución arancelaria por acto médico, que son los principios fundamentales sostenidos por el gremio. A esta demanda se agrega la que resulta de la falta de delimitación de la clientela. Según la opinión de la COMRA, los estableci-

---

cia, el traspaso de los hospitales a la comunidad imposibilita la elaboración y la aplicación científica de planes de salud.

«La planificación en salud es un método científico que necesita apoyarse sobre una estructura sanitaria integrada en un servicio unificado de salud para toda la población, dado que el proceso comprende etapas de diagnóstico, pronóstico, ejecución y evaluación que implican elaboración permanente de programas desde los niveles periféricos hasta el nivel central, que elabora el plan de salud; y luego a los gobernantes, quienes, de acuerdo con la política de salud, determinan la extensión en que estos planes pueden aplicarse coordinadamente con otros planes, e indican su financiamiento.

«En base a estas consideraciones, afirmamos que la ley 6312 constituye un retroceso en la organización sanitaria y un obstáculo al desarrollo de la Salud Pública en la Provincia de Santa Fe». Consideraciones de la Asociación Médica de Rosario sobre la ley 6312 (2 de mayo de 1967), por la que se crea el Servicio para la Atención Médica de la Comunidad. Primeras Jornadas de Atención Médica en Grandes Centros Urbanos, Buenos Aires, 1971, documento mimeografiado.

mientos hospitalarios deben tener un sentido social y por lo tanto solo pueden estar abiertos a sectores económicamente débiles e indigentes, «no así a quienes se hallan en condiciones económicas de solventar su asistencia, que han de continuar reservados para el libre ejercicio de la profesión». Se señala expresamente que esta «reserva de mercado» incluye también a los pacientes protegidos por obras sociales y mutualidades. (14)

El cuestionamiento incluye además la falta de normas mínimas sobre el régimen de trabajo que se aplicaría al personal, remuneraciones, ingreso, concursos, garantías frente a la aplicación de sanciones, etcétera, y la necesidad de mayores precisiones sobre la composición del Consejo de Administración, de manera que ninguno de los sectores representados pueda convertirse en predominante.

Bajo la administración Holmberg, la cuestión se retoma en el Confederal de Catamarca, en abril de 1968, ubicándola en torno de la difícil relación de la entidad gremial con las autoridades de salud pública. Se mencionan distintas experiencias vinculadas con la posibilidad de incorporar a la clientela hospitalaria pacientes de obras sociales y mutualidades: los hospitales pilotos de Güemes y de Berisso, el Hospital de Niños de Catamarca, la ley dictada en la provincia de Santa Fe, además del Hospital de Lanús que negocia convenios con industrias radicadas en esa localidad y en Avellaneda, para hacerse cargo de la atención de sus obreros.

A lo largo de 1969 y 1970 los ejemplos se multiplican. En General Acha, Santa Rosa, General Pico, Misiones, Ezeiza, San Juan, Caleta Olivia, existen experiencias en marcha, con dispares respuestas del cuerpo médico. Algunas de las versiones parecen algo exageradas, pero todas contribuyen a crear un clima de amenaza. Se comenta que el Hospital de Salta, por ejemplo, fue montado a todo lujo; que se instaló una máquina de lavar platos para 2000 unidades, cuando el hospital solo requiere 140, que no se la puede usar porque el consumo de detergente resulta excesivo, y que todo el personal es contratado y «tiene sueldos fabulosos» (15).

El proyecto adquiere características amenazantes, y no solo porque se plantea la posibilidad de que a través de los hospitales se absorba la mayor parte del trabajo con obras sociales y mutualidades, y se da por seguro que se establecerá la vinculación obligatoria por lo menos de las obras sociales estatales. Por otro lado se reconoce que la posición de los médicos frente al nuevo régimen puede ser muy favorable en los lugares donde estas instituciones lleguen a convertirse en importantes fuentes de trabajo. Las dificultades para homogeneizar a sus huestes tras una consigna constituye, entonces, una preocupación siempre presente en la discusión del gremio.

El problema de la ley 17.102 y su decreto reglamentario se plantea a lo largo de 1968 y 1969 en entrevistas con el ministro de Bienestar Social

y el Secretario de Salud Pública, sin recibir más que algunas promesas de revisión de los puntos conflictivos.

En 1969 la Confederación Médica organiza sus Primera Conferencia Nacional de Actividades Médicas; en las recomendaciones relativas al régimen de Servicios de Atención Médica para la Comunidad, se señala:

No responde a un plan orgánico, de conjunto, que abarque soluciones integradas para todos los sectores de la atención médica.[...] Al actuar sobre los efectos superficiales pero no sobre las causas profundas de la crisis de la medicina asistencial, a la postre, tampoco servirá como paliativo [...] Hay experiencia ya en la sanidad argentina sobre el valor de estas medidas parciales (16).

Nuevamente se rechaza todo lo que no suponga la solución técnica ideal a la que supuestamente la conducción gremial aspira.

En relación con la sanción de la ley 19.337, el planteo remite otra vez a la coincidencia de objetivos y a la discrepancia con los mecanismos de implementación. Una declaración del Consejo Federal Extraordinario de la Confederación Médica, reunido el 27 de noviembre de 1971 señala:

Debemos estar muy esclarecidos en cuanto a que los considerandos y propósitos de la ley 19.337 podrían haber sido sanamente refrendados por nosotros. Pero en cambio tenemos grandes reservas con respecto a la innovación que se implanta [...]

Entre las posibles consecuencias de la estrategia elegida, el documento señala: la destrucción de la fuente de trabajo privada con las Obras Sociales; la incorporación masiva de profesionales al trabajo hospitalario *full time* en régimen asalariado; la tendencia a la masificación de las profesiones de salud y de los pacientes; la tendencia a la estatización de las prestaciones en desmedro de la capacidad instalada privada; la perturbación en el proceso hacia un Seguro de Atención Médica; la transferencia del déficit hospitalario a la población a través del arancelamiento de los servicios (17).

En el mismo sentido se pronuncia poco días más tarde la Confederación de Clínicas y Sanatorios. En primer lugar, considera que podría resentirse seriamente la atención de las personas sin recursos o de escasos medios, debido tanto a la posible aplicación de derechos o tarifas como a la reducción de la capacidad de internación, que se dejaría disponible para las obras sociales y los pacientes con capacidad de pago. En segundo lugar, la entidad cree que la facultad acordada a los hospitales de incursionar en el mercado de la asistencia médica remunerada implica una nueva injerencia estatal en la actividad económica privada y la posibilidad de

una competencia desigual y destructiva con respecto a las instituciones privadas que han efectuado ingentes inversiones para dotar a sus establecimientos de los medios adecuados para una eficaz y económica atención. Y nuevamente aparece el fantasma de la obligatoriedad de la contratación con el Estado dispuesta para las obras sociales estatales: es evidente que las obras sociales estatales y aun las privadas no estarán en plena libertad para elegir el servicio que prefieran sino que se verán compulsivamente llevadas a contratar los servicios de los hospitales nacionales (18).

Mientras la corporación sanatorial plantea su demanda en términos de reserva de mercado, el organismo gremial médico se ubica en una posición ambivalente, preocupado a la vez por la posible pérdida de clientela y por aspectos de técnica organizativa a los que el mismo sector privado es muy reacio a someterse. El cuestionamiento podría parecer oportunista visto desde la perspectiva actual y con la experiencia de varias décadas de formulación de propuestas técnicas carentes de toda base política; técnicas que sus autores revisten de los ropajes legitimatorios de la doctrina sanitarista, sin percibir -o sin evaluar de forma integral- el conjunto de intereses preexistentes, suficientemente consolidados, que terminarían por tornar inviables tales pautas organizativas. Sin embargo, una lectura del problema realizada contemporáneamente por uno de los sanitaristas más reconocidos del país, puede servir para comprobar que era al menos posible que la crítica gremial no estuviera solo respaldada por el interés de la corporación, y se apoyara en la autoridad que en esos años otorgaba la apelación al pensamiento científico para dar solución a problemas sociales.

#### *Una visión desde la perspectiva del sanitarismo*

Carlos Canitrot, en el artículo ya citado, sintetiza lo que considera los tres supuestos principales sobre los que se apoya la reforma impulsada por Holmberg:

1. La participación regular y organizada de los propios beneficiarios en la gestión administrativa, mejorará los niveles de atención y permitirá soluciones más rápidas.
2. La financiación adicional por el usuario o su representante permitirá solucionar los problemas financieros del crónicamente deficitario hospital público.
3. El conjunto de medidas -descentralización de decisiones, participación de la comunidad y financiación adicional- producirá un mayor rendimiento, más y mejores prestaciones.

Canitrot formula sus comentarios críticos y pone en cuestión esos supuestos desde una visión integradora. En primer lugar señala que la crisis del sistema asistencial del país no se limita a la situación del subsec-



tor público, sino que se relaciona con la coexistencia de múltiples sistemas de atención médica, que se desenvuelven de forma superpuesta e ineficiente, perjudicando a todas las organizaciones, incluido el hospital público. Considera, en consecuencia, que una concepción más orgánica debería delimitar primero una política de atención médica coherente y replantear toda su organización sobre bases más uniformes, y luego determinar el papel y la ubicación de los hospitales públicos.

Canitrot se refiere, además, a la expectativa de lograr financiación adicional para el sector público en función del aporte del beneficiario de la atención. Se pregunta si es posible que la comunidad realice aportes adicionales, cuando ya los está haciendo a otras instituciones y al mismo Estado a través de los impuestos. Argumenta mostrando que el Estado realizó un doble aporte al sistema de salud en 1969 - 21.107 millones a la Secretaría de Salud Pública, 19.600 millones a las Obras Sociales Nacionales- en su carácter de empleador. De esta manera, el Estado resultaría el financiador principal de uno y otro sistema, que mantiene en forma independiente. Si se estima que alrededor del 20% de las consultas de los beneficiarios de obras sociales se realizan en el sector público y si se pretende arancelar esas prestaciones, es muy probable, argumenta Canitrot, que estas instituciones deban afrontar nuevos incrementos de gasto y que, para financiarlos, necesiten nuevamente recurrir al Estado.

Canitrot descrea de los fundamentos del tercer supuesto: que la reforma del régimen hospitalario traerá un incremento de sus prestaciones. El hospital de la comunidad, un vez arancelado, entrará en las reglas de juego del mercado, y en este ya se ha comprobado un crecimiento de los sistemas de abono, que tienen condiciones de ofertar servicios a menor precio que las grandes instituciones con mayores dificultades para controlar costos. La ley no se ocupa de encauzar ordenadamente la demanda con la aplicación del concepto de «área», ni prevé mecanismos de coordinación con otros hospitales situados en la misma zona o zonas contiguas. Por consiguiente, es probable que se produzca un desplazamiento de la demanda con sobrecarga de otros establecimientos y, como consecuencia, una medicina de menor calidad.

Una última reflexión crítica plantea la dificultad asociada a la definición del concepto «operativo» de comunidad. Los Consejos de Administración se integraron por personas a título individual, que no se cuentan entre la habitual clientela hospitalaria, y por entidades de reconocida solvencia moral y económica, tal como señala la ley, que, por esa misma condición, «solo representan un corte muy tangencial de la comunidad». Es muy probable que tales Consejos se conviertan en «juntas de notables» o simplemente en una cooperadora oficializada, cuando lo deseable sería formar una verdadera «comunidad de usuarios», con capacidad de inte-

ractuar eficazmente con la otra «comunidad», aquella constituida por el personal que presta los servicios (19).

#### *Elementos para una evaluación de la experiencia*

Es imposible hacer una evaluación global de la experiencia de los hospitales de la comunidad. Y esto por diferentes razones que pueden sintetizarse en dos grandes ítems. En primer lugar, es necesario considerar que, como es habitual en la política de salud argentina, decae el interés en el proyecto cuando quienes lo impulsan dejan la función pública. Es difícil formular juicios evaluativos sobre una experiencia que fue decayendo en la medida que el interés de los funcionarios estatales se canalizó hacia otras estrategias de intervención.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta la importancia que tuvieron las condiciones locales en el desarrollo de las instituciones incorporadas al nuevo régimen. En efecto, se puede afirmar que en términos generales la consolidación de la experiencia estuvo muy condicionada por la situación del medio -la existencia de capacidad instalada sanatorial privada, las condiciones del ejercicio profesional, el número de sectores poblacionales con cobertura socializada, etcétera- y también estrechamente vinculada, por supuesto, con la capacidad organizativa y de gestión de sus autoridades.

En función de esta apreciación, las escasas referencias disponibles sobre la evolución de estas instituciones solo permiten tratarlas como casos individuales, cuya dinámica no es de modo alguno generalizable.

En el momento en que Canitrot hace su evaluación -diciembre de 1969- no eran muchos los hospitales incorporados al nuevo régimen legal. El mayor número se encontraba en la provincia de Santa Fe, 106 establecimientos, en su mayoría de pequeñas dimensiones. El 70% de los mismos no tenía internación - hospitales de sexta categoría con solo 2 camas de internación de emergencia- y el 90% estaba por debajo de las 15 camas. En total sumaban el 21% de las camas hospitalarias oficiales (1184) y un 9.1% de las camas totales existentes en la provincia. Las fuentes oficiales mencionan que, en 1968, había 134 servicios adscriptos a la ley 6312/67, pero esta diferencia no modifica los porcentajes calculados por Canitrot (20). En el resto del país se habían incorporado 4 hospitales ( Comodoro Rivadavia, General Acha, General Pico y Usuahia) y estaba prevista la integración de otros 9 a partir del 1º de enero de 1970 (Avellaneda, Lanús, Ezeiza, Ciudadela y San Martín en la provincia de Buenos Aires, y Rivadavia-Peralta Ramos, Lagleyze, de Odontología y de Odontología Infantil en la Capital Federal). En total se alcanzaría a 3789 camas, un 5.2% del total de camas públicas dedicadas a la atención de pacientes agudos en el país. En el conurbano representaría un 25% del total de

camas para agudos (1350), y varios eran hospitales de más de 200 camas, con características de hospital regional (21). Una información posterior, si bien no exhaustiva, permitiría agregar al listado los hospitales de Iguazú y Eldorado en Misiones, el de General Güemes en Salta y el de Punta de Rieles en San Juan (22).

Se cuenta con datos oficiales para el caso de la provincia de Santa Fe relacionados con el comienzo de la experiencia, ya que el Ministerio giró a los establecimientos una encuesta orientada a evaluar la dinámica de los primeros cuatro meses de gestión. Los resultados referidos a la evolución de las prestaciones no muestran cambios notables:

- en el 62% de los servicios la concurrencia de pacientes no sufrió modificaciones, en el 28% aumentó, sin que se precise en qué proporción;
- la consulta externa de pacientes beneficiados con atención gratuita o gravados con la tasa mínima se había incrementado en un 39% de los servicios, la de pacientes privados solo en un 4%;
- la internación de pacientes gratuitos o gravados con tasa mínima se había incrementado en 42% de los servicios, la de pacientes de mutuales y obras sociales en un 2%, la de pacientes privados en un 13%.

En relación con los cambios ocurridos en la práctica, los resultados de mayor interés son los siguientes:

- un 25% de los servicios consideró que las funciones de la medicina preventiva lograron mejor cumplimiento;
- en un 15% de los servicios se concretó la incorporación de nuevas especialidades médicas;
- un 38% considera que se produjo un aumento en la afluencia de pacientes de poblaciones vecinas;
- un 12% de los servicios considera que se produjo un desplazamiento voluntario de pacientes de la zona a otros establecimientos de localidades vecinas<sup>v</sup>;
- un 55% de los servicios informa que los recursos de que dispone son suficientes para la actividad que desarrolla.

Algunos datos permiten una aproximación a la relación con el subsector privado, aunque sin duda se producen en una etapa en la que resulta prematuro sacar conclusiones, dado el carácter muy reciente de la implementación del régimen:

- un 30% de los servicios de crearon en poblaciones donde había sanatorios privados;
- se produjo un mayor acercamiento entre profesionales en un 40% de los servicios;

<sup>v</sup> Este fenómeno puede relacionarse con el interés por eludir el arancelamiento, o con los trámites que suponía la demostración de indigencia.

- profesionales de la localidad que antes no concurrían al hospital lo hacen ahora en un 33% de los casos;
- en un 6% de los servicios se verificó la colaboración o incorporación de profesionales de localidades vecinas (23).

Otro comentario de tipo evaluativo, en este caso del doctor Rodolfo Ferraro, informa que los recursos adicionales generados por los servicios de la comunidad en la provincia de Santa Fe ascendían en 1969 a algo más de 53 millones de pesos; de ellos 32 millones (60%) provenían de la tasa comunal, que consistía en un aporte del municipio equivalente a 50 pesos por contribuyente. Como no conocemos el aporte del Ministerio provincial no es posible realizar estimaciones sobre el incremento de los recursos totales, pero nuestra fuente señala que el rubro sueldos del personal y en muchos casos el de medicamentos seguía siendo financiado por el presupuesto de la provincia (24).

Otra manera de acercarse a la experiencia de hospitales de la comunidad surge de una demanda interpuesta por los profesionales del Hospital de Eldorado, provincia de Misiones, en 1973, en la que se sintetiza la historia del proyecto. Eldorado, con una población de 40.000 habitantes, contaba en 1970 con dieciocho profesionales médicos, que trabajaban en cinco «sanatorios» de muy escasa complejidad. Los pacientes sin recursos se asistían en la Maternidad y el Hospital Rural, dependencias sanitarias oficiales «increíblemente deficientes e ineficientes», según la crónica cuya información recuperamos. Ni en el sector público ni en el privado se llevaban a cabo operaciones mayores, no se contaba con médico anestesiista y el servicio de laboratorio solo abarcaba la mínima rutina.

El edificio para el Hospital estaba terminado desde 1965, sin haber sido habilitado. Con capacidad para 130 camas, tenía el diseño de un sanatorio privado: no contaba con salas de internación, sino con habitaciones de dos o tres camas, y existían dependencias que fácilmente podían adaptarse como habitaciones individuales con baño privado. En 1971 la totalidad del cuerpo médico pasa a integrar el plantel del nuevo hospital. En el período que va de mayo de 1971 a mayo de 1972 trabajan en él 20 médicos con régimen de 8 horas, y 4 con media dedicación horaria. Cuentan con una remuneración mensual básica a la que se agrega el ingreso por pacientes mutualizados y privados.

En los primeros meses la actividad del hospital fue satisfactoria y se incorporaron servicios de laboratorio, radiología, hemoterapia, anestesiología, estadística, etcétera, inexistentes en 1970. En el primer semestre de 1973 las dificultades para la autofinanciación y el incumplimiento de los compromisos presupuestarios por parte de las autoridades sanitarias llevan a una situación de crisis que amenaza terminar con el cierre del hospital. La principal queja de los profesionales con dedicación *full time* es el

incremento de la población de enfermos no pudientes y la migración de aquellos con capacidad de pago hacia los médicos que permanecieron fuera del hospital y hacia el nuevo contingente profesional que se radicó en la población luego de la creación del Servicio (25).

Como se señaló al comienzo, es imposible sacar conclusiones generales sobre la experiencia de los hospitales de la comunidad, aunque sí puede formularse la fuerte presunción de que se trató de una nueva esperanza fallida de revitalización del subsector público. Lo que parece manifiesto es que la amenaza que parecía empañar el futuro de la práctica privada no llegó a concretarse.

### **La organización de la medicina prepaga**

«Muchos peligros nos amenazan. Los que se ciernen en el frente externo distraen la atención de otros inmediatos que surgen a diario en el frente interno médico. Por estos últimos tiempos, aprovechando el interés del público por la mutualización o pago adelantado de asistencia médica, llámese Seguro, están surgiendo una cantidad de pseudo organizaciones médicas que se dedican a hacer abonos, contratos con sindicatos, se introducen en las industrias, desarrollan impresionantes campañas de promoción, reparten comisiones suculentas, todo ello destinado a conquistar afiliados. Hojeando los prospectos, leyendo los anuncios, o escuchándolos por radio o televisión, asombra todo lo que se brinda. Nada queda fuera de las posibilidades. Las tres medicinas: preventiva, curativa, reparadora, la atención esmerada de los accidentados de trabajo, el control del ausentismo, en fin, las llaves del paraíso (26).

Las palabras de Bernardo Kandel sintetizan, a comienzos de los años sesenta, una de las posibles lecturas que a lo largo de esa década se formularán sobre el tema de los sistema prepagos. La idea de peligro, de amenaza, de un «nosotros» que necesita ser alertado sobre su existencia, supone la necesidad de interrogarse sobre cuál es la identidad a la que ese nosotros apela, cuáles son las conquistas, prerrogativas o derechos bajo riesgo.

Sin embargo, captar el contenido del nosotros y precisar el núcleo sometido a amenaza no es una tarea simple. El alegato de Kandel procura sin duda interpelar a los intereses nucleados en el gremio; su advertencia se dirige a una audiencia gremial, el «frente interno» al que se refiere es aquel que en el interior de la medicina diferencia a los profesionales agremiados de aquellos que no lo están. Con todo, algunos testimonios nos permiten, en este aspecto como en otros, dudar de la homogeneidad de los intereses representados en el gremialismo médico. El tema de los prepagos no constituye una doctrina pacífica en el interior de sus organizaciones, fragmentadas también en este espacio por condiciones de tiempo

y lugar que en una primera lectura pueden relacionarse con circunstancias de mercado.

Tampoco se obtiene un cuadro homogéneo cuando se quiere recuperar aquello que debe ser defendido de este riesgo específico. Para algunas lecturas se trata de las formas más tradicionales del ejercicio profesional: el médico en su consultorio, que establece vinculaciones personales con su clientela, libre de trabas o interferencias burocráticas, no sometido a regulaciones y carente del respaldo que proporciona una organización. Cuando se intenta preservar esta modalidad del ejercicio de la profesión, la amenaza adquiere la apariencia de viejos fantasmas, que ensombrecían el imaginario profesional en los años treinta: la mercantilización de la medicina, el «industrialismo» de la profesión, la penetración de intereses empresariales, el riesgo de proletarización.

La amenaza se ubica en otro plano cuando lo que aparece sujeto a riesgo no es ya una modalidad del ejercicio profesional, sino el oligopolio de la oferta de servicios que el gremio ha ido construyendo a lo largo de una década con considerable esfuerzo. Esta lectura se hace dominante a fines de los años sesenta, en el momento en que se produce un enfrentamiento con la Secretaría de Salud Pública y se teme, no sin fundamento conforme a los testimonios recogidos, que el gobierno y las obras sociales canalicen sus esfuerzos hacia la búsqueda de prestadores alternativos.

Es indispensable hacer un señalamiento adicional para abordar en su integridad la cuestión de los sistemas prepagos. Si bien la connotación de amenaza o peligro es sin duda dominante en los textos producidos por el gremio, el tema no se agota en esa caracterización aun en el interior de estas organizaciones. Si una respuesta es la demanda de control, la reglamentación, la condena ética, la apelación a identificarse con los intereses amenazados, también se acudirá a una segunda línea de defensa, construida en torno de las organizaciones alternativas: el prepagó gremial se incorporará en estos años al ya complejo listado de instituciones que pretenden dar una respuesta organizada a las necesidades de atención médica de los sectores de medianos recursos. Inspirados en sus tradiciones, y aprovechando los resultados de nuevas y viejas experiencias de arraigo predominantemente local, los dirigentes gremiales volcarán su esfuerzo organizativo sobre esta modalidad de financiamiento, que en general se piensa como complementaria, pero que algunos aspiran a convertir en una alternativa viable para la conflictiva vinculación con las obras sociales y las mutualidades.

Por último, también se puede detectar la visión que las empresas de prepagó brindan de sí mismas, en el momento en que empiezan a tejer vínculos con organismos estatales que aspiran a ordenar y «modernizar» las condiciones de financiamiento y organización del sistema de servicios de salud.

*La situación a comienzos de los sesenta: profesionales independientes versus «industrialismo médico»*

Desde el punto de vista cronológico, la primera identidad amenazada por las organizaciones de medicina prepaga es, como ya se señaló, la del profesional independiente. La alarma gremial ante el avance de lo que suele caracterizarse como «clínicas por abono», según una denominación antigua, se registra más o menos simultáneamente en la Capital Federal y en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza. Sin duda hubo inquietudes en otros lugares, pero estas son en sí mismas significativas: se trata de las regiones de mayor desarrollo respecto del número de profesionales y la capacidad instalada sanatorial, y son los centros de difusión del gremialismo médico.

La preocupación por el tema aparece en forma más o menos contemporánea en documentos de diferentes entidades. En julio de 1963 la Federación Médica de la Capital Federal eleva al ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación un documento en el que denuncia la aparición de «una nueva medicina asistencial industrializada» que habría logrado absorber a «centenares de miles de asociados». Al mismo tiempo señala que:

por los ingentes recursos de que disponen sus empresarios, la penetración psicológica en el público es tan intensa que en muchas zonas de la ciudad ya han avasallado, en muchos casos anulado, al médico particular y su consultorio (27).

Por otra parte, la cuestión se había incorporado también a las recomendaciones hechas por las Jornadas Médico Gremiales realizadas en Santa Fe en ese mismo año. En este caso se pedía la reglamentación inmediata del sistema de prepago con el fin de asegurar a la población la efectiva prestación de los servicios ofrecidos y evitar la explotación de los médicos que los tenían a su cargo (28).

Poco después, en las Terceras Jornadas de Punilla, realizadas en 1965, se decide la realización de una reunión encargada de analizar el tema en todos sus aspectos, inquietud que se concretará en el Primer Congreso Argentino de Prestaciones Médicas Privadas, Socialmente Organizadas (Medicina de Pago Previo), reunido en Tucumán en setiembre de 1966.

La presencia de los Colegios Médicos en Santa Fe, de los Consejos en Córdoba, y la fuerte tradición gremialista que caracteriza ambas provincias, justifica la aparición en ese ámbito de los primeros intentos reguladores. En Córdoba, el decreto 4518 de 1965 y en Santa Fe los decretos 329 y 628 del año 1967, pueden ser vistos como la respuesta de los poderes públicos a la presión de los médicos organizados en gremios y estrechamente vinculados con los organismos encargados del control de la matrí-

cula. También en Mendoza, provincia pionera en materia de legislación reguladora de la actividad profesional médica, una ley de 1965 se hace cargo de la regulación de las organizaciones gestoras de abonos o prepagos.

La sanción de los decretos reguladores en Santa Fe tiene características que posibilitaron la emergencia de situaciones de conflicto a lo largo de la década: conflicto de intereses entre los que presionan a las instancias de gobierno demandando intervención reguladora y los que piden respeto por la libertad de empresa; conflicto en el interior del gremio, debido a las diferencias regionales de difícil compatibilización, que también inciden en discrepancias de criterio entre los Colegios de la Primera y la Segunda Circunscripción; conflicto entre las organizaciones gremiales y los Colegios, cuando estos deben hacerse cargo de las diferencias que el gremio no logra compatibilizar. También, y por último, conflicto entre los diferentes poderes de gobierno, manifestados a través de la declaración de inconstitucionalidad que la Corte Suprema de Justicia de la Provincia hace recaer sobre determinados artículos del decreto 329/67.

La cuestión se plantea en términos relativamente simples. El creciente costo de la atención médica ha comenzado a afectar de manera sensible el presupuesto de las familias de medianos recursos. Un sector de la población, que se calcula en torno del 60% de la misma, recurre a diferentes tipos de organizaciones para hacer frente al problema: obras sociales, mutualidades y empresas de abonos médicos.

Los servicios por abono o prepagos parecen encontrarse en estos años en un período de singular crecimiento, puesto de manifiesto por una propaganda periodística y radial de características particulares que, en opinión de quienes solicitan su reglamentación, adquiere «ribetes de reclame comercial». A cambio de cuotas mensuales de ínfimo valor prometen hacerse cargo de toda clase de prestaciones, tanto clínicas como quirúrgicas, laboratorio, farmacia, etcétera, a las que se suele incorporar, además de servicios funerarios, sepultura y gastos de luto, préstamos en dinero, turismo, y otros beneficios. La población, según esta perspectiva, no tiene manera de discernir la paja del grano, y se suscribe a los planes ofrecidos por tales empresas «sin poder discriminar sobre la responsabilidad profesional y médico social de cada una de las oferentes».

El gremio médico, por su parte, se ve conmovido por violaciones reiteradas e impunes a las prescripciones de sus códigos éticos y por la transgresión sistemática de las disposiciones tomadas por los Colegios sobre remuneraciones y honorarios (29). También se constituye en motivo de descontento la presencia de empresarios ajenos a la profesión al frente de este tipo de actividades y la atracción que ejercen los servicios urbanos sobre la población de los distritos rurales en desleal competencia con los médicos radicados en esas zonas.



Una comunicación presentada al Xº Congreso de Medicina Social de la Confederación Médica Panamericana nos permite acceder al multi-forme carácter de las organizaciones cuestionadas:

Varias formas adoptaron esas entidades médicas: unas, como cooperativas de trabajo médico, otras, como entes empresarios bajo la forma de sociedades anónimas o de responsabilidad limitada o simplemente sociedades civiles, en las que se dan los patrones médicos y los médicos empleados o contratados por sueldo o por acto médico. Muy comúnmente se organizan sobre la estructura de un sanatorio o de un equipo hospitalario o por contratación de servicios instalados para medicina privada. La calidad económica de los adherentes no es controlada por las entidades, y mucho menos cuando lo hacen por medio de productores. [...] El público adherente recibe los servicios mediante el pago de tickets o coseguros variables en sus montos, para lo cual no hay limitación. La oferta médica es amplia y permite a los profesionales jóvenes consumo de prestaciones que les liquidan con descuentos, a veces apreciables, sobre el monto de los aranceles (30).

Las diferentes alternativas del proceso, que en Santa Fe culmina con un intento de reglamentación estatal de las actividades de los sistemas de prepago, aclaran la índole básica del conflicto -que en última instancia constituye un problema de mercado- y de la capacidad relativa de las organizaciones gremiales para imponer sus propios criterios de regulación de la oferta y demanda de servicios de atención médica. Si bien el gremio intenta imponer las prescripciones de su Código de Ética para obtener el acatamiento disciplinado del cuerpo profesional a la modalidad, todavía llamada «liberal», de organización de la práctica, las alternativas del proceso ponen de manifiesto la relativa debilidad de ese instrumento. La diversificación del mercado de servicios, originada en la multiplicación de las modalidades de financiamiento, crea situaciones que paulatinamente desbordan los límites de la normativa ética. Cuando los transgresores se encuentran fuera de su poder disciplinario, o más precisamente, se ubican fuera del mercado que el gremio ha logrado controlar, la única alternativa disponible para volver a encuadrar las conductas desviadas es apelar al poder regulador del Estado.

¿Qué es lo que el gremio santafesino, a través de los Colegios que controlan el ejercicio de las profesiones de salud, pretende obtener de ese poder disciplinario de alcance superior al propio? En primer lugar, la sujeción de todas las entidades que trabajen con el sistema de asistencia médica a cuota fija periódica, o por abono o prepago, a la fiscalización, inspección y vigilancia del Colegio de Médicos. En segundo término, una normativa que ratifique el *statu quo* en lo relacionado con la organización

de los servicios: solo podrán encabezar tales organizaciones los profesionales inscriptos en el respectivo Colegio, quedando vedada la inclusión de no médicos incluso entre los socios de la respectiva empresa; la asistencia proporcionada deberá canalizarse tan solo hacia «personas de modesta posición económica», reservando para el profesional independiente la atención brindada al sector de población con capacidad de pago directo; estará vedada a las empresas radicadas en los centros urbanos la proyección sobre la clientela rural, preservando ese mercado para los profesionales radicados en la zona. Por último, se deberá asegurar el acatamiento de los aranceles establecidos por el Colegio, la exclusión de la modalidad de remuneración sobre la base salarial, y, particularmente, el respeto de las libertades médicas: garantizar al paciente la libre elección del profesional y del lugar de internación, y al médico la libertad de prescripción y una remuneración de su trabajo por prestación, reconociendo en cada caso su derecho a la aplicación del convenio que más lo beneficie. Tales eran las principales reivindicaciones consignadas en el Memorial que el Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, 2da circunscripción, eleva al ministro de Salud Pública y Bienestar Social de esa Provincia, doctor Wilfredo Miró Plá, en junio de 1964.

La solicitud formulada por el Colegio encuentra eco favorable en las autoridades provinciales, aun pertenecientes a dos administraciones diferentes. Un primer decreto, de octubre de 1965, que lleva el número 9154, se hace cargo, al menos parcialmente, de las reivindicaciones planteadas. Le seguirán otros dos, el 329 de enero de 1967 y el 698 de febrero de ese mismo año, que en sustancia son solo aclaratorios y parecen haber tenido como objetivo dar más precisión a aspectos posiblemente controvertidos. Tal como su fecha de sanción lo indica, los dos últimos fueron aprobados por la administración provincial del gobierno de la «Revolución Argentina».

Sin embargo, de poco sirve a sus impulsores haber obtenido la legislación que favorece sus intereses al poner en sus manos el control de la actividad de los prepagos. Y también es inútil el esfuerzo de sus asesores en temas jurídicos, que llegan a considerar la libertad de elección y el pago por acto médico como «principios destinados a salvaguardar la salud pública», y por consiguiente capaces de servir como fundamento a «razones de orden público y de seguridad social» que deben considerarse superiores a «cualquier interés privado de tipo económico que se pretenda esgrimir» (31).

Y continúa el dictamen solicitado por las autoridades del Colegio:

Con la adopción de estos principios se evitaría en forma concluyente el avasallamiento del médico particular y su consultorio, la competencia desleal, la formación de «trusts» en la prestación de

servicios médicos, la proliferación de empresas sin control alguno que realizan una propaganda desleal y altisonante; todo ello en una situación donde no solamente tienen importancia la moral y los intereses económico-sociales de los profesionales del arte de curar, sino también, muy especialmente, la salud de la población que ha de verse seriamente afectada con la asistencia médica totalmente desfigurada que en este momento se practica, en la mayoría de los casos, por el sistema de abono (32).

Sin embargo, es muy diferente la lectura del problema que realiza la Corte Suprema de Justicia de Santa Fe, que en julio de 1969 se pronuncia declarando nulos los artículos 3º, 5º y 10º del decreto N° 329/67. El primero de ellos establecía el tope de ingresos mensuales admisible para los beneficiarios del sistema, el segundo determinaba que las entidades de prepago solo podían estar integradas por Profesionales del Arte de Curar, y el último se relacionaba con los límites geográficos en la captación de la población beneficiaria del sistema, que debía tener su domicilio en un radio de 50 km de la sede de la organización prestadora.

La reacción del Colegio, ante la preminencia otorgada por la Corte a la libertad de comercio por encima de las reivindicaciones defendidas por el gremio, se expresa en una solicitada que sintetiza en algunos párrafos los principales componentes de la modalidad de ejercicio denominada «liberal». La relación entre enfermo y médico pierde su carácter directo cuando entre ambos se interpone un factor económico que da al acto asistencial la condición de servicio por cuenta de otro. Si solo se trata de cubrir mediante un sistema solidario el costo de una prestación que el paciente no está en condiciones de solventar individualmente no se produce «alteración de la relación profesional en el nivel deontológico». Diferente es la situación cuando el agente financiero es a la vez productor del servicio, dueño de la institución, del instrumental, y administrador del material humano que lo realiza.

En este caso el prestador no es más que un agente técnico en relación de dependencia, cuyas obligaciones están estipuladas en un contrato. Ya no hay liberalismo ni autonomía de la conducta, el médico ya no es dueño de llamarse artesano de su producción, «es un proletario que vende su técnica enmarcado en una estereotipada personalidad exterior; la relación íntima con su enfermo ha sido suplida por cláusulas de un contrato con la empresa que lo ocupa, y le obliga a servir una técnica despersonalizada, computada y registrada en la ficha de eficiencia».

El primer problema que se coloca, entonces, es el de la transformación del profesional autónomo en trabajador bajo relación de dependencia. La amenaza, sin embargo, no queda circunscripta a esa esfera. Si la empresa productora de servicios médicos resulta accesible a accionistas o socios no médicos se pone de manifiesto «la más cruda versión comercial

de la asistencia». El fallo de la Corte Suprema, aludiendo a la libertad de industria o de empresa, legitima nuevas formas de asociación entre médicos y no médicos, volviendo a poner en acto «deformaciones reñidas con la más elemental observancia de la ética» (33).

En esa condición se inscribe el concepto de «lucro», que la ética gremial condena en sus postulados generales pero no siempre logra definir con exactitud. En este caso la connotación de «lucro» y su condena ética, se aplicarían a aquellas personas o instituciones de carácter extra-médico que establezcan sistemas de asistencia médica con el objeto de percibir beneficios. Los beneficios así producidos se enmarcarían en este caso en el concepto de «lucro de la medicina» (34).

En otros términos, pero con un significado similar de rechazo a que los beneficios del trabajo médico sean capitalizados o apropiados por inversores no profesionales, el Consejo Médico de Córdoba define el lucro cuando señala que las entidades de prepago no deberán tener fines de lucro, especificando:

deberán invertir sus ingresos en remuneraciones y mejoras sociales a los prestantes directos de los servicios técnicos, subtécnicos o administrativos, previa deducción de los importes necesarios para subvenir inversiones y gastos indispensables para su funcionamiento y desarrollo, así como las provisiones legales correspondientes. En caso de disolución sus bienes serán destinados a entidades de bien público vinculadas a la salud pública y/o asistencia social, lo que deberá ser establecido en forma expresa en el estatuto de cada entidad (35).

El mismo presidente de COMRA, Alberto Prieto, reconoce dificultades para precisar el concepto de «lucro», ya que en general todas las actividades profesionales tendrían como finalidad la obtención de un dividendo o una ganancia. Al mismo tiempo, señala que en el interior del gremio se habla de actividad de tipo lucrativo «para calificar la explotación de un rubro o un negocio en forma reñida con nuestros principios gremiales». Uno de sus colegas le sugiere la existencia de «plusvalía», pero Prieto prefiere concretar su idea refiriéndose a una «intermediación innecesaria» que enriquece a quien la ejercita. En esos años los dirigentes gremiales insisten en que su actividad no es la de intermediarios entre beneficiarios y obras sociales y prestadores, encuadrándose en cambio en el desempeño de un mandato conferido por el conjunto de los profesionales para actuar en su representación (36).

#### *El prepago gremial*

Estimulado por una competencia que algunos de sus miembros consideraban difícil de superar en el plano comercial, desalentado por las

dificultades para obtener respuesta favorable a sus demandas por parte del Estado y acicateado por la necesidad de lograr una mejor inserción en un mercado sometido a rápidas transformaciones, el gremio decide enfrentar el desafío de convertirse en organizador de una nueva fuente de trabajo para sus miembros.

«...los médicos asumían el doble papel protagónico de prestar los servicios por una parte, y por otra, administrar, controlar y evaluar el desenvolvimiento del sistema [...] este segundo papel -los médicos a cargo de su propia «obra social»- encerraba una perspectiva insospechada para el proceso de maduración institucional de las entidades médicas: se transformaban de ejecutores de convenios y proveedores de fuentes de trabajo en activos creadores y organizadores de dichas fuentes, en administradores y contratistas de otros servicios profesionales, en auditores de sus propios colegas y, en suma, en únicos responsables del éxito o el fracaso de su propio «seguro de enfermedad» (37).

El esfuerzo parecía justificado por un triple estímulo: la proliferación de sistemas de prepago o «clínicas por abono», lo que se caracteriza como el «lento y progresivo deterioro de las obras sociales», y los proyectos radicados en la esfera estatal que podrían significar «un grado de estatización del ejercicio profesional médico», no compartido por las organizaciones gremiales (38).

Desde la perspectiva contemporánea puede llamar la atención la referencia al deterioro de las obras sociales, en un momento en que el sistema no se encontraba plenamente constituido<sup>vi</sup>. Sin embargo, la referencia es absolutamente válida: el gremio estaba en condiciones de evaluar los límites financieros de esa modalidad de cobertura, presionada por el difícil equilibrio entre los costos crecientes de la atención médica y los presupuestos de obras sociales y mutualidades, dependientes del nivel de ingresos de sus beneficiarios. Las pesadas burocracias, la derivación de fondos hacia otras actividades como turismo o proveedurías, la multiplicación de las administraciones, son consideradas como elementos que agravan el problema, pero su raíz se ubica en una constatación que impregna buena parte de los análisis: el desequilibrio entre oferta y demanda

<sup>vi</sup> En las Segundas Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas (noviembre de 1970) las referencias son todavía más duras, acusando al gobierno de ignorar « el consenso general que considera al sistema actual de obras sociales como antieconómico, ineficaz y obsoleto». En ese momento, sin embargo, la perspectiva puede haber estado influida por la oposición que despertó en el gremio la sanción de la ley n°18.610. Federación Médico Gremial de la provincia de Córdoba. Relato oficial tema ley 18.610 Segundas Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas, Buenos Aires, noviembre de 1970: 21-32, p.23.

de servicios de salud solo puede ser superado ampliando las posibilidades financieras de los sectores con alguna capacidad de pago.

Los dirigentes gremiales reconocen además, en forma progresiva, que un sector de la población de mayores recursos ha comenzado a orientarse hacia los sistemas de financiación voluntaria. La cerrada negativa que durante décadas obstaculizó la incorporación de esa clientela a los sistemas solidarios o de previsión individual comienza lentamente a transformarse en aceptación resignada. A fines de la década de los sesenta COMRA comienza a discutir convenios con la Asociación de Personal Superior (APS), primera obra social de personal jerarquizado; pocos años más tarde la cuestión se introduce en las discusiones de CONFELISA. La aceptación de los mismos despierta todavía la cerrada oposición de algunas federaciones, como las de Tucumán o Salta. Sus colegas de otras provincias, sin embargo, aceptan sin protestas la incorporación de esta nueva clientela mutualizada (39). En 1972 COMRA firma un convenio con la Confederación General Económica y FEMEBA introduce en uno de sus documentos la cuestión de la autorización concedida por el INOS a las dos centrales empresarias para operar sus propias obras sociales de contribución obligatoria, mencionando el hecho como un ejemplo de los cambios en curso que, según su interpretación, «denotan la clara conciencia de los estratos independientes y empresariales de ingresar al sistema solidario de la atención médica» (40).

Un proceso semejante acompaña la reglamentación de los prepagos. Más o menos para la misma época comienza a aceptarse en los proyectos de reglamentación producidos por el gremio la afiliación de población de mayores recursos que esté dispuesta a pagar un arancel diferenciado<sup>vii</sup>. La cita al pie de página puede dar cuenta de la encrucijada que enfrentaba la medicina tradicional: se acepta la incorporación a los sistemas de financiación colectiva de aquellos sectores que conforman la clientela

<sup>vii</sup> El Colegio santafesino correspondiente a la 2da. circunscripción defiende con la siguiente argumentación el cambio de criterio: «Atento a que las circunstancias actuales, que se dan en la medicina asistencial, colocan a la inmensa mayoría de la población en la situación socioeconómica de estado de necesidad y de solidaridad para cubrir gastos de asistencia médica, y de la conveniencia de mantener esta dentro de las condiciones en que nuestra modalidad e idiosincracia hacen aconsejables, se establece que los organismos de asistencia médica por el sistema de prepago podrán contratar la prestación de sus servicios para todo tipo de personas, en lo que a condición económica se refiere, las que serán encuadradas en dos categorías: A) de escasos y limitados recursos, B) de medianos y mayores recursos. Los índices respectivos serán establecidos en forma móvil, periódica, anual, por el órgano de aplicación de esta Ley en la forma y modo que determine la Reglamentación». Proyecto de Ley de Organización y Funcionamiento de Entidades de Medicina Pre-Paga. En: *Revista del Colegio de Médicos de la 2da Circunscripción* 25:7-8, noviembre de 1968/enero de 1970, p.7.

privada de los consultorios médicos como único recurso disponible para preservar las condiciones que se asocian con la «modalidad e idiosincrasia» de los profesionales. Esto es: se aceptan algunos cambios para evitar otros, más drásticos o menos controlables.

Los gremialistas de Córdoba expresan en otros términos una filosofía similar. En su intento por construir nuevas bases doctrinarias y operativas para la necesaria renovación de la medicina tradicional, hablan de una «reforma de la medicina privada» que definen como una nueva organización «sobre bases médico-gremiales, con sentido técnico de integración de equipos, con fundamentación de salud pública y con proyección social».

En esa perspectiva, el proyecto de reforma de la medicina privada «no significa liquidar el consultorio privado ni amenaza al médico de cabecera como institución». Por el contrario, significa defender uno y otro, ambos «efectivamente amenazados por una tecnificación burocratizante y los avances de una medicina monopólica» que, con el progresivo control de las fuentes de trabajo, tiene en sus manos no solo el destino del consultorio privado sino incluso de los «pequeños y medianos núcleos sanatoriales» (41). Con esa filosofía como trasfondo, el Congreso reunido en Tucumán en setiembre de 1966 avanza en la elaboración de las pautas organizativas del «Prepago Gremial», conformando un conjunto de disposiciones que será incorporado por COMRA como doctrina institucional (42).

Las recomendaciones sancionadas por el Congreso definen las organizaciones médicas de pago previo como:

formas de sistemas de medicina privada desprovistas de fines de lucro para sí o para otras instituciones, controladas y regidas por principios y normas ético-gremiales, y concebidas técnicamente como una prestación de salud, financiada por el sistema de afiliación voluntaria (43).

Las bases organizativas recomendadas para los prepagos gremiales son relativamente simples: sus administraciones no deben tener finalidades comerciales, pueden ser constituidas por entidades médico-gremiales o conformar entes jurídicos independientes que cuenten con el patrocinio y control de la asociación gremial correspondiente; las formas jurídicas sugeridas para la conformación de tales sociedades son las correspondientes a las cooperativas de trabajo, y los estatutos deben ser aprobados por la entidad gremial primaria y la federación correspondiente.

En relación con los regímenes prestacionales, deben conformarse sistemas abiertos, con libre elección del médico, equipo y sanatorio, de-

biendo estos últimos abrir su capacidad de internación a todos los profesionales que opten por integrarse al sistema. Deberán respetarse también las otras prerrogativas asociadas con la autonomía profesional: libertad de prescripción, respeto por el secreto médico, con las limitaciones derivadas de la necesaria auditoría y el relevamiento de información estadística<sup>viii</sup>, retribución por arancel, eficiencia administrativa que garantice la puntualidad de los pagos.

Los beneficiarios pueden ser incorporados en forma individual o integrarse en forma colectiva, la financiación de los planes deben estar a cargo directo de los suscriptores o adoptar formas mixtas, a partir de la contribución de empleadores del sector privado o del público.

Por último, el gremio aplica la sanción ética a aquellos que eludan su disciplina: todas las entidades que adopten el sistema de pago previo y no se ajusten a las recomendaciones formuladas «se colocan al margen de los principios gremiales y atentan contra los intereses del Gremio Médico Argentino». Ante la emergencia de tales situaciones, las instituciones gremiales deberán proceder de acuerdo con las disposiciones estatutarias respectivas (44).

La propuesta de organización de entidades de prepago gremial no se elabora en el vacío, algunas experiencias exitosas de cooperativas de trabajo en funcionamiento en diferentes lugares del país le otorgan credibilidad. Tucumán ha sido elegida como sede del encuentro precisamente porque en su ámbito funciona una de las organizaciones gremiales de prepago de más larga trayectoria. Otras experiencias reiteradamente señaladas como modelos se desenvuelven en diferentes localidades de la provincia de Córdoba. También la mutual del Centro Médico de Mar del Plata suele ser mencionada cuando se trata de poner de relieve las posibilidades abiertas para una organización gremial de esas características. Organizada en 1961 como sociedad civil sin fines de lucro, diez años más tarde contaba con 25.000 afiliados, atendidos por el sistema de libre elección por alrededor de 450 de los 500 profesionales radicados en la ciudad. A esa clientela cautiva debían sumarse 50.000 beneficiarios de obras sociales y mutualidades que habían contratado prestaciones con el Centro Médico. Los beneficiarios podían optar entre cuatro planes de financiación que,

<sup>viii</sup> El considerable nivel de desarrollo de la capacidad técnica y administrativa de las organizaciones gremiales en la gestión de sistemas de atención médica se pone de manifiesto en las recomendaciones orientadas a la utilización de indicadores de rendimiento: «índice prestacional por cápita, costo promedio por cápita, índice de internación, costo prestacional puro, discriminado en: internación, odontología, bioquímica y medicina, analizando en esta última los siguientes rubros: consulta general, cirugía, obstetricia, psiquiatría, alergología, hemoterapia, radiología, anestesiología y medicamentos».



en 1970, suponían cuotas diferenciadas en un rango que ascendía desde cien hasta setecientos pesos por mes, por beneficiario<sup>ix</sup>.

### *La cuestión del prepago en 1970*

Aunque el gremio parece haber logrado acuerdo respecto de la doctrina del prepago gremial en 1966, si nos atenemos a la documentación debemos reconocer que la cuestión permanece en estado de latencia por lo menos durante dos años, para ser luego reactivada -en particular por FEMEBA y COMRA- en los momentos más álgidos del conflicto con la Secretaría de Salud Pública por la regulación de los contratos con obras sociales y mutualidades<sup>x</sup>.

La Federación Médica de la provincia de Buenos Aires, haciéndose cargo de inquietudes planteadas en una reunión de dirigentes médicos realizada en San Nicolás en octubre de 1968, pondrá en marcha un proyecto de trabajo destinado a estudiar la factibilidad de la creación de entidades de atención médica de pago previo bajo control gremial. Como fundamento de la iniciativa se señala que las fuentes de trabajo logradas por la Federación en convenios colectivos firmados con 31 obras sociales y mutualidades han quedado en gran medida sujetas a legislación de orden público, sancionada sin consultar «el sentir de los médicos» (46).

De la iniciativa surge una propuesta de reglamentación de los Sistemas de Atención Médica Integral (SAMI), que sería aprobada en una asamblea realizada en Olavarría en junio de 1969. A fines de 1970 se informa sobre la existencia de 19 de estos sistemas en diferentes lugares de la pro-

<sup>ix</sup> Pese al entusiasmo que despertaba en algunos sectores profesionales, el ejemplo de Mar del Plata posiblemente haya sido único e irreplicable. Por una parte, por haberse instalado en una ciudad relativamente importante (250.000 habitantes) que en el momento en que se inaugura la experiencia contaba con un sistema de servicios de relativa complejidad, con predominio de la capacidad instalada del subsector público (8 sanatorios privados con aproximadamente 220 camas, 2 hospitales públicos con 690, uno de ellos hospital modelo, de reciente construcción, dotado de la tecnología más avanzada: bomba de cobalto, riñón artificial, equipo para operar a cielo abierto, etc.; 340 profesionales, cubriendo las principales especialidades, completaban la estructura de servicios). Fundamentalmente, porque la experiencia se asienta sobre un acuerdo entre la entidad médica local y las autoridades de la provincia, que deciden iniciar una experiencia pionera transformando el hospital local en planta piloto de la futura reforma hospitalaria. Provenzano, Sergio. La experiencia piloto de Mar del Plata. Un seguro de enfermedad en Argentina. En: *Confederación Médica* XIV 91: 24-29, julio de 1960/julio de 1961.

<sup>x</sup> Un documento de FEMEBA de junio de 1972, referido a las nuevas tendencias en la organización de la atención médica, señala: «Quizás el aporte más relevante que pueda adjudicarse en este terreno, consista en la difusión en este lustro, y acentuadamente en el último bienio, de los sistemas de prepago con control gremial, que de la condena más absoluta pasaron a ser la recomendación más calurosa en los eventos últimos de los profesionales de salud del país».

vincia. La doctrina que los sustenta no difiere sensiblemente de la consagrada en Tucumán. Los aportes consisten en intentos de precisar mejor las condiciones de riesgo de enfermar en diferentes grupos poblacionales, en general, a partir de diferencias de edad y de sexo, con el fin de establecer el monto de la cuota que los beneficiarios deben pagar. Se trata de un problema crucial, ya que una cuota excesivamente alta desalienta la afiliación y una insuficiente torna inviable la pretensión de percibir recursos por cápita y remunerar al profesional por acto médico. También se especula en torno de la incidencia de los tickets moderadores, la posibilidad de implantar períodos de carencia para evitar el impacto de la demanda acumulada, la necesidad de establecer exámenes de ingreso para detectar afecciones que aconsejarían no otorgar la cobertura.

La información sobre la experiencia muestra realidades relativamente heterogéneas, que constituyen una prueba más del pragmatismo de los dirigentes de FEMEBA. En los 19 SAMI se ofrecen 46 planes de cobertura, de carácter individual, familiar o colectivo. Entre estos últimos se registran convenios con 8 grupos laborales, que pueden pensarse como un primer intento de articular una alternativa al sistema de obras sociales. Para sus beneficiarios se ofrecen también planes «complementarios» destinados a cubrir los tickets moderadores que deben afrontar en el momento de utilizar los servicios. Se registran también planes con arancel diferenciado, destinados a grupos de mayor nivel socioeconómico, y en algunos sistemas se ofrece cobertura de medicina preventiva, destinada al control del lactante, la embarazada y otros exámenes del adulto, con prestaciones exentas de co-seguros. Ningún SAMI ofrece cobertura de tuberculosis, enfermedades psiquiátricas crónicas, o patologías semejantes (47).

Por parte de la COMRA, su interés en el tema queda manifiesto cuando le dedica las deliberaciones de las Segundas Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas, reunidas en Buenos Aires, en noviembre de 1970. La entidad gremial invita a participar de los grupos de trabajo a funcionarios de la Secretaría de Salud Pública, dirigentes sindicales y de obras sociales, representantes de los organismos encargados de la regulación de la matrícula y directivos de las otras Confederaciones de Profesionales de la Salud: Odontológica, Farmacéutica y Bioquímica. En ese momento, a raíz fundamentalmente de los problemas comunes derivados de la regulación de la contratación con las obras sociales, comienza a estrecharse la vinculación entre las cuatro confederaciones, que constituyen un Ente Coordinador Nacional de Profesiones de la Salud al que encomiendan la realización del Primer Encuentro Nacional de Profesiones Universitarias de la Salud, reunido en Córdoba en mayo de 1971. Cuando el Encuentro se produce, las relaciones intercorporativas habían aprovechado la oportunidad de mostrar su alto nivel de cohesión durante la fase

más aguda del conflicto con el ministro Manrique, en enero y febrero de ese mismo año.

En las discusiones de las Segundas Jornadas resulta evidente que la mayor preocupación de las corporaciones profesionales con motivo de la sanción de la ley 18.610 radica en las disposiciones de su artículo 4º, que faculta a las obras sociales que no cuentan con capacidad instalada propia a otorgar las prestaciones mediante convenios, sin especificar qué tipos de organizaciones podrán ser favorecidas por los mismos. Dicho artículo se combina con el inciso d, del artículo 14º, que faculta al INOS para aprobar el establecimiento de aranceles y realizar el control contable, médico y de las otras prestaciones de las obras sociales, lo que exacerba la disconformidad de los profesionales agremiados. En el relato oficial presentado por la Federación Médica de Córdoba ambos artículos son cuestionados por poner en peligro las fuentes, modalidades y formas de trabajo respaldadas por el gremio.

También en mayo de 1971, COMRA y CONFELISA se reunirán en el interconfederal de Tucumán, procurando allanar diferencias para ofrecer un frente unido ante lo que se veía como una alianza ofensiva entre el Estado y la CGT.

La Confederación de Clínicas y Sanitarios expresa su alarma por la difusión de los sistemas de prepago privados, alertando a sus miembros sobre la necesidad de respetar también en ese tipo de contrataciones los aranceles establecidos en el nivel nacional. Asimismo, reclama la intervención de médicos y organismos sanatoriales en la regulación de esas modalidades de financiación, con el objeto de evitar «la actuación de instituciones comerciales con sistemas inadecuados o de dudosa viabilidad». Una asamblea reunida en noviembre de 1971 respalda la organización de sistemas de prepago haciendo suya la doctrina establecida por los organismos gremiales, con el solo aditamento del derecho de las entidades sanatoriales a participar en la implantación de tales sistemas, autorizarlos, evaluarlos y supervisarlos (48).

#### *Las empresas de prepago vistas por ellas mismas*

En mayo de 1970 la Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepara, CIMAP, organiza la primera Reunión Nacional de Entidades Privadas de Medicina por Abono, con la participación de organizaciones de la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Mendoza y San Juan. En ese momento la Cámara estima que las entidades que la conforman proporcionan cobertura de atención médica a una población de dos millones de personas, a través de la actividad de cinco mil profesionales.

Especialmente invitado a participar en el evento, el doctor Ezequiel

Holmberg pronuncia el discurso de apertura. Sus primeras palabras se destinan a poner en conocimiento de los asistentes que lleva ya más de un año de contactos con los directivos de CIMAP, de manera tal que el Congreso, cuyas sesiones inaugura, significa la culminación de una etapa «auspiciosa por los entendimientos logrados», y que la política de su Secretaría se caracteriza por una completa «falta de prejuicios» en relación con las diversas modalidades de asistencia médica vigentes (49).

El objetivo fundamental de la Reunión parece haber sido estrechar las relaciones con Salud Pública y mostrar a su titular la potencialidad de las entidades en la cobertura de atención médica. Entre los objetivos explícitos se menciona la necesidad de lograr la aprobación de un proyecto de ley, elaborado por la misma Cámara, destinado a regular «el funcionamiento de entidades de medicina prepaga». Entre las principales disposiciones se mencionan las siguientes:

- \* Creación de un Registro Nacional de Entidades, en el que deban inscribirse todas aquellas que deseen poder contratar con obras sociales.
- \* Constitución de un Consejo Registral Honorario de entidades de medicina prepaga, integrado por un representante de la Secretaría de Salud Pública, un representante del Instituto Nacional de Obras Sociales, y otro de las empresas, designados por el Poder Ejecutivo Nacional a propuesta de cada uno de los organismos mencionados (50).

En apoyo de su propuesta CIMAP señala las diferentes medidas puestas en ejecución o sometidas a estudio por parte del gobierno, orientadas a lograr una mayor racionalidad y eficiencia en el complejo médico asistencial, y a obtener el mayor grado de cobertura posible, con costos accesibles para todos los grupos sociales. Reitera la entidad las coincidencias logradas en diversas reuniones mantenidas con las autoridades sanitarias, en relación con la necesidad de reglamentar la habilitación y el funcionamiento de las entidades por abono para asegurar una adecuada asistencia médica mediante un ejercicio profesional jerarquizado. Entre las dificultades que obstaculizan el logro de tales objetivos comunes se señala la falta de información fidedigna sobre la magnitud y las características de la medicina por abono en el país, y «ciertos prejuicios, frutos de un concepto muy particular sobre el lucro empresario» (51).

Desde su perspectiva, la necesidad de que la contratación con las obras sociales se desarrolle bajo condiciones óptimas de eficacia vuelve indispensable una legislación uniforme aplicable en el orden nacional. Esto se hace aún más evidente si se considera la posibilidad de un intercambio de servicios a beneficiarios de entidades ubicadas en diferentes jurisdicciones, o las ventajas derivadas de la creación de centros mixtos de alta especialización, cuyo desarrollo por empresa sería inviable en términos económicos y financieros. Sería necesario por consiguiente, superar

las limitaciones impuestas por el régimen federal, y para ello ya se ha dado un paso importante, concretado en los artículos 4º y 14º inc. d, de la ley 18.610. Si el gobierno nacional reglamenta los requisitos que deben cumplir los firmantes de los convenios previstos en los mismos, podrá establecer las condiciones de inscripción de las respectivas entidades, instalaciones mínimas, contratos tipo, y toda otra especificación que estime necesaria.

Las declaraciones de sus dirigentes en el Congreso y algunos textos anexos a la publicación nos permiten percibir la caracterización que estas empresas hacían de sí mismas. CIMAP define a las entidades que la integran como instituciones médicas que, encarando una medicina integral y actualizada, caracterizada por un alto nivel científico, cubren un sector importante de la población por su costo accesible, de manera de resumir en un común denominador, medicina integral moderna y económicamente razonable. Las organizaciones de prepago tienen por finalidad la prestación de servicios médicos a través de servicios propios o de terceros, mediante el pago de una cuota periódica, que puede ser la única contraprestación o estar acompañada de tasas adicionales. La mayoría de las instituciones nucleadas en CIMAP había surgido en el decenio anterior, organizadas por profesionales que incorporaron a su práctica específica los métodos y procedimientos administrativos y organizativos de la actividad empresaria:

con la finalidad de lograr que la mayor eficiencia producida por una adecuada utilización de los recursos disponibles, al traducirse en menores costos, permitiera la incorporación de vastos sectores que no tenían acceso a la medicina privada (52).

Por último, las empresas de prepago reconocen que su actividad constituye «una forma de seguro de salud», pero se adjudican una «enorme ventaja» sobre las modalidades de tipo masivo y compulsivo: la derivada de la libre competencia y administración descentralizada. Consideran por consiguiente que, contando con el indispensable apoyo legal y financiero<sup>xi</sup>, la expansión de la medicina prepaga, prestada por las obras sociales, las mutualidades, los hospitales privados y las empresas particulares, hará innecesario hablar del «remanido y peligroso Seguro de Salud o Enfermedad» (53).

<sup>xi</sup> Entre las conclusiones de la reunión relativas a «aspectos legales» se consigna: «Cumpliendo nuestras instituciones una eminente función legal de innegable importancia, sería conveniente que el Estado fomentara su desarrollo canalizando créditos o subsidios, así como apoya la enseñanza privada». Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga. Primera Reunión Nacional de Asistencia Prepaga, Buenos Aires, mayo de 1970, p. 53.

Los dirigentes de CIMAP insertan la aparición de la modalidad de organización que defienden en un proceso histórico. A medida que la sociedad argentina se fue amalgamando desapareció el vínculo asociativo fundado en el origen y fue creciendo, en compensación, la solidaridad por afinidades y vivencias, de la que resultó el fortalecimiento de los movimientos sindicales y la aparición de las obras sociales consolidadas por la ley 18.610. En relación con los servicios de salud, a la renovación de los vínculos sociales fundados en la solidaridad, se agregan los extraordinarios adelantos tecnológicos, «dando lugar a un mayor cambio estructural» debido a la alta especialización, que reclama una medicina por equipos, y el alto costo de la atención médica, en función de la necesidad del permanente cambio de instrumental y equipos motivado «por la acelerada evolución-científica que obliga a amortizaciones de material costosísimo en menos de cinco años» (54).

La medicina de hoy, se argumenta, refrendando el epitafio del consultorio tradicional, hace imposible la atención de la salud por un solo facultativo, como hasta mediados de siglo. Aparece entonces una nueva forma de medicina privada, se crean institutos que, aunando las necesidades, atienden los nuevos requerimientos de la atención médica, uniendo equipos de médicos especializados y disponiendo de instrumental apropiado. La nueva organización se legitima, tanto en las palabras de sus responsables como en las del secretario de Salud Pública, por el solo hecho de su existencia. «De la procedencia de estos nuevos institutos es testigo el éxito de los mismos, pese a haber tenido que desarrollarse en medio de los embates de quienes se oponían a los cambios sociales inminentes», dicen los primeros, mientras Holmberg reconoce que la variedad de modalidades de cobertura disponibles «justifican su existencia en la medida que han respondido a las diferentes necesidades y expectativas de un proceso demasiado dinámico, que no encontró un contexto suficientemente racional para asimilarlo» (55).

La Secretaría de Salud Pública se propone otorgar ese ordenamiento racional y las empresas se manifiestan dispuestas a aceptar «las variantes que las futuras modificaciones sociales aconsejen». Sin embargo, consideran, que no puede dejar de tenerse en cuenta que «el principio filosófico social» en que se asientan es acorde con la época, y por lo tanto «irreversible» (56).

A la luz de los sucesos posteriores, podría concluirse que CIMAP había orientado su asedio sobre el blanco equivocado. La pérdida de ascendiente de Holmberg y la debilidad de su sucesor, Rodríguez Castels, dejan a su dirigencia sin interlocutores de peso en el aparato estatal. Ambos, probablemente, eran ideológicamente afines a la propuesta libreempresista y modernizante que defienden los organizadores del prepago co-

mercial. Cuando la futura organización de la atención médica en la seguridad social se adscribe al proyecto político de Manrique, el énfasis se ubicará en desarrollo de las organizaciones sindicales y los recursos se canalizarán a impulsar la capacidad instalada propia de las Asociaciones de Obras Sociales.

#### *El desarrollo posterior de los prepagos*

Tanto los prepagos de origen gremial como los extragremiales o «comerciales», como acostumbra a denominarlos el gremio, continuarán desarrollándose en las dos décadas siguientes. Los segundos, probablemente sin imaginar la importancia que alcanzarían en algunas propuestas de reformulación del sistema de servicios en los años noventa, pero sin abandonar por ello su estrategia de vinculación con diferentes instancias del Estado, que volverá a hacerse pública bajo la dictadura militar inaugurada en 1976.

Si se aceptan los testimonios provenientes del gremio (los únicos accesibles para reseñar en términos muy generales el crecimiento de estas empresas), es posible reconstruir una imagen relativamente impresionística de su desenvolvimiento. El primer rasgo que hay que señalar es la desaparición de la imagen que los gremialistas de los años 60 difundieron sobre las «clínicas de abonos», como organizaciones de limitada capacidad de gestión, que ofrecían con audacia una miscelánea de servicios poco compatibles entre sí, y atraían a los sectores populares a partir de una propaganda hábilmente dirigida a captar su atención y de cuotas accesibles para presupuestos medianos o modestos.

Por el contrario, las empresas de prepago de las que el gremio se sigue ocupando en los años 70 y 80, particularmente en la Capital Federal y sus alrededores, son ya organizaciones modernas que aspiran a captar a la población de mayores ingresos. Conforme con un documento de FEMEBA de abril de 1981, los sistemas de prepago privados se orientaron hacia esa franja, estimada en unas 900.000 personas para el área metropolitana (Capital Federal y Gran Buenos Aires), de las cuales aproximadamente un 50% serían beneficiarias de obras sociales de ejecutivos y altos funcionarios de empresas.

De acuerdo con el mismo diagnóstico, aunque las empresas orientaron su imagen pública hacia la captación de beneficiarios sobre bases individuales con el «estereotipo de la libertad de opción», en realidad la mayor parte de su población cubierta ingresaría en contingentes colectivos de diferente significación, canalizados a través de las obras sociales de ejecutivos o por convenio directo con las empresas o grupos de empresas que por esta vía proporcionan cobertura de atención médica a su personal jerárquico (57). Para ampliar el abanico de opciones las empresas propo-

nen a su futura clientela una gama de planes con posibilidad de adaptarse a la capacidad adquisitiva o la voluntad de cada cliente. Las diferencias en el monto de la cuota suponían obviamente diferencias en el acceso a servicios.

Una estimación recogida por FEMEBA indica que en el área capitalina alrededor de 120 empresas proporcionarían cobertura a un millón de personas. La magnitud de la cifra autoriza a la entidad gremial a suponer que se ha completado la absorción del mercado originariamente previsto y que se va a iniciar un programa de captación de los sectores de medianos ingresos, que para el área metropolitana se calculaban en el 35% de la población total.

La atención médica se organiza en tales instituciones bajo dos modalidades. Un sistema «abierto», de difusión limitada, que permite la libre elección del profesional asegurando la cobertura por el sistema de reintegro hasta un determinado tope, que se ubica por lo general en el 75% del costo de la respectiva prestación. El sistema cerrado, a su vez, se basa en la contratación por parte de las empresas de un conjunto limitado de prestadores, que integran la nómina dentro de la cual el beneficiario puede efectivizar su opción.

La gestión financiera de las empresas se basaría, siempre según la interpretación de FEMEBA, en el diseño de estructuras de servicios y reintegros destinadas a asegurar el mantenimiento de un techo máximo de gasto, sobre la base de los aranceles establecidos, el control de las tasas de utilización y los topes máximos de reintegro. Sabemos también que alrededor de un 40% de la población cubierta por el sistema es atendida por profesionales remunerados por salario; no se informa, sin embargo, si ese porcentaje se obtiene en función de las organizaciones con capacidad instalada propia, ni tampoco cuál es la proporción de empresas que opta por esa modalidad de retribución del trabajo médico. Los gastos administrativos y de promoción, que incluyen la carga impositiva, oscilan entre el 25 y el 30% de las erogaciones totales. Los beneficios, en el caso de empresas que han superado el período inicial de conformación de sus carteras y cuentan con al menos 10.000 beneficiarios, pueden oscilar entre el 16 y el 40% de tales erogaciones.

La entidad gremial señala, por último, que en el caso de las empresas que son meramente financiadoras y no disponen de capacidad instalada propia, los beneficios no se destinan al mejoramiento de la oferta de servicios, ni se revierten en capacitación o incorporación de avances tecnológicos. Por el contrario, acumulan capitales que, frente a alternativas más favorables de inversión, pueden fácilmente desplazarse hacia otros campos de la actividad económica que ofrezcan mayor rentabilidad.

Pueden consignarse por lo menos tres tipos de procesos relativamente independientes:



- a) los prepagos privados poseedores de una cartera importante de beneficiarios que desarrollaron capacidad instalada propia, construyendo o comprando sanatorios de alto nivel de complejidad;
- b) los sanatorios u hospitales de comunidades extranjeras de alto nivel de complejidad, que crearon su propia cartera de pacientes de prepago de manera de financiar su expansión y consolidar sus ingresos ante las transformaciones que se producían en el mercado de servicios;
- c) las empresas financieras, en algunos casos orientadas a la actividad aseguradora de cobertura de riesgos laborales -accidentes de trabajo y estatuto del peón-, y en otros recién incorporadas al sector, que comenzaron a desarrollar una actividad intermediadora derivando su cartera de pacientes a los efectores del sector privado.

Este último grupo es el que se percibe como más agresivo y en franca expansión a comienzos de los años ochenta:

Sus sistemas de prepago se acomodan a diversos presupuestos familiares, sus técnicas y capacidad empresaria les dan la flexibilidad necesaria para penetrar en forma creciente en el «mercado de Salud» y probablemente constituyan en la actualidad uno de los factores más pujantes del subsector privado con gran gravitación financiera, además de la sostenida influencia que aún no es advertida en toda la magnitud que posee (58).

#### *El prepago gremial*

La multifacética experiencia del prepago gremial es recogida a partir de una serie de iniciativas de COMRA, que se desarrollan entre 1977 y 1981. Puede plantearse como hipótesis que la nueva importancia atribuida al tema se vincula con los proyectos de reforma del sistema de obras sociales propuestos desde el aparato estatal. No hay, sin embargo, ninguna referencia explícita a la cuestión en la documentación producida por el gremio.

En agosto de 1977 el Consejo Directivo de la COMRA decide crear la Comisión Asesora de Sistemas de Prepago, integrada por las filiales de Buenos Aires, Córdoba, Catamarca, Corrientes, Santa Fe y Tucumán. Por la información de que disponemos se trataría de aquellas filiales con mayor experiencia en la gestión de este tipo de sistemas. Las funciones a cargo de dicha Comisión serían:

- centralizar la información disponible sobre sistemas de prepago,
- confeccionar un catastro de obras sociales cubiertas por el sistema,
- generar un documento básico con la información recogida y formular recomendaciones sobre las «características ideales» del sistema: estructura administrativa básica, determinación de costos, documentación normati-

zada, convenio tipo, sistemas de auditoría y control de gestión, formación de bancos de información de carácter central y regional.

Las actividades de la comisión, que incluían la realización de jornadas regionales, confluían en la Conferencia Nacional de Actividades Médicas reunida en el mes de octubre de ese mismo año en la ciudad de Tucumán, cuyo tema central sería precisamente «Prepago y cartera capitada gremial» (59). La inclusión de la referencia a la «cartera capitada» en la temática del prepago gremial, da cuenta de la peculiar trayectoria que habían seguido algunas de estas organizaciones a partir de la sanción de la ley 19.710 y que dieron lugar a dos tipos de sistemas de cobertura: el primero, la clásica organización de cobertura individual o colectiva independiente de las instituciones de seguridad social; el segundo, a partir de la posibilidad de contratar con las obras sociales -muy en particular con el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INS-SJP) creado en 1971 por la ley 19.032-, la cobertura de sus beneficiarios a través de convenios capitados. En este último caso la preocupación de COMRA también se plantea como una estrategia defensiva frente al avance de las empresas de prepago en la contratación de prestaciones para el sector de población que los gremialistas consideraban su «clientela cautiva»: los beneficiarios de obras sociales y mutualidades.

De acuerdo con esa doble orientación, dichos sistemas se definen de la siguiente forma en la reunión realizada en Tucumán en 1977:

El sistema de prepago médico gremial propiciado por las entidades médicas es un sistema financiado por una cartera preferiblemente capitada y móvil, basado en las cotizaciones de los beneficiarios en forma directa ante las entidades médicas, individual o colectivamente, o a través de las obras sociales, sin fines de lucro, que brinda prestaciones o servicios directos y retribuye al profesional esencialmente por acto médico. Su fin es preservar una fuente de trabajo, dándole características estables, y creando las condiciones de una administración financiera que permita el pronto pago al prestador (60).

Ese intento de sincretismo, que conduce a combinar en una definición compleja dos mecanismos de financiación de índole radicalmente opuesta -el que deriva de la decisión individual o grupal y el que se asienta en las formas coactivas de las instituciones de la seguridad social- no se traduce en la práctica institucional. Aunque ambas modalidades se desarrollen bajo el auspicio, la administración y el control gremial, se integran en organizaciones diferentes, cada una con sus propias reglas de juego.

La aceptación de contratos capitados para cubrir prestaciones a obras sociales se vincula con la sanción de la ley 19.710, que legisla específicamente sobre las diferentes modalidades de retribución del trabajo profe-

sional. Según los informes presentados en la reunión organizada por COMRA en 1977, en función de las posibilidades abiertas por dicha legislación, habrían comenzado a desarrollarse contrataciones «con agrupaciones específicas constituidas a tal efecto y aun con prestadores individuales, implementando servicios de atención médica por cartera fija y por capitación», por fuera del control de las organizaciones gremiales.

Estas reaccionan contra tales prácticas que se califica como «monopólicas» y a través de las cooperativas de trabajo en algunos casos, o de organizaciones administrativas creadas específicamente en otros, instrumentan la captación de tales contratos. Se mencionan como ejemplos las Cooperativas de Trabajo de Tucumán, San Juan y el Colegio Médico de Córdoba, y las Federaciones de Corrientes, Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos y Tucumán (61).

El análisis de la coyuntura enfatiza una tendencia, verificable en las administraciones de las obras sociales, a generalizar esta modalidad de retribución en la contratación de prestaciones. Dicha orientación se vincula con la excesiva centralización de la operatoria de administración de los recursos y la proliferación de subsidiarias en toda el país que implica necesariamente mayores costos para la gestión del sistema. La Federación Médica de Corrientes habla de un «atrapamiento burocrático», que replantearía la necesidad de organizar «un nuevo modelo administrativo, fluido, ágil y rentable». Existiría por consiguiente el interés de transferir las responsabilidades organizativas a las entidades profesionales médicas, «desmontando» las costosas organizaciones estatales, transfiriendo la ejecución de las acciones de salud al área privada y federalizando la organización de la atención médica en el sistema de seguridad social. El momento en que el análisis se realiza y el sentido que se atribuye a los posibles cambios, autorizan a relacionarlos con las primeras propuestas de reformulación del sistema que se concretan más tarde en la ley 22.269 (62).

Pese al manifiesto interés del Consejo Directivo de COMRA de lograr un consenso centralizado sobre las bases organizativas de estos sistemas de manera de hacer posible la normatización de su estructura administrativa, convenios, sistemas de auditoría y control de gestión, etcétera, y lograr información estadística homogénea para facilitar la estimación de la demanda esperada y el cálculo de costos, la experiencia de las instituciones reproduce la heterogeneidad característica del sector salud en la Argentina. Aun cuando se trabaja sobre modalidades similares, no se llega a afianzar un modelo operativo único que norme y unifique las distintas experiencias. La diversidad se afirma también a partir de los diferentes regímenes acordados con el INSSJP que admiten diferentes modalidades de otorgamiento de las prestaciones.

La experiencia de los convenios capitados con el INSSJP significó un

crecimiento importante de la capacidad de gestión de las organizaciones gremiales, que debieron en primer lugar trabajar de manera muy próxima a las autoridades del Instituto para obtener padrones confiables acerca del número real de beneficiarios, desarrollar instrumentos para conocer el comportamiento de la demanda, poner en marcha mecanismos de auditoría destinados a desalentar posibles abusos por parte de los profesionales y diseñar controles tendientes a influir sobre el comportamiento de los beneficiarios del sistema (63).

#### *La experiencia de FEMEBA-Salud*

Entre las experiencias gremiales de organización de sistemas prepagos de afiliación voluntaria puede señalarse como una de las más significativas, en cuanto al número de beneficiarios y los recursos comprometidos, el sistema puesto en marcha en 1979 por la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires, bajo la denominación FEMEBA-Salud. La decisión de la federación bonaerense de establecer un sistema de cobertura de atención médica de afiliación voluntaria tuvo como principales motivaciones el desarrollo de las grandes empresas de prepago y la favorable evaluación realizada sobre el desempeño de los Sistemas de Atención Médica Integral en algunas localidades de la provincia.

Entre los resultados positivos de la experiencia de los SAMI, FEMEBA rescata la acumulación de experiencia sobre auditoría, fiscalización y evaluación; la formalización de convenios con instituciones anteriormente remisas o directamente antagónicas a los grupos de médicos agremiados; el fortalecimiento de las relaciones con los organismos federativos de clínicas y sanatorios, bioquímicos, odontólogos y farmacéuticos y la expansión significativa de las carteras de convenios de algunas entidades locales. Respecto de los prepagos privados, la entidad gremial considera -en el momento en que se decide la puesta en marcha de FEMEBA-Salud- que el avance «paulatino pero constante» característico de su consolidación en el conurbano, proseguirá en el corto o mediano plazo cubriendo las localidades del interior de la provincia (64).

La Federación bonaerense fundamenta su proyecto sobre un análisis de la población provincial caracterizada según niveles socioeconómicos. Se estimó la existencia de un primer estrato, conformado por el 51% de la población, nucleado en grupos familiares con ingresos inferiores a 2.000.000 de pesos que, o bien estaban cubiertos por la seguridad social o recibían prestaciones del sector público. Un grupo intermedio, con ingresos familiares entre 2 y 5 millones de pesos mensuales (40% del total provincial), cubierto solo en un 70% por la seguridad social, brindaría a los futuros sistemas de prepago una clientela potencial de alrededor de 800.000 individuos. Por último, el estrato de mayor poder adquisitivo,

algo más de 600.000 habitantes con ingresos superiores a 5 millones de pesos mensuales, de los cuales aproximadamente la mitad contaba con cobertura de seguridad social, proporcionaría otro contingente de posibles adquirentes para las prestaciones del futuro sistema.

El 1º de julio de 1979 se pone en marcha el sistema, con la adhesión de 15 entidades primarias. Estas actúan a la vez como prestadoras, ofreciendo a los afiliados al prepago el listado de profesionales inscriptos para la atención de obras sociales y mutualidades; y como prestatarias, según dos modalidades organizativas: a) administrando el sistema en el nivel local por cuenta de FEMEBA central; b) como entidades descentralizadas, asumiendo en forma total la responsabilidad económica del sistema.

En una presentación realizada en abril de 1981 se describe la marcha del proyecto. Se alcanzó un ritmo de afiliación sostenido, estimándose que el número de beneficiarios superará los 60.000 antes de finalizar el año. Se lograron convenios colectivos importantes con pequeños y medianos productores agropecuarios, sindicatos de portuarios, industria textil, empresas gráficas, empleados de sanatorios, cámaras de comercio, etcétera, y existen gestiones avanzadas con nucleamientos de profesionales, otras federaciones, la industria frigorífica y la de plásticos, etcétera.

### **Algunas hipótesis de trabajo**

Al presentar este capítulo se propuso abordar el análisis de los hospitales de la comunidad y las empresas de prepago como organizaciones alternativas al modelo de cobertura de servicios de salud gestado por los organismos gremiales médicos a lo largo de los años 60. En su desarrollo se planteó, además, la perspectiva de los mismos gremialistas, que organizan sus propios prepagos, en parte como respuesta a los avances de las empresas privadas, en parte como posible alternativa a la generalmente conflictiva relación con las obras sociales y las mutualidades.

Poco se puede añadir sobre el tema de los hospitales de la comunidad, al menos la información disponible. Una conclusión provisoria sería entenderlos como un nuevo intento frustrado de fortalecimiento del subsector público. Frustración que sin duda puede vincularse con el fracaso de la orientación modernizante y racionalizadora, que pretendió imponer la autoridad del Estado en el sistema, pero que descuidó o desdeñó las relaciones de poder previamente constituidas en su interior.

Esa pretensión modernizante, de todos modos, tenía bases muy débiles. Aun cuando era mucha la confianza depositada en una organización basada en los fundamentos científicos y técnicos proporcionados por el movimiento planificador y en las grandes líneas propuestas como garantía de eficiencia en el funcionamiento de los servicios -regionaliza-

ción, área programática, escalonamiento de efectores por nivel de complejidad, etcétera-, la autoridad estatal en el área se encontraba debilitada por múltiples factores. La crisis fiscal de Estado, las exigencias financieras del modelo de desarrollo hegemónico, las dificultades de construcción de consenso en el interior de un proyecto político autoritario, el creciente impacto de la cuestión social sobre la estabilidad del gobierno, marcan algunos de los límites externos al sector. Los internos ya han sido definidos: son el resultado de procesos históricos desarrollados en el mediano plazo y pueden sintetizarse en términos de la corporatización y privatización de sus relaciones fundamentales.

La cuestión de los sistemas prepagos no es menos compleja. En principio, da pie para verificar que cualquier estudio pormenorizado del sector salud en la Argentina, confirma de manera inmediata los atributos de fragmentación y heterogeneidad utilizados habitualmente para definirlo. Las instituciones de medicina prepa confirmen ese diagnóstico, en la medida en que surgen de manera errática y ponen una vez más de manifiesto la extrema fragmentación del mercado de atención médica en el país. Si bien su origen se vincula con el crecimiento de la capacidad instalada privada y con el interés por asegurarle una clientela solvente, aprovechando al mismo tiempo los beneficios adicionales de la intermediación financiera, solo constituyen una boca de expendio más para los respectivos prestadores y añaden una cuota adicional de irracionalidad e ineficiencia a un sistema ya suficientemente dotado de ambos atributos.

Aunque en términos generales su función se orienta a dar respuesta a la necesidad de vincular oferta y demanda en el mercado de servicios, los parámetros organizativos, la franja de profesionales incorporados y la clientela prevista puede diferir sensiblemente en cada caso. Algunas procuran la captación de los sectores de clase media no incorporados a obras sociales o insatisfechos con su cobertura, a los que ofrecen continuidad en la vinculación con su médico de cabecera o especialistas instalados en consultorios aislados, clínicas de especialidades, o sanatorios de segunda línea; otras canalizan su estrategia de mercado hacia la población de mayores recursos a la que estimulan a abandonar el hábito de retribuir en forma directa los servicios médicos que necesita, y acceder a la tecnología y el confort propio de las grandes instituciones de alta complejidad.

La gran dispersión en la capacidad de pago de la clientela posible estimula ese tipo de desarrollo espontáneo, que se ve agravado sin duda por la falta de regulación por parte del Estado. Como es habitual en el sector salud, los organismos estatales solo se ocupan de normatizar la actividad del sector privado a pedido de parte, y como sucede también con relativa frecuencia, suelen carecer de la capacidad o voluntad de imponer las respectivas disposiciones. Respecto de la regulación, buena parte de la

responsabilidad puede adjudicarse a las organizaciones gremiales, sometidas en esta materia como en otras a un dilema de difícil resolución: las demandas canalizadas hacia el Estado para una mayor intervención reguladora en el sistema resultan contradictorias con la pretensión de autonomía de la profesión en los aspectos técnicos de su práctica, que constituye uno de los principios convocantes de mayor arraigo en la organización gremial médica.

Sin temor a caer en una excesiva simplificación puede afirmarse que la demanda de regulación planteada por el gremio médico se canaliza fundamentalmente a la defensa y ampliación de su cuota de control en el mercado de servicios. Defender los fondos canalizados hacia la cobertura de atención médica de su absorción por parte de la actividad empresarial extraprofesional, asegurar las modalidades de contratos por libre elección y pago por acto médico, garantizar para las organizaciones gremiales la exclusividad en la contratación con obras sociales, constituyen el cuerpo sustantivo de las demandas planteadas al Estado en procura de un incremento en la actividad de control y normatización.

Es lícito preguntarse si las instituciones gremiales estaban en condiciones de avanzar efectivamente en apoyo de la construcción de un sistema, más allá de las honestas intenciones de buena parte de sus dirigentes y de la retórica enfática puesta de manifiesto en las coyunturas críticas. Cuando se intenta un análisis histórico es fácil caer en este tipo de pregunta-trampa, ya que una respuesta, por sí o por no, implica el tratamiento reduccionista de un problema complejo, relacionado con los límites históricos presentes en una determinada área social y en una determinada coyuntura para la construcción de alternativas viables.

En un intento por eludir esa trampa y profundizar el diagnóstico, se pueden señalar dos factores que inciden negativamente en la capacidad ordenadora de las instituciones gremiales: el primero, su propia heterogeneidad interna, derivada del diferente desarrollo del sistema de servicios tanto en el nivel regional como en el interior de las áreas de mayor desarrollo económico; el segundo, la debilidad relativa de la corporación médica en la articulación de las relaciones de poder sectoriales.

En relación con el primer factor, es evidente que la extrema diferenciación de la oferta de servicios del sector privado obtura la posibilidad de que los organismos gremiales logren consenso sobre cualquier modalidad de reorganización del sistema. Los dirigentes gremiales se identifican como mandatarios de sus bases, a cuyas presiones responden. No parece haberse producido en el gremio un proceso de burocratización que condujera a la constitución de cúpulas, con capacidad de decidir sin tener en cuenta la posible reacción de sus mandantes. En tales condiciones, cualquier dirigente ubicado en una región de mediana complejidad debe dar respuesta

a una pluralidad de intereses que, independientemente de la existencia de un polo hegemónico, lo induce a no intentar colocar trabas a la reproducción de un sistema caracterizado por la fragmentación y la heterogeneidad.

En relación con la hipótesis de la debilidad relativa de la COMRA en el sector salud, su propia historia brinda testimonio suficiente. Aun en el período de mayor control por parte del gremio de las contrataciones con obras sociales y mutuales, durante los años sesenta, los logros son poco espectaculares. En primer lugar, por estar limitados geográficamente por circunstancias que se asocian con la capacidad de organización de los profesionales en el ámbito local o regional, y en segundo término, por la debilidad propia de las fuentes financieras del sistema: toda presión gremial por mejorar los ingresos de los profesionales o ampliar el respectivo mercado de trabajo ponía en peligro la supervivencia de las instituciones financiadoras.

La intervención del Estado y la creación de un sistema de seguridad social basado en la generalización de las obras sociales tiene beneficios contradictorios para la profesión. Por un lado, amplía en forma considerable la demanda de servicios; por el otro, destruye su pretensión de hegemonía en el contralor del sistema. Jaqueada por sus dificultades para brindar un frente homogéneo ante los cambios en su mercado de servicios, la profesión optará por afianzar su posición de poder en el interior de lo que hemos caracterizado como *pacto corporativo*.

- <sup>1</sup> Belmartino, S. *et al. Fundamentos históricos...*, *op. cit.*, capítulo 10: La declinación del subsector público.
- <sup>2</sup> Canitrot, C. Regionalización de servicios en salud pública. En: *Revista de Salud Pública* 5:11-29, enero/junio de 1963. Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires.
- <sup>3</sup> Reforma hospitalaria-Regionalización sanitaria. Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, La Plata, 1961.
- <sup>4</sup> Texto del discurso pronunciado por el señor gobernador de la provincia de Santa Fe, contralmirante (re) Eladio M. Vázquez al inaugurar la Primera Jornada. En: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la provincia de Santa Fe, Primera Jornada de entes para la atención médica de la comunidad, Santa Fe:17-18, noviembre de 1968, p. 18.
- <sup>5</sup> Ministerio de Asistencia Social y salud Pública. Política sanitaria y social. Buenos Aires, tomo I, 1965, pp. 13-17.
- <sup>6</sup> *Ibidem*, tomo II, p. 331.
- <sup>7</sup> Poder Ejecutivo Nacional. Reforma del régimen técnico-administrativo de los organismos asistenciales y sanitarios del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Creación del Servicio de Atención Médica para la Comunidad, Buenos Aires, 1965.
- <sup>8</sup> Reunión Regional de Ministros de Salud Pública, La Plata, febrero de 1967. En: Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. Conclu-



- siones y recomendaciones. Reuniones Nacionales y Regionales de Autoridades de Salud Pública 1966-1969, Buenos Aires, 1970:33-46, p. 34.
- 9 Holmberg, E. Discurso pronunciado en la IV Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública, Jujuy, setiembre de 1969. En: Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, Conclusiones y recomendaciones. Reuniones Nacionales de Salud Pública, 1966-1969, pp. 160-167.
- 10 Carlos Canitrot recoge, en un trabajo de 1969, el estado de la legislación respectiva. En él recupera la ley nacional 17.102/66 y su decreto reglamentario 8248/68; la ley provincial 6312/67 y decreto 04321/67 de la provincia de Santa Fe; la ley 724, de adhesión a la ley nacional 17.102 de la provincia de Chubut, el decreto aprueba el Estatuto del Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad de Comodoro Rivadavia; el decreto-acuerdo 1860/68 de la provincia de La Pampa, por resolución ministerial se aprueba el Reglamento de los servicios de General Acha y General Pico; la ley y el decreto de la provincia de Misiones y el anteproyecto de ley, a consideración del Poder Ejecutivo Nacional, de la provincia de Córdoba.
- 11 Ley 19.337, 12 de noviembre de 1971, Considerandos.
- 12 Rodríguez Colombo, J. L. Relato oficial de la Confederación Médica de la República Argentina. Primeras Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas, Buenos Aires:51-55, 1969, p.55.
- 13 Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, tomo V:282-307, 24 de abril de 1965. p.303.
- 14 *Ibidem*, p. 304.
- 15 Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, tomo VIII:283-324, 2 de febrero de 1970.
- 16 Confederación Médica de la República Argentina. Primeras Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas, Buenos Aires, 1969, p. 43.
- 17 Confederación Médica de la República Argentina, Memorandum a las filiales, 18 de noviembre de 1971.
- 18 Una ley inconclusa. En: *Información sanatorial* II, 5:3, diciembre de 1971.
- 19 Canitrot, C. Análisis de los servicios de atención integrada para la comunidad, *op.cit.*, pp. 67-68.
- 20 Conferencia del ministro de Salud Pública y Bienestar Social de la provincia de Santa Fe, doctor Jorge R. Sandoz. En: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe. Primera Jornada de Entes para la Atención Médica de la Comunidad, Santa Fe, noviembre de 1968:32-34.
- 21 Canitrot, C. Análisis de los servicios..., *op.cit.*
- 22 Continúa transformándose la estructura de la profesión médica. En: *Médico Moderno*, enero de 1970: 10-17.
- 23 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe. Resultados de la encuesta efectuada a los servicios para la atención médica de la comunidad ( ley nº 6312/67), Santa Fe, noviembre de 1968.
- 24 Ferraro, R. Diversos sistemas de atención en la República Argentina, sus modalidades y funcionamiento. En: *Mundo Hospitalario* 225: 24-43, noviembre/diciembre de 1970.
- 25 Temas en debate: Eldorado, ¿experiencia negativa?. En: *Confederación Médica* 1, nº 1:5-6, octubre de 1973.
- 26 Kandel, B. Seguro de Salud. En: Federación Médica de Entre Ríos. Círculo Médico de Paraná. Colegiación Médica y Seguro de Salud. Jornadas Médico Gremiales realizadas en la ciudad de Paraná, los días 20 y 21 de mayo de 1960: 41-49, p. 48.
- 27 Citado en el Memorial presentado al señor ministro de Salud Pública y Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe, doctor Wilfredo Miró Pla, por la Mesa

- Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, 2da. Circunscripción, reunión del 14 de junio de 1964, acta n° 554, p. 2.
- 28 Citado en Napoli, J. Urge reglamentar la medicina por abonos. En: *Boletín del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción* 13:8, octubre de 1964.
- 29 *Ibidem*.
- 30 La medicina prepaga. Comunicación al Xº Congreso de Medicina Social de la Confederación Médica Panamericana. En: *Revista del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción* 23: 25, agosto/octubre de 1968.
- 31 Dictamen jurídico sobre el Proyecto de Reglamentación de la Medicina por Abono presentado por el colegio. En: *Boletín del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción* 14:8-9, junio de 1965, p.8.
- 32 *Ibidem*, p.9.
- 33 La medicina privada: profesión o empresa. Solicitada publicada el 16 de julio de 1969. En: *Revista del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción* 25:6, noviembre de 1968/enero de 1970.
- 34 Proyecto de ley de Organización y Funcionamiento de las Entidades de Medicina Prepaga. En: *Revista del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción* 25:7-8, noviembre de 1968/enero de 1970, p.7.
- 35 Federación Médico Gremial de la provincia de Córdoba. Proyecto de reglamentación para la medicina de prepago. Aprobado por el Consejo de Distrito del Consejo de Médicos, Córdoba, 1965, documento mimeografiado.
- 36 Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, tomo VIII:365-421. Reunión del 27 de junio de 1970, p. 394.
- 37 Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Encuesta Feld. Aporte para la investigación de cobertura en atención médica. Asociación Médica de Luján, enero de 1970, p.1.
- 38 Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Secretaría de Organización. Programa: Estudio, implantación e instalación de entidades de atención médica bajo control gremial en la provincia de Buenos Aires, La Plata, 1968.
- 39 Cf. Jankilevich, A. *Ricardo Mammone. Testimonio de un pionero*, Buenos Aires, 1991, cap.V:63-130. Acta del 4 de diciembre de 1974.
- 40 FEMEBA. Documento de junio de 1972, documento mimeografiado.
- 41 Federación Médico Gremial de la provincia de Córdoba. La organización de la salud dentro de la Seguridad Social. Presentación al IX Congreso Médico Social Panamericano, cap. VIII, Condiciones para asegurar el éxito del sistema propuesto, documento mimeografiado, p. 38.
- 42 Primer Congreso Argentino de Prestaciones Médicas Privadas, socialmente organizadas ( medicina de pago previo). Tucumán, setiembre de 1966. Declaración y recomendaciones. Aprobadas en el Consejo Federal de la Confederación Médica de la República Argetina, realizado el 5 de noviembre de 1966, e incorporadas a la doctrina de la Institución, Buenos Aires, 1966, documento mimeografiado.
- 43 *Ibidem*, p. 2.
- 44 *Ibidem*, p. 4.
- 45 Ferraro, R. Diversos sistemas de atención en la República Argentina, sus modalidades y funcionamiento. En: *Mundo Hospitalario* 225:24-43, noviembre/diciembre de 1970.
- 46 Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Estudio, implantación e instalación de entidades de atención médica..., *op. cit.* , p. 1.
- 47 Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Estructura y características de los SAMI. Segundas Jornadas de la Conferencia Nacional de Actividades Médicas, Buenos Aires, 1970, documento mimeografiado.
- 48 La reseña anual de la Confederación. Memoria de la Confederación Argentina

- de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, correspondiente al séptimo ejercicio cerrado el 31 de diciembre de 1971. En: *Información Sanatorial* II 7:3-5, junio de 1972, p. 5.
- 49 Discurso pronunciado por el doctor Ezequiel Holmberg, secretario de Estado de Salud Pública. En: Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga. Primera Reunión Nacional de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga, Buenos Aires, 22/23 de mayo de 1970, pp. 7-8.
- 50 Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga. Primera Reunión Nacional..., *op.cit.*, p. 18.
- 51 *Ibidem*, p. 24.
- 52 *Ibidem*, p. 23.
- 53 *Ibidem*, p. 40.
- 54 *Ibidem*, p. 38.
- 55 *Ibidem*, pp. 39 y 7.
- 56 *Ibidem*.
- 57 Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Atención médica mediante financiación de prepago. Los sistemas comerciales y gremiales Médicos. En: Confederación Médica de la República Argentina. Encuentro nacional sobre sistemas de prepago social. Enfoque gremial, La Plata, 24-25 de abril de 1981. Documento mimeografiado, p.2.
- 58 Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Sistema gremial de atención médica prepaga: FEMEBA Salud. En: Confederación Médica de la República Argentina. Encuentro nacional sobre sistemas de prepago social. Enfoque gremial, La Plata, 25/25 de abril de 1981. Documento mimeografiado, p. 2.
- 59 Confederación Médica de la República Argentina. Resolución del Consejo Directivo nº 14/77, 5 de agosto de 1977. Documento mimeografiado.
- 60 Confederación Médica de la República Argentina. Seminario sobre cartera capitada y prepago médico, Recomendaciones al tema II:Tipos y características de los sistemas de prepago, Tucumán, 21 y 22 de octubre de 1977. Documento mimeografiado.
- 61 *Ibidem*. Trabajo de Grupo, Tema II: Tipos y características de los sistemas de prepago. Documento mimeografiado.
- 62 Federación Médico Gremial de la provincia de Corrientes. Relato Tema II: Tipos y características de los sistemas de prepago. En: Confederación Médica de la República Argentina. Seminario sobre cartera capitada y prepago médico.
- 63 Federación Médico Gremial de la provincia de Córdoba. Relato presentado en las Primeras jornadas de evaluación técnico administrativa de los convenios capitados entre federaciones médicas y el INSSJP, Mendoza, 12-13 de junio de 1981. Documento mimeografiado.
- 64 Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Sistema gremial de atención médica prepaga: FEMEBA Salud, *op.cit.*



## CAPITULO SEPTIMO

## **Propuestas de organización alternativas: I. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)**

Es difícil cuestionar un mito. Y esa es precisamente la difícil tarea que se enfrenta en este capítulo: cuestionar uno de los mitos más arraigados en la salud pública argentina. La tarea es compleja por múltiples razones, algunas aplicables a los mitos en general y otras al caso específico que nos ocupa.

Entre esas razones, hay que mencionar, en primer lugar, que los mitos, particularmente los mitos políticos, se construyen y refuerzan a lo largo de lapsos considerables, en un proceso que facilita la conservación de algunos rasgos y permite la dilución de otros, de manera que el mito constituye siempre una mirada sobre el problema, dotada de verosimilitud, que integra componentes ciertos de verdad, pero al mismo tiempo excluye aspectos que podrían cuestionar o matizar esa lectura específica. Los sostenedores del mito desarrollan en consecuencia una resistencia lógica a aceptar diagnósticos que nieguen lo que han incorporado como verdadero.

En segundo término, cuestionar un mito significa enfrentar a esa lectura otra, construida sobre bases de razonamiento diferentes -de lo contrario sería otro mito- pero que en última instancia constituye también una mirada, preñada quizás de tanta subjetividad como la primera. Si ese es el privilegio de la historia -pretender que se está más cerca de la verdad porque se utiliza una metodología sistemática para la búsqueda de información y la reconstrucción de los procesos en cuestión-, la prudencia debe acudir en nuestro auxilio para recordarnos que para cada período histórico hay varias historias posibles.

Como ya señalamos, el mito que debemos cuestionar en este capítulo tiene mucho arraigo en diferentes sectores de la salud pública argentina. Por una parte, en un sector del peronismo, el que todavía considera que Carrillo enunció verdades de aplicación permanente en cualquier sistema que pretenda efectivizar el derecho a la salud como prerrogativa indisoluble de la condición humana. Un servicio único, de conducción centralizada, ordenado según los principios de la igualdad social y la justicia distributiva por un Estado efectivamente comprometido en una política de transformación del sector, constituiría una fórmula de aplicación casi mecánica, para la que solo se requiere voluntad política.

Desde esa perspectiva, los conductores del SNIS solo tenían que retomar los pasos de Carrillo para hacer efectiva una doctrina cierta, eficaz, socialmente justa, de viabilidad comprobada, y frustrada tan solo por la irrupción anacrónica e ilegítima de los resabios del liberalismo. El fracaso del SNIS, por consiguiente, supondría una segunda frustración, una segunda oportunidad perdida, y aun un segundo fracaso para aquellos que confían en la potencialidad revolucionaria del peronismo.

También para otros sectores de la sanidad argentina el SNIS puede representar la concreción de un mito. En este caso el mito se despoja de contenidos político-partidarios y se vincula con otro tipo de perspectiva política, compartida por una gama heterogénea de posiciones de izquierda y centroizquierda en el país.

En definitiva, para todos aquellos que consideran la salud como un derecho, y su correlato de la responsabilidad del Estado de garantizar a todos los habitantes el acceso igualitario a la cobertura de atención médica, el Servicio único, responsable del funcionamiento coordinado de la totalidad de los efectores, y financiado por rentas generales, constituye la modalidad organizativa por excelencia, capaz de asegurar prestaciones integrales, oportunas y gratuitas a toda la población. El subsector público se reconoce como componente fundamental de ese esquema, único espacio donde la medicina no asume características de mercancía, símbolo concreto de la preocupación del Estado por el bienestar del ciudadano. Para esa concepción el SNIS constituye también una oportunidad frustrada: la primera vez que un proyecto de esa índole es debatido y aprobado por el Parlamento, contando con el apoyo de la mayoría de los partidos políticos allí representados, y respaldado por un gobierno aparentemente decidido a devolver al hospital público un lugar preminente en la estructura de servicios de salud.

Nuestra interpretación del proceso de elaboración y discusión del proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud discrepa en parte con esa perspectiva. El interrogante que se plantea para una reconstrucción histórica sería, en este caso, si esa oportunidad efectivamente existió; si

era suficiente una decisión política para transformar las relaciones de poder ya consolidadas en el interior del sector; si era posible retrotraer la historia a los años cuarenta y desandar lo andado, enmendar los errores, corregir las distorsiones, introducir racionalidad y orden en aquello que el diagnóstico técnico-científico caracteriza como irracionalidad y desorden. Se trata en el fondo de una cuestión de interpretación del devenir histórico, que compromete una perspectiva teórica sobre las condiciones del cambio social, y que debería tal vez abordarse a partir de una discusión sobre la naturaleza del Estado y su capacidad para transformar la sociedad que lo instituye. Sin embargo, en una perspectiva mucho más modesta, intentaremos explicar el proceso que condujo a esa frustración a partir de la contradicción existente entre el diagnóstico técnico y las decisiones políticas.

### **Las propuestas de organización del sector a comienzos de los años setenta**

Las convulsiones producidas en el sector salud como consecuencia de la legislación promovida por Manrique, y las expectativas de recuperación democrática que dominan el último tramo del régimen militar, deben haber sido por lo menos un estímulo para la elaboración de una serie de propuestas organizativas para dicho sector, que comienzan a tomar estado público a partir de 1972.

Hemos recogido algunos de los textos que sintetizan expectativas técnicas, profesionales y políticas vinculadas con la organización del sector salud. Si bien no es posible otorgarles carácter representativo de la totalidad de los intereses en juego pues resulta evidente que hay ausencias notorias, algunas de ellas explicitadas más tarde en el debate sobre el SNIS, sirven como indicadores del heterogéneo conjunto de fuerzas que sustenta la idea de la necesidad de la unidad del sector, ya sea que esa unidad se logre a partir de la coordinación, la integración o la planificación unificada. Intentaremos presentar una síntesis de las principales propuestas.

#### *Las definiciones de los organismos de Salud Pública*

El Comité Federal de Salud, que reunía periódicamente a las autoridades del área de todo el país, elabora en su reunión de abril de 1972 un documento para establecer las bases doctrinarias y organizativas de un Seguro Social de Salud. En relación con los fundamentos doctrinarios está presente en dicho documento una formulación que sin duda expresa el «sentido común» del pensamiento sanitarista de la época. Formulación reiterada en casi todos los textos en términos más o menos semejantes, que puede sin embargo acompañar propuestas organizativas fuertemente

disímiles: por un lado, la salud como un valor social y un derecho humano, garantizados por el Estado, al que se reconoce como responsable de la planificación y ejecución de las políticas destinadas a concretarlo; por el otro, la vigencia de la solidaridad como principio ético que excluye cualquier solución que conlleve la protección de algún sector de la comunidad en detrimento de los otros.

Respecto de la financiación y la organización de los servicios se propone la creación de un sistema nacional, universal y obligatorio, integrado por subsistemas provinciales, que tenga en cuenta la capacidad instalada oficial, la organización y desarrollo de las obras sociales, y considere las posibilidades de integración del sector privado. Corresponderá a los organismos técnicos del Estado la responsabilidad de la normatización técnica y fiscalización de los subsistemas.

La política se concretaría con la organización de un Sistema Efecto Coordinado, del cual el hospital público serviría como «columna vertebral», integrando las estructuras de los subsectores dentro de los esquemas de regionalización y uniformando sus regímenes administrativos. Entes provinciales de carácter autárquico administrarían descentralizadamente el sistema, de acuerdo con normas uniformes, y asegurarían la incorporación paulatina de todos los grupos de beneficiarios de manera de garantizar la cobertura universal, otorgando prioridad a la atención de los desprotegidos.

En relación con la retribución del equipo de salud no se propone un régimen único, ya que se considera más oportuno permitir su adecuación a las condiciones específicas en que el trabajo profesional se desarrolle. La pauta reguladora se relaciona con la necesidad de que el régimen favorezca «una adecuada relación médico-paciente, la práctica grupal, la consulta oportuna, la capacitación profesional, la modalidad de pago institucional, la continuidad de la atención y el ejercicio de una medicina integrada a los principios de prevención y curación». Además, se enfatiza el interés porque el régimen elegido «modere en general el crecimiento de los costos sin perjudicar la calidad de las prestaciones» (1). Asimismo, el COFESA señala la necesidad de una ley nacional de Medicamentos, que otorgue primacía al valor social respecto de su producción y comercialización. La competencia en la regulación deberá corresponder al Ministerio de Bienestar Social en el área de la Subsecretaría de Salud Pública.

El documento en sí mismo tiene poco de novedoso, en la medida que recupera algunas de las líneas doctrinarias que señalan el deber ser del sector en la conciencia salubrista. En nuestra historia, sin embargo, se torna indispensable hacer dos señalamientos: en primer lugar, constituye una de las primeras manifestaciones del predominio que alcanzaría un año más tarde esa perspectiva doctrinaria dentro de las propuestas políti-



co-organizativas formuladas para el sector, al tiempo que pasan a un evidente segundo plano las orientaciones reconocidas como «pluralistas» o «privatistas», asociadas a la idea de seguro. En segundo término, se trata de un documento oficial, formulado y difundido por un área del Ministerio de Bienestar Social, todavía a cargo de Manrique. No estamos en condiciones de afirmar que se trata de una nueva manifestación del enfrentamiento conceptual, hecho explícito en diferentes oportunidades, entre los técnicos de salud pública y el ministro; ni tampoco podemos discernir si estamos frente a un movimiento de flexibilización política, destinado a enfrentar tiempos electorales. Por último, no hay que desdeñar por completo una hipótesis relativamente simple: la importancia de la presencia en la reunión de alguna figura intelectual con capacidad para imponer a sus pares un discurso que, como se demostraría a breve plazo, no había perdido vigencia entre los representantes del sanitarismo.

### *Las propuestas elaboradas por los especialistas en salud pública*

No puede acusarse al sanitarismo argentino de introducir una visión meramente tecnocrática, alejada del análisis político, en su consideración del futuro sistema de salud. Las VII Jornadas Argentinas de Salud Pública, realizadas en Córdoba en 1970, constituyen una manifestación significativa del peso que tiene la política en sus preocupaciones. El documento de trabajo presentado por el CIASP (2) o la comunicación de Aldo Neri, por ejemplo, ubican en primer plano la cuestión de las políticas de salud. En esa misma línea, dos años más tarde, un grupo de sanitaristas de reconocida trayectoria en el ámbito oficial y académico<sup>1</sup> formula un diagnóstico netamente político del sistema de atención médica en la Argentina, en un documento titulado «Análisis y propuestas para su cambio». Esta preocupación del sanitarismo, sin embargo, no aborda el registro político desde categorías analíticas similares. Mientras el documento del CIASP centra su análisis en lo político como actividad por excelencia del Estado, sus colegas otorgan preminencia al conflicto de intereses y a la vinculación entre el Estado y la sociedad civil, en un registro más cercano a la concepción de sistema político.

Según el documento firmado por Canitrot y colaboradores, las políticas de atención médica se caracterizaron en el país por considerar solo aspectos parciales del problema y en muchos casos carecieron de una ade-

<sup>1</sup> Se trata de algunos nombres reconocidos en el campo de la salud pública, ya sea por sus trabajos, su actividad docente o por el ejercicio de cargos en los niveles nacional y provincial, como Julio Bello, Alberto Mazza, Jorge Mera, Isabel Molinero, etcétera. En nuestra opinión, la condición que los une es su afinidad con el grupo socialcristiano, caracterizado en el capítulo anterior. El doctor Mera es también coautor del citado documento de trabajo del CIASP.

cuada profundidad para señalar soluciones a largo plazo. Si bien ello se debería a la falta de continuidad de los equipos de gobierno, también hay que señalar limitaciones en los enfoques adoptados, ya sea porque la acción del Estado se refiere de forma exclusiva al subsector público, ya porque la intervención se centra en los aspectos programáticos de índole administrativa, tales como las actividades de racionalización, capacitación, información, que, aunque ineludibles, resultarían insuficientes para señalar la orientación de una política. Se reclama, por consiguiente, «la formulación y puesta en práctica de una política comprensiva que abarque todo el problema y dé sentido finalista a cada una de las acciones» (3).

En la acepción reconocida por los autores, «política» es la expresión de un conjunto de valores y fines sustentados por una determinada sociedad para ordenar su vida social, económica, cultural, etcétera. El componente sustantivo del concepto reside en la actitud finalista y en la afirmación de valores, lo que significa definir «dónde se quiere llegar y bajo qué fines o principios básicos» (4). Lo que ha sucedido en el país, debido a la falta de la definición de los lineamientos generales, es -según la concepción del CIASP- que los técnicos y funcionarios gozan de un gran poder discrecional y pueden adoptar políticas a su arbitrio, provocando serias contradicciones en el desenvolvimiento de las organizaciones sanitarias. De ello se deriva la existencia de múltiples sistemas de atención médica sin una línea coherente de conducción.

Formular una política supone, entonces, «definir el rol del Estado y, consecuentemente, de los grupos profesionales, las organizaciones privadas y la comunidad en general». Si se rescata la experiencia internacional en la materia puede comprobarse, siempre desde la perspectiva del documento, que la función del Estado en la organización de la salud se define en condiciones muy diferentes según el país o grupos de países en consideración. Los casos prototípicos serían los referidos a los países socialistas, los regímenes unificados de seguridad social característicos de Europa occidental y los países como los Estados Unidos, donde la organización de la atención médica descansa en manos privadas y el Estado cumple un papel subsidiario de supervisión. Las tres modalidades, correspondientes a «tres imágenes del Estado en la atención médica [...] según la función que él mismo escoge», pueden ser sintetizadas como la del Estado-patrón, del Estado-socio y del Estado-supervisor o subsidiario.(5)

La interpretación del problema resulta relativamente clara: es el Estado el detentador de la capacidad -y el poder- de definir una política. Cuando esa función no se cumple, la falta no se atribuye a fallas o distorsiones en la relación entre el Estado y la sociedad, sino que la responsabilidad recae fundamentalmente sobre el mismo Estado y es en esa instancia donde se espera la superación del problema.

Diferente es la línea de análisis elegida por los sanitaristas socialcristianos, que luego de realizar el diagnóstico de los principales problemas del sistema, se dedican al examen pormenorizado de los intereses y las demandas de aquellos que se identifican como sus «integrantes principales»: el Estado, el INOS, las organizaciones profesionales, los sindicatos, las empresas médicas y los laboratorios farmacéuticos, y en un segundo plano, la Universidad y las asociaciones de sanitaristas. Este modelo analítico se acerca a lo que hoy caracterizaríamos como un enfoque basado en la dinámica de actores sociopolíticos relevantes, y aunque pueden reconocerse fácilmente algunos límites -por ejemplo, no diferenciar las corrientes internas que complejizan la perspectiva de algunos de los «integrantes» identificados-, brinda información muy significativa para el estudio histórico político de la coyuntura.

Respecto de los que se define como «áreas de conflicto y coincidencia» entre los seis grandes protagonistas identificados en el sector, ese análisis recupera parte de una dinámica que sería imposible conocer a partir de la documentación proveniente de cada uno de ellos y que, por consiguiente, solo se pueden plantear como hipótesis de trabajo. En los siguientes ejemplos se sintetizan algunos problemas relevantes:

- \* La existencia del INOS limita las posibilidades del grupo político que maneja el subsector estatal de Salud Pública.
- \* Las organizaciones profesionales actúan como grupos de presión política, originando conflictos o coincidencias según los cambios políticos en el Estado. Lo mismo se afirma de los sindicatos y las empresas médicas.
- \* Los médicos defienden al hospital público como un lugar de adiestramiento profesional. El Estado lo considera un lugar de trabajo médico.
- \* La transferencia pasiva de beneficiarios de las obras sociales hacia el sector público y la falta de interés de los sindicatos por el hospital actual, crea un área de conflicto con el Estado en cuanto este es responsable directo del sector público.
- \* Los sindicatos, al promover la titularidad de los servicios, refuerzan su independencia y restan posibilidad al Estado de realizar una política de coordinación en un sistema único.
- \* La tendencia al crecimiento del sector privado no es un área actual de conflicto entre las empresas de atención médica y el Estado, mientras este no cumpla su papel de planificador.
- \* El Estado y las empresas médicas coinciden en la distribución de la población que cada uno atiende, según su capacidad de pago.
- \* El Estado tiende a regular la producción de medicamentos a través de un organismo especial. Los laboratorios pretenden mantener un mercado monopólico y dependiente. El volumen desmedido del gasto preocupa al Estado pero es promovido por los laboratorios.

\* En otras áreas del Estado hay intereses por no modificar la realidad actual en materia de medicamentos, actitud que beneficia a las empresas productoras.

\* Tanto las organizaciones profesionales como las sindicales procuran tener hegemonía sobre la conducción del sistema de obras sociales. El INOS procura una participación efectiva de los representantes laborales en la conducción del mismo.

\* El INOS se identifica con el interés de los prestatarios de tratar individualmente con los profesionales debilitando sus organizaciones. Los profesionales y sus organizaciones tratan de mantener y acrecentar la estructura liberal del sistema.

\* Tanto el INOS como las organizaciones profesionales tienden a concentrar la conducción del sistema en organizaciones no estatales.

\* El INOS es un límite a la independencia de las obras sociales. Esto se evidencia a través de:

-la resistencia de algunos grupos a la integración con otras obras sociales y a una distribución igualitaria de recursos entre las obras sociales;

-la resistencia a la posibilidad de auditorías técnicas y/o contables;

-la resistencia, por parte de algunos sindicatos, a ser obligados al cumplimiento de lo legalmente establecido en materia de prestaciones, cobertura, controles, etcétera.

En la medida que el INOS incrementara el uso de sus atribuciones de control y normatización, el conflicto podría exteriorizarse.

\* El INOS no ha dado importancia prioritaria al problema de los medicamentos. Por ello la primera línea de conflicto se dio con las farmacias, encargadas del sistema de comercialización. En la medida que se profundice la acción (vademecum para las obras sociales, compras por licitación, manual de procedimientos médicos, etcétera) y se vean afectados los instrumentos que los laboratorios utilizan para distorsionar el mercado y lograr su objetivo central, el conflicto irá creciendo. En la realización del vademecum y las normas médicas podrían darse conflictos secundarios con: a) los médicos, al rechazar normas y vademecum, b) la Salud Pública, que podría atribuirse competencia en la fijación de normas y vademecum.

\* Tanto los sindicatos como las organizaciones profesionales tienen interés en mantener el hospital público actual como válvula de escape.

\* Ni los sindicatos ni las organizaciones profesionales tienen interés en contribuir a la financiación del hospital público con los fondos de las obras sociales.

\* Los gastos en medicamentos son competitivos con los gastos en atención médica ambulatoria y en internación. La forma de operar de los labo-

ratorios, a través de una propaganda dirigida al médico, ha impedido que estos tomaran conciencia del conflicto, que por ahora es latente.(6)

Las cuestiones planteadas proporcionan una primera aproximación a la compleja trama de intereses que, de forma paulatina, construyeron un orden y una racionalidad particulares en la dinámica del sector salud. Entre los sanitaristas que describen el problema en su máximo nivel de desagregación se cuentan algunos de los que apoyaron la sanción de la ley 18.610 y, por consiguiente, la expansión del poder sindical sobre el sistema de servicios de salud. Su evaluación de los resultados del proceso, tres años más tarde, es fuertemente crítica. Su diagnóstico no avanza en la formulación de un balance de las consecuencias de esa ley y de la legislación complementaria sancionada bajo la gestión de Manrique, pero la información que suministran nos permite formular algunas conclusiones provisionarias.

En primer lugar, parece posible afirmar que se ha logrado un equilibrio de poder en el sector, limitando la hegemonía de las organizaciones profesionales en la contratación con las obras sociales<sup>ii</sup>. En segundo término, ese nuevo equilibrio habría potenciado la fragmentación y heterogeneidad existentes, no obstante se acredite el beneficio de la ampliación del sistema a grupos anteriormente excluidos. Por último, no se habría avanzado en la regulación y control del sistema, que era sin duda uno de los objetivos de la creación del INOS. La presencia del aparato estatal con funciones de coordinación de efectores y mayor distribución de recursos y beneficios entre la población asalariada no se había efectivizado<sup>iii</sup> y, por el contrario, se observaba la profundización del mecanismo que uno de los autores había definido, en un trabajo pionero, como solidaridad invertida. (7)

Tras ese consistente análisis político de los intereses que desde la sociedad civil obstaculizan la presencia ordenadora del Estado, en la propuesta elaborada en vísperas de la recuperación democrática se vuelve a apelar, sin embargo, a esa presencia normatizadora y reguladora, reproduciendo el esquema de pensamiento dominante en el documento del CIASP, consistente en suponer que *el Estado puede*. Por consiguiente, se propone la creación de un Servicio Nacional de Salud, bajo cuya dirección queda-

<sup>ii</sup> A ello se refiere sin duda Aldo Neri cuando señala, como uno de los riesgos del momento, «el pasaje de un funcionamiento fuertemente condicionado por los intereses del grupo profesional a otro signado por los de cuadros de dirigentes sindicales que persigan -además de beneficios para sus representados- la modalidad de poder político empresarial que les otorga la obra social». Neri, A. Perspectivas de la atención médica en Argentina. Relato oficial. Primer Congreso Argentino de Salud Pública, Santa Fe, 27 al 30 de diciembre de 1972, documento mimeografiado, p. 14.

rían todos los recursos disponibles en materia sanitaria. Tal servicio sería conducido por un organismo superior, de jerarquía ministerial:

al que corresponderá adoptar las políticas, planificar y ejercer las tareas de supervisión a nivel nacional, con la asistencia de un organismo colegiado, integrado por representantes de las provincias, de los usuarios (a través de los sindicatos y otras asociaciones intermedias representativas), y de los prestadores (médicos, odontólogos, bioquímicos, etcétera) (8).

La idea de cogestión, efectivizada a través de organismos participativos con representación de los intereses sectoriales, que más tarde encontraremos en el SNIS, expresa, en el diagnóstico político realizado sobre el sector, el lugar de los indispensables mecanismos de compatibilización de intereses que los partidos políticos se muestran impotentes para llevar a cabo.

La programación de las actividades y su ejecución quedaría en manos de las provincias y los municipios. Los establecimientos actuarían con el máximo de descentralización administrativa, dentro de las normas, programas y metas asignadas en el marco de un sistema de regionalización sanitaria «que asegure la integración de todos los recursos y programas, así como la compatibilización de los objetivos generales con las expectativas y necesidades locales»(9). La financiación se aseguraría, en una primera etapa, con la suma de los recursos dedicados al sector en los presupuestos estatales y el sistema de Seguridad Social. Posteriormente, a partir de una reforma impositiva «capaz de asegurar una distribución de las car-

iii Entre las consecuencias esperadas si el sector salud seguía librado a un «desarrollo espontáneo» se señalan: «Nuestro sistema de atención médica [...] mantendrá sustancialmente la multiplicidad de efectores inconexos que constituye su principal desventaja. Debe esperarse un incremento progresivo del subsector obras sociales, sobre todo sus servicios propios, el mantenimiento del subsector público con su ciclo de crisis financieras periódicas y su lento deterioro edilicio, y una reducción del subsector privado acompañada de concentración de sus recursos y de transformación en los mecanismos de pago de sus servicios. [...] El planteamiento central del sector salud seguirá seriamente dificultado debido a la independencia y desconexión de los subsectores. Las consecuencias serán el crecimiento inarmónico de los recursos, con deterioro de la capacidad instalada pública, y desarrollo incontrolado de las obras sociales y del subsector privado, y la formación de personal para la salud sin plan ni concierto con las necesidades del país.

«En síntesis, la evolución previsible de nuestro sistema de atención médica es la persistencia de desigualdades e injusticias y la inadecuada administración de los escasos recursos del sector [...] Bello, J. N. et al. *El sistema de atención médica en la Argentina. Análisis y propuestas para su cambio*. Buenos Aires, marzo de 1973, documento mimeografiado, pp. 19-20.

gas en función de la capacidad contributiva de cada uno», la financiación del sistema descansaría íntegramente sobre el aporte del Estado (10).

### *Las perspectivas del gremialismo médico*

Acercas de la visión del gremialismo médico contamos con dos propuestas que se ubican en lo que podríamos considerar los polos ideológicos del espectro gremial respecto de la organización del sistema de servicios: la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires y su contraparte de la provincia de Córdoba, todavía bajo la influencia del pensamiento del doctor Herrou Baigorri.

El documento que hace público la Federación Médico Gremial de la provincia de Córdoba en mayo de 1973 formula un balance muy crítico de la gestión del sector salud bajo el gobierno militar, que identifica con las orientaciones impresas a partir de 1956, destinadas a liberar al Estado de su responsabilidad sobre las condiciones de salud de la población. Al mismo tiempo, ratifica el documento de la federación cordobesa la concepción de la salud como un valor social y un derecho humano, cuyo otorgamiento debe basarse en la afirmación del concepto de solidaridad. La plena vigencia de estos valores solo se logrará tras un proceso de cambios graduales, superando etapas de cumplimiento ineludible.

En una primera etapa, llamada «intermedia», se procederá a la evaluación de los recursos existentes, y su coordinación a través de un Consejo, con representación de los diferentes sectores.

Cada sector asumirá la responsabilidad de aportar al sistema los recursos que posea con libertad en el manejo de los mismos, pero integrados en una planificación general. El Estado deberá cubrir las debilidades existentes en los distintos sectores (11).

Se encomendaría también al Consejo propuesto encontrar solución al problema de los medicamentos, cuya producción y comercialización debía ser declarada de interés nacional, con el objetivo de provocar una disminución franca de su incidencia en el gasto total en salud. Un «Plan Mínimo Inmediato» contiene medidas urgentes destinadas a aliviar los efectos de la crisis sanitaria:

- I. Aumento sustancial del presupuesto en salud de manera de asegurar:
  - a. la remodelación y equipamiento de la red hospitalaria provincial,
  - b. la supresión de toda forma de arancelamiento hospitalario,
  - c. la provisión de medicamentos y leche en polvo,
  - d. la adecuación de la dotación de personal a las reales necesidades de salud de la población,
  - e. el aumento de los sueldos del personal de salud pública en relación con el presupuesto familiar básico.

II. Elaboración de un plan provincial de salud que contemple la integración y puesta a pleno rendimiento de todos los recursos existentes en los sectores estatal, paraestatal y privado.

También la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires hace pública en mayo de 1973 su propuesta de «Plan Sanitario Mínimo», alertando al mismo tiempo sobre el peligro implícito en proyectos excesivamente ambiciosos, que «por no condecir con la realidad» pueden frustrar las soluciones viables. Las pautas propuestas por la entidad gremial bonaerense, «buscarán progresivamente la complementación de los sectores público, de obras sociales y privado, a los efectos de lograr una medicina igualitaria para todos los habitantes» (12).

Las prioridades asistenciales, definidas en ese contexto, se ubican en torno de un pragmatismo orientado a superar la crisis mediante la preservación del *statu quo*.

1. Recuperación del hospital público en su máxima capacidad instalada, física, humana e instrumental, mediante la utilización racional de recursos provenientes de rentas generales, de manera que pueda cumplir su «tradicional misión de investigación y enseñanza», y ser al mismo tiempo «el punto de apoyo asistencial de las insuficiencias y limitaciones de los otros sistemas de atención».

Para mejorar la eficiencia del subsector público se propone la implementación de auditorías técnicas, contables y administrativas, y una correcta interrelación de los establecimientos según su complejidad.

2. La atención brindada por las obras sociales y las mutualidades deberá asegurar al enfermo y al médico eficiencia, accesibilidad y oportunidad, «acorde con la idiosincracia de nuestro pueblo, facilitando su derecho a la libre elección». La integración asistencial de sus beneficiarios deberá canalizarse a través de los organismos médico gremiales representativos de los profesionales, marginando la contratación de servicios con la medicina mercantil, y extendiendo «como opción accesible y con ventajas éticas y humanas, el prepago gremial no lucrativo»(13).
3. Deberá lograrse la integración plena de la medicina privada, como partícipe de un sistema social de prestaciones, aprovechando su capacidad instalada, como efector y fuente de trabajo, controlando las desviaciones que perjudiquen económicamente al sistema, o produzcan la eventual explotación del médico y el equipo de salud, con el consiguiente deterioro de la calidad de la prestación. El sistema de auditoría y fiscalización hospitalaria deberá extenderse a los servicios privados.

También preocupa a FEMEBA la cuestión del medicamento, consi-



derado como «verdadero valor social». Para asegurar esa dimensión propone medidas de fondo destinadas a controlar su costo real, considerando en su verdadera magnitud el mercado de productos y aprovechando el aporte médico gremial para la confección y aplicación de un vademecum, racional y completo.

La propuesta de FEMEBA se inserta sin duda en la vertiente que hemos denominado «pluralista» de organización del sistema de atención médica, en la medida que defiende el mantenimiento de los tres subsectores y propone medidas correctivas destinadas a asegurar el aprovechamiento pleno de la capacidad instalada existente. Encomienda al sector público la implementación de programas de atención materno infantil, atención geriátrica, la adecuación de los servicios de salud mental y la reactivación de las grandes luchas sanitarias encargadas de erradicar paludismo, chagas, parasitosis, tuberculosis, venéreas, y también cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes, etcétera.

En ese contexto general, sin embargo, se inserta un párrafo que solo puede entenderse como una concesión al prestigio logrado en el pensamiento sanitario por las propuestas integradoras:

«...a los efectos de posibilitar la necesaria integración de recursos físicos, públicos, privados y paraestatales, deberán organizarse las prestaciones por áreas de servicios, previo un actualizado catastro de efectores. Al respecto, el perfeccionamiento de la zonificación sanitaria permitirá una eficaz coordinación y una correcta interrelación de esa complejidad»(14).

A continuación, se propone que el IOMA actúe como factor aglutinante para lograr el sistema unificado de prestaciones que se propone, dotándolo de autonomía financiera y funcional.

#### *La posición de la COMRA*

Es difícil dar cuenta del giro ideológico producido en el interior de COMRA hacia 1973. A partir del mes de mayo de ese año, se hace manifiesto en las actas y declaraciones de la entidad un cambio significativo en la relación de fuerzas interna, que, al igual que en otras coyunturas, se expresa a través de las modalidades propuestas para la organización del sistema de servicios de salud, pasando de un predominio «privatista», liderado particularmente por FEMEBA, a la hegemonía de la línea proclive a aceptar una mayor injerencia del Estado en la regulación del sector, que históricamente había sido defendida -con discrepancias internas menores- por Córdoba y Santa Fe.

Las dificultades para explicar este cambio de posiciones devienen fundamentalmente de una suerte de autocensura impuesta por la organi-

zación gremial, que limita en forma evidente el contenido de las discusiones vertidas en las actas. La práctica de reducir el número de páginas dedicado a la transcripción de los debates en los Consejos Federales comienza a manifestarse en el momento de agudización del conflicto con el ministro Manrique, y se prolonga hasta los últimos meses de 1973.

Hay, sin embargo, algunos hechos evidentes que permitirían elaborar una hipótesis provisoria. En primer lugar, el prolongado conflicto que enfrentó el gremio con las autoridades estatales en función de las leyes que pretendían regular el sistema de obras sociales. A partir de 1968 las condiciones de trabajo profesional se vieron sometidas a una inseguridad creciente, en un primer momento en función de las difíciles condiciones de negociación con la Secretaría de Salud Pública, a cargo de Holmberg y Mondet, más tarde a partir del conflicto abierto con el ministro Manrique. Superada la fase más aguda de este enfrentamiento, perdurarán durante bastante tiempo las frustraciones derivadas de las dificultades en la negociación de aranceles y la política manifiestamente hostil del INOS, concretada en la implantación de un Registro de Prestadores que desconocía abiertamente la representatividad gremial.

Es muy probable que el gremio médico haya vivido el desenlace del conflicto como un rotundo fracaso. Solo la perspectiva de mediano plazo permite evaluar las consecuencias de la ley 18.610 y otras leyes conexas como favorables a la consolidación de los organismos profesionales. En lo inmediato debieron primar los sentimientos de impotencia, frustración, desvalorización, que han sido relativamente constantes en el imaginario de la profesión, frente a las pretensiones del Estado de limitar su autonomía. Es posible que tales condiciones hayan favorecido cambios en la dirigencia, que inclinaron hacia otra vertiente ideológica el siempre inestable equilibrio interno propio de la conducción de la COMRA.

No nos fue posible tampoco precisar el desarrollo cronológico de este proceso de cambio, que de acuerdo con la información disponible, se manifiesta en un documento dado a conocer en una reunión realizada en Salta los días 12, 13, 26 y 27 de mayo de 1973, y luego aprobado con modificaciones por el Consejo Federal del 4 y 5 de agosto de ese mismo año. Dicho documento contendría la posición oficial de la entidad en relación con la organización futura del sistema de servicios de salud. En diez pautas, COMRA expresa sus aspiraciones relativas a la organización del sector, resumidas a continuación.

1. Una sola medicina para todos los habitantes del país, sin otro aditamento. Ni pública, ni semipública, ni privada, sino una sola, que garantice a todos los individuos, en igualdad de condiciones, las mejores acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, bajo la responsabilidad primaria del Estado.

2. Un sistema de organización y financiación, que reúna los distintos sectores hoy dispersos y evite los múltiples aportes financieros a cargo de la población.
3. Un enfoque de este sistema como parte integrante de un proceso que conduzca a un régimen de seguridad social amplio, integrado a las necesidades de un desarrollo nacional armónico, justo en la distribución de sus cargas y solidario en la concepción de su financiamiento.
4. Una conducción del sistema, en donde el Estado promueva la participación real y efectiva de los sectores aportantes y de los profesionales a través de sus entidades representativas. Un régimen de co-gestión que, cualquiera sea la forma administrativa que finalmente adquiera, asegure independencia financiera, económica, funcional y administrativa a quienes lo gobiernen.
5. Una financiación que permita una cobertura universal y obligatoria para toda la población, sobre la base del aporte del Estado al que se sumará el aporte empresarial y una cuota individual, recursos específicos para el sistema que se adopte, el que estará exento de interferencias políticas y burocráticas.
6. La contribución del Estado -garante constitucional del derecho a la salud de todos los habitantes- comprenderá: a) un presupuesto específico y suficiente; b) su aporte como patrono; c) su obligación de subsidiar a los sectores indigentes, lo que permitirá hacer efectiva una más justa redistribución del ingreso nacional. La contribución de empresarios y trabajadores, redefinida de manera tal que establezca porcentajes directamente proporcionales a la capacidad económica de los aportantes, promoviendo el comportamiento social de los medios de producción.
7. Una organización que posibilite soluciones propias para cada medio. Por lo tanto, el sistema nacional debe concebirse con un alto grado de descentralización federalista, siendo la provincia o región, según las circunstancias, la unidad fundamental de su estructura, de manera de adaptar los servicios a las necesidades y condiciones locales.
8. Una integración de recursos físicos, que permita poner bajo el sistema a crearse la capacidad instalada de todos los sectores proveedores de servicios. Independientemente de los estudios de factibilidad que será indispensable realizar, la política deberá tender a congrega los hospitales públicos, paraestatales, privados, etcétera, bajo una misma conducción, complementándose y no compitiendo estérilmente entre sí. Una consecuente organización por área de servicios para que esa medicina sea de la mejor calidad.

9. Un régimen de trabajo que garantice a cada profesional ejercer la medicina al nivel óptimo de sus posibilidades, que asegure una retribución justa y estabilidad en el desempeño de su función, y que promueva su perfeccionamiento técnico-científico. El sistema reconocerá y respetará el derecho de los profesionales a ser representados por sus entidades médico-gremiales.
10. Una política de medicamentos orientada hacia una reforma sustancial del régimen existente, y que asegure el control estatal del comportamiento de la industria farmacéutica en el mercado, reglamentando la industrialización, comercialización, promoción y expendio en términos de definida rentabilidad social. La confección de un «Formulario básico de medicamentos», científicamente fundamentado, que responsablemente excluya a aquellas especialidades farmacéuticas caracterizadas por la superposición, antieconomicidad o ineficacia de las drogas que las componen. Será imprescindible su permanente actualización, mediante la incorporación de fármacos de comprobado valor terapéutico, así como la simultánea baja de aquellos que hayan sido superados en la práctica, de manera tal que la publicación conserve -a través de un razonable número de drogas- el amplio espectro terapéutico que cumpla con las exigencias de la medicina moderna<sup>iv</sup>.

#### *Las propuestas elaboradas por el peronismo*

En el momento previo a la asunción del presidente Cámpora diferentes grupos político-técnicos de filiación peronista dan a conocer sus propuestas de políticas de salud para el futuro gobierno justicialista. Un artículo publicado en *La Opinión*, el 28 de abril de 1973, describe la actividad desarrollada por diferentes equipos de planificación pertenecientes al movimiento peronista, en procura de dar respuesta a diferentes áreas de gobierno entre las que se encontraba el sector salud. La nota comenta una reunión organizada entre el 19 y el 22 de abril en la sede de la CGT por la Mesa de Trabajo «Ramón Carrillo» del Comando Tecnológico Peronista, que respondía a la conducción de Julián Licastro.

<sup>iv</sup> La principal modificación introducida en el documento aprobado en agosto de ese mismo año se relaciona con un último ítem, del siguiente tenor: «Un hospital público que permita, a través de su jerarquización, transformarlo en columna vertebral del Sistema Nacional de Salud, para que pueda cumplir cabalmente las funciones de prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud. A la provisión suficiente de recursos mínimos de los que hoy carece la mayoría de los establecimientos, debe continuar el equipamiento progresivo, que convierta al hospital en el centro capaz de poner la más alta complejidad disponible al servicio de todo el pueblo». Pautas para la formulación de una política de salud. En: *Confederación Médica* 1 1:1, octubre de 1973.

Otras líneas internas del justicialismo se habían dedicado a la discusión de propuestas para el sector: el consejo de Planificación, que contaba con el asesoramiento del cardiocirujano Miguel Bellizi y, según la nota periodística, coincidía con la llamada «guardia vieja» del peronismo, representada, entre otros, por Antonio Cafiero y Alfredo Gómez Morales, y el Consejo Tecnológico, agrupación liderada por Rolando García, que contaría con la adhesión de jóvenes profesionales y funcionarios identificados con las propuestas políticas de la Juventud Peronista.

El Comando Tecnológico procuraba diferenciarse de sus rivales, señalando que el Consejo de Planificación orientaba su propuesta a lograr el perfeccionamiento del sistema de salud, sin proponerse cambios de fondo, mientras que el Consejo Tecnológico defendía la inmediata puesta en marcha del objetivo estratégico en salud, sin tener en cuenta la relación de fuerzas existente. El resultado era, en su opinión, la expresión de «fórmulas principistas y ausentes de implementación en el espacio y en el tiempo»(15).

Resulta difícil, sin embargo, reconocer diferencias sustantivas en los tres proyectos, más allá de la explicitación de algunos objetivos, sin duda polémicos dentro del justicialismo, pero que desbordan ampliamente el marco sectorial. El Comando Tecnológico, por ejemplo, inicia su propuesta señalando que el proyecto de salud debe permitir, además de dar respuesta a las necesidades en materia de salud, prefigurar los futuros pasos del socialismo nacional y «contribuir a la organización del poder político propio, a la organización del pueblo para consolidar el gobierno y alcanzar el Poder»(16). En relación con los aspectos específicos del sector salud, se propone como objetivo general lograr un sistema unificado de atención médica, con máxima cobertura de servicios, alta calidad, homogénea modalidad de prestación, financiación solidaria, justa retribución al trabajador de salud, y adecuado « a las pautas culturales del pueblo justicialista».

Entre los puntos particulares se propone mejorar la calidad y administración de los efectores del subsector público y abrirlos a la contratación con obras sociales, unificar la administración de estas últimas en el nivel provincial, homogeneizar las modalidades de atención médica y unificar los sistemas de retribución de los trabajadores de salud. Acerca de las modalidades de atención, se defiende una organización por niveles de complejidad y la libre elección del profesional en el nivel de ingreso al sistema.

Entre los objetivos mediatos, formulados como metas para los primeros cuatro años de gobierno, se propone la consolidación de una estructura de administración nacional, con descentralización ejecutiva y financiera a nivel provincial y participación del pueblo en su gobierno. Se

recomienda además reforzar el poder del Estado nacional en la determinación, ejecución y control de la política de salud.

Por su parte, el programa de salud del Consejo Tecnológico diferencia las medidas de muy corto plazo de aquellas propuestas para el mediano y largo plazo. Entre las primeras formula la creación de un Servicio Nacional de Salud, responsable de la conducción, planificación y administración de las acciones del sector, organizado sobre la base del Instituto Nacional de Obras Sociales y la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, asegurando, conforme con la estructura del INOS, la participación sindical en la conducción a través de sus representantes en el directorio. Entre los objetivos de la fusión se menciona: centralizar el manejo financiero, limitar la canalización de fondos de obras sociales al subsector privado, limitar la expansión de este último mediante la restricción del crédito bancario para construcción, modificación o ampliación de establecimientos, e integrar la capacidad instalada del Estado y obras sociales en una Red Hospitalaria Nacional, al servicio de toda la población. Como política de recursos humanos se propone la puesta en marcha de un registro nacional de profesionales de salud, de manera de contar con una base para su futura planificación, control de la matrícula en manos del Estado, estímulo a la radicación en zonas críticas.

Para el mediano plazo, se plantea a la meta de organizar un Servicio Unico Nacional de Salud, mediante la incorporación al sistema estatal de los recursos humanos, físicos y financieros del subsector obras sociales y mutuales y el subsector privado. El SUNS tendría a su cargo el dictado de las pautas generales de la organización del sistema, aplicadas descentralizadamente en el nivel provincial, en un esquema de regionalización y ordenamiento de los efectores según su grado de complejidad. Los servicios serían gratuitos, con financiación proveniente de las rentas generales del Estado.

Uno de los párrafos de mayor definición ideológica del proyecto es el que condena la existencia de la libre empresa en actividades de salud:

No debe existir libre empresa con relación a las acciones de salud, ya que esta favorece la estéril competencia entre organismos y sistemas, el incremento de costos, las desigualdades en la atención de la población, el uso discriminado de tecnología e inadecuada distribución de los recursos, la práctica individualista y deshonestista de la medicina, el consumo superfluo de medicamentos y drogas, y favorece las formas sofisticadas y triviales de la práctica médica (17).

El párrafo se incorporará, en forma textual, al Mensaje pronunciado por el doctor Cámpora ante las Cámaras después de asumir la presidencia de la Nación (18).

Con una formulación menos connotada ideológicamente, el Centro de Estudios y Planificación Sanitaria desarrolla una propuesta organizativa de índole similar. También plantea la responsabilidad del Estado de hacerse cargo de la conducción de un sistema de salud basado en «la planificación, integración o coordinación « de todos los recursos o subsistemas, para ofrecer prestaciones de salud integrales. La integración de las instituciones al sistema se realizaría sin que estas pierdan su individualidad, pero estarían regladas, normatizadas y controladas «en su tecnología médica y en sus procesos administrativos», por el nivel central, dependiente del Estado nacional (19).

Las tres organizaciones justicialistas reclaman la aprobación de una ley destinada a regular la producción y comercialización de medicamentos. El Consejo Tecnológico habla de nacionalizar la producción de fármacos y equipamiento sanitario, mientras las restantes propuestas se limitan a proponer el fortalecimiento de la industria nacional en esa rama.

Por último, también hay que vincular con la interna peronista el documento elaborado por la CGT, a través de su equipo de trabajo del área de salud, al que no hemos tenido acceso. Conocemos su existencia por una referencia que hace Carlos García Díaz en un trabajo publicado en 1975. La central obrera reitera en el mismo su posición de defensa de la autarquía jurídica y administrativa de las obras sociales, a las que considera «una preciada conquista política»(20).

### **El plan Liotta**

Las referencias presentes en los documentos del peronismo que aluden a la construcción del socialismo nacional, la nacionalización de industrias claves, la supresión de la práctica médica liberal, remiten obligadamente al clima político imperante en el momento de la asunción del presidente Cámpora. No es éste el lugar adecuado para reconstruir en toda su complejidad las convulsiones que signaron esos meses de la vida política argentina, pero es imposible dejar de mencionar el impulso transformador subyacente a muchas de las alternativas en disputa en el seno del partido en el gobierno, y en especial aquellas defendidas por la Juventud Peronista, uno de los grupos más cercanos al presidente, con fuerte presencia en las estructuras del Estado en el primer período de gobierno, iniciado el 25 de mayo de 1973.

En ese contexto las propuestas de transformación del sector tendrían mayor credibilidad, y el mayoritario respaldo técnico y doctrinario brindado a la conformación de un sistema único pudo alentar, en algunos la esperanza, en otros el temor, a que una reforma de tal envergadura pudiera efectivamente imponerse. Por otra parte, la propuesta es rápida-

mente asumida como propia por las autoridades nacionales. En el mensaje pronunciado por Cámpora en el momento de asumir el gobierno se afirma la necesidad de concebir el sector salud «como un sistema integral, en el que con unidad de criterio se vuelcan todos los recursos de la comunidad, tanto públicos como privados, que deben ser administrados y dirigidos en condiciones óptimas por su alto costo y las crecientes demandas de atención»(21). Poco más tarde, tres discursos del subsecretario de Salud Pública, doctor Domingo Liotta, pronunciados en Posadas, Córdoba y Mar del Plata en junio, julio y agosto de 1973, sirven para sistematizar la idea ante la opinión pública y ratificar su condición de proyecto oficial.

Liotta aprovecha el momento de clausura de las VII Jornadas Angiológicas Argentinas, reunidas en Posadas, Misiones, en junio de 1973, para dar a conocer su intención de poner en marcha lo que denomina «una Reforma Sanitaria Nacional»(22). Afirma que «en política y organización sanitaria sostenemos la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud», y continúa con una perspectiva crítica acerca de la medicina atomizada, ineficiente, incapaz de dar solución a los problemas de quienes más la necesitan. Define la separación en subsectores como «falsa antinomia pública-privada» y propone superarla con una reunión de recursos y esfuerzos que garantice «una prestación médica, integral, suficiente, oportuna y continua», una sola medicina para quien la necesite, «cualquiera sea la condición económica o la situación geográfica de quien la demande»(23).

La conducción normativa, técnica, financiera y administrativa del Sistema Nacional de Salud será responsabilidad directa del Estado nacional. Todos los sectores afectados tendrán la posibilidad de hacer oír sus propuestas a través de su participación en un Consejo Nacional de Salud. Dicho Consejo fue creado por el decreto 253, del 14 de ese mismo mes, que determina su composición: los subsecretarios de Salud Pública y Seguridad Social, el primero a cargo de la presidencia, y representantes de la Confederación General del Trabajo, de la Confederación General Económica, de la Confederación Médica, de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires y del Ministerio de Cultura y Educación, además de los representantes de cada una de las llamadas «regiones de desarrollo» (Patagonia, Comahue, Cuyo, Centro, Noroeste, Pampeana y Metropolitana)<sup>v</sup>.

La modalidad de financiación del sistema responde a los principios de solidaridad social y justicia distributiva. Para ello se considera indispensable aumentar significativamente el presupuesto público destinado a salud con fondos provenientes de rentas generales, y canalizar y reordenar los medios disponibles en otros sectores para la constitución de un Fondo Financiero Sanitario Nacional. Respecto de la organización de los servicios, se considera «un concepto capital» el restablecimiento del hos-



pital público en el lugar de preeminencia que históricamente le correspondiera, «por funcionalidad, por justicia y por humanidad». Tal reconocimiento significa convertir a los hospitales en organismos de atención de alta complejidad, de derivación, de capacitación, de docencia, de asesoría y de apoyo a todos los establecimientos y consultorios del área.

Se pondría en marcha, además, en forma progresiva una integración por área de los efectores de salud, sobre la base de una regionalización de servicios. En este punto se señala:

Varias etapas será necesario superar para llegar al esquema ideal de una regionalización donde los consultorios privados, los sanatorios, los centros de salud y los hospitales actúen como niveles integrados de atención médica (24).

Mediante un sistema de acreditación todos los recursos físicos, públicos y privados, se ordenarán a partir de normas precisas que determinen para qué nivel de atención médica están capacitados y con qué tipo de elementos mínimos deben contar para cumplir sus funciones. El subsecretario de Salud cierra su discurso con el anuncio de dos medidas inmediatas, de indudable interés para el gremio médico: el pedido de derogación de la ley nacional 19.337, de descentralización hospitalaria, y de modificación de la ley nacional 19.740, también parte de la legislación promulgada por Manrique, que establecía el Registro Nacional de Prestadores. En su reemplazo se propone la creación de un Registro Nacional de Recursos Humanos para la Salud.

En Posadas, Liotta anuncia la intención de implantar una carrera nacional destinada a regular la incorporación al sistema de la totalidad del equipo de salud, constituido por profesionales, personal de enfermería y técnicos de salud. Este tema será ampliado, un mes más tarde, en el discurso pronunciado en Córdoba al inaugurar el II Simposio Internacional de Enseñanza de las Ciencias Morfológicas. En esa oportunidad, Liotta inicia su discurso enunciando las líneas generales de su propuesta de reforma sanitaria. Habla de un Sistema Nacional Integrado de Salud, «afirmado en el principio de la solidaridad nacional», y describe como sus principales fundamentos «la conducción normativa central con la cooperación contributiva de las actuales fuentes de financiación y la concentración del trabajo profesional en un solo centro o área programática»(25).

Liotta reintroduce el concepto de responsabilidad intransferible del Estado como garante de la salud de la población y principal financiador

<sup>v</sup> Conforme con la información que disponemos la iniciativa no prosperó y este Consejo no llegó a reunirse. La ley de Sistema Nacional Integrado de Salud dispuso más tarde la creación de un organismo del mismo nombre pero de diferente composición, tal como veremos más adelante.

del sistema de servicios, a la vez que señala que la política sanitaria propuesta solo podrá implementarse en función del papel protagónico que deberá asumir el equipo de salud. La carrera sanitaria nacional, por consiguiente, será una pieza clave en el proyecto de reforma. La misma comprenderá al conjunto de trabajadores de la salud, otorgando al concepto su mayor amplitud: profesionales de ciencias médicas y de enfermería, técnicos auxiliares, integrantes de los servicios de apoyo, maestranza y administrativos. Esa concepción amplia del conjunto de trabajadores comprendidos en el régimen de carrera es la única novedad significativa entre los anuncios relativos al proyecto; por lo demás, las cuestiones que se proponen legislar reiteran el enunciado clásico de los proyectos de carrera discutidos y sancionados en el país: mecanismo de ingreso por concurso, promoción, estabilidad y remuneraciones, régimen de previsión social y jubilatorio. Se señala además, que se ofrecerán incentivos económicos, científicos y de capacitación que «transformen el trabajo en salud en una acción verdaderamente gratificante y de real satisfacción personal»<sup>30</sup>. La capacitación continua para los trabajadores radicados en zonas desfavorables, la posibilidad de pasantías en centros de mayor complejidad, el acercamiento progresivo a los centros urbanos, completan las medidas de promoción estudiadas.

En agosto de 1973 Liotta expone, ante los ministros de Bienestar Social de las diferentes provincias, los contenidos de ambos proyectos de ley. Luego se ingresa en una etapa relativamente oscura de negociaciones con diferentes sectores afectados, que desemboca en la presentación ante el Senado, en diciembre de ese mismo año, de los mismos proyectos, sensiblemente modificados en sus contenidos.

### **La versión extraoficial de la historia**

Junto con la crónica del proyecto Liotta, reseñada brevemente según la información proveniente de los documentos oficiales, la tradición oral circulante en los organismos de salud se ha ocupado, de manera imprecisa pero bastante coherente, de conservar la historia oculta del proyecto. De acuerdo con esa tradición, que hemos recogido de diferentes informantes, Liotta, después de conocer su futura designación en el área salud, prefirió no introducirse en la conflictiva interna justicialista y convocó a un grupo de sanitaristas de primera línea, a quienes encomendó la elaboración de un proyecto de organización para el sector. Al parecer, Carlos Canitrot fue la persona elegida como contacto entre el subsecretario y sus futuros asesores, y quien a su vez vinculó al proyecto algunos nombres con experiencia en diferentes áreas: Aldo Neri, director de la Escuela de Salud Pública; Alberto Prieto, ex presidente de la COMRA y

director de su Centro de Estudios Médicos Sociales; Pablo Abadie, integrante del CIASP; Jorge Voskin, presidente de la Comisión Interhospitalaria -de cuya actuación en el conurbano nos ocuparemos más adelante-; María Teresa Bea, y un grupo de funcionarios de carrera del Ministerio de Bienestar Social. Si bien no integraba directamente el grupo, Mario Testa, en ese momento decano de la Facultad de Medicina, actuó como asesor del proyecto. Según estas mismas versiones, Carlos Canitrot habría sido el autor del discurso de Posadas, y de un primer texto que fue enviado a Madrid y devuelto con el visto bueno del conductor del justicialismo.

Este grupo de técnicos se habría dedicado a la elaboración de un proyecto de ley, y aunque no tenía responsabilidades oficiales en la Subsecretaría, trabaja en contacto cotidiano con Liotta. Este, a su vez, daba cuenta de los avances al ministro López Rega, que se había convertido en interlocutor de la CGT. Al parecer, ese sistema de consultas convocaba también a otros sectores interesados y habría dado lugar a una serie de modificaciones del proyecto original, que en un primer momento establecía la integración en el sistema de la totalidad de los efectores existentes y más tarde fue reduciendo sus ambiciones hasta quedar limitado a la regulación del sector oficial.

Uno de nuestros entrevistados, miembro de dicha comisión, nos comentó en una charla relativamente informal:

Nosotros preparamos, creo, hasta la versión 32<sup>a</sup>. Por lo menos hasta una determinada versión se respetaba la visión original, era una evolución lógica de la idea original, de la línea ideológica original, con, digamos adaptaciones a la posibilidad política o a la viabilidad política de la implementación. En ese momento pasaron varias cosas, el asesinato de Rucci, la destitución de Cámpora.

También afirma esta tradición oral que Liotta se fue desinteresando del proyecto a medida que se sumaban nuevas objeciones a su contenido. Años más tarde, el mismo Liotta recordaría con escasa convicción su paso por Salud Pública:

Fue hasta cierto punto accidental, y no era de ningún modo un hombre que mentalmente estuviera preparado y no contenía en ese momento bases estructuradas y elaboradas largamente para poder llegar rápidamente a un accionar efectivo<sup>31</sup>.

### **La historia del proyecto de ley de creación del SNIS**

En nuestro relevamiento de información conseguimos dos versiones del proyecto de ley de creación del SNIS anteriores a la que fue enviada al Congreso en diciembre de 1973, y discutida en la Cámara de senadores en agosto del siguiente año.

Una de ellas corresponde al texto difundido por la Secretaría de Salud Pública a partir del mes de agosto de 1973, con el fin de dar a conocer el proyecto a las autoridades provinciales y a los sectores interesados; la otra constituye sin duda una versión anterior, sensiblemente diferente no solo en la disposición del articulado, sino y fundamentalmente, en los contenidos de sus disposiciones, tanto en lo referido a avances en la conformación de un sistema único como en la concentración de facultades decisorias otorgadas al sistema cuya creación se dispone. (Por otra parte, podemos afirmar que no se trata de la primera versión elaborada por la comisión de técnicos, ya que sabemos que el proyecto original integraba al sistema el conjunto de las obras sociales, y en el texto que comentamos se reconoce a las obras sociales sindicales la posibilidad de adherir por convenio.) Intentaremos resumir a continuación sus disposiciones más significativas, de manera de tener un punto de partida para precisar los cambios posteriores.

La primera versión del proyecto de ley de creación del SNIS carece de mensaje introductorio -presumiblemente fue incorporado después, en el momento de dar a conocer el proyecto en forma oficial- y tiene un primer artículo que especifica las funciones encomendadas al Sistema. El primer inciso le encomienda la función organizar y efectuar las prestaciones de atención médica integral<sup>iv</sup> para todos los habitantes, en todo el territorio de nacional, asegurando que «la calidad, accesibilidad y oportunidad de la misma sea igualitaria para todos». En otros incisos se le otorgan facultades regulatorias para la totalidad de las actividades del sector:

- fijar las normas para todas las acciones de salud y fiscalizar su cumplimiento;
- asumir todas las atribuciones que la legislación confiere en materia de salud a los organismos estatales de todas las jurisdicciones;
- participar en los procesos de industrialización y comercialización de los elementos específicos requeridos para las acciones en el área de salud;
- regular el desarrollo de la capacidad instalada total del país en el sector sanitario.

Se le concede, incluso, alguna injerencia en la definición de políticas universitarias, ya que el inciso e) le encomienda promover y coordinar la formación y llevar a cabo la capacitación de los recursos humanos para los servicios de salud.

<sup>vi</sup> El concepto de «atención médica integral» se precisa por enumeración de ítems: consulta médica, internación, inmunizaciones, atención odontológica, prótesis, órtesis, farmacia, exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento, y toda otra prestación personal requerida para la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud física, mental y social.

Además, se otorga al sistema autarquía financiera e individualidad jurídica, y se establece su vinculación con el Poder Ejecutivo a través de la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social. El artículo 3º establece que las responsabilidades de conducción del sistema se cumplirán mediante un proceso de cogestión entre los representantes del Estado, los beneficiarios y los prestadores, y estarán a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y sus equivalentes provinciales, el Consejo Federal, los Consejos Provinciales y el Consejo de la Región Metropolitana de Buenos Aires.<sup>vii</sup>

El Consejo Federal de Salud, organismo donde se concreta el principio de cogestión, se integra con el ministro de Bienestar Social y los secretarios de Salud Pública, Promoción y Asistencia Social y Seguridad Social de la Nación, la autoridad de Salud Pública de las provincias que hubieran adherido al Sistema, del Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, y de la Municipalidad de Buenos Aires. (Estas dos últimas jurisdicciones se incorporan directamente, quedando excluidas de la facultad de no adherir.) Se otorga, además, el derecho a participar del Consejo a tres representantes de la CGT, uno de la CGE, dos de los profesionales de la salud, uno del personal de salud no profesional, y sendos representantes del Consejo de Rectores de las Universidades, establecimientos privados y mutualidades.

Para asegurar el cumplimiento de los fines del Sistema se establece el Fondo Financiero Sanitario Nacional, cuyos recursos deberán ser aprobados en el presupuesto del organismo autárquico. Estos fondos se integrarán con aportes del Estado, de los trabajadores independientes y en relación de dependencia, de los empleadores, de los pagos por servicios prestados y con los derivados de leyes e impuestos especiales. El gobierno nacional deberá asegurar que el conjunto del gasto total en atención médica represente no menos del 6% del PBI y propender, a través de la reforma impositiva, a que disminuya el aporte de los trabajadores y los provenientes del pago directo de los servicios, hasta su eventual supresión. El aporte de los empleadores y trabajadores en relación de dependencia o independientes, se recaudará a través de las obras sociales pertinentes, o en su defecto, de las cajas de previsión. El aporte de las obras sociales no podrá ser inferior al 70% del total recaudado.

El capítulo V, que contiene las disposiciones transitorias, establece algunas medidas para la implementación del Sistema, de las cuales transcribimos las más significativas:

<sup>vii</sup> Esta es una de las iniciativas muy resistidas en el proyecto: la creación de una región metropolitana que comprendería la Capital Federal y el conurbano bonaerense.

- A partir de la promulgación de la ley pasan a integrar el Sistema todos los presupuestos, personal y servicios de salud de las obras sociales estatales, paraestatales y mixtas.
- El Consejo Federal actuará como organismos ejecutor de las leyes 18.610, 19.032, y 19.465, en lo referente a atención médica y salud, absorbiendo así las funciones pertinentes del INOS, el ISSARA y el INSSJP en esas áreas.
- El personal dispondrá de un plazo de hasta 90 días para decidir su incorporación al sistema, a partir de la organización de las áreas programáticas.
- La adhesión de las provincias, universidades, obras sociales gremiales, hospitales privados, y comunidades y consultorios privados u otra persona jurídica, determinará su supeditación a las normas generales técnicas y administrativas fijadas por la ley y el Consejo Federal.

En el proyecto dado a conocer en agosto de 1973 hay algunos cambios sustantivos. Aunque la administración federal del Sistema Nacional Integrado de Salud sigue siendo autárquica, ya no asume la totalidad de las atribuciones conferidas por la legislación a los organismos estatales, lo que significa, indudablemente, una nueva fisura en el postulado de la unidad de conducción. También se suprime la incorporación automática de las obras sociales paraestatales y mixtas, y de los servicios correspondientes a la Capital Federal y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, que gozarán, al igual que las provincias, de la prerrogativa de decidir respecto de su adhesión. El Fondo Sanitario Nacional, en consecuencia, solo recibe las contribuciones del Estado nacional y de aquellas jurisdicciones u organismos que hayan convenido su incorporación. El Consejo Federal no ha modificado sustancialmente su composición; la única diferencia significativa es que los representantes de la CGT aumentan de tres a siete. Los efectos de la adhesión al Sistema sobre la condición jurídica de las respectivas instituciones no resultan totalmente claros cuando se trata de particulares. El proyecto señala que se transmiten a la administración nacional del SNIS todos los elementos vinculados con la prestación del servicio de salud por el título que dicha administración determine.

Además, se incorporan en esta versión del proyecto dos disposiciones de significación para el interés profesional:

- 1) se declaran de utilidad pública y sujetos a expropiación todos los bienes necesarios para el cumplimiento de los fines del SNIS;
- 2) se establece que las Secretarías Ejecutivas nacional y provinciales serán organismos de aplicación de las leyes de ejercicio profesional en las respectivas jurisdicciones.

Por último, en el proyecto elevado al Senado, en diciembre de 1973,

la administración del SNIS pierde el carácter autárquico; se deja de lado la incorporación de las obras sociales estatales; la atribución que se le otorgara para «intervenir en los procesos de producción, distribución, comercialización y consumo de los elementos requeridos para la realización de la acción de salud», queda limitada a «vigilar normativamente» dichos procesos. (art. 2º, inc.d en ambos proyectos), y se suprimen las disposiciones relativas a conformar una jurisdicción especial con la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.

El proyecto sale del Senado con media sanción y con la incorporación del artículo 36º que, de forma expresa, exceptúa a los establecimientos y servicios de las obras sociales de las disposiciones de la ley «hasta su incorporación voluntaria». La medida beneficia a todos los servicios de las obras sociales, encuadrados o no en el decreto ley 18.610, existentes a la fecha, o que se creen en el futuro, con participación sindical.

Cuando la ley es finalmente sancionada, el 12 de setiembre de 1974, se suma a las funciones del SNIS la de promover el desarrollo de las industrias de equipamiento hospitalario e instrumental médico-sanitario con tecnología nacional. Asimismo, se procura dar respuesta a las reiteradas críticas dirigidas al excesivo número de integrantes del Consejo Federal, pronunciadas dentro y fuera del ámbito parlamentario, con un mecanismo que parece insólito si lo que se pretende es disminuir la burocracia: el artículo 9º crea un nuevo organismo, que se añade a la estructura original, consistente en un cuerpo consultivo, destinado a asistir en sus funciones al secretario ejecutivo y formado por un representante del Estado, uno de la CGT y uno de la CGE, «extraídos de los integrantes del Consejo Federal por el secretario ejecutivo nacional a propuesta de las entidades respectivas».<sup>viii</sup>

<sup>viii</sup> El artículo 1º del proyecto se había transformado, desde su sanción en el Senado, en un enunciado declarativo de principios y fines, que fuera complementado en la Cámara de Diputados con la alusión final al logro de una comunidad organizada. El texto definitivo es el siguiente: «Declárase a la salud derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina. A tales efectos, el Estado nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación, usando para ello los instrumentos con que le provee la presente ley y fijándose como meta a partir del principio de solidaridad nacional su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos. A él se llegará con el cumplimiento de etapas intermedias, constituyéndose como objetivo inmediato el reordenamiento, rehabilitación e integración del subsector público estatal. En todos los casos tendrá vigencia el principio de la cogestión y la planificación será única y se realizará mediante una normatización centralizada con ejecución descentralizada, dentro de los grandes lineamientos de política nacional tendientes a lograr una comunidad organizada a través de sus instituciones representativas».

## El debate en el Congreso nacional

El debate producido en torno del proyecto tanto en la Cámara de Senadores como en la de Diputados, más allá de los torneos de erudición y autoridad doctrinaria que caracterizan la competencia legislativa, brinda algunos materiales significativos para nuestra historia. En primer lugar, constituye una puesta al día de las concepciones vigentes sobre el papel del Estado y su capacidad de intervención para asegurar el bienestar de la población, matizadas por temas menores como el de la centralización y la descentralización, o la función de las organizaciones intermedias. En segundo término, es una muestra consistente de la debilidad de nuestro sistema de partidos, que repercute negativamente en la capacidad política del gobierno donde los dirigentes partidarios ejercen una representación delegada mediante el sufragio, y, en consecuencia, es también una muestra de la frustración de las expectativas puestas en la recuperación democrática.

En el Senado se manifiestan sobre el proyecto diez legisladores. A pesar de algunas divergencias parciales, hay un respaldo unánime respecto de la intervención reguladora del Estado, y de la necesidad de un sistema de salud único e integrado. Todos lamentan que el proyecto no haya podido avanzar aún más en la dirección correcta y que no se adecúe más estrechamente a los contenidos del mensaje de elevación, expresivo de la doctrina de mayor consenso. Respaldando explícitamente esa idea, la minoría radical presenta un proyecto alternativo, mucho más ambicioso que el defendido por el oficialismo.

En la Cámara de Diputados, sobre 17 opinantes, 16 se muestran favorables a la intervención del Estado en el sentido de reordenar y unificar el sistema; 11, además, se declaran insatisfechos por los escasos avances en procura de una verdadera integración de la totalidad de los recursos existentes en el sector. Solo un legislador, de filiación sindicalista, se separa del discurso dominante para defender la posibilidad de un ordenamiento alternativo. En efecto, el diputado Sileoni comienza por cuestionar el criterio centralista que rige el proyecto y que determina la creación de un fondo único de recursos manejado por un aparato burocrático. Sin embargo, afirma, el proyecto «no va más allá» del reordenamiento del subsector público en lo referente a asistencia médica, y aclara:

El proyecto de ley por el que se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, tal como ha quedado luego del choque de posiciones y concepciones ocurrido desde su elaboración, no conserva más que en su título o enunciado -salvo algunas referencias retóricas en el mensaje que lo acompaña- nada que tenga que ver con la idea original que lo inspiró, de unificar y centralizar en un único sistema rígidamente estatista los servicios de la salud en el país<sup>35</sup>.



La promesa incorporada en el título del proyecto, afirma Sileoni, no se concreta luego en su articulado. Por el contrario, allí queda bien establecido que se mantendrá, «en primerísimo y decisivo lugar» el sistema de las obras sociales sindicales, precisamente una alternativa concreta al modelo estatista que se pretendía adoptar. Y no solo los recursos de las obras sociales quedaron fuera del proyecto, sino también los servicios médicos y hospitalarios de las fuerzas armadas y de las universidades estatales y privadas. Es, por consiguiente, indispensable traer al Congreso el debate que se habría realizado ya en otras instancias, «sin participación ni siquiera oficiosa de los legisladores». De otro modo, las cámaras legislativas habrán sido soslayadas en su tarea específica, y se habrá afirmado una vez más el concepto de que «el Parlamento es poco más que [un] apéndice decorativo en el orden institucional de la República»<sup>36</sup>.

Sileoni considera al proyecto como el resultado final de «un gran debate», donde habrían estado en juego concepciones ideológicas y posiciones estrictamente políticas, y afirma:

Nadie ignora que este debate se resolvió en una pugna muy dura entre los sectores interesados; que hubo derrotados y hubo vencedores y que, incluso, se buscó forzar la renuncia del titular de Salud Pública<sup>37</sup>.

Independientemente de que el diputado pueda confundir debate con presiones en el interior del gobierno, la discusión que propone abrir en la Cámara no se concreta. Sus colegas ignoran su encendida apelación y la sesión continúa gozando de la placidez que otorga la obtención del consenso.

De todos modos, hay que rescatar de su intervención la idea de la existencia de una alternativa legítima al sistema único. La opción «pluralista», en su interpretación, no se vincula solo con e intereses sectoriales, o con la preocupación por consolidar el poder sindical, sino que, por el contrario, se defiende como una opción que no obstaculizaría el ejercicio de funciones esenciales del Estado, como la garantía del derecho a la salud, ni la consecución de «un sistema único e igualitario para todos los argentinos»<sup>38</sup>. Con ciertos prejuicios políticos, pero también con una importante capacidad premonitoria, Sileoni califica el proyecto a punto de ser aprobado como «una ley sin destino»<sup>39</sup>. Cualquiera haya sido el nivel de convicción del orador en relación con la plena viabilidad de su propuesta, su discurso matiza sin duda la artificial monotonía del debate en las Cámaras.

No se trata de que el resto de los legisladores pretenda negar o ignorar el cuestionamiento que debió enfrentar el proyecto ni las modificaciones realizadas sobre su redacción original. Por el contrario, la cuestión se

hace explícita, y el oficialismo la utiliza para resaltar la firmeza de la decisión gubernamental: «este proyecto es uno de los temas más controvertidos en este año que va de gobierno peronista», señala el diputado Guerrero, quien considera necesario testimoniar «la valentía» que el Estado nacional ha demostrado al hacerse cargo del problema<sup>40</sup>.

La estrategia defensiva es otra: se niega el fracaso del proyecto integrador apelando a la ficción de que se está considerando una «ley-plan», de modo que los objetivos sancionados solo se cumplirían plenamente cuando se lograra la integración de los tres subsectores:

En orden a la consecución del fin propuesto, se plantea en una etapa provisoria o de transición, la integración de los diversos subsectores dentro del proceso de planificación.[...] Se propone, pues como necesaria, una etapa intermedia, que desemboque en la plena vigencia del Sistema Nacional Integrado de Salud como sector único, dado que las actuales condiciones impiden su concreción a corto plazo<sup>41</sup>.

Esa interpretación, que concibe el sistema implantado por la ley como un proceso gradual, en condiciones de compatibilizar de manera progresiva con las exigencias de eficacia y eficiencia del sistema único, con los principios del federalismo y con los legítimos intereses de diferentes sectores, es compartida también por al menos un sector del pensamiento sanitarista. Carlos García Díaz puede ser citado como ejemplo de tal posición, ya que en un artículo publicado en 1975, considera que la ley del SNIS se sitúa, inicialmente, entre un régimen pluralista y un sistema único nacional, y la califica como un instrumento legal de aplicación progresiva, «respetuoso al extremo de la autonomía de las provincias, de la autarquía administrativa de las obras sociales y de la iniciativa privada»<sup>42</sup>.

En su opinión, el logro de los objetivos finales dependería del fiel cumplimiento por parte de los gobiernos nacional y provinciales de las obligaciones financieras contraídas, y de la posibilidad de proyectar una imagen de seriedad técnica y administrativa en el manejo responsable de la implantación del Sistema. Difícil misión, sin duda, para un Estado convulsionado por los conflictos sociales y políticos que se desencadenan tras la muerte del conductor del justicialismo.

El carácter de ley-plan podría haberse adjudicado con mayor acierto, posiblemente, al proyecto presentado al Congreso por el bloque radical. En el mismo se planteaba como meta para la acción del Estado en el área de salud, la constitución de un sistema único e igualitario, al que se llegaría por el cumplimiento de etapas sucesivas.

En la primera de ellas la acción del Poder Ejecutivo se dirigiría a:

- controlar el desarrollo de la capacidad instalada total, acordando o denegando autorización para fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes;
- orientar y coordinar el desarrollo de los recursos humanos del sector salud;
- completar en un plazo de tres años la integración y coordinación de las actividades de las obras sociales previstas en el artículo 13º del decreto ley 18.610;
- controlar y promover el desarrollo de la industria farmacéutica nacional;
- realizar un vigoroso programa de recuperación de la capacidad instalada pública;
- promover la organización, tanto para el sector público como para el de obras sociales, de un nivel primario de atención que actúe como puerta de entrada al sistema.

Una vez cumplida esa primera etapa se crearía el Sistema Nacional Integrado de Salud, con la incorporación plena de los subsectores público y de obras sociales y la posibilidad de adhesión del sector privado, mediante «la firma de convenios, contratos de compra-venta o locación y eventual expropiación en los casos en que sea necesario» (art. 5º)<sup>43</sup>.

### **Los contenidos del debate doctrinario**

El debate doctrinario que tiene lugar en el Congreso se caracteriza por la renovada confianza en el papel regulador del Estado y la unánime delegación en sus aparatos de la responsabilidad por efectivizar valores de solidaridad nacional y justicia social. La posición de los dos partidos mayoritarios vuelve a coincidir en este plano, aunque el radicalismo se diferencia a partir de un mayor énfasis en los aspectos institucionales del régimen. En sus propuestas, la participación de la población en la definición de las políticas se hace efectiva por intermedio de sus representantes en el Congreso, o bien a través de la actividad de organismos de cogestión en calidad de usuarios de los servicios.

La interpretación que se hace sobre la evolución del sector es clara: los períodos correspondientes a regímenes militares se caracterizan por una delegación de las responsabilidades del Estado en materia de salud, y esta es la principal causa de las condiciones críticas por las que atraviesa el sector. «El Estado ha delegado una función intransferible», señala el miembro informante del Senado, «la responsabilidad de garantizar la salud del pueblo», de modo que «la desorganización sanitaria juega con los vaivenes de nuestra política». En la nómina de quienes indican el camino correcto se identifica Carrillo con Noblía y Oñativia, si bien se establecen

claramente las discrepancias partidarias y en la concepción sobre las funciones y las responsabilidades del poder político<sup>44</sup>.

El mensaje que acompaña al proyecto define la salud como un derecho fundamental. El Estado, en tanto garante del mismo, aborda el problema por dos vías: en primer lugar, mediante la efectivización de una política que involucre la elevación del nivel de vida de la población y, en segundo lugar, a través de «la implementación en la organización de los recursos en este campo específico, es decir un sistema de salud que permita actuar a ese nivel técnico con la posibilidad de mayor eficiencia»<sup>45</sup>.

El carácter prioritario de la salud sería un tercer componente de la concepción justicialista, ya que es vista como la única forma de lograr un desarrollo nacional auténticamente liberador. Un cuarto elemento radica en el carácter universal del sistema de cobertura, que a partir del principio de la solidaridad nacional aseguraría un sistema único e igualitario para todos los argentinos. Este concepto se proyecta «en una opción de orden económico-financiero que asegura que los fondos para el sector no estarán regidos por la demanda efectiva, sino por la consideración del conjunto de necesidades de la población en ese campo.» De ello derivaría la desaparición del criterio de imposición directa sobre el acto médico, que limita el acceso y la demanda. Se excluye, además, la posibilidad de considerar la salud como una mercancía, y de someterla, por consiguiente, a actividades regidas por la generación de lucro.

«El proyecto concibe al Estado como responsable del proceso y no simple árbitro, según el esquema liberal.» Es necesario, entonces, que «las formas liberales de prestación de asistencia sean superadas por formas organizativas nacionales, colectivas o socializadas, de acuerdo con la estructura político-social de cada país»<sup>46</sup>.

El miembro informante por el radicalismo, senador Cáceres, comienza su exposición afirmando el total acuerdo e identificación de su partido, «por una cuestión de programas, de filosofía», con la doctrina contenida en el mensaje del Poder Ejecutivo. La discrepancia se radica en el proyecto, que no traduciría el pensamiento sustentado en dicho mensaje. El legislador radical completa su pensamiento poco más adelante, afirmando que si hubiera tenido sobre su banca el proyecto primitivo, concordante con las manifestaciones formuladas por Liotta en Posadas, «la coincidencia hubiera sido total»<sup>47</sup>. Los radicales enfatizan también la necesidad de jerarquizar la conducción de la salud pública, otorgando condición de Ministerio al organismo estatal responsable. Se reivindican en ese sentido las transformaciones producidas por el primer gobierno peronista, en una política que habría tenido continuación bajo el gobierno de Illia.

Algo más matizada, y seguramente menos precisa en sus conceptos, es la discusión sobre centralización y descentralización. Los legisladores

suelen diferenciar entre centralización normativa, centralización política y centralización administrativa.

La centralización normativa, o normatización centralizada «busca la uniformidad que elimine diferencias injustas e injustificables y, por otra parte», según explica el senador D'Agostino, miembro informante por el peronismo, «mediante un sano y moderno proceso administrativo de avanzada, trata de lograr la utilización eficiente de los recursos disponibles»<sup>48</sup>. Se trataría, en suma, de la estrategia puesta en marcha a comienzos de siglo por el Departamento Nacional de Higiene, continuada por Domingo Cabred y afianzada más tarde por Ramón Carrillo. El proceso se acompaña por un incremento en la calidad y la cantidad del personal del organismo central, también consolidado por Carrillo y continuado por Noblia y Oñativia.

En relación con la centralización administrativa, pueden diferenciarse dos modalidades: una, que traspasa la decisión de las unidades periféricas al nivel superior, «error característico de la incapacidad de delegar», y la segunda, que incorpora los organismos descentralizados, buscando «integrar una política sectorial para corregir una dispersión del poder de decisión». Esta última modalidad de centralización administrativa expresa la estrategia correcta.

La descentralización política, consistente en ubicar la decisión en los niveles más próximos a la comunidad interesada, ha sido uno de los criterios más utilizados para jerarquizar el régimen municipal. Sus partidarios consideran que las decisiones son más democráticas si surgen de niveles descentralizados. Esta premisa habría sido desmentida «por sinnúmero de experiencias históricas y estudios sociológicos.» En el país fue una estrategia implantada por los gobiernos militares, que intentó ser compensada durante el gobierno de Onganía con un avance de la centralización normativa<sup>49</sup>.

En el bloque radical es De la Rúa el encargado de tratar el tema. Se acuerda con el proyecto oficial respecto de la centralización de las formulaciones políticas y de la programación, pero se critica que se centralice también la ejecución administrativa. ¿A qué se llama aquí «administrativo»? En primer lugar, a la propiedad de bienes y servicios, que en el caso de adhesión de las provincias pasan a depender del Ministerio nacional. En segundo término, a la facultad de designar funcionarios, que es también absorbida por el nivel central.

En la Cámara de Diputados el argumento es reiterado por Nosiglia, cuando defiende el proyecto presentado por su bancada. En este las provincias conservan su jurisdicción, y con ella la totalidad de sus bienes, personal, créditos, derechos, «viendo aumentados sus recursos por la transferencia del nivel nacional y con la ayuda y asesoramiento del mismo». La

libertad de decisión de esas secretarías provinciales estaría limitada por las políticas y normas del organismo federal, en el que son mayoría los representantes de los estados provinciales. Se centraliza así la política y la planificación, y se mantiene descentralizada la administración de los recursos<sup>50</sup>.

En el texto del mensaje, que según todas las opiniones respondería a los lineamientos del proyecto original, se pone el énfasis en la definición de las actividades que corresponde decidir en cada nivel. En dicho texto se señala la intención de favorecer la máxima desconcentración de funciones -incluso normativas- compatibles con la formulación centralizada de la política general de salud, que debía ser establecida por los organismos competentes del Estado: el Poder Ejecutivo y el Congreso nacional. De acuerdo con esa lógica, se decide la composición predominantemente estatal de los órganos decisorios ubicados en los niveles superiores del Sistema, «que hacen a la definición política», mientras el manejo de las áreas programáticas «-donde se concentran todas las decisiones vinculadas con el funcionamiento regular de los servicios- queda en manos de funcionarios capacitados bajo el control directo del pueblo, a través de sus organizaciones, y de los trabajadores de la salud».<sup>ix</sup>

### La posición del gremio médico frente al SNIS

Como ya señalamos, en agosto de 1973, junto con la difusión de una de las primeras versiones del futuro proyecto de ley de creación del SNIS, la Confederación Médica aprueba en uno de sus Consejos Federales el documento que sintetiza la posición del gremio frente a la coyuntura sanitaria. Aunque ese documento se venía discutiendo en el interior del gremio por los menos desde el mes de mayo, llama la atención que en el momento de su aprobación no se introduzca en su texto ninguna referencia a la reforma que estaba siendo planteada desde el gobierno. La Confederación se limita a expresar su doctrina, dejando librada al interés de los lectores la evaluación en torno de las coincidencias o las discrepancias con el proyecto oficial.

¿Cuál es el mensaje que se quiere expresar a través de esta manera particular de hacerse cargo de una política sin mencionarla directamente? La hipótesis que consideramos más verosímil es la decisión de tomar distancia. Las pautas, la doctrina, los principios, pertenecen a los médicos. Es

<sup>ix</sup> La última parte del texto aparece modificada en el momento de la presentación en el Senado, donde se habla de «funcionarios capacitados, asesorados por un consejo formado por representantes del personal de la salud y de los trabajadores del área». Cámara de Senadores de la Nación. *Diario de Sesiones*, Reunión 71ª, 24 y 25 de abril de 1974:4040-4155, p. 4045.

el gremio el que se ha encargado reiteradamente de explicitarlos, recomendar su aplicación, mantener su vigencia. La Secretaría de Salud Pública, tras hacer conocer su coincidencia con esa doctrina, ha comenzado a sufrir presiones de sectores enfrentados con el gremialismo y, como consecuencia, se corre el riesgo de un nuevo retroceso en la organización del sector. COMRA reitera su posición principista en una actitud que puede considerarse de respaldo explícito a quienes se comprometan con la efectivización de tales principios.

La hipótesis que adelantamos se asienta en parte sobre la letra del documento, pero parece refrendada por una caricatura que el periódico gremial publica al pie de su transcripción. Bajo el titular: «Reforma sanitaria. ¿Quién es quién?» se observa a un gran pez, con sombrero de copa y expresión malévolamente, abriendo su enorme boca y a punto de apresar a otro, pequeñito y con cara de susto. Al pie de la ilustración aparecen solamente dos siglas: CGT, Subsecretaría de S.P. La expresión gráfica parece, en este caso, con mayor capacidad de transmitir una idea que cualquier posible discurso<sup>53</sup>.

Un mes más tarde, en su Consejo Federal del 8 de setiembre, COMRA avanza sobre aspectos específicos referidos a la implementación de las pautas ya definidas. En lo vinculado con la organización, se propone la puesta en marcha de un sistema en el cual los efectores pertenecientes a los tres subsectores concurren en una planificación única, conservando cada uno su individualidad jurídica y administrativa, con limitación de la autonomía técnica en función de los requerimientos de la misma planificación. Se trataría de una «etapa intermedia» hacia «la materialización de un sistema único de salud»<sup>54</sup>. Como instrumento del sistema se reclama una planificación fundamentada en los principios de normatización centralizada y ejecución descentralizada, y un régimen de utilización del recurso humano técnico mediante una carrera nacional que cubra a todos los trabajadores de salud, cualquiera sea el sector donde presten sus servicios.

Considerando a la vez «inexcusable e incuestionable» la responsabilidad y hegemonía del Estado dentro del sistema, COMRA exige una conducción coparticipada a la que tendrán acceso representantes de los tres subsectores, de los sectores populares, de los trabajadores de la salud y de la Universidad como responsable de la formación del personal técnico.

Las áreas programáticas conformarán la unidad primaria de organización, diseñada sobre una zona geográfica delimitada por factores político-administrativos, demográficos, socio-económicos, sanitarios, recursos asistenciales y medios de comunicación y acceso. Dentro del área programática será llevada en el nivel de «hospital base» la unidad asistencial de mayor complejidad, acordándosele los recursos para funcionar como cen-

tro de atención médica, docencia e investigación. Con él se relacionarán unidades intermedias y periféricas, donde se escalonarán los centros oficiales, paraestatales y privados de menor complejidad, los centros de salud, hasta llegar a la unidad mínima, el consultorio médico y odontológico.

En relación con la financiación, se sostiene la necesidad de una reforma impositiva profunda, que disminuya la incidencia del gravamen fiscal sobre el consumo, aumentando en cambio la imposición sobre la renta, en particular sobre las grandes ganancias y los intereses de los monopolios internacionales.

Acerca del trabajo profesional se plantea que, dentro de la planificación del sistema, todo médico deberá tener asegurado su trabajo, con un ingreso básico que le permita satisfacer los requerimientos del nivel de vida profesional y que será incrementado en función de la antigüedad, las cargas sociales, la eficiencia y el rendimiento. Se consideran compatibles todas las formas de trabajo y remuneración que sean concertadas entre el sistema y las organizaciones representativas del gremio, en los diferentes niveles y zonas. Se declara de interés prioritario el establecimiento de un régimen de carrera.

En octubre, la dirigencia gremial toma contacto con las comisiones legislativas del área de salud, en las que encuentran receptividad a sus inquietudes, y se formulan proyectos de trabajo conjunto sobre el articulado de la ley. En el Consejo Federal del 3 de noviembre, se intercambian ideas que intentan un balance entre los contenidos del mensaje y las condiciones en que se encuentra el sector, convulsionado por las tomas de hospitales en conflicto con su personal y ley de prescindibilidad.

FEMEBA asume una actitud de cuestionamiento, señalando que la Subsecretaría de Salud se encuentra en mora en relación con el programa hecho público en Posadas, y que no ha dado cumplimiento al Decreto 253, de creación del Consejo Nacional de Salud. Los representantes de Santa Fe y San Juan, en cambio, se ubican en una posición conciliadora, señalando las coincidencias entre la doctrina sancionada por COMRA y lo que se ha hecho público como política oficial. Para definir el contexto político en que se ubicaba el gremio puede resultar ilustrativa la expresión del gremialista sanjuanino, cuando enfatiza la necesidad de distinguir entre la situación presente y el pasado inmediato:

hoy estamos dentro del proceso de transformación, mientras que hace sólo seis meses nos encontrábamos al margen del proceso, totalmente perjudicados [...]<sup>55</sup>.



## Coincidencias y disidencias

Pese al predominio logrado por esta posición, que podríamos llamar «conciliadora», en el Consejo Federal, las relaciones de la entidad con el gobierno comienzan a deteriorarse en forma prácticamente inmediata. La confianza depositada en lograr una participación en el proceso de discusión del anteproyecto de ley había surgido, al parecer, de las conversaciones con el grupo de senadores que integraba la Comisión de Salud Pública del Senado. Allí se habría hablado de la conformación de un grupo de trabajo que permitiera a todos los interesados aunar criterios.

Sin embargo, el 6 de noviembre de 1973, COMRA envía un memorándum urgente a sus filiales, en el que les comunica que esa posibilidad ha perdido sustento. El Poder Ejecutivo habría decidido el tratamiento del proyecto en las Sesiones Extraordinarias del Congreso, «con instrucciones terminantes de urgente sanción, sin debate ni modificaciones»<sup>56</sup>. La alerta que la entidad gremial canaliza hacia sus filiales informa, además, sobre un conflicto entre ciertos sectores oficiales y la CGT que, en su opinión, se habría tornado «inevitable». El enfrentamiento involucraría también a la CGE y tendría «impresionantes consecuencias» sobre el Pacto Social.

Gracias a este memorándum sabemos también que las dificultades entre COMRA y el gobierno se ubicaban fundamentalmente en el área de Liotta. En efecto, se responsabiliza de la situación planteada a la política seguida por «los sectores tecnócratas de la Secretaría Privada del Dr. Liotta», autores del plan, que en diferentes oportunidades habrían «salido malparados» al entablarse un diálogo abierto con los sectores interesados. También se reprocha la poca dedicación del doctor Liotta a su funciones como funcionario nacional, ya que habría aceptado la Subsecretaría con la reserva expresa de no abandonar sus actividades como cirujano.<sup>x</sup>

Planteado en esos términos el clima de posible conflicto, en el Con-

<sup>x</sup> El texto continúa con una descripción de la situación: «Ante los problemas que causaba esta dedicación parcial, en Diputados se introdujo al proyecto de ley de Ministerios una cláusula que establecía la incompatibilidad entre el ejercicio de una profesión liberal y el cargo de ministro, secretario o subsecretario de Estado. Pese a esto la dedicación parcial continuó, así como la presencia de un equipo de asesores atacados por la generalidad de los sectores vinculados a salud, y a quienes corresponde la paternidad del plan [...] Las críticas que se hacen al doctor Domingo Liotta se centran especialmente en que, o bien tolera, o bien ignora el bloque que sus asesores hacen a quienes infructuosamente han tratado de colaborar con ellos. Esto comprende a la CGT, a sectores justicialistas vinculados al tema salud en general, a quienes fueron colaboradores del difunto ministro doctor Ramón Carrillo, y a los industriales de sectores relacionados, como ser medicamentos y aparatos médicos». Confederación Médica de la República Argentina, Memorandum urgente, 6 de noviembre de 1973.

sejo Federal del 24 de noviembre comienza a discutirse en forma puntual el proyecto de ley. Se informa que la Mesa Ejecutiva ha concretado un estudio detallado sobre el proyecto y lo ha girado a los filiales, y que existen también trabajos de Córdoba, Chubut y Capital Federal. Teniendo en cuenta todos los aportes, se hace un listado de los puntos cuestionables:

1. Representatividad: se niega la representatividad de COMRA y sus filiales en los distintos niveles de conducción del SNIS.
2. Cogestión: el principio resulta desvirtuado, lo que se propone es una simple participación de los sectores no gubernamentales; tal participación se «esfuma en un cuerpo multitudinario», que no puede constituir un factor positivo de conducción del Sistema. La verdadera cogestión debe entenderse como responsabilidad compartida en el proceso de planificación, ejecución y evaluación.
3. Estatización: el articulado facilita o permite un tipo de estatización de la medicina, ya sea por los niveles de conducción, o porque la «voluntaria adhesión» de los efectores se ve presionada por la facultad de expropiación.

En este punto se produce una divergencia entre los miembros del Consejo. Algunos delegados cuestionan como estatizante el hecho de que el Sistema asuma la titularidad de todos los efectores, condición que, según su opinión, desvirtuaría el concepto real de «integración». Otros consideran que el desarrollo a mediano plazo debe llevar a una «total integración», suponiendo la incorporación del adjetivo «total» una transferencia de la titularidad de los servicios a la jurisdicción estatal. El diferendo se resuelve con el arbitrio a una «etapa intermedia»<sup>58</sup>.

4. Financiación y recursos: en este punto se concentraría el mayor número de observaciones críticas: solo se manifiesta una «tendencia» a la supresión del coseguro; hay diferencias sustanciales con los fundamentos expresados en Posadas; no hay precisión en los recursos a asignar, tanto nacionales como provinciales; no se comprende cómo se puede adecuar el 6% del PBI que se establece como monto mínimo de los recursos del Sistema con un régimen de adhesión voluntaria.
5. Federalismo: el concepto estaría desvirtuado en las atribuciones de intervención del Consejo Federal sobre los Consejos Provinciales.
6. Formas de trabajo médico: solo se menciona como régimen de trabajo la carrera y la remuneración a sueldo.
7. Colegiación: del articulado parece desprenderse que las entidades encargadas del control de la matrícula, creadas por ley, perderían su efectividad.
8. Política de medicamentos: sería necesaria una legislación de emer-

gencia que contemple el problema de los medicamentos.

Resulta evidente que la discusión del proyecto del SNIS transita por caminos relativamente trillados. Podría especularse con que la explicitación del problema se mantiene siempre en un excesivo nivel de generalidad, sin conseguir avanzar en aspectos más operativos. Nos inclinamos, con todo, a asociar el problema con las dificultades de COMRA para cohesionar su frente interno, señaladas ya en múltiples oportunidades. En el Consejo Federal del 24 de noviembre, tales dificultades se manifiestan en relación con la idea de integración, poniendo en evidencia que, cuando se quiere profundizar el debate, las divergencias internas obligan a buscar fórmulas de compromiso, que vuelven a ubicar el problema en el nivel de generalidad señalado.

Un artículo aparecido en la revista de la Confederación de octubre de ese mismo año, nos ayuda a clarificar el tema. Se describen en él las tres tendencias que se perfilan en ese momento en las propuestas de organización del sector. La primera se inclinaría hacia «el control político, técnico, financiero, y administrativo del Sistema por el Estado, asumiendo este la titularidad de todos los efectores y de todas las acciones relacionadas con la salud». Se trataría de la posición que en el debate de COMRA se expresa como de «total integración», y que sus adversarios califican como «estatizante». Una segunda orientación plantea que los efectores deben integrarse mediante una planificación compartida y una cogestión de la instrumentación que preserve la autonomía administrativa y jurídica. Para los servicios pertenecientes a los subsectores privado y de obras sociales se haría necesario un régimen contractual, que estipule sus relaciones y modos de retribución, determinando también qué funciones deben cumplir y dentro de qué normas. Se trataría de la modalidad organizativa propuesta como «etapa intermedia» y definida también como «integración». Por último, una tercera concepción, relativamente acallada en estos meses de hegemonía del proyecto SNIS defendería la organización de un ente de seguridad social que respete el mantenimiento de las obras sociales; se trata de la propuesta defendida por los sectores que hemos identificado en la alternativa «pluralista»<sup>59</sup>.

El artículo se exploya, por añadidura, sobre algunas de las cuestiones que constituyen para nosotros temas claves para la interpretación de la dinámica de los actores en los procesos históricos. En primer lugar, hace referencia al reconocimiento realizado por diferentes sectores de la validez de algunas premisas básicas vinculadas con la salud: derecho garantizado por el Estado, organización de una atención médica igualitaria, accesible, oportuna y de nivel óptimo, etcétera, etcétera. Sin embargo, señala, la implementación de tales principios no ha merecido igual unanimidad. A medida que se desciende desde los altos niveles de abstracción y se

aborda «el tratamiento concreto de la realidad», emergen diferencias, más o menos profundas, en los planteos de los diferentes sectores. Incluso, estos principios «no parecen tener el mismo contenido conceptual para los diferentes expositores que los formulan, ni despertar en sus ocasionales oyentes, ecos de idéntica resonancia intelectual»<sup>60</sup>. La conclusión es directa: «concepciones diferentes sobre una realidad unívoca constituyen, por falta de diálogo, un marco difuso en donde las mismas palabras, al expresar conceptos distintos, sirven para opuestas construcciones».<sup>x1</sup>

La conclusión puede parecer excesivamente simple, pero sin duda es parte del problema. Una vez logrado el consenso o la decisión mayoritaria en torno de los principios, queda todavía mucho por discutir. Y la relativa ambigüedad de las formulaciones significa reticencia y desconfianza generalizada, ya que buena parte de las decisiones de aplicación quedarán en manos de aquellos que logren acumular poder en la cúspide del Sistema.

### Otros voceros de la opinión profesional

En editoriales del diario *La Prensa*, publicados en mayo y agosto de 1974, aparecen opiniones muy críticas en relación con el proyecto del SNIS, expresadas a través de conceptos y argumentos que comúnmente se identifican con el pensamiento profesional. Por lo demás, y en apoyo a la hipótesis de que el editorialista actúa en este caso como vocero de algún sector de la profesión -o más específicamente, del gremio-, en ambos editoriales se defiende la necesidad de consultar a las organizaciones que nuclean a los médicos, considerados como las auténticas autoridades y los legítimos voceros de la cuestión.

El sentido político que se puede adjudicar a la utilización de ese medio para plantear una posición ante la opinión pública daría pie por lo menos a dos interpretaciones, relativamente divergentes. La primera se vincula con la sensible reducción del contenido de las actas de los Consejos Federales de COMRA, que ya mencionamos, y que es posible conside-

<sup>x1</sup> Algunas precisiones adicionales ayudan a encuadrar el debate: «Cogestión puede implicar tanto un criterio funcional en el que la representación debe de estar de acuerdo con los roles y conocimientos específicos de los sectores, como una conducción basada en el poder y la importancia numérica de cada uno de ellos. [...] Integración puede significar un sistema directo, si el sistema para integrar presupone la titularidad de los efectores, o puede significar un sistema indirecto, si establece con ellos relaciones contractuales. [...] en relación con los profesionales, el primero implica una sola modalidad de ejercicio -el asalariado en relación de dependencia- y el otro, la coexistencia de diferentes formas de ejercicio y diferentes formas de retribución [...]». Perspectivas e interrogantes (editorial). En: *Confederación Médica* I 1:4, octubre de 1973.

rar como la expresión de un estrategia de prudente autocensura adoptada por la entidad gremial en esos conflictivos tiempos. En esas condiciones, es verosímil pensar que procurara difundir sus opiniones por múltiples canales, en vez de optar por la vía directa de publicación de solicitadas, utilizada con mucha frecuencia en el caso de conflictos con el poder político. También es factible que las dificultades presentes en el frente interno y el retroceso de las posiciones «pluralistas» en la discusión producida en los Consejos Federales, hayan inducido a estos sectores a buscar otros medios de difundir las razones de su oposición al proyecto. Lo cierto es que en las oportunidades mencionadas, y en relación con la discusión del proyecto del SNIS en las Cámaras, *La Prensa* se propone como vocera de los intereses profesionales, en su opinión desatendidos tanto por el Poder Ejecutivo como por el Parlamento.

La interpretación del editorialista adjudica al proyecto connotaciones fuertemente centralizadoras y autoritarias. Según su interpretación, el proyecto está inspirado en una «mentalidad» que propicia una política a través de la cual el Estado nacional se adueñaría

...de organismos técnicos y bienes físicos de pertenencia nacional y provincial, para imponer prácticamente a los profesionales y a sus auxiliares una organización de trabajo que los transformará en servidores exclusivos del poder central, vedándoles el ejercicio de toda otra tarea que no sea la que éste les fije.

En oposición con esa orientación, se defiende la vigencia de las libertades profesionales. Así, la medicina reclama un ejercicio individual que no puede ser sometido a la tutela del Estado, o a modos de organización de in jole «colectivista», y que requiere requiriendo para el profesional libertad de acción para acudir donde se lo necesita, estímulo para el estudio y el trabajo creador, y la posibilidad de penetrar profundamente en el «conocimiento físico y espiritual de sus enfermos, así como en los complejos males sociales y en la profilaxis de las enfermedades»<sup>62</sup>.

El estilo y contenido de la publicación deja poca duda acerca de que su origen intelectual puede encontrarse entre las filas profesionales. El editorial publicado en agosto cita textualmente resoluciones del Consejo Federal de COMRA, que caracterizan al Sistema a crearse como un «aparato burocrático sin objetivos claros ni destinatarios precisos, al servicio de intereses sectoriales»<sup>63</sup>.

### Comentario final

Más allá de la anécdota, la preocupación periodística revela hasta qué punto se estaba creando un clima de oposición al proyecto entre aque-

llos sectores que veían con recelo la recuperación de un papel directriz del Estado en la organización de los servicios de salud. Estos editoriales, perdidos en medio de un conjunto de informaciones reveladoras de la violencia con que se manifestaba la crisis política y social que afrontaba en esos años la sociedad argentina, muestran la existencia de sectores que tienen una muy diferente posición frente al problema, aunque pasan inadvertidos cuando se recogen las propuestas producidas por el sector. La aparente homogeneidad que surge de los documentos analizados puede ser la expresión de una hegemonía ficticia, que solo podía llegar a hacerse efectiva si la propuesta alternativa no poseía canales alternativos de acceso a las decisiones de gobierno.

La referencia a la crisis social y política y al clima de violencia generalizada, no es accidental en ese contexto. La creación del SNIS constituye un factor irritativo adicional en un proceso de gravísimos enfrentamientos en el gobierno, el partido oficialista y la sociedad en general. La caracterización del «ley sin destino», adjudicada al proyecto por el único diputado que se transforma en vocero de una de las fracciones que se le oponen, debe ser leída en ese contexto. Y ese contexto debe también proporcionar las claves de lectura para nuestra referencia inicial al SNIS como un mito de prolongada vigencia en el imaginario de la salud pública argentina.

- <sup>1</sup> Comité Federal de Salud. Documento consolidado de la reunión del 27-28 de abril de 1972. Pautas para un Seguro Nacional de Salud, Buenos Aires, 1972, documento mimeografiado, p. 4.
- <sup>2</sup> Canitrot, C., Abadie, J., Mera, J. Documento de trabajo del CIASP. VII Jornadas Argentinas de la Salud Pública, Córdoba, 1970.
- <sup>3</sup> Canitrot, C., Abadie, J., Mera, J. Documento de trabajo..., *op.cit.*, p. 2.
- <sup>4</sup> *Ibidem.*
- <sup>5</sup> *Ibidem*, p. 5.
- <sup>6</sup> Bello, J.N., Fernández de Busso, N., Mazza, A.J., Mera, J.E., Molinero, J.E., O'Donnell, J.C., Pampliega, E.L., Plachner de Molinero, M.I., Riobo, A.C. *El sistema de atención médica en la Argentina. Análisis y propuestas para su cambio*, Buenos Aires, marzo de 1973. documento mimeografiado, pp. 6-15.
- <sup>7</sup> Se trata del doctor Julio N. BELLO, que había utilizado la expresión que luego se generalizó en un trabajo publicado en los años 70 en la *Revista de la Escuela de Salud Pública*.
- <sup>8</sup> BELLO, J.N. *et al. El sistema de atención médica en la Argentina...*, *op.cit.* p. 23.
- <sup>9</sup> *Ibidem.*
- <sup>10</sup> *Ibidem.*
- <sup>11</sup> Federación Médico Gremial de la provincia de Córdoba. Nuestra gran denuncia. La Federación Médico Gremial de la provincia de Córdoba al pueblo de la provincia y a las futuras autoridades. Córdoba, mayo de 1973, p.5.
- <sup>12</sup> Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. FEMEBA: Un aporte gremial para la solución de la problemática socio-sanitaria, Buenos Aires, mayo de 1973, p. 1.

- <sup>13</sup> *Ibidem*, p. 4.
- <sup>14</sup> *Ibidem*, p. 5.
- <sup>15</sup> El Comando Tecnológico Peronista hizo conocer su propuesta sobre Salud Pública. Busca diferenciarse de las otras tendencias justicialistas. En: *La Opinión*, 28 de abril de 1973.
- <sup>16</sup> Comando Tecnológico Peronista. Mesa de Trabajo Ramón Carrillo, Propuesta programática de Salud, Buenos Aires, 1973, documento mimeografiado.
- <sup>17</sup> Consejo Tecnológico del Movimiento Justicialista. Bases para un programa peronista de acción de gobierno. Salud. Buenos Aires, 1973, documento mimeografiado.
- <sup>18</sup> Mensaje presidencial del 25 de mayo de 1973. Consideraciones sobre el sector salud. Federación Médica de la provincia de Santa Fe. *Boletín Informativo Interno I* 3:4-5, junio de 1973.
- <sup>19</sup> Centro de Estudios y Planificación Sanitaria Ramón Carrillo. Bellizzi, Montero, Allaria *et al.* *Política sectorial de salud*, Buenos Aires, 1973, documento mimeografiado.
- <sup>20</sup> García Díaz, C. Entre un régimen pluralista y un Servicio Nacional de Salud. El Sistema Nacional Integrado de Salud. En: *Revista del Centro de Investigación y Acción Social* XXIV 244: 5-22, Buenos Aires, julio de 1975, p. 13. El documento de la CGT, bajo el título «Plan Nacional de Salud», había sido publicado en *Contacto*, 1973.
- <sup>21</sup> «Mensaje presidencial...», *op.cit.* p.4
- <sup>22</sup> Ministerio de Bienestar Social, Subsecretaría de Salud Pública. Bases para un proyecto de reforma sanitaria nacional, Buenos Aires, junio de 1973.
- <sup>23</sup> *Ibidem*, p.8.
- <sup>24</sup> *Ibidem*, p. 11.
- <sup>25</sup> El Dr.Domingo Liotta expuso las características de la carrera para los trabajadores de la salud. En: Ministerio de Bienestar Social, *Boletín del Día* IV 2: 1117-1120, 26 de julio de 1973, p. 1118.
- <sup>26</sup> *Ibidem*, p.1118.
- <sup>27</sup> Liotta, D. Conferencia pronunciada en el Seminario sobre políticas de salud; la experiencia argentina, realizado en Buenos Aires entre el 25 y el 29 de agosto de 1980. En: *Medicina y Sociedad* 4 1/2: 60-61, enero-abril de 1981, p.60.
- <sup>28</sup> Cámara de Diputados de la Nación. *Diario de Sesiones*, reunión 17ª: 1388-1484, 6 y 7 de agosto de 1974, p. 1449.
- <sup>29</sup> *Ibidem*, pp. 1449-1450.
- <sup>30</sup> *Ibidem*, p.1450
- <sup>31</sup> *Ibidem*, p. 1451.
- <sup>32</sup> *Ibidem*, p. 1450.
- <sup>33</sup> *Ibidem*, p. 1413.
- <sup>34</sup> Cámara de Senadores de la Nación. *Diario de Sesiones*, Reunión 71ª :4040-4155, 24 y 25 de abril de 1974, p. 4070
- <sup>35</sup> García Díaz, C. Entre un régimen pluralista..., *op.cit.*, p.22
- <sup>36</sup> Cámara de Senadores. *Diario de Sesiones*, *op.cit.*, pp. 4049-4053.
- <sup>37</sup> *Ibidem*, p. 4068.
- <sup>38</sup> *Ibidem*, p. 4069.
- <sup>39</sup> *Ibidem*, p. 4071.
- <sup>40</sup> *Ibidem*, p. 4078.
- <sup>41</sup> *Ibidem*, p. 4061.
- <sup>42</sup> *Ibidem*.
- <sup>43</sup> Cámara de Diputados de la Nación. *Diario de Sesiones*, *op.cit.*, p. 1423.
- <sup>44</sup> Fundamentos del anteproyecto de ley sobre la creación del Sistema Nacional de Salud. Mensaje de elevación al Congreso. Buenos Aires, agosto de 1973, documento mimeografiado, p.2.

- <sup>45</sup> *Confederación Médica I* 1:1, octubre de 1973.
- <sup>46</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, tomo VIII:640-645, 8 de setiembre de 1973, p. 641
- <sup>47</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, tomo VIII:646-656, 5 de noviembre de 1973, p.651.
- <sup>48</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Memorandum urgente del 6 de noviembre de 1973. «El 'Plan Liotta' sería elevado a Sesiones Extraordinarias del Congreso como proyecto de ley de Sistema Nacional Integrado de Salud, con instrucciones terminantes de urgente sanción sin debate ni modificaciones».
- <sup>49</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Actas de los Consejos Federales, tomo VIII:657-666, 24 de noviembre de 1973, p. 664.
- <sup>50</sup> Perspectivas e interrogantes (editorial). En: *Confederación Médica I* 1:4, octubre de 1973.
- <sup>51</sup> *Ibidem*.
- <sup>52</sup> El sistema de salud y la carrera médica nacional (editorial). En: *La Prensa*, 2 de mayo de 1974.
- <sup>53</sup> Sería oposición a un proyecto de ley (editorial). En: *La Prensa*, 19 de agosto de 1974.



## CAPITULO OCTAVO

## Propuestas de organización alternativas: II. La ley 22.269

Muchos observadores se han sorprendido por la emergencia de la alianza militar-liberal teniendo en cuenta que la tradicional ideología de las Fuerzas Armadas argentinas ha sido nacionalista, industrialista, autarquizante y estatista. Menos sorprendente, pero de todos modos paradójica a primera vista, ha sido la asociación de los liberales a un experimento político de características marcadamente autoritarias como el iniciado por los militares en 1976[...]

La virtud del planteo del liberalismo económico consistió en demostrar a las Fuerzas Armadas que el esquema político-institucional que procuraban reemplazar estaba ligado estrechamente al ordenamiento económico que le daba sustento. En consecuencia la reforma económica era una condición necesaria de la reforma política. El plan económico fue justificado en tanto atiende, de ese modo, más que a objetivos económicos a los objetivos políticos del proyecto de transformación de las Fuerzas Armadas. Se estableció así una doble relación: el plan económico aparece como dependiente del proyecto político pero a la vez como su condicionante.

Canitrot, A. *La disciplina como objetivo de la política económica. Un ensayo sobre el programa económico del gobierno argentino desde 1976*. Buenos Aires, Estudios CEDES 2 6, 1979.

El análisis realizado por Adolfo Canitrot sobre los fundamentos ideológicos del proyecto que llevaron adelante las Fuerzas Armadas argentinas a partir del golpe de marzo de 1976, plantea una articulación entre liberalismo económico y autoritarismo militar que, aunque parezca hasta cierto punto paradójica, mostró ser eficiente para la afirmación de los objetivos perseguidos. El argumento de Canitrot está sin duda bien fundado. No olvida señalar las afinidades autoritarias del liberalismo argentino, las diferentes perspectivas ideológicas verificables en las Fuerzas Armadas, el punto de convergencia que existe entre la aplicación del contenido anti-

corporativo del pensamiento liberal con el tratamiento dado a las organizaciones laborales. Y es particularmente oportuna su reflexión sobre los contenidos disciplinadores de la política económica(1).

La confluencia de diferentes vertientes ideológicas en la construcción de los regímenes autoritarios de los años setenta ha sido también analizada por otros autores, entre ellos García Delgado para Argentina y Garretón para el caso Chile. García Delgado señala las contradicciones que subyacen a la convergencia ideológica puesta de manifiesto por el discurso autoritario. Diferencia así dos cuerpos doctrinarios centrales - seguridad nacional y neoliberalismo- opuestos por los diferentes énfasis colocados en torno de las tensiones entre nacionalismo e internacionalismo, organicismo y contractualismo, realización económica del individuo versus seguridad de la nación. La convergencia que permite la superación de tales diferencias se basaría en tres aspectos fundamentales:

- a) ambos cuerpos doctrinarios impugnan el conjunto de paradigmas y valores que habían dado lugar al modelo de sociedad industrial surgida a partir de la década del 40;
- b) ambos comparten el cuestionamiento a la actividad política y los políticos, defendiendo la alternativa tecnocrática como racionalizadora y ordenadora;
- c) ambos se proponen un replanteo de las bases organizativas del orden social y adjudican carácter «fundacional» a las transformaciones que defienden (2).

Al abordar la problemática específica de nuestro estudio con criterios similares, con el propósito de delimitar los puntos de convergencia y de enfrentamiento ideológico y de evaluar su influencia en los acuerdos y las discrepancias en torno del nuevo ordenamiento del sector -esto es, la reformulación del modelo de organización y financiación de los servicios, es necesario introducir algunos matices en la reflexión. Las diferentes perspectivas ideológicas no solo suponen propuestas radicalmente disímiles para los contenidos de la legislación a elaborarse; también debilitan los compromisos o transacciones a los que se arriba, y conspiran por consiguiente contra la eficacia de las reformas. Un buen «caso» para fundar el análisis es el constituido por el proceso de elaboración de la ley 22.269, sancionada en 1980, supuestamente orientada a transformar desde sus raíces el sistema de obras sociales.

Desde el punto de vista de su evaluación del pasado, es unánime entre los funcionarios ocupados en la cuestión, la crítica al sistema de servicios tal como se desarrolló a partir de los años cuarenta, y unánime también la convicción -tanto desde la perspectiva racionalizadora como desde la política- sobre la necesidad de retirar a los sindicatos el control de las obras sociales. Sin embargo, no existe el mismo acuerdo respecto de los

principios y los valores que le dieron sustento. Porque es precisamente acerca de los «principios y valores» que se manifiestan las discrepancias, en particular, en torno del papel y las funciones que deben asignarse al Estado, y de los límites deseables para la instauración de la lógica del mercado en las relaciones entre la población y los servicios.

El análisis hecho por Garretón sobre el proceso chileno es útil para definir con mayor precisión nuestro enfoque. En primer lugar, se trata de un abordaje que no se centra exclusivamente en las contradicciones entre la ideología de la seguridad nacional y el neoliberalismo, sino que incorpora, además, los referentes propios del pensamiento socialcristiano y de lo que denomina «pensamiento tecnocrático». Según el autor chileno, los conceptos fundamentales de la llamada concepción «socialcristiana del hombre y la sociedad» o «concepción humanista-cristiana» son los de persona, familia, bien común, propiedad privada como derecho natural, subsidiariedad del Estado, conveniencia de reforzar las instituciones intermedias (3). Tales principios cuestionaban tanto la concepción autoritaria como la liberal. El más evidente reside en la concepción de «persona», que considera a los seres humanos como dotados de derechos naturales anteriores a la emergencia del poder político, y se contrapone con la doctrina de la seguridad nacional que subordina los individuos a los fines superiores encarnados en el Estado, y con la idea de que el mercado es capaz de garantizar el desarrollo pleno de tales potencialidades.

El otro universo ideológico lo constituye el pensamiento tecnocrático, propio de las «élites de la burocracia pública», menos sistematizado en el nivel doctrinario, precisamente «porque rehusa considerarse como doctrina» (4). Esta concepción comparte con la ideología liberal la interpretación de la sociedad como equilibrio natural, sin conflictos estructurales ni antagonismos reales, de modo que el principio básico de resolución de los problemas es la eficiencia, es decir, la correcta asignación de los recursos. Los conocimientos adecuados para ello provienen del desarrollo científico y tecnológico, de manera que no puede reconocerse en su aplicación conflicto de orientaciones, en la medida que la aplicación de una metodología científica se vincularía con la neutralidad valorativa.

La hipótesis desarrollada en este capítulo se basa en dos ideas de carácter general, asociadas con la cuestión de las contradicciones resultantes de la yuxtaposición de universos ideológicos antagonicos en el proyecto de las Fuerzas Armadas. La primera plantea que las contradicciones presentes en el sector salud expresan la dificultad de compatibilizar la propuesta de ordenamiento basada en el mercado con la tradición tecnocrática encarnada en los funcionarios de Salud Pública y con los principios del humanismo cristiano defendidos por la Secretaría de Seguridad Social. De las diferencias de criterios organizativos entre la perspectiva

técnica tradicionalmente defendida por Salud Pública y la dinámica política emergente de la alianza entre la Secretaría de Seguridad Social, el Ministerio de Trabajo y el INOS, nos ocupamos ya *in extenso* al historiar el origen de la ley 18.610.

La segunda, que constituye solo un corolario de la anterior, intenta analizar, más allá de la compatibilización retórica de un conjunto heterogéneo de principios y valores, la existencia de grupos y posiciones de poder, encarnados en actores que defienden determinadas orientaciones ideológicas adecuadas a sus concepciones de lo justo y lo correcto. Hay que notar que el análisis del discurso a veces deja de lado el hecho de que tales concepciones de lo justo y lo correcto suelen estar asociadas de manera muy estrecha con formas particulares de distribución de poder, con determinadas relaciones sociales y con determinada percepción del interés individual y grupal. Los actores comprometidos, en consecuencia, pugnan por la reproducción de las relaciones en las que están insertos siguiendo líneas de fuerza relativamente conflictivas, ya que la concentración de poder en determinadas manos conducirá probablemente al debilitamiento de la posición de sus adversarios.

La compatibilización de diferentes universos ideológicos no puede analizarse, por consiguiente, solo como un recurso retórico organizado desde el poder para legitimar un proceso de cambios. También suele, en ocasiones, constituir una manifestación de la búsqueda de alianzas o procesos de cooptación de determinados grupos o sectores de interés. El referente ideológico solo aporta su total potencialidad para el análisis si se lo relaciona con los complejos juegos del poder.

### **El contenido de las reformas**

#### *Primeras medidas del gobierno militar*

Las primeras intervenciones del INOS luego del golpe militar de marzo de 1976 tocan aspectos puntuales pero sin duda significativos del sistema de obras sociales. En primer lugar, el decreto 3046/76, publicado por el diario *La Nación* el 30 de noviembre de ese año, contiene dos disposiciones que expresan la decisión del Estado de intervenir sobre las modalidades de contratación y prestación de los servicios de atención médica para los beneficiarios de las obras sociales.

El artículo 7º elimina el mecanismo paritario puesto en marcha por la ley 19.710 para concertar los valores aplicables a los convenios firmados entre las obras sociales y los prestadores, fija los valores máximos que regirán obligatoriamente para tales convenios, y entrega al INOS la potestad de establecerlos en el futuro. El artículo 10º otorga carácter de «servicio público de asistencia social» a los servicios de atención médica com-

prendidos en dichos convenios, e impone, por lo tanto, sanciones a la suspensión, interrupción, paralización o negación de tales servicios. Las corporaciones de prestadores, supuestamente disueltas por disposiciones del gobierno militar, son privadas en el mismo acto de las instancias de negociación que les ofrecían algún control sobre los aranceles pactados con las obras sociales y de los medios de presión a su alcance para garantizar el cumplimiento en término de los convenios así alcanzados.

Pocos días más tarde, una resolución del INOS se orienta a resguardar el patrimonio de las obras sociales, revelando la misma decisión de control por parte del Estado. El 21 de diciembre se publica en el *Boletín Oficial* la resolución 283, que establece la naturaleza pública de los recursos de las obras sociales, sanciona el carácter irrenunciable de la titularidad o disponibilidad estatal de los mismos, y declara, por consiguiente, «la nulidad absoluta de todo acto o de transferencia o destino de fondos o bienes de las obras sociales a entidades o fines distintos a los establecidos por la ley 18.610 y normas complementarias»(art. 1º). Además, se otorgaba un plazo de treinta días a las entidades comprendidas en la disposición para denunciar los bienes muebles e inmuebles adquiridos con los fondos comprometidos y ahora sujetos al control estatal.

Estas primeras medidas afectan espacios muy sensibles de la organización del sistema, y darán pie a debates de cierta significación, tanto dentro del sector como en la órbita más específica de la doctrina jurídica aplicable. La caracterización de la atención médica prestada en consultorios privados como «servicio público», la condición jurídica de los aportes compulsivos impuestos a los beneficiarios de la seguridad social, y los límites de la intervención del Estado sobre la categoría jurídica de los «bienes públicos no estatales», constituirán temas polémicos de difícil resolución en la disputa de poder sectorial.

#### *Los proyectos de ley: I. El proyecto Bardi*

En abril de 1978 el gobierno hace pública la decisión de reformar la ley 18.610, dando a conocer las «pautas» establecidas para la elaboración del nuevo instrumento legal. En ese momento es ministro de Bienestar Social el contralmirante Bardi. La fundamentación de la medida combina viejos y nuevos argumentos en la crítica al sistema vigente: la desigualdad de recursos originada en la diferente capacidad de presión de los sectores laborales, la consiguiente desigualdad en las prestaciones, la distorsión producida cuando los recursos extraordinarios así generados gravan la producción de determinados bienes o servicios, la irregular distribución de la capacidad instalada, el carácter oligopólico de la oferta de servicios frente a una demanda atomizada, («anárquica, incoherente, y con gran capacidad de compra»), componen el listado de las ampliamente

te reconocidas deficiencias del sistema. A ellas se agrega la mención de otro tipo de distorsiones que suponen la canalización de los recursos hacia fines no contemplados por la legislación que le diera origen: inversiones innecesarias y que se realizan tras objetivos proselitistas, desvío de fondos en función de «intereses sectoriales, partidarios, de grupo y aun personales»(5).

En función de ese diagnóstico se propone la desvinculación de los organismos encargados de administrar las contribuciones destinadas a la cobertura de atención médica de las asociaciones profesionales, organizándolas regionalmente bajo la conducción de un organismo de nivel federal. El gobierno del sistema estaría a cargo de cuerpos colegiados, en los que «compartirán responsabilidades representantes del Estado y de los afiliados, empresarios y jubilados y pensionados.» Se prevé también la ampliación de la población beneficiaria mediante la incorporación de grupos no cubiertos y la adhesión voluntaria de las obras sociales no incorporadas al régimen de la 18.610. Los entes de obra social así creados tendrán funciones financiadoras y, salvo casos muy especiales, no podrán desarrollar infraestructura propia. Se encomienda a la futura legislación la determinación del destino de los bienes actualmente afectados a prestaciones de obra social y en poder de asociaciones profesionales o de las obras sociales respectivas.

Pocos días más tarde se brinda información adicional sobre los mecanismos que se pondrán en práctica para transferir al Ministerio de Bienestar Social los bienes adquiridos con fondos del sistema que se encuentren en poder de obras sociales o de las organizaciones sindicales, y los mecanismos compensatorios que se han previsto, consistentes en planes de vivienda para los trabajadores del respectivo sector (6). También se hace público en sus principales detalles el articulado del proyecto en elaboración. Del futuro marco regulatorio, vamos a destacar los puntos que se vinculan con los aspectos organizacionales, las modalidades de cobertura y la relación con los prestadores.

Respecto de la organización del sistema se produce una primera limitación frente al declarado propósito de eliminar las fuentes de desigualdad reconocidas en la división de los beneficiarios según sectores laborales, cuando se decide el mantenimiento como entidades autárquicas de las obras sociales estatales («las obras sociales correspondientes a organismos de la administración central, organismos descentralizados y de las empresas del Estado nacional subsistirán con independencia de los entes regionales») con la única limitación de que no podría haber más de una entidad por organismo.

En relación con la cobertura, el aspecto que nos interesa subrayar radica en el abandono del principio de cobertura igualitaria, reconocido

tradicionalmente -y escasamente efectivizado en la práctica- como consecuencia de la solidaridad grupal que constituía uno de los fundamentos doctrinarios del sistema. La posibilidad de acceder a una atención diferencial se vincula con la diferencia de aportes realizados por los distintos sectores laborales. La cobertura de atención médica - en aspectos relacionados exclusivamente con condiciones de confort - podría ofrecer diferentes niveles para diferentes calidades de beneficiarios: con ese objeto se otorgará a los entes la facultad de «categorizar» a sus beneficiarios según los aportes efectivizados. Se ofrecerá también la posibilidad de incrementar voluntariamente el aporte individual, de manera de acceder a mejores planes de cobertura.

En relación con los prestadores y prestaciones hay que señalar, en primer lugar, la disposición de que los futuros entes solo podrán desarrollar infraestructura propia en forma excepcional. Las prestaciones se realizarán, entonces, mediante la contratación con efectores públicos y privados, lo que excluye la posibilidad de contratar a los proveedores tradicionales del sistema: las corporaciones profesionales.

Solo podrán tener calidad de efectores y por tanto actuar como tales e incorporarse al registro pertinente, los directos y reales prestadores a nivel individual o colectivo. No serán considerados efectores y consecuentemente no podrán actuar y formalizar convenios aquellas personas individuales o colectivas, cualquiera sea su naturaleza jurídica, que no reúnan las condiciones antedichas, aunque las mismas reúnan y/o representen a efectores (por ejemplo: colegios o asociaciones profesionales, etc.) (7).

La retribución de las prestaciones se realizaría en el momento de recibirlas, por el ente de obra social o el beneficiario que demande el servicio. Para facilitar la operatoria se establecería un sistema de órdenes de pago, que serían canceladas por cámaras compensadoras mediante depósitos en cuenta corriente, en una mecánica similar a la del cheque.

La información recogida, fundamentalmente de fuentes periodísticas, no nos permite especular en torno de la relación de este proyecto -elaborado en el Ministerio de Bienestar Social -con el que en forma paralela se estaba discutiendo en el Ministerio de Planeamiento, sustentado en principios en parte contrapuestos.

## *II. El proyecto elaborado en el Ministerio de Planeamiento*

En efecto, en el Ministerio de Planeamiento habría funcionado, a partir del 29 de setiembre de 1977, una Comisión de Salud integrada por funcionarios del Ministerio, y representantes de la Academia Nacional de Medicina, la Facultad de Medicina de la UBA, la Asociación Médica Argen-

tina, las Confederaciones Médica, Bioquímica y Odontológica, y la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Para el abordaje particular del tema medicamentos se habría consultado también la opinión del sector industrial y de la Confederación Farmacéutica Argentina. Sus miembros se habrían reunido con periodicidad semanal, entregando las conclusiones de su trabajo en agosto de 1978. Las orientaciones proporcionadas a dicha Comisión por el Ministerio de Planeamiento fueron sintetizadas en un documento identificado como «Proyecto nacional». De él se toman los principios básicos que podrían sustentar la elaboración de un proyecto de sistema de atención médica: «solidaridad, fomento de la responsabilidad individual, seguridad social, acción subsidiaria del Estado, fomento de la actividad privada y federalismo». <sup>i</sup> (8)

Es imposible sintetizar en este espacio el trabajo de la Comisión, que se hace público a través de más de cien páginas mimeografiadas. Sin embargo, en función de nuestro intento de poner de manifiesto los cuerpos ideológicos en disputa, puede ser útil sintetizar algunas de sus recomendaciones.

En relación con lo que denominaríamos las bases organizativas del sistema, se recomienda:

iguales derechos y obligaciones para todos los afiliados del sistema; idénticos aportes porcentuales, proporcionales a los ingresos personales, para lograr similares beneficios; normas de funcionamiento uniformes; requisitos administrativos únicos; cobertura integral de todos los riesgos de la enfermedad; eliminación de coseguros limitativos; regionalización operativa a nivel provincial o local; integración de beneficiarios por lugar de residencia, independientemente de su dependencia laboral; garantía para el enfermo de la libre elección del profesional o institución asistencial (9).

Las propuestas vinculadas con la delimitación de posibles prestadores recomiendan la utilización de toda la capacidad instalada disponible que reúna las condiciones básicas de acreditación, cualquiera sea la jurisdicción.

<sup>i</sup> El diagnóstico realizado por la referida Comisión expresa el pensamiento hegemónico en el área de Salud Pública, demandando la organización de un «sistema» y el papel directriz del Estado: «Es necesario señalar el déficit de soluciones de fondo con que se ha implantado la conducción sanitaria. La falta de coherencia de nuestro sistema de atención médica en su conjunto, la forma injusta como se grava repetidas veces el presupuesto familiar, la multiplicidad de planes y regímenes de administración que crean la ineficiencia y restringen la calidad, la escasa compatibilidad de su organización con los objetivos de la seguridad social bien entendida, están denotando la carencia de una política de atención médica constructiva y el exceso de soluciones coyunturales o paliativas, inspiradas generalmente en razones ajenas a las estrictamente sanitarias. Hay quienes sostenían, sin



dicción o propiedad de los efectores, la retribución preferente por acto profesional o prestación sanatorial, con arancel único, la categorización de establecimientos para autorizar la realización de prestaciones según niveles de complejidad, el redimensionamiento de la incorporación de tecnología para responder a las necesidades del sistema, la supeditación del incremento de la capacidad instalada a una planificación regional y central, con adecuada representación de los prestadores en los órganos de decisión.

La cuestión de la intermediación se dirime conforme con la doctrina de COMRA. Al respecto se señala expresamente que la recomendación de utilizar la totalidad de la capacidad instalada disponible se refiere a los «prestadores directos de atención médica, con capacidad instalada propia o entidades profesionales sin fines de lucro, siendo condición absoluta la eliminación de intermediarios que subcontratan servicios y parasitan económicamente las prestaciones»(10).

En lo relacionado con la financiación, la Comisión rechaza la unificación de todos los recursos en un fondo financiero sanitario nacional, solución que considera excesivamente drástica, como una «respuesta pendular del actual desorden y atomización», que resultaría en una concentración extrema del poder de decisión que acompaña el manejo de recursos económicos (11). Considera un camino más viable reunir los recursos por origen, y aplicarlos según un programa que distribuya responsabilidades y funciones y delimite áreas de competencia. De acuerdo con este criterio, se destinarían los recursos provenientes de la renta nacional para las acciones de salud reservadas al Estado, y los originados en los aportes de las personas (beneficiarios y empleadores) para sufragar las prestaciones de atención médica de la seguridad social. Aconsejan además la creación de fondos de redistribución para compensar carencias zonales y la adopción de medidas para contener el gasto en medicamentos y su incidencia sobre el total de las erogaciones.

La canalización de recursos financieros se adapta a la delimitación de funciones. El sector público tendría a su cargo las acciones médicas de

---

embargo, que existía una política de atención médica en el país y ella consistía, precisamente, en tener varias políticas en razón de las varias situaciones que debían enfrentarse. Es cierto, tener varias políticas o no tener ninguna, en definitiva es también una política.

«Pero es muy pobre - y además muy caro- reconocer que solo podermos seguir el curso espontáneo de los acontecimientos, sin tener capacidad para prever los cambios y orientar consecuentemente las instituciones. Resulta evidente, entonces, que necesitamos una Política Nacional de Salud». Ministerio de Planeamiento, *Documento de la Comisión de Salud Pública*, Buenos Aires, 1978, documento mimeografiado, pp. 8-9.

tipo colectivo, la medicina preventiva, las patologías regionales prevalentes, la atención de zonas marginales, la asistencia de enfermos crónicos, los programas y campañas especiales, los pacientes psiquiátricos crónicos, los geriátricos, los infectocontagiosos, etcétera. En opinión de la Comisión, esta redefinición del papel del subsector público permitirá dimensionar los efectores, eliminando establecimientos ya irrecuperables o cambiando su destino para permitir un uso más racional y útil de sus fondos.

La seguridad social, por su parte, tomaría a su cargo las acciones de salud de tipo individual, transformándose en un órgano de gestión financiera, de canalización de la demanda de atención médica y de control de la oferta, a través de la fiscalización de las prestaciones. Su organización debería concentrarse progresivamente en entes regionales o provinciales, con normatización central.

La organización del sistema tendría que prever, también, la concesión de créditos especiales para la construcción, ampliación y equipamiento de las instituciones prestadoras, tendientes a elevar el nivel de eficiencia según probadas necesidades locales.

Tendrá también que garantizar a los sanatorios derechos similares a los reconocidos a los hospitales de colectividades privados, cuya supuesta «beneficencia» los libera de múltiples cargas y obligaciones económicas. El sistema deberá proponer al Estado nacional los procedimientos de desgravación impositiva que estimulen la inversión en salud y la utilización de la rentabilidad en mejoramiento y reinversión. Asimismo, será menester implementar la liberación de tasas aduaneras para la importación de equipos, respondiendo a necesidades detectadas y no a simple competencia comercial (12).

Si hemos abusado en la transcripción de citas textuales del documento, se debe a la intención de poner de manifiesto el difícil compromiso ideológico que el texto expresa. En él se busca conciliar la perspectiva de los técnicos de salud pública -que procuran poner en manos del Estado la capacidad regulatoria y de control indispensable para garantizar la igualdad, la eficacia y la eficiencia en el otorgamiento de las prestaciones- con la orientación corporativo/privatista que caracteriza a las organizaciones de prestadores.

La influencia de COMRA y CONFELISA en la elaboración del documento puede reconstruirse a partir del señalamiento de párrafos puntuales, en muchos casos extraídos en forma directa de documentos oficiales de ambas organizaciones. Los principales puntos son el relegamiento del subsector público a las actividades que no interesan a los prestadores privados, la eliminación de los prestadores de alternativa organizados en entidades de prepago, y las demandas sanatorias respecto de créditos

preferenciales, exenciones impositivas y libre importación de tecnología.<sup>ii</sup>

El anteproyecto redactado en el Ministerio de Bienestar Social pierde actualidad con la renuncia del ministro, producida en octubre de ese mismo año. Su sucesor, el contralmirante Jorge Fraga, respaldará una nueva propuesta a lo largo del debate sobre la materia que tomará estado público a partir de marzo de 1979. Las recomendaciones producidas por la Comisión de Salud del Ministerio de Planeamiento, que circularon en forma mimeografiada, no parecen haber sido retomadas por ninguno de los protagonistas de dicho debate.

### **Indicios de conflicto en el aparato estatal**

A lo largo de 1979 la cuestión de la reforma de la ley de obras sociales se inscribe como una parte sustantiva de un problema más amplio, que asume contornos fuertemente polémicos en el Poder Ejecutivo: el relacionado con la posible reducción de los aportes sociales de la población trabajadora. La cuestión alcanza estado público en diciembre de 1978, a través de un mensaje pronunciado por el ministro Martínez de Hoz en el que hace referencia a la política salarial puesta en marcha por el gobierno.

En su discurso Martínez de Hoz señala la relación existente entre el nivel de los salarios y la productividad y la consiguiente imposibilidad de establecer aumentos salariales por decreto. Menciona como una grave distorsión, generada a lo largo de los años en la economía argentina, el sobredimensionamiento de los costos laborales a través de la exigencia de lo que denomina «impuestos al trabajo», destinados a financiar diferentes prestaciones sociales. El argumento se plantea en términos directos: si es la capacidad productiva de la economía la que debe regular la financiación de los salarios en determinado nivel, las cargas sociales deberán equilibrarse de tal manera que los beneficios efectivamente recibidos compensen su incidencia negativa sobre el salario de bolsillo percibido por el

<sup>ii</sup> La demanda de «categorización» de los establecimientos sanatoriales, propia de las grandes instituciones miembros de CONFELISA, que se agudizaría más tarde con la emergencia de la crisis financiera de los años 80 hasta conducir a una redefinición de la organización corporativa, se expresa en el Documento de la Comisión en términos de limitaciones a la eficacia y la eficiencia del conjunto de los efectores: «La gran cantidad de establecimientos asistenciales pequeños y medianos que posee la actividad privada, le permite satisfacer una amplia gama de necesidades médicas, en las más diversas localidades del país. Pero estas dimensiones muestran, por sí solas, sus propias falencias y las limitaciones de esta cobertura a determinados niveles de atención médica, pues es evidente que la incorporación de tecnología moderna, de muy alto costo, solo puede lograrse en instituciones de cierta magnitud, con adecuada infraestructura y un nivel completo de complejidad[...] Nos preocupa también en este tema, la incorporación

trabajador. Todo sobredimensionamiento de tales cargas perjudica en definitiva a sus supuestos beneficiarios, conformando un límite a sus remuneraciones.

La perspectiva del gobierno en relación con la política salarial se orienta a analizar la posibilidad de ofrecer los mismos servicios a un costo menor con mayor eficiencia, de manera de lograr un mayor volumen efectivo para el salario del trabajador, conservando las mismas o mejores prestaciones sociales. El estudio del tema resultó de una directiva del presidente de la Nación para la confección del presupuesto de 1979, por la cual se encarga a los ministerios de Economía, Bienestar Social y Trabajo la elaboración de un informe conjunto sobre la posibilidad de realizar una reducción de los aportes destinados a las prestaciones sociales, sin afectar la calidad de las mismas (13).

*La Nación* comenta, en marzo de 1979, las dificultades que se han presentado para cumplir las directivas presidenciales en el término previsto, que culminaría el 31 de marzo. Según la información vertida por ese medio, había divergencias importantes en las posiciones de los tres ministerios:

Mientras Bienestar Social manifiesta que necesita mayores recursos para llevar adelante sus programas, Trabajo se preocupa por el funcionamiento de la obras sociales y Economía sostiene que esos «impuestos al trabajo» entorpecen todo cuanto se pueda hacer para resolver dos de los problemas que más han sido agitados en los últimos tiempos como son la reducción del salario y la inflación.

El tema concitaba en ese momento el interés de los empresarios preocupados por reducir los costos laborales ante la política de «apertura de la economía» puesta en marcha por el mismo Martínez de Hoz. Un trabajo de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires se hace cargo de tal inquietud, afirmando que, si se distribuyera el costo total de mano de obra de las empresas en forma de salarios en efectivo, cada trabajador podría cobrar a fin de mes un 125% más de lo que efectivamente percibía, «sin ejercer el menor peso sobre los costos de producción y comercialización». El cálculo, excesivamente optimista sin duda, incluía costos de difícil sujeción, como vacaciones, licencias por servicio militar, seguros por acci-

---

indiscriminada de tecnología, que permite que algunos establecimientos logren adquirir con enormes esfuerzos financieros equipos de muy alto costo cuya multiplicación produce luego capacidad ociosa, concentrada en grandes centros urbanos. Damos, como ejemplo, lo ocurrido hace algunos años con la proliferación de las bombas de cobalto o los equipos de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y lo que parece repetirse ahora con la tomografía axial computada. Ministerio de Planeamiento, *Documento...*, op.cit., pp. 80-81).

dentes de trabajo, etcétera. El columnista de *La Nación* considera que en última instancia habría unos 50 o 60 centavos por peso destinado a sueldos de bolsillo que podrían efectivamente reducirse, aunque considera que en última instancia la mejora de los salarios podría fluctuar en torno del 5% de los mismos (14).

La información periodística pone de manifiesto, en esos días, las discrepancias existentes entre los ministros de Bienestar Social y Economía, en relación con la posibilidad de reducción de los aportes destinados a las prestaciones sociales. En un análisis más profundo sobre los contenidos de la cuestión, un editorial de *La Nación* vinculará el problema de la incidencia de tales contribuciones sobre el nivel de los salarios con la necesidad de garantizar una aplicación eficiente de los fondos así recaudados. Procurando aparentemente ordenar el debate y tratar el tema en su real complejidad, anticipa algunos de los argumentos que, lejos de resolver la polémica, pondrán de manifiesto las discrepancias ideológicas subyacentes cuando se incorporen a la discusión interministerial diferentes propuestas de reformulación del sistema de obras sociales. Señala al respecto el editorialista:

En primer término, deberá distinguirse entre la urgencia por mejorar el nivel de los ingresos fijos sin apelar a medios inflacionarios, como solución circunstancial, y la necesidad de lograr, en plazo razonable, un régimen de servicios sociales cuyos requerimientos económicos no excedan el límite de lo conveniente. Respecto de lo primero, parece necesario señalar la dificultad de proceder con acierto en tanto no se concreten las reformas previstas y anunciadas en distintas ocasiones por las autoridades, de los diferentes sistemas que componen el amplio espectro de beneficios vigentes y cuyas deficiencias e imperfecciones han sido y son motivo de frecuentes debates (15).

La cuestión aparece así planteada en términos relativamente simples: se podrán reducir los aportes sin afectar los beneficios, cuando se garantice un eficiente manejo de los recursos a partir de la reformulación de los sistemas destinados a efectivizar las prestaciones. En los meses subsiguientes la polémica trabada en torno de la reforma del sistema de obras sociales mostrará la real complejidad que asume el problema dentro de la heterogénea combinación de fuerzas sociales y políticas nucleadas en apoyo del régimen militar. En efecto, dos meses más tarde, en mayo de 1979, el conflicto interministerial se canaliza hacia la discusión de diferentes proyectos de ley que suponen no solo diferencias en términos organizativos sino también discrepancias de fondo en la concepción sobre el papel del Estado en la protección de los riesgos vitales. Nuevamente es *La Nación* el órgano periodístico que nos permite acceder al debate existente en el Poder Ejecutivo:

La división de criterios existente en el gabinete nacional sobre la futura ley de obras sociales es tan profunda que, así como está el debate, no se puede dar un paso más sin que el gobierno pague un serio costo político.

El punto de vista en que quedó situada el lunes la discrepancia ministerial no permite razonablemente sino interpretar que el asunto debe, en primer lugar, volver a ser conversado por el presidente de la Nación con la Junta Militar; y, en segundo lugar, que será necesario dejar pasar unos meses de enfriamiento antes de llegar a una resolución.

Por un lado está el ministro de Bienestar Social con un proyecto originado en su cartera, por el otro, varios ministros, encabezados por los de Interior, Economía y Justicia, cuyas posiciones giran en torno de una propuesta redactada por una comisión interministerial. Si cabe, el ministro de Trabajo, general Reston, ha asumido una actitud tercerista, pero en líneas generales más próxima a la iniciativa que defiende el contralmirante Fraga que a la otra.

Se trata de una de las polémicas más significativas que se haya suscitado en el seno del gobierno. La cuestión va mucho más allá de una divergencia sobre quién o quiénes deben administrar las obras sociales, es casi tanto como un enfrentamiento de políticas diferentes sobre si debe haber en la Argentina o no un sistema obligatorio de seguridad social (16).

Según el mismo artículo, uno de los puntos conflictivos, sobre el que se centraría el debate y la negociación en los meses subsiguientes, es la disposición contenida en el proyecto de la comisión interministerial que autoriza al afiliado a «llevarse el noventa por ciento de sus aportes para hacerse atender en alguna otra parte que no sea la obra social que le corresponde» (17). En realidad, como ya señalamos y como también señala el articulista, la discrepancia era más profunda y tocaba la bases organizativas del sistema.

El proyecto de Bienestar Social que, según sus autores, se atenía a las pautas fijadas por la Junta Militar, aunque introducía cambios importantes en la organización y estructura de las obras sociales mantenía la vigencia del principio de solidaridad grupal. Por el contrario, la propuesta de la Comisión Interministerial tendía a suprimir o debilitar esa base solidaria creando un Programa de Atención Médica Privada que otorgaba a cada uno de los beneficiarios del sistema la posibilidad de escoger entre diferentes seguros privados de tipo comercial aquel que mejores posibilidades le ofrecía para garantizar su cobertura de salud y la de su familia (18).

### **Los contenidos del debate ideológico**

La reforma de la ley de obras sociales y el enfrentamiento producido dentro del gobierno en relación con el futuro del sistema previsional ar-

gentino explícita, en primer término, el debate ideológico referido a la organización de los servicios de salud, y a lo que más tarde se generalizaría como crítica al «Estado providencial» desde la perspectiva del pensamiento neoliberal. En efecto, si bien había tenido un lugar importante en la polémica interna del sector, la orientación que cuestionaba la centralización en manos del Estado tanto de la propiedad de los efectores como de las facultades de regulación del sistema -cuestionamiento encarnado en lo que en la época se reconoce como propuestas «pluralistas»-, existía todavía un reconocimiento generalizado acerca de la responsabilidad estatal en el mantenimiento de un sistema de base solidaria. La perspectiva «pluralista», aunque en la práctica defendiera una relativa privatización del sistema de servicios, se encontraba mucho más cerca del humanismo cristiano que de los principios de responsabilidad individual y de libertad de elección entre oferentes que compiten en el mercado, que en ese momento comienzan a penetrar en el debate ideológico sectorial.

A continuación intentaremos una síntesis de las principales posiciones, tal como se manifiestan en esa particular coyuntura.

#### *El mercado como asignador eficiente de recursos*

En nuestra reseña sobre los sistemas de prepago, describimos la perspectiva de la Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga (CIMAP) cuando se sancionó la ley 18.610. En su Primera Reunión Nacional, realizada en mayo de 1970, CIMAP reclamaba una regulación del Estado para su actividad, que permitiera a las empresas que la constituían incorporarse como prestadoras al régimen de las obras sociales. En ese momento la institución ya defendía las ventajas de la iniciativa privada, la libre competencia y la administración descentralizada sobre una modalidad de seguro masivo y compulsivo -en referencia al «remanido y peligroso Seguro de Salud o Enfermedad». Sin embargo, no iba más allá en el cuestionamiento a la intervención del Estado, del que solicitaba apoyo legal y financiero, y se pronunciaba en apoyo de un sistema de financiación solidario.

En 1980, por el contrario, CIMARA, entidad en la que se transforma CIMAP al incorporar las empresas de prepago en el nivel nacional, ha cambiado de manera sustancial su evaluación del sistema de obras sociales, considerando un «enriquecimiento sin causa», la canalización hacia los futuros entes de obra social de la mayor parte del aporte/contribución de los trabajadores que hubieran decidido optar por otra modalidad de cobertura de atención médica. En una solicitada publicada a raíz de la sanción de la ley 22.269, la entidad empresaria se manifiesta decididamente en apoyo de la orientación liberal, afirmando que «el legítimo respeto de las libertades y derechos individuales» implica el derecho a que

cada cual canalice el aporte sobre sus remuneraciones de manera de poder solventar el sistema de salud libremente elegido (19).

En el mismo sentido se había pronunciado, un año antes, una solicitada firmada por entidades representativas del comercio, la industria y la banca en general, que expresaría el explícito respaldo de una porción significativa del empresariado a la posición del Ministerio de Economía. En su texto se reclama un abordaje totalizador del sistema de seguridad social, remitiendo las dificultades verificables en su funcionamiento -de acuerdo con el generalizado diagnóstico liberal del momento- a los errores derivados de una excesiva intervención estatal en el período precedente:

Fue un error haber separado el tema de las obras sociales de la cuestión global de nuestro sistema de seguridad social estatizado. Tanto las obras sociales como las jubilaciones, el salario familiar, los fondos para viviendas económicas, el turismo social, etc. constituyen el núcleo de un nudo indesatiable, [...] ellos forman parte del proyecto político y económico que se impuso sistemáticamente desde hace 35 años y que, salvo muy contadas excepciones, ha sido sostenido por todas las tendencias políticas que se sucedieron en el poder durante dicho lapso. Dicho proyecto no fue un «sugestivo proyecto de vida en común» como dice en documentos del actual gobierno, sino una ininterrumpida implantación de las ideas del Estado Providencia.

La Argentina fue así inducida a un grave error histórico y político cuando comenzó a creer que la mejor y más barata manera de alcanzar el objetivo de proteger al hombre consistía en estructurar un sistema centralizado y monopolizado impuesto a la comunidad por gobiernos anteriores en complicidad con una estructura sindical corporativista mediante afiliaciones obligatorias y masivas.

Desde esa perspectiva, la imposición coactiva del Estado de una afiliación a obras sociales determinadas habría impedido la aparición y evolución de nuevas organizaciones intermedias, «descentralizadas y creativas», cuyas contribuciones a la cobertura de los riesgos de enfermedad «hubiesen superado ampliamente» en seriedad y eficiencia el sistema efectivamente implantado. Las deficiencias del régimen vigente se vinculan directamente con su carácter obligatorio:

El régimen actual obliga a los trabajadores en relación de dependencia a pertenecer a obras sociales que no eligen, las que deciden por ellos en todas las materias referidas a su salud.

El sistema es cerrado y coactivo, no permitiendo a los beneficiarios aportantes utilizar alternativas más eficientes de cobertura que se ofrecen fuera de él.



La ineficiencia y mala calidad de los servicios, que es en parte el resultado del monopolio que ejercen las obras sociales, obliga muchas veces a que los trabajadores paguen en forma doble su atención médica, ya que por un lado sufren la retención de sus aportes y por el otro, deben afrontar gastos para recurrir a servicios privados.

La reforma debe centrarse, en consecuencia, en la liberalización del sistema: los inconvenientes de un sistema cerrado compulsivo pueden solucionarse si se permite que los beneficiarios utilicen sistemas privados de cobertura de acuerdo con sus preferencias: seguros médicos, mutuales, planes de asistencia integral de clínicas, organizaciones de colectividades, etcétera, derivando hacia estas entidades directamente los fondos del régimen de obras sociales. La autoridad en materia de salud pública sería la encargada de controlar la calidad de los planes ofrecidos por la actividad privada y el respaldo económico financiero de los mismos (20).

El grupo empresario opta también por encuadrar el problema haciendo referencia a dos filosofías sociales en pugna, y afirmando la necesidad de elegir entre dos posiciones descriptas en términos fuertemente antagónicos:

en la decisión que adopte el gobierno nacional podrá advertirse cuál es la filosofía social que propondrá a la Nación Argentina, si se favorecerá la tendencia a la colectivización, a la preponderancia sindical, a la omnipotencia del Estado, a la tutela del hombre argentino por el aparato estatal como si no tuviera capacidad de decisión, o si se favorecerá la fortaleza individual, el espíritu de responsabilidad, el sentido del ahorro y la previsión personal, así como permitir la coexistencia de las pequeñas asociaciones, con la familia a la cabeza de todas ellas (21).

No solo se orienta el reclamo empresario hacia la separación de los sindicatos en la administración de las obras sociales, tal como se había decidido en la Junta de Comandantes. También rechaza expresamente la participación de los trabajadores y los empresarios en el gobierno del sistema, alegando que una administración compartida agregaría «un nuevo e innecesario motivo de fricción en las relaciones laborales», estimularía la abstención empresarial y dejaría librados al exclusivo control sindical «los fondos públicos afectados a la salud».

Información periodística anterior a la aparición de la solicitada hace referencia a algunas exigencias específicas de los sectores empresarios, no recogidas en la misma. Según esas versiones, se reclamaría la derogación de las contribuciones especiales autorizadas por ley o por convenio colectivo, y la disolución del INOS y del ISSARA. Se sugiere además poner el

control del sistema bajo la dependencia de la Secretaría de Salud Pública, que estaría encargada de autorizar la acreditación de los entes prestatarios. El usuario, se aclara expresamente, «debe poder elegir el ente al cual confiará su atención, y la empresa debe efectuar los aportes a la entidad elegida por el usuario»(22).

También la Unión Industrial Argentina se había pronunciado, en marzo de 1979, en favor de una organización basada en seguros privados. Su Comisión Asesora Ejecutiva responde a una consulta del Ministerio de Trabajo referida al proyecto de ley de obras sociales, recordando su oposición al régimen de la ley 18.610, puesta de manifiesto desde el momento mismo de su sanción y su desacuerdo con cualquier modificación «que no produzca un cambio radical del sistema». Como modelo de organización alternativo recomienda el establecimiento de un régimen de «seguro social privado»(23). Por su parte, el Movimiento Industrial Argentino, una de las corrientes internas de la UIA, se habría manifestado también en apoyo de la liberalización del sistema en un documento enviado al Poder Ejecutivo y la Junta de Comandantes a comienzos de octubre de ese mismo año (24).

#### *La posición de la Secretaría de Salud Pública*

Si se quisiera definir la posición contrapuesta a la defendida por la multisectorial empresaria, tomando en cuenta fundamentalmente los aspectos ideológicos, no cabe duda que habría que centrar la atención en los documentos emanados de la Secretaría de Salud Pública. Sin embargo, es precisamente esta Secretaría la que los sectores empresarios identifican como adecuada para tomar a su cargo el control de los efectores del sistema. Hay aquí una paradoja que no puede ser obviada en la presentación del problema.

Pese al cambio de gobierno, y el consecuente reemplazo de los cuerpos técnicos directivos, el funcionariado de Salud Pública sigue apegado a la propuesta defendida por el sanitarismo por lo menos desde los años sesenta. Si bien es sumamente novedoso -aunque no original, ya que se trata una vez más de la asimilación local de enfoques elaborados por OPS/OMS- el énfasis retórico puesto en la atención primaria, cuando se habla de reorganización del sector se vuelve a caer en los esquemas incesantemente reiterados y formulados de manera predominante en términos de deber ser. El contralmirante Irán Campo desarrolla en múltiples documentos y discursos las ideas orientadoras de su gestión, que aquí se resumen con el propósito de extraer, por una parte los aspectos referidos al papel del Estado, y por la otra, los contenidos relacionados con la perspectiva técnica propia del sanitarismo, ambos contradictorios con la defensa de un sistema que postula la libre elección entre una pluralidad de organizaciones financiadoras.

En relación con el primer punto, se manifiesta como «no admisible» la imagen de un Estado que se proponga como «espectador impasible y no comprometido», frente a los complejos, crecientes y muchas veces dramáticos problemas que la salud plantea. Hasta aquí, podría pensarse que no existen contradicciones graves. Los liberales también, aunque con otros términos, reconocen la presencia del Estado en actividades tan fuertemente vinculadas con el bienestar de la población. El mismo secretario de Salud se preocupa por aclarar que su concepción no es «estatizante» y menos aún «socializadora», sino «sencillamente, una definición del rol que ineludiblemente le compete al Estado en la sociedad contemporánea»(25). El problema se manifiesta cuando se intenta ir más allá de este tipo de definiciones globales y se explicitan los contenidos concretos de esa responsabilidad estatal. En la versión de la Secretaría de Salud Pública estos se asientan, en primer lugar, en la formulación de una «doctrina sanitaria nacional» y en conformidad con sus fundamentos, la elaboración de un Plan Nacional de Salud que, «sobre bases coherentes y viables y con un enfoque sistémico, vincule coordinadamente el rol de los subsectores que legítimamente deben jugar un papel positivo en el contexto general del sector». La planificación, instrumento indispensable del deber ser sanitarista, se presenta como «objetivo que orienta y determina» el accionar de la Secretaría:

Planificar en este sentido significa un cambio de mentalidades y de estructuras para lograr el desarrollo de un sistema caracterizado por una formulación clara de propósitos, por una normatización y fiscalización centralizadas que contemple, paralelamente, una ejecución descentralizada, único camino mediante el cual podrán lograrse decisiones ágiles y que respondan a las peculiaridades del ámbito político geográfico que ha de recibirlas.

Consecuentemente propendemos a la implementación progresiva de una regionalización sanitaria que permita el acceso de la población a los centros de atención primaria que, necesariamente, deben ser el primer eslabón de un sistema cuyas líneas de derivación respondan y se adecuen a los distintos niveles de complejidad hospitalaria existentes en el país (26).

La pretensión integradora de construir un sistema a partir de la organización de los servicios se corresponde necesariamente con una política financiera de corte centralizador, aunque esa centralización se defina en el nivel provincial y no en el nacional. La Secretaría de Salud Pública defiende, por lo tanto, «una concentración indiferenciada y por provincias de los recursos financieros de la salud».

En otros textos, la perspectiva se matiza con definiciones que procuran dejar espacio a la pluralidad de opciones. En una conferencia pronun-

ciada en 1981, por ejemplo, se define la función de la Secretaría como la responsabilidad de «orientar al aparato burocrático en un sentido determinado» e indicar al sector privado «cuál es su espacio y sus funciones». Y se conceptualiza el sistema de salud deseable como «pluralista», alejado de toda forma de monopolio estatal, «orientado a la asignación de recursos para asegurar su equidad mediante las políticas, planes y programas»(27).

Sin embargo, el imperativo tecnocrático vuelve a aparecer cuestionando el supuesto pluralismo:

Este sistema coordinado y federal de servicios de salud, que incluya a todos los recursos disponibles, debe ser regionalizado, zonificado y estructurado en escalones de complejidad creciente (28).

Y la perspectiva integradora vuelve a ponerse de manifiesto en el plano de la financiación:

El financiamiento de este sistema se debe basar en mecanismos que expresen formas de solidaridad social global en la cobertura del riesgo, comenzando por un seguro nacional de atención médica para llegar a un seguro nacional de salud (29).

En forma prácticamente inmediata se imprime un matiz desburocratizante, cuando se señala que uno de los problemas que hay que resolver es la recuperación de la relación armónica del médico con la persona que consulta. Tal relación se encontraría alterada desde el momento en que «las organizaciones financiadoras y prestadoras de servicios se han metido como una <cuña> entre los dos factores fundamentales de la ecuación de la atención de salud, el médico y las personas»(30). Sin embargo, esa perspectiva centrada en una orientación integradora de la práctica clínica, que trata al paciente como totalidad es también un componente técnico-doctrinario, de asimilación relativamente mecánica en los textos vinculados con la estrategia de atención primaria.

Las dificultades más notorias en la compatibilización de las propuestas sectoriales con las pautas más generales de transformación social definidas por el gobierno militar, se ubicarán sin duda en torno del reiterado concepto de subsidiariedad del Estado. En la esfera de las definiciones de Salud Pública, subsidiariedad es equivalente, en primer lugar, a descentralización. En el documento que contiene la definición dada por el Ministerio de Bienestar Social de las «Políticas nacionales de salud», el último capítulo se destina específicamente a la «Aplicación del principio de subsidiariedad». El listado de políticas concurrentes para la consecución de ese objetivo aparece encabezado por la vieja y reiterada fórmula:

centralización normativa en el nivel nacional y descentralización ejecutiva en el nivel provincial o regional.

En segundo término se incorpora el componente propio de la ideología privatizadora, que reclama una delimitación clara de las competencias del sector público y los efectores privados:

Descentralizar en las jurisdicciones y organizaciones médicas privadas las responsabilidades y funciones de ejecución de las acciones de salud, reservando para la Nación aquellas prestaciones que por su naturaleza o por razones de seguridad deben ser ejecutadas en forma centralizada.

Por último, se vuelve a incorporar el elemento normatizador y planificador que recupera para el área la legitimación tecnocrática:

distribución adecuada de recursos humanos mediante la planificación de su formación y desarrollo y la creación de los circuitos tendientes a favorecerla [...] efectivo funcionamiento de un sistema de servicios de salud, zonificado y regionalizado, que a partir del nivel de atención primaria de la salud se estratifique de modo referenciado, en niveles de complejidad creciente, asegurando así la extensión de la cobertura de servicios a toda la población (31).

En el Coloquio sobre obras sociales organizado por la revista *Medicina y Sociedad*, Irán Campo se ocupa de la relación entre las obras sociales y la salud pública, y vuelve a manifestar una intención sincrética. Cuando enumera los principios generales de organización de la seguridad social incluye entre los mismos la subsidiariedad, definiéndola como «complemento no sustitutivo de la responsabilidad individual, que debe tenerse presente al establecer cuál es la cobertura que debe brindarse al beneficiario del sistema» (32). Se refiere luego a principios comunes sobre seguridad social y salud, que habrían sido ratificados por las máximas autoridades nacionales en la materia, y que no eran otros que los postulados clásicos del modelo que supuestamente debería ser superado: universalidad, integralidad, solidaridad.

En el mismo orden de ideas, cuando sintetiza las causas de los problemas que afectan al sector, no va más allá de los diagnósticos reiterados desde los años sesenta, poniendo en primer plano la cuestión del aumento constante del gasto en salud, que vincula con el enorme avance tecnológico, la creciente especialización y superespecialización de los profesionales, la extensión de la cobertura de servicios y el aumento de la demanda vinculada con la concepción de la salud como uno de los derechos básicos del hombre, la especial situación de los servicios de salud que requieren a la vez crecientes inversiones de capital y aumento simultáneo

del recurso humano altamente calificado y, por último, lo que denomina el «complejo fenómeno del consumo de medicamentos»(33).

Tampoco formula nuevos elementos al tratar el tema de la organización: subsectores no coordinados, con misión y funciones no definidas para cada uno de ellos; multiplicidad de efectores con distintas fuentes de financiación; rigidez del subsector público para adecuarse al cambio; problemas de organización y funcionamiento del sector seguridad social; falta de adecuación del recurso humano a la realidad y exigencias del momento.

Por último, cuando trata el papel que debe asumir la Secretaría de Salud Pública en relación con los entes de obra social, reivindica la función de orientación y control, al definirlo como un

organismo orientador de políticas y planes concertados, que además, habilite, acredite, supervise, evalúe, fiscalice e introduzca factores de cambio tendientes a orientar las actividades de salud para lograr objetivos nacionales, dando oportunidad al desarrollo de un sistema federal coordinado de salud.

Ninguna de las propuestas niega la función de orientación y control que debe asumir el Estado, sino que la cuestión se centra más específicamente sobre los objetivos de dicha orientación. Y es aquí donde el secretario de Salud Pública vuelve a marcar diferencias: un sistema de salud, aclara, puede tender a una adecuada coordinación que se traduzca en eficiencia, o bien incluir elementos que se traducirán en «sectorización progresiva». Esto sucede cuando predominan las fuerzas centrífugas, aislándose los componentes o subsistemas, hasta llegar a su completa separación, con sus propios objetivos.

La cuestión que nuevamente queda sin definición es la posible compatibilización entre una coordinación orientada a poner en marcha un sistema, reiteradamente explicitada como objetivo por Salud Pública, y la existencia de múltiples organismos financiadores y prestadores, sometidos al control del Estado en lo relacionado con el manejo financiero de los aportes percibidos y la calidad de la atención brindada, defendida en la propuesta de la multisectorial empresaria.

Se encuentra aquí la paradoja señalada al comienzo de este párrafo: si el fin último, la «imagen objetivo», de las políticas propuestas por Salud Pública se distancia hasta ese punto de las demandas de la multisectorial, incluso a pesar de los esfuerzos manifiestos por adecuarse a los objetivos planteados por las políticas más generales, sin duda permeados por la perspectiva liberal de crítica al «Estado providencia», ¿por qué se define como el organismo estatal encargado de la conducción del sistema -dejando de lado en forma manifiesta al INOS y la Secretaría de Seguridad Social- precisamente a dicha Secretaría?

Debido a la reserva que caracteriza a los principales actores y a que se cuenta con escasos testimonios públicos de las posiciones de cada uno de ellos, solo es posible aventurar algunas hipótesis. En primer lugar, se podría especular en torno de las clientelas políticas de ambas secretarías. Seguridad Social, sin duda, ha tejido contactos fluidos y frecuentes con los actores que encarnan lo que podríamos sintetizar como «el ángulo corporativo» de la cuestión: organismos médico-gremiales, corporaciones sanatoriales, sindicatos proclives a la negociación. Salud Pública carece de un clientela que se pueda definir en términos políticos: el sanitarismo en general, el personal de los servicios, no aparecen como portadores de significaciones fuertes en términos de organización social.

En segundo término, el pensamiento tecnocrático que sustenta la propuesta de Salud Pública, principal ingrediente de las diferencias apuntadas, se construyó a lo largo de décadas, prometiendo o reclamando una acción del Estado que no se hizo efectiva. Puede pensarse que era más un referente legitimatorio de escasa efectivización práctica, que una amenaza real para el desarrollo de una operatoria de mercado. Limitada su esfera de acción al subsector público, como sucedió en los hechos pese a la pretensión esgrimida por diferentes administraciones de coordinar la totalidad del sector, podía incluso constituir un factor de mayor eficiencia en el manejo de los recursos resignados por el Estado para la cobertura de la población indigente.

#### *La posición de la Secretaría de Seguridad Social*

Cualquiera sea la explicación de la paradoja, o aun cuando no se plantee la cuestión como tal, lo cierto es que el verdadero antagonista de la propuesta liberal es el proyecto redactado y defendido por la Secretaría de Seguridad Social, como se deduce de la crónica periodística y de la lectura de los limitados elementos de debate que llegan a la opinión pública. Cuando el sector empresario, a través de su solicitada, define el conflicto en términos antagónicos, recomienda particularmente no introducir nuevas distorsiones en el problema adoptando posiciones que define como «híbridos términos medios».

La expresión puede o no hacer referencia al proyecto defendido por el Ministerio de Bienestar Social y elaborado en la Secretaría de Seguridad Social a cargo del doctor Santiago de Estrada, pero lo cierto es que esa posición se ubica como alternativa entre la organización de un sistema, propiciada por la Secretaría de Salud Pública y la fragmentación que resultaría de la propuesta de libre elección con operatoria de mercado. Pero Estrada no es el único en defender una organización descentralizada, con participación en su gestión de los sectores interesados. Buena parte de los defensores de un sistema «pluralista» se alinean tras las posiciones del secretario de Seguridad Social, avalando, en cierta medida, la reproduc-

ción del *statu quo* con eliminación del poder sindical en el sistema. Más sencillamente, lo que se postula es la subsistencia de las obras sociales, separando a los sindicatos de su administración y procurando un ordenamiento que elimine las distorsiones más flagrantes: unificación de los beneficiarios con criterio regional, expansión de la cobertura, mayor control en la asignación de los recursos y efectivización de las prestaciones.

En estos años comienza a generalizarse en un sector del sanitarismo la defensa del sistema de obras sociales concebido como auténtico seguro nacional de salud. Tal concepción implica un vuelco significativo en la discusión doctrinaria: no se trata ya de organizar un seguro para terminar con la anarquía y dispersión reconocidas por todos; el seguro existe, y se trata de una modalidad con fuerte raigambre histórica, difícilmente superable por la voluntad del legislador o la preocupación de los funcionarios a cargo. Solo se necesita una intervención ordenadora que lo ponga en condiciones de cumplir con los fines sociales que impulsaron su desarrollo.

La paternidad intelectual de la idea habría pertenecido a Jorge Mera, que la desarrolla ampliamente en el Coloquio sobre Obras Sociales organizado por la revista *Medicina y Sociedad*. Su argumento parte de los orígenes legitimatorios del modelo: nuestro seguro nacional de salud estaría organizado «a la usanza que prevalece hoy día en los países europeos, particularmente en la Comunidad Económica Europea»<sup>iii</sup> (34). El sanitarista defiende el carácter «de salud» del sistema vigente, su alcance «nacional» tanto por la extensión geográfica de la cobertura como por su capacidad de incluir a la totalidad de la población trabajadora, el hecho de constituir un «seguro», es decir operar con muy pocos servicios propios, comparando en cada caso las peculiaridades nacionales con la realidad europea. Tales serían los rasgos específicos del modelo argentino de seguridad social, sus características fundamentales, que lo hacen muy similar a los seguros nacionales de salud de diferentes países europeos. También se ubicarían en el orden de las similitudes las modalidades de contratación y retribución de las prestaciones y los mecanismos de financiación.

<sup>iii</sup> El entusiasmo puesto en defender el modelo llega en algunos momentos a afirmaciones que revelan, al menos, poca reflexión. Dice el doctor Mera: «en el campo de la atención médica financiada a través de los mecanismos de la seguridad social, la Argentina resulta, lo mismo que la ciudad de Buenos Aires [...], la capital blanca de una América mestiza de que algunas veces habló Escardó. Argentina, en su sistema de seguridad social, en su seguro nacional de salud, es también una capital blanca en una América mestiza o, mejor dicho, es un enclave de tipo europeo en una realidad como el resto de Latinoamérica, que ha seguido carriles muy distintos [...]. Mera, J. A. Las obras sociales y la cobertura de salud. Coloquio de obras sociales, Buenos Aires, 18 de junio de 1980, En: *Medicina y Sociedad* 3 3:113-118, julio-agosto de 1980.



El aporte estatal constituiría, por su parte, una «curiosa coincidencia-discrepancia», y solo «aparentemente «el Estado argentino tendría una política diferente de la de sus pares europeos. En este aspecto, Mera recuerda la vigencia de la ley 21.640, que determinó que una parte del dinero del fondo de redistribución del INOS pasara a rentas generales para cubrir déficits del presupuesto nacional de salud; sin embargo, alega, habría que compensar este hecho con las prestaciones que los establecimientos públicos brindan a los beneficiarios de la seguridad social «en forma gratuita o casi gratuita»(35).

Junto a tales coincidencias básicas, se registran problemas que obedecen sólo a la contingencia histórica que, «si se mira a las obras sociales como nuestro seguro nacional de salud aparecerían con mucha menor importancia». Se trata de problemas acuciantes en el momento, pero que deben ser abordados en perspectiva: la participación o no de los organismos sindicales en la conducción de las obras sociales, su forma de gobierno, la reducción o desaparición de obra sociales pequeñas y su concentración en grandes agregados, sean provinciales o nacionales. Disponiendo ya el país de su sistema de seguro, estas cuestiones secundarias deben ser reguladas respetando las características fundamentales del modelo vigente.<sup>iv</sup> El argumento es ratificado por Santiago de Estrada en el mismo Coloquio:

las obras sociales, nuestras obras sociales, constituyen la forma que ha adoptado nuestro sistema de seguridad social para brindar algunas prestaciones, fundamentalmente las de salud.<sup>v</sup> (36)

De forma inmediata surge una aclaración: el hecho de que las obras sociales integren un sistema de seguridad social no quiere decir «en absoluto» que deban ser conducidas por el Estado. La Organización Iberoame-

<sup>iv</sup> La versión más frecuentemente citada de esta tesis de Jorge Mera corresponde a un artículo de la revista *Criterio*, al que lamentablemente no pudimos acceder: Mera, J. Seguro nacional de salud y obras sociales. *Criterio* 1821, 11 de octubre de 1979.

<sup>v</sup> Poco más adelante se explaya sobre la idea: «Es frecuente [...] oír de muchos sectores la necesidad de que nuestro país tenga un seguro de salud o un seguro de enfermedad. El concepto puede ser válido, en la medida que quien lo diga considere que todo lo que está disperso en este momento, deba ser unificado en un solo seguro; posición que nosotros no compartimos; pero, en general, no se lo dice por eso, sino pensando que nuestro país no tiene un seguro de salud o un seguro de enfermedad [...] Nuestro seguro de salud, integrando un sistema de seguridad social, son las obras sociales; y lo van a ser cada vez más en la medida que avancemos en una serie de políticas y de pautas dentro del sistema de obras sociales, que les den un mayor nivel técnico y las vayan integrando dentro de un sistema general». De Estrada, S. M. Las obra sociales y la seguridad social. Coloquio sobre obras sociales, Buenos Aires, 18 de junio de 1980. En: *Medicina y Sociedad* 3 3:164-171, julio-agosto de 1980, p. 165.

ricana de Seguridad Social, por ejemplo, en su «Modelo de seguridad social participada», propone para los sistemas de seguridad social una alta conducción estatal pero, al mismo tiempo, una activa participación en la gestión por parte de los sectores interesados.

La valoración de las obras sociales como auténtico sistema de seguridad social supone no solo una orientación para la política futura sino también una posición frente al pasado, objeto de críticas muy duras por parte del sector empresario. De Estrada rescata la ley 18.610 como un verdadero avance en el ordenamiento del sistema, y si bien reconoce las dificultades que se presentaron para su cumplimiento y las falencias existentes en determinadas obras sociales, considera necesario señalar como una de sus consecuencias positivas la generalización de la cobertura a todos los trabajadores en relación de dependencia y a algunos sectores autónomos, además de sus respectivos grupos familiares, proceso que se completará más tarde con la introducción al sistema de los jubilados y pensionados a través del PAMI. En uno de sus discursos el secretario de Seguridad Social afirma:

Este es un mérito histórico que cabe reconocer y que atenúa notablemente las deficiencias y falta de controles que la ley no logró desterrar. Se trataba de un primer paso de gran trascendencia, que debía completarse con acciones encaminadas a reforzar las posibilidades del sistema para brindar una efectiva cobertura a todos sus afiliados (37).

En otra de sus manifestaciones públicas revierte el argumento que vinculaba de manera directa las condiciones políticas previas a 1976 y la implantación del sistema de obras sociales. Las dificultades no radicarían, en su opinión, en el modelo organizativo elegido; por el contrario, habrían sido precisamente las condiciones políticas imperantes las que impidieron el desarrollo pleno de sus posibilidades:

la ley no solucionó muchos de los problemas que habían provocado su sanción, debido a la concurrencia de diversos factores, que en definitiva conspiraron contra el ordenamiento que se pretendía; entre ellos deben destacarse las difíciles condiciones políticas en las que se desarrolló nuestro país, y muy especialmente la prevalencia alternada en la conducción nacional de sectores con enfoques disímiles sobre el tema; también la falta de convencimiento por parte del propio Estado, o por lo menos de algunos de sus sectores, acerca de la validez de este sistema para encarar la atención sanitaria, y como consecuencia de ello la falta de integración de todos sus elementos disponibles (38).

La propuesta consiste, por consiguiente, en reordenar el sistema existente, de manera de crear las condiciones para su pleno desarrollo, y no en producir un cambio radical, como exigían algunas organizaciones empresarias. Con la mira puesta en el diseño de una reorganización general, se señalan los aspectos que deben conservarse, ya que merecen una valoración positiva. En primer lugar, las obras sociales han surgido como entidades básicamente financiadoras, y ese es el camino correcto.

Sin embargo, precisamente por ese carácter, se hace necesario «precisar exactamente quién debe invertir, cómo debe invertir, dónde debe invertir y en qué». En la Argentina, el sector privado se adecuó muy rápidamente a las exigencias de la seguridad social. El sector público, por el contrario, salvo algunos intentos, meritorios pero aislados, no pudo adecuarse a las exigencias de la seguridad social o no supo hacerlo, y quedó marginado de ese circuito financiero. Esto habría producido distorsiones que sería necesario superar mediante la integración. El problema parece radicar en la delimitación de los cambios que se requieren en el sector público para que esa integración sea posible. En la medida en que se siga trabajando con «el clásico hospital, con personal a sueldo, con el esquema de funcionamiento absolutamente centralizado», la adecuación a la seguridad social enfrentará muchas dificultades (39).

Otro de los temas problemáticos para la futura reorganización es la cuestión de las prestaciones. Aquí es necesario conjugar una definición de política de salud que determine cuáles son las prestaciones mínimas indispensables, cuáles las que deben incentivarse, cuáles las que en ningún caso pueden dejar de prestarse, y cuáles aquellas otras que podrán o no prestarse según las posibilidades. Esta decisión política deberá ser adecuada, además, a las condiciones financieras. Al tratar la cuestión de la adecuación entre definiciones políticas y posibilidades financieras, el doctor De Estrada acepta explícitamente la continuidad dentro del modelo futuro de las disparidades en la captación de recursos, al afirmar que esa adecuación debe realizarse «respetando las posibilidades, las particularidades y las disparidades de las obras sociales, sabiendo que unas van a ser más fuertes que otras»(40).

Poco más adelante, aborda la conflictiva cuestión de la relación con los prestadores. Reivindica a las organizaciones de prestadores como legítimas, señalando además que su existencia facilita la contratación por parte de las obras sociales; sin embargo, señala que el agrupamiento «es válido, es legítimo, es bueno, siempre que no se pretenda que determinado agrupamiento, por ser mayoritario, se convierta en monopolístico». La legislación a sancionar, expresa, acepta la contratación con las uniones de prestadores, pero al mismo tiempo prohíbe las exigencias de exclusividad por parte de determinado prestador o grupo de prestadores.

En otras manifestaciones públicas De Estrada había planteado con igual claridad la posición doctrinaria que lo diferenciaba del liberalismo. En primer lugar, en relación con un principio utilizado por ambos cuerpos doctrinarios que, por lo tanto, otorgaba una cuota de ambigüedad al debate: el principio de subsidiariedad del Estado. El secretario de Seguridad Social se preocupa por dejar claro los contenidos de su concepción del papel del Estado: «El principio bien entendido de subsidiariedad, tal como lo interpreta la doctrina social de la Iglesia, debe jugar un rol preponderante en los sistema de seguridad social»(41). La referencia a la doctrina social de la Iglesia identifica con precisión la fuente del concepto, entendido como uno de sus principios fundamentales, tal como había sido definido por Pío XI en la Encíclica *Quadragesimo Anno*:

Debe quedar a salvo el principio importantísimo en la filosofía social: que así como no es lícito quitar a los individuos lo que ellos pueden realizar con sus propios esfuerzos o industrias para confiarlos a la comunidad, así también es injusto reservar a una comunidad mayor o más elevada lo que las comunidades menores e inferiores pueden hacer, y esto es justamente un grave daño y el trastorno del recto orden de la sociedad; porque el objeto natural de cualquier intervención de la sociedad misma es ayudar de manera supletoria a los miembros del cuerpo social y no el de destruirlos y absorberlos (42).

También defiende explícitamente De Estrada la vigencia del principio solidario:

Los mayores deberes de solidaridad recaen sobre los que tienen más, no solo porque son los que pueden practicarla en mayor medida, sino también porque esa posesión los obliga a dar el ejemplo. En los sistemas de seguridad social el que tiene más suele perjudicarse porque su aporte es generalmente mayor a los beneficios concretos que recibe, pero esa es justamente la solidaridad que se le exige y que permite atender adecuadamente al que sufre una contingencia y no puede enfrentarla (43).

#### *La visión de los prestadores: la Confederación Médica de la República Argentina.*

También la COMRA recupera con valoraciones positivas la historia del sistema en el momento en que aparece amenazado por transformaciones radicales. Su secretario general, Valentín Tombazzi, habla en la Reunión Iberoamericana de Seguridad Social, congregada en Buenos Aires en 1981, reivindicando la indisoluble vinculación entre el desarrollo del

sistema de obras sociales y el de las entidades de profesionales de salud. Desde una función predominantemente reivindicativa y defensora de la vigencia de principios sociales en el campo de la atención médica, los organismos gremiales de la profesión habrían ampliado su papel hasta constituirse en copartícipes de la administración de los nuevos sistemas.

Se fortalecía así el papel de las instituciones intermedias de prestatarios y prestadores en el manejo de los servicios recibidos por una cada vez más alta proporción de la población, y ello ocurría sin que desapareciera la indelegable responsabilidad que el Estado tenía en la orientación del proceso en su conjunto, responsabilidad que alcanza su formalización con la ley 18.610 de 1970. Y es de esta manera como se consolida el trípode institucional que sostiene al régimen de seguro hoy vigente (44).

Cuando el doctor Tombazzi hace referencia a la consolidación de un «trípode institucional», no hace más que poner de manifiesto la estrategia elegida por el gremialismo médico en esa coyuntura crítica. Ante la amenazadora presencia de fuerzas que procuran debilitar los lazos corporativos que sustentan la presencia gremial médica dentro del sector, los organismos profesionales se inclinan a apoyar el mantenimiento del inestable y conflictivo pacto constituido por las organizaciones de prestadores, las obras sociales y el INOS. El antecesor de Tombazzi en la Secretaría General de COMRA, Rodolfo Montero, había ya reivindicado hacia 1980 el desarrollo del sistema de atención médica basado en la contratación con obras sociales, haciendo particular hincapié en la afirmación del modelo luego de la sanción de la conflictiva ley 19.710. Pese a las expectativas generadas en torno de su aplicación, en virtud específicamente de la decisión de negar a las organizaciones profesionales la inscripción en el Registro de prestadores -señala el gremialista en una reunión sectorial-, las instituciones profesionales habían crecido permanentemente en su función de contratantes y prestadores de atención médica en la seguridad social, de tal manera que, si se tomara para el conjunto del país el monto total de beneficiarios asistidos y el total de prestaciones brindadas, las instituciones profesionales representarían el principal prestador a través de los médicos que agrupan y representan (45).

Las entidades gremiales defienden, pues, el régimen vigente, y se manifiestan en apoyo crítico del modelo de contratación que han contribuido a afianzar, en parte, según Montero, gracias a su decisión de mantenerse ocho años «nadando contra la ley». En virtud de ese esfuerzo, reivindican haber sido capaces de ofrecer a la seguridad social «una oferta unificada de trabajo médico[...] un solo agente contratante y responsable frente a ella», haber actuado como «protagonistas responsables en el con-

trol del sistema», aun cuando se tratara de limitar «las distorsiones de nuestros representados»(46). Los referentes ideológicos seleccionados para legitimar el modelo se aproximan al lenguaje utilizado por el sanitarismo católico. El gremio comienza en esos años a referirse a «entidades intermedias» y sintetiza en parecidos términos el principio de subsidiariedad:

entendido como delegación de autoridad y responsabilidad al nivel más bajo de la organización en donde existe capacidad e idoneidad, tiene amplia aplicación en este campo donde la complejidad médica y organizativa es tan acentuada. Concertar la planificación e instrumentación de normas y procedimientos de trabajo es la mejor garantía de su real cumplimiento (47).

Ya en 1978 y con especial referencia a los trascendidos en torno al futuro régimen de obras sociales, la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires había dedicado un documento a analizar la aplicación de los preceptos contenidos en las Encíclicas *Mater et Magistra*, *Pacem in Terris* y *Populorum Progressio* a la regulación del régimen de seguridad social argentino (48).

La defensa del fortalecimiento de las entidades intermedias y su participación en la formulación de las políticas sectoriales se adecua sin duda a las tradicionales expectativas del gremialismo, canalizadas a lograr el reconocimiento por parte del Estado del papel prominente que correspondería a la profesión en las actividades de regulación del sector, en función de su capacitación técnica y su vocación social. Pero la identidad de objetivos no queda limitada a esta posición tradicional principista; la cuestión resulta también funcional para los sectores que hemos definido como «pragmáticos», al abordar el conflicto en torno de la ley 18.610, y que en este momento se autoidentifican con la apelación al «pluralismo», dispuestos en general a resignar la vocación hegemónica de la corporación a cambio de la posibilidad de insertarse, a través de la negociación con las entidades financiadoras, en un mercado que está cambiando rápida y dramáticamente.

Los dirigentes gremiales acuñan en ese momento el concepto de «rol trascendente» de las entidades profesionales. De acuerdo con el mismo, la formación del profesional con sus conocimientos técnicos y científicos, y el cúmulo de información de que dispone, generaría, a la par de la responsabilidad individual en el ejercicio profesional, una responsabilidad de índole colectiva «de intervenir activamente, con todo el potencial de su formación intelectual, en el análisis profundo de los problemas y en las formulaciones conducentes al bien común». En una coyuntura de crisis, donde se hace indispensable compatibilizar las demandas sectoriales con el interés general, es preciso ubicar la perspectiva de los propios pro-

blemas «en el marco de las necesidades del conjunto», y la satisfacción de las expectativas particulares, «en los lineamientos generales que hacen posible el bienestar de toda la sociedad» (49).

El equilibrio social que existe cuando se logra la compensación de los intereses de los diversos sectores y se los canaliza en una acción concurrente puede alcanzarse a través de la concertación. En un sistema pluralista de atención médica la concertación adquiere particular relevancia como instrumento para acordar las reglas de juego y condiciones en que cada sector habrá de desenvolverse en su campo de acción, y en ese sentido, aunque no se lo exprese taxativamente, la concertación constituiría un sustituto para la planificación. Las entidades gremiales médicas, por consiguiente, reclaman una «participación concertada» en la regulación de la relaciones de los profesionales con el sistema.

Las demandas se plantean con suficiente especificidad. En el ámbito de la Seguridad Social deberán concertarse las normas que han de regir las relaciones entre prestatarios y prestadores, los requisitos técnicos y administrativos a los que se han de ajustar las prestaciones, los códigos arancelarios y sus valores, los mecanismos de evaluación y contralor. También deberá incluirse en el marco de la concertación la participación de las entidades profesionales en la elaboración de proyectos de regulación del ejercicio profesional, de normas de acreditación y evaluación, requisitos para la especialización, utilización de medicamentos y otros agentes terapéuticos, y programas que trasciendan el ámbito de aplicación de los establecimientos públicos, como serían los de atención médica primaria. Reclaman, además, su participación en la elaboración y aplicación de estatutos profesionales que regulen el trabajo en relación de dependencia tanto en el sector público como en las obras sociales, las mutualidades y los establecimientos privados.

La sanción de la ley 22.269 supone nuevamente la absorción por parte de un organismo estatal de algunas de estas funciones que la corporación médica reclamaba como propias. En octubre de 1980 la COMRA hace públicas a través de una solicitada las razones que fundamentan su oposición a la norma. Conforme con ese texto, COMRA rechaza la ley:

- en cuanto ella quebranta el principio de solidaridad al permitir a los beneficiarios el retiro de sus aportes al sistema,
- en cuanto utiliza la figura del servicio público con la exclusiva finalidad de imponer a los prestadores obligaciones y condicionamientos que cercenan elementales garantías y libertades,
- en cuanto da al organismo de aplicación la facultad de imponer sanciones por vía administrativa a los prestadores del sistema,
- en cuanto veda a las Instituciones profesionales el derecho a sancionar faltas éticas y gremiales,

- en cuanto subordina -en su ámbito- el ejercicio profesional al arbitrio y voluntad del Estado.

Si se tiene en cuenta que la defensa del principio solidario está sin duda respaldada por el interés del gremio en que no haya evasión de los fondos controlados por el sistema, puede concluirse que la totalidad de las razones de rechazo se vinculan con la reivindicación corporativa que erige a los cuerpos profesionales como únicos custodios de la disciplina de sus miembros, depositarios del saber técnico que respalda la eficacia social de su práctica, y por lo tanto detentadores de la prerrogativa de manejar de manera autónoma todos los aspectos vinculados a su ejercicio.

En los conflictivos años que transcurren desde las primeras medidas de control de la contratación con obras sociales tomadas por la administración de Holmberg en 1967 hasta la sanción en 1971 de la ley 19.710, expresión plena de lo que los gremialistas se acostumbraron a denominar despectivamente como «manriquismo sanitario», la COMRA había paulatinamente abandonado una actitud estrictamente principista de defensa de las prerrogativas profesionales y se había acostumbrado a pensar en términos de participación, cogestión y concertación. La ley 22.269 vuelve a poner en escena la pretensión reguladora del Estado. Afirma Tombazzi en 1981:

Concentra todo el poder económico administrativo en una entidad pluripotencial, como es el Instituto Nacional de Obras Sociales, crea condiciones de discrecionalidad por parte del Estado en la planificación, organización y gobierno del sistema. La posibilidad de concertación de las condiciones contractuales y de trabajo profesional queda, a su vez, limitada (50).

Además de su expresa identificación con el concepto de subsidiariedad basado en la división de funciones entre el Estado y las entidades intermedias, los dirigentes de COMRA adhieren también a la concepción subsidiaria que se aplica a las relaciones entre el subsector público y el privado. En este aspecto se diferencian de la propuesta de Seguridad Social para asumir como propio el argumento liberal que asignaba mayor eficiencia en la producción de prestaciones de salud al subsector privado.

Los efectores del Estado debían asumir un papel subsidiario allí donde existiera buena dotación de infraestructura y equipos del sector privado, o donde fuera esperable que este mostrara interés en invertir o pudiera operar con ventaja «aprovechando su flexibilidad, agilidad y capacidad de iniciativa». La sociedad en su conjunto aprovecharía el ahorro de recursos a que daría lugar la capacidad del sector privado de producir iguales servicios a menor costo, y el Estado podría contribuir estimulando esas inversiones a partir del crédito promocional y la exención impositiva. La



actividad del subsector público se canalizaría prioritariamente a la atención de áreas marginales donde, «también por razones demográficas y económicas, no se producirá instalación del sector privado»(51).

#### *La posición de la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados*

Las manifestaciones de CONFELISA en diferentes instancias oficiales en el momento en que se discute la reforma de la ley de obras sociales enfatizan, en primer lugar, la importancia de la capacidad instalada del sector privado en la resolución de los problemas de enfermedad de la población, y en segundo término, las dificultades financieras que los sanatorios enfrentan para llevar adelante su tarea, y la negativa repercusión de estas condiciones sobre las posibilidades de renovación tecnológica.

La corporación sanatorial pone particular énfasis en la magnitud y complejidad de los recursos que maneja. Poco menos de 30.000 camas para el total del país, distribuidas irregularmente según jurisdicciones y tamaño de los establecimientos, permiten afirmar que la importancia del subsector privado no queda limitada a determinados ámbitos jurisdiccionales ni a establecimientos de determinado porte, sino que, por el contrario, «su presencia es trascendente en cualquiera de los parámetros que se pueden utilizar»(52). También se señala que el equipamiento técnico disponible en las instituciones puede ser aún más revelador que la proporción de camas como indicador de la utilidad de servicio de la capacidad instalada sanatorial: el 54% de los quirófanos existentes en el país, el 60% del total de salas de parto, más del 50% de las salas de recuperación, el 51% de las unidades de hemoterapia, el 60% de los equipos de diálisis, más de la mitad de los equipos de circulación y oxigenación extracorpórea, se encuentran instalados en efectores privados.

Por otra parte, el 50% de los egresos hospitalarios en Capital Federal y Gran Buenos Aires, poco más del 20% de las consultas totales -que corresponde a las realizadas en clínicas y sanatorios, y puede sumarse a un 36% que se efectiviza en consultorios privados- serían una prueba del dinamismo del sector, a la vez que señalarían «la inclinación de la población a asistirse, ya sea por su cuenta o por cuenta de terceros en los servicios provistos por el subsector privado»(53). A esa información de orden general se agregan indicadores de productividad: mientras la productividad total se estima en 10.5 egresos por unidad cama, si se considera solamente la correspondiente a establecimientos privados, la relación aumenta a 25.9 egresos por cama.<sup>vi</sup>

<sup>vi</sup> La información suministrada por el presidente de CONFELISA, a través de su participación en el Coloquio sobre obras sociales organizado por la revista *Medicina y Sociedad*, adjudica al sector privado un 78% de los egresos de pacientes agudos, con un 23% de la capacidad instalada total.

Tales resultados avalan de manera suficiente el respaldo al principio de subsidiariedad, entendido aquí como limitación de la actividad estatal de prestación de servicios a aquellas actividades que no interesan al sector privado: «Largo resultaría insistir nuevamente sobre las conveniencias que derivan de la actividad privada sobre la estatal; ello es un valor admitido, demostrado en los hechos, no solo internamente sino a nivel internacional», afirma el presidente de CONFELISA en una reunión sectorial, añadiendo: «Por lo demás, tal premisa es compartida sin hesitación por funcionarios del Estado - Ministerio de Hacienda, del Interior, etc.- y ha sido reiteradamente sostenida por el propio Poder Ejecutivo, Junta de Comandantes en Jefe y presidente de la Nación». La Confederación sanatorial adhiere, por consiguiente, a la definición del principio de subsidiariedad que ha hecho suya el sector empresario:

El concepto expuesto se traduce en una actividad normativa del estado, con la actuación prioritaria del sector privado en el desarrollo de los medios tendientes a la producción de bienes y servicios [...].

Si bien no pretendemos ignorar la responsabilidad que le cabe al Estado en todo aquello concerniente al tratamiento de las enfermedades, de ello no se deriva que solo pueda asumirla o ejercitarla convirtiéndose en prestador directo de la atención, sino que debe limitarse a fijar las políticas y pautas orientadoras y ordenadoras del sistema, cubriendo en forma subsidiaria aquellas prácticas que no realice la actividad privada, por su alto costo, complejidad o ausencia de efectores en zonas o regiones determinadas del país, a cuyo efecto establecerá los mecanismos que eviten la superposición de servicios y los incentivará para su instalación en aquellos lugares que carezcan de los mismos (54).

El esfuerzo inversor y la mayor eficiencia en el manejo de los recursos que pondrían de manifiesto las cifras relativas a la productividad se ve comprometido por la política retributiva implementada en el sistema de obras sociales. Esto da lugar a una primera constatación importante: los recursos provenientes de las obras sociales paulatinamente han llegado a ser el más importante, cuando no el único, de los ingresos sanatoriales. La clientela particular, que se define como mínima o inexistente, y los planes de prepago no modifican esa realidad económica.

Desde la sanción de la ley 18.483, que promulgó el primer Nomenclador Nacional, los aranceles sanatoriales para la contratación con las obras sociales han sido fijados por el Estado. Como resultado de esa política y del impacto de la inflación, los sanatorios habrían visto severamente disminuido el valor constante de sus aranceles, con pérdidas que, según los meses, oscilan entre el 2 y el 50% de los valores de 1970. A la caída de

los valores reales se suman los atrasos producidos en el pago de las facturaciones, no superados por los mecanismos de «pronto pago» puestos en marcha en mayo de 1978. La modalidad de organización del sistema de obras sociales produce, además, costos adicionales, en razón de la existencia de una cantidad importante de entidades financiadoras que se manejan con total autonomía, estableciendo cada una de ellas sus propias normas de funcionamiento. Esto obliga a montar un aparato administrativo adicional, para cumplir con las exigencias impuestas para la facturación de prestaciones.

Luego de esta descripción de las condiciones financieras de los contratos con las obras sociales, se pasa a detallar lo que se considera el verdadero fundamento del problema: «la regulación de los aranceles de los prestadores de atención médica a las obras sociales, ha tenido y continúa teniendo un indiscutible fundamento político»(55). Como consecuencia, se habrían invertido los mecanismos reales para el sostenimiento de una actividad, que suponen establecer sus costos operativos y, en base a estos, fijar los precios del servicio o producto ofrecido. «En nuestro caso», afirman las autoridades de CONFELISA, «se fijan los aranceles según la supuesta capacidad económica de las obras sociales, pero no se considera el costo real de las prestaciones» (56). El argumento se afirma en contraposición con la política propiciada para el resto de la actividad económica:

Aún hoy, cuando las autoridades nacionales han explicitado un programa de realismo económico, sin otras reglas que el libre accionar de la oferta y la demanda, en un marco ético de desarrollo que evite tensiones sociales, el único sector de la producción -repetimos, el único- que se mantiene con un régimen de regulación de precios, es el de sanatorios y clínicas privadas (57).

Tal identificación con el liberalismo en lo relacionado con el sintonamiento de costos y la desregulación del precio de las actividades tiene su complemento en el reclamo de traslado a un régimen de libre competencia de aquellos efectores públicos que no puedan ser transformados para aplicarse a funciones subsidiarias: «nada obsta a que dichos establecimientos estatales compitan con los que componen el sector privado, pero tal actitud competitiva debe ser leal, es decir, colocando al efector del Estado en un mismo nivel que el privado» en cuanto a impuestos, gravámenes de importación, remuneraciones y beneficios al personal, valores de unidades sanatoriales y galenos a cobrar a las obras sociales. Respecto del gobierno del sistema, la confederación sanatorial reclama, al igual que la COMRA, una estructura participativa. Se reconocen las atribuciones del Estado en lo vinculado con la regulación de condiciones de trabajo, nomenclador, aranceles, etcétera, pero esas funciones deben ser ejercidas

otorgando a los destinatarios de dichos instrumentos la participación que les compete.

### *Los defensores de la participación sindical en el sistema*

Los organismos del gobierno dan por supuesta la separación de las obras sociales y los sindicatos, ya que el tópico se incluye en forma explícita en las directivas emanadas de la Junta de Comandantes, y no abren, por consiguiente, discusión sobre el tema. Las corporaciones de prestadores tampoco aluden al problema, lo que puede entenderse como un respaldo tácito a la decisión o bien como la no intromisión en una esfera considerada ajena a su incumbencia. El sector empresario, como ya vimos, respalda explícitamente la decisión de la Junta. En nivel de las instituciones con alguna cuota de poder en el sector, por consiguiente, el mantenimiento en manos de los sindicatos de la administración de las obras sociales no tiene defensores. No pasa lo mismo, sin embargo, dentro del sanitarismo, donde algunas posturas defienden la legitimidad y la conveniencia de la participación sindical en los temas relacionados con la esfera de las prestaciones sociales.

Es muy difícil identificar con precisión a quiénes representan o en qué vertientes ideológicas se ubican tales posiciones. Por el momento solo podemos identificar algunos de los responsables y sintetizar sus argumentos. En el Coloquio sobre obras sociales organizado por *Medicina y Sociedad*, que en su momento produjo una síntesis más o menos completa de las opiniones sobre el tema, la defensa del papel sindical en el sistema estuvo exclusivamente a cargo del doctor Francisco A. Guido que, según información suministrada por la publicación, había sido ministro de Bienestar Social de la provincia de Buenos Aires.

La hipótesis que desarrolla Guido conduce a afirmar que la ley 18.610 no hizo otra cosa que consagrar en el nivel legislativo una realidad preexistente. De allí se deduce que fueron los sindicatos los promotores y los organizadores de las obras sociales y que lo que se intenta hacer es, en realidad, prohibirles el manejo de algo que constituye su propia creación. Los presuntos «abusos» no justificarían la medida, en primer lugar, porque no han sido probados, en segundo término, porque la ley 18.610 prevé instrumentos y mecanismos de control. Si no fueron implementados, la deficiencia debe imputarse al Estado. Hay, sin embargo, argumentos de más peso, que pasan por diferenciar los movimientos sindicales según se caractericen por la participación y la integración o bien se definan por la contradicción. No se trata, por consiguiente, solo de organizar un sistema de financiación de la atención médica, también se está definiendo un «modelo de país»:

Toda legislación que [...] persiga encasillar a las organizaciones

gremiales de trabajadores en lineamientos clasistas, las constituirá en factores de lucha de clases, favoreciendo así a ideologías que propugnan esta lucha, ajena al sentir generalizado de los trabajadores argentinos. En tal tesitura las actividades de las obras sociales resultan perniciosas. Resulta contradictorio que quienes dicen oponerse a dichas ideologías coincidan con ellas en cercenamientos indebidos de actividades lícitas y plausibles, que deberían alentarse y favorecerse (58).

Estamos nuevamente en condiciones de verificar algo que hemos señalado reiteradamente: desde diferentes posiciones ideológicas, todas las posturas coinciden en última instancia en reconocer que el fundamento de la discusión va más allá de la reformulación del sistema de atención médica.

Una publicación católica, la revista del Centro de Investigación y Acción Social (CIAS), más o menos en la misma época, retoma el tema con argumentos similares. A través de sus páginas conocemos las conclusiones de un seminario dedicado a analizar la cuestión de las obras sociales, organizado por el C.I.A.S. entre agosto y diciembre de 1979.<sup>vii</sup> En su texto se hace referencia explícita al objetivo de debilitar «el llamado poder sindical» y a su consecuencia directa: limitar la actividad sindical a lo estrictamente reivindicativo, contrariando la tendencia propia del sindicalismo argentino, tradicionalmente orientado a la acción múltiple, «con el grave riesgo de transformarlos en factores obligados de la lucha de clases»(59). La última parte del documento sugiere algunas medidas concretas, entre las cuales hay dos que se refieren a la función ordenadora del Estado:

Instar al organismo de conducción (el INOS) a que ejercite sus actuales responsabilidades en cuanto a coordinación, complementación y asesoramiento técnico, a fin de dotar a las obras sociales de mayor eficacia.

Asegurar la fiscalización del Estado respecto de la efectiva prestación de los servicios y del destino de los recursos (60).

<sup>vii</sup> La redacción de la revista se ocupa de aclarar expresamente que las conclusiones del seminario no expresan posiciones compartidas en su integridad por la totalidad de los participantes. El listado de los mismos incluye algunas personalidades de actuación relevante en el campo sanitario y en la actividad sindical: Julio Bello, Humberto P. Capelli, Horacio Ferro, Andrés Fescina, Carlos García Díaz, Francisco Guido, Jorge Mera, Rodolfo Montero, Osvaldo Oliberos, Félix Pérez, Humberto Podetti, Eduardo Stafforini, Antonio Vázquez Vialard. También habrían contribuido con aportes presentados por escrito Abel Cucchiatti, Eneas Pampliega, José Rodríguez y Juan José Tacone. *CIAS XXVIII:288-289*, noviembre-diciembre de 1979, p. 4.

El reclamo no es contradictorio con el cuestionamiento, expresado en el mismo documento, a la modalidad que asume la intervención del Estado en el sistema, en la medida en que se ubica en un «rol protagónico, fundamental y excluyente». Esa actitud, contradictoria con la defensa del principio de subsidiariedad, desvirtuaría toda posibilidad participativa y de asignación de responsabilidad social a los cuerpos intermedios, «negando la posibilidad de funcionamiento de los más aptos mecanismos de la solidaridad social»(61).

En otro artículo de la misma publicación se rescata, entre las funciones asumidas por las asociaciones gremiales, la que se caracteriza como «función de integración social», cumplida a través de la participación de los sindicatos en la discusión del sistema político-económico. Para que la participación sea efectiva, sin embargo, es indispensable que «se reconozca a los sindicatos poderes suficientes, y que ellos estén en condiciones de ejercerlos». Como síntesis de la evolución histórica de las funciones del sindicalismo se apela a un párrafo de la Encíclica *Pacem in Terris*, donde Juan XXIII señala:

En primer lugar contemplamos el avance progresivo realizado por las clases trabajadoras en lo económico y lo social. Inició el mundo del trabajo su elevación con la reivindicación de sus derechos, principalmente en el orden económico y social. Extendieron después los trabajadores sus reivindicaciones a la esfera política. Finalmente se orientaron al logro de las ventajas propias de una cultura más refinada. Por ello, en la actualidad, los trabajadores de todo el mundo reclaman con energía que no se les considere nunca simples objetos carentes de razón y libertad, sometidos al uso arbitrario de los demás, sino como hombres en todos los sectores de la sociedad; esto es, en el orden económico y social, en el político, y en el campo de la cultura (62).

### **La sanción de la ley 22.269**

La inquietud de los grupos católicos tiene como estímulo inmediato la sanción de la ley de Asociaciones Gremiales de Trabajadores, 22.105, sancionada en noviembre de 1979. Esta nueva norma, reguladora de la actividad sindical, establece en su artículo 11º como «única finalidad» de tales asociaciones, la defensa de los intereses gremiales y laborales de los trabajadores. Solamente se prevé, como actividades accesorias a esa función, la posibilidad de «promover y organizar sociedades cooperativas y mutuales» conforme con la legislación vigente, y «promover la instrucción general y profesional de sus afiliados, mediante obras apropiadas, tales como bibliotecas, conferencias, publicaciones, escuelas o cursos técnicos, talleres y exposiciones» (art. 29º, inc. d y f).

Por otra parte, el artículo 9º dispone expresamente que las asociaciones gremiales de trabajadores «no intervendrán en la conducción y administración de las obras sociales», ni tampoco «serán destinatarias de los recursos provenientes de la ley 18.610, sus modificatorias y complementarias y de la que la modifique o reemplace». El criterio que sustenta la medida, según palabras del presidente de la Nación, ha sido:

separar inequívocamente el área de responsabilidad de los sindicatos del área de responsabilidad de las obras sociales, asegurando la mayor eficiencia posible en el sistema de prestaciones y sin menoscabo del sentido social que debe caracterizar la actividad gremial (63).

Pese a tales avances, la sanción de la ley de obras sociales se demorará hasta agosto de 1980. La nueva norma prevé la constitución de «entes de obra social» con individualidad jurídica, administrativa y financiera, que quedarán «totalmente desvinculados de las asociaciones gremiales de trabajadores», vedándose incluso toda referencia a la asociación gremial en la denominación del nuevo ente. (art. 25º) El gobierno de los nuevos organismos estaría a cargo de un consejo de administración integrado por un representante del Estado, tres representantes de los beneficiarios y tres de los empleadores contribuyentes. Todos serían designados por el INOS, los representantes de los beneficiarios y empleadores a partir de sendas ternas propuestas por los afiliados a los entes y los empleadores contribuyentes.

La conducción del sistema estaría en manos del INOS, reconocido como ente con personalidad jurídica y autarquía, en jurisdicción del Ministerio de Bienestar Social y en la órbita de competencia de la Secretaría de Estado de Seguridad Social. El INOS estaría conducido por un directorio integrado por siete miembros, todos ellos designados por el Ministerio de Bienestar Social, uno de ellos en representación del mismo Ministerio, dos a propuesta de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, dos a propuesta de la Secretaría de Estado de Salud Pública, un representante de los beneficiarios y otro de los empleadores contribuyentes.

La ley sancionaba el aporte obligatorio de los trabajadores en relación de dependencia, jubilados, pensionados y beneficiarios de prestaciones no contributivas a nivel nacional, cubriendo también a los respectivos grupos familiares primarios. Su artículo 2º preveía, además, la incorporación gradual al sistema de los trabajadores autónomos comprendidos obligatoriamente en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, en la medida que las características de cada actividad y el equilibrio del sistema lo permitieran. Quedaban excluido de sus disposiciones el personal militar y civil de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, el personal depen-

diente de los gobiernos provinciales y sus municipalidades, y el ocupado en la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires; en todos los casos la exclusión alcanza también a los respectivos jubilados y pensionados. El artículo 4º, por otra parte, incorporaba la disposición que había sido defendida por la Comisión Interministerial, que permitía a los beneficiarios del sistema retirar el 90% de sus aportes en el caso que decidieran optar por afiliarse a alguna entidad de prestaciones médicas reconocida por el INOS.

### **Los cuestionamientos formulados a la ley**

Es posible reconocer por lo menos tres esferas de cuestionamientos a la ley 22.269. La primera de ellas se funda en la disposición del artículo 4º, que daría lugar a la ruptura del fundamento solidario del sistema y a la posibilidad de que los beneficiarios con mayores aportes estuvieran en condiciones de optar por otras modalidades de cobertura, lo que provocaría nuevos desequilibrios financieros en las entidades. Las otras dos grandes cuestiones de debate se centraban en la suma de atribuciones conferidas al INOS y en el fundamento jurídico de la apropiación por parte del Estado de los bienes de las obras sociales sindicales.

#### *Las atribuciones del INOS*

Un primer conjunto de atribuciones conferidas al INOS se vincula con la creación y el funcionamiento de los entes de obra social. Según el artículo 25º, es el organismo encargado de proponer al Ministerio de Bienestar Social la aprobación de los estatutos de los entes y el otorgamiento de la personería social. Tiene también facultades para promover el desarrollo de las prestaciones médico-asistenciales y otras contempladas en la ley, conducir y controlar el sistema estructurado en la misma y coordinar, integrar y supervisar las actividades de los entes de obra social, con competencia para aplicar sanciones. (art. 23º). Está además encargado del nombramiento de los integrantes del Consejo de Administración que constituye el órgano de gobierno de los entes (art.26º). Los síndicos, que tendrán a su cargo la fiscalización y control de la operatoria de los entes, serán designados por el INOS y podrán ser removidos en cualquier momento conforme a su decisión.

Otro gran capítulo de atribuciones se vincula con el otorgamiento de las prestaciones. El artículo 31º estipula que los entes de obra social actuarán exclusivamente como entidades financiadoras de servicios, sin desarrollar capacidad instalada propia y procurando reducir la existente. El INOS podrá autorizar la instalación de servicios médico-asistenciales cuando fuera indispensable. Las prestaciones se otorgarán por contratación con toda la capacidad instalada existente, pública, privada y de las



obras sociales. Los profesionales podrán desempeñarse en relación de dependencia, o ser remunerados por prestación, por capitación o por formas mixtas. El INOS tendrá a su cargo la regulación de tales modalidades de contratación, podrá aprobar contratos tipo, (art. 33º) llevará el Registro de Prestadores, y elaborará, en coordinación con la Secretaria de Salud Pública, el nomenclador y los valores arancelarios que se aplicarán a las contrataciones, al igual que los listados de medicamentos que está facultado a establecer (arts. 34º, 38º, 39º).

La inscripción en el Registro de Prestadores supone la obligación de respetar dichos valores, mantener la prestación de los servicios durante el lapso de inscripción y el tiempo adicional que establezca el mismo INOS -que no podrá exceder de 60 días corridos- y ajustarse a las normas que establezca esa misma autoridad de aplicación. Esa prestación de servicios médicos durante el lapso de inscripción en el Registro se considera servicio público de asistencia social. La suspensión, interrupción, paralización o negación de tales servicios, directa o indirectamente, se considera falta grave y hará pasible a los prestadores de las sanciones establecidas por la ley (art. 36º).

El capítulo más objetado es sin duda el de las sanciones. El INOS podría aplicar penas de apercibimiento, multa, suspensión hasta un año o cancelación de la habilitación del ente de obra social o de la inscripción en el Registro de Prestadores a individuos o entidades, por infracciones que aparecen insuficientemente tipificadas en el articulado de la ley: violación de las disposiciones de la ley y su reglamentación, violación de las condiciones contenidas en las contrataciones, negativa a proporcionar documentación, información y demás elementos de juicio, y toda acción u omisión que importe dificultar el ejercicio de las funciones y atribuciones de la autoridad de aplicación y los síndicos (arts. 43º y 44º).

Según la interpretación de los asesores legales de COMRA, la ley establece un verdadero monopolio de demanda médico-asistencial. La administración de dicho monopolio queda en manos del INOS, sin que se establezca ningún mecanismo de control. Por el contrario, su autoridad se ve fortalecida con facultades exclusivas de decisión, auxiliadas con competencias de orden civil y penal de carácter ejecutivo y preventivo, sin forma alguna de juicio. La intervención del Poder Judicial se opera solo a posteriori. En consecuencia, tanto los entes de obra social como los beneficiarios y los prestadores carecen de garantía alguna contra una eventual arbitrariedad de la autoridad de aplicación (64).

#### *La transferencia de los bienes de las asociaciones gremiales afectados a la prestación de servicios médicos*

El artículo 58º de la ley en cuestión disponía la transferencia a los entes de obra social de los bienes de las asociaciones gremiales de trabaja-

dores afectados directa o indirectamente a la prestación de servicios médicos, sin compensación alguna, cuando hubieren sido adquiridos con fondos provenientes de la ley 18.610, aportes establecidos en convenciones colectivas o acuerdos de partes para prestaciones sociales, o cuotas fijadas con ese mismo destino.

El cuestionamiento a tal disposición constituyó uno de los ejes de los reclamos de revisión de la norma, que se plantearon en forma prácticamente inmediata a su sanción. Tal cuestionamiento no se limita, sin embargo, al sector, ni se plantea solamente en relación con la mayor o menor legitimidad de la medida. Tiene también presencia en la órbita jurídica, donde la cuestión plantea dudas vinculadas con la constitucionalidad de la ley.

El artículo publicado en la revista *La Ley* por un especialista en el tema, Pedro Aberastury, parte de la calificación de «confiscatoria», otorgada por algunos comentaristas a la disposición del artículo 58º. Sin embargo, negándose a tomar partido en esa controversia sin un análisis más profundo del problema, Aberastury considera indispensable llegar a alguna conclusión acerca del carácter público o privado, estatal o no estatal de las obras sociales constituidas por la ley 18.610.

La base de su argumento radica en la posibilidad de diferenciar las personas jurídicas públicas según sean estatales o no estatales. Las entidades públicas no estatales, no forman parte del Estado, ni su patrimonio tiene carácter estatal. Son aquellas en las que participan total o mayoritariamente los particulares pero se encuentran sometidas a un régimen especial de derecho público. Podrían haber sido creadas, compulsivamente o no, por el Estado, para cumplir determinados objetivos, fines considerados de naturaleza pública ya que interesan a toda la comunidad. Se reconocen como integrando esta categoría los sindicatos, los colegios profesionales con gobierno de la matrícula, las cámaras empresarias, etcétera.

Si las obras sociales eran entes públicos estatales, sus bienes serían considerados como parte del patrimonio estatal, y el cambio introducido por la ley 22.269 podría considerarse de orden administrativo y por consiguiente legítimo. Por el contrario, si se trataba de personas jurídicas públicas no estatales, el Estado podía controlarlas, pero le estaría vedado llevar ese control hasta el punto de prohibirles darse su propia administración o apropiarse de su patrimonio sin compensación alguna. La conclusión es relativamente clara: si bien algunas obras sociales fueron constituidas por ley, la inmensa mayoría tuvo su origen en los aportes de los afiliados a los sindicatos, que luego fueron organizados por la ley 18.610. Además, si bien el derecho a percibir contribuciones proviene de una norma legal, la adquisición de tales recursos no se realizó para el Estado, sino para el ente en cuestión. Por otra parte, la calificación de los aportes y las con-

tribuciones como cargas de orden social, diferenciadas de los tributos públicos, impuestos y tasas, había sido reconocida pacíficamente y sin vacilación por la doctrina jurisprudencial de la Suprema Corte, sin que de ello se derivara objeción al carácter privado de la entidad que los percibe.

Habría que diferenciar por consiguiente entre las obras sociales del régimen de la ley 18.610 y las encuadradas por la ley 22.269. Las primeras pueden ser clasificadas como personas jurídicas no estatales por su origen, por la composición de su capital y por su control estatal. Por el contrario, los entes creados por la ley 22.269 se encuadrarán con total independencia de las asociaciones de trabajadores, y es posible considerar el capital de la entidad como público y cumpliendo un servicio público. Lo que se crea es un sistema propio de las organizaciones administrativas descentralizadas, ya que el INOS será un ente autárquico con recursos propios.

La consecuencia del análisis es la adhesión del autor a la tesis de «confiscación». Para que la ley 22.269 fuera constitucionalmente admisible, el legislador «debería haber calificado de utilidad pública el régimen el patrimonio de las obras sociales y posteriormente haberlas expropiado, indemnizando los perjuicios que se ocasionen». De todos modos, según el jurista, la calificación de utilidad pública sería igualmente reprochable constitucionalmente por irrazonable y arbitraria, pues no se estaría reglamentando un derecho, sino que se estaría privando directamente el ejercicio del mismo, desde el momento en que se prohíbe a las asociaciones gremiales la creación y el manejo de obras sociales propias.(65)

### **El fin de la historia**

Interrogarse acerca de qué sector prevaleció en la puja desarrollada en torno de la reforma del sistema de obras sociales, tomando como punto de referencia las disposiciones de la ley 22.269, nos parece una inquietud de difícil resolución. Nos inclinamos a considerar que su articulado refleja un compromiso, más que el predominio de un sector sobre otro. Sin embargo, la hegemonía está probablemente no en uno de los sectores en disputa, sino en una articulación compleja, difícilmente identificable en función de los actores que protagonizan el conflicto, que se podría sintetizar como perspectiva autoritaria y tecnocrática.

El rasgo que preferiríamos aislar como dominante en el proyecto es la autoridad otorgada al organismo estatal encargado de la conducción del sistema. La viabilidad del nuevo esquema organizativo depende de la capacidad de ese organismo para imponer sus decisiones al conjunto. El protagonismo adjudicado al INOS podría inducir a pensar en el predominio del grupo nucleado en la Secretaría de Seguridad Social, bajo cuya dependencia se ubica. Sin embargo, la vinculación entre la autoridad de

aplicación y los diferentes sectores con interés en el sistema no se organiza conforme con la propuesta de esa Secretaría, más inclinada, como vimos, a trabajar sobre la base de esquemas de concertación, que a imponer decisiones tomadas unilateralmente.

Lo cierto es que más allá que la ley refleje o no un compromiso entre las diferentes propuestas en debate, su fracaso es revelador de los límites que el gobierno militar encuentra en su intención de modificar radicalmente el *statu quo*. Santiago de Estrada lo señala en una conferencia pronunciada en 1982, siendo todavía secretario de Seguridad Social, en un momento en que comenzaba a aceptarse en esferas oficiales la posibilidad de revisar la ley. Según su punto de vista la sanción de una ley no sería suficiente para modificar «la realidad de los sistemas existentes»; no siempre es posible reestructurar o reorganizar siguiendo pautas que en teoría pueden ser las más eficientes, pero resultan difíciles de aplicar por los trastornos que se crean durante los períodos de cambio; por último, «nunca pueden dejar de tenerse en cuenta cuando se legisla los condicionamientos políticos y fácticos, cualquiera sea el juicio de valor que cada uno pueda realizar a su respecto, porque en caso contrario la realidad termina por impedir toda reforma»(66).

Según el funcionario, dos características del sistema argentino de obras sociales serían de imposible eliminación: la división por actividad y la participación de los sectores en la conducción de las obras sociales. Por consiguiente, las definiciones políticas no deberán intentar modificaciones al respecto, procurando tan solo corregir o solucionar los problemas más graves. Pese al realismo puesto de manifiesto por De Estrada, su propuesta también se apoya, en definitiva, en un reforzamiento de la autoridad sanitaria en la conducción de los aspectos técnicos del sistema. En primer lugar, a partir de una clara delimitación de competencias entre Seguridad Social y Salud Pública, encargándose la primera de determinar el ordenamiento del sistema, su financiación, sus formas de contratación, el alcance de las prestaciones, la distribución del gasto entre ellas. Salud Pública, por su parte, estaría encargada de definir las prestaciones mínimas obligatorias que el sistema debe brindar, la habilitación de los prestadores, su categorización, la definición sobre inversiones e incorporación de tecnología.

Su discurso vuelve transparente no solo la base política de organización del sistema que obliga a conciliar los objetivos planteados por el Estado con los intereses en disputa en el interior de la sociedad civil; también supone el reconocimiento de una situación conflictiva en el aparato estatal, que no logra la indispensable separación de la sociedad a la que pretende ordenar.

- <sup>1</sup> Canitrot, A. *Teoría y práctica del liberalismo. Política antiinflacionaria y apertura económica en la Argentina, 1976-1981*. Buenos Aires, Estudios CEDES 3: 10, 1980, y CANITROT, A. *Orden social y monetarismo*. Buenos Aires, Estudios CEDES 4:7 s/f.
- <sup>2</sup> García Delgado, D. El ascenso del neoliberalismo. En: *CIAS XXX* 309: 5-51, diciembre de 1981.
- <sup>3</sup> Garretón, M. De la seguridad nacional a la nueva institucionalidad. Notas sobre la trayectoria ideológica del nuevo Estado autoritario. En: *Revista Mexicana de Sociología* XL 4:1259-1282, octubre-diciembre de 1978.
- <sup>4</sup> *Ibidem*, p. 1274.
- <sup>5</sup> Las pautas para elaborar la ley de obras sociales. En: *La Nación*, Buenos Aires, 14 de abril de 1978.
- <sup>6</sup> Los bienes de las obras sociales. En: *La Nación*, Buenos Aires, 23 de abril de 1978.
- <sup>7</sup> El futuro de las obras sociales. Conócense aspectos fundamentales del anteproyecto en su parte dispositiva. En: *La Nación*, Buenos Aires, 30 de abril de 1978.
- <sup>8</sup> Ministerio de Planeamiento. *Documento de la Comisión de Salud Pública*, Buenos Aires, 1978, documento mimeografiado, p. 3.
- <sup>9</sup> *Ibidem*, p. 78.
- <sup>10</sup> *Ibidem*, p. 82.
- <sup>11</sup> *Ibidem*, p. 85.
- <sup>12</sup> *Ibidem*, p. 90.
- <sup>13</sup> Martínez de Hoz habló sobre las etapas económicas. En: *La Nación*, Buenos Aires, 21 de diciembre de 1978.
- <sup>14</sup> La reducción de las cargas sociales. En: *La Nación*, Buenos Aires, 20 de marzo de 1979.
- <sup>15</sup> No al déficit de presupuesto. El costo social de los salarios (editorial). En: *La Nación*, Buenos Aires, 25 de marzo de 1979.
- <sup>16</sup> *La Nación*, Buenos Aires, 19 de mayo de 1979.
- <sup>17</sup> *Ibidem*.
- <sup>18</sup> Esta información proviene de entrevistas realizadas a dirigentes gremiales, ya que en el momento no se conoció la existencia de la propuesta más que en el nivel de trascendidos recogidos por la prensa.
- <sup>19</sup> Solicitada aparecida en *La Nación*, Buenos Aires, 14 de agosto de 1980.
- <sup>20</sup> Solicitada: Declaración sobre las obras sociales. En: *La Nación*, Buenos Aires, 18 de octubre de 1979.
- <sup>21</sup> *Ibidem*.
- <sup>22</sup> Los empresarios y las obras sociales. En: *La Nación*, Buenos Aires, 16 de octubre de 1979.
- <sup>23</sup> Opina la UIA sobre las obras sociales. En: *La Nación*, Buenos Aires, 23 de marzo de 1979.
- <sup>24</sup> Los empresarios y las obras sociales. En: *La Nación*, Buenos Aires, 16 de octubre de 1979.
- <sup>25</sup> Sobre el tema «Planes de salud para nuestro país» disertó el secretario de Estado de Salud Pública, contralmirante M. Irán Campo. En: Ministerio de Bienestar Social. *Boletín del día* XII 1338:997-1000, 21 de julio de 1977, pp.998-999.
- <sup>26</sup> *Ibidem*.
- <sup>27</sup> Irán Campo, M. "Conferencia pronunciada en el Seminario sobre Políticas de Salud. La experiencia argentina, 25 al 29 de agosto de 1980". En *Medicina y Sociedad* 4 1/2: 73-83, enero-abril, 1981, pag. 73.
- <sup>28</sup> *Idem* pag. 77
- <sup>29</sup> *Idem*. pag. 78.
- <sup>30</sup> *Ibidem*.
- <sup>31</sup> Ministerio de Bienestar Social de la Nación, Secretaría de Estado de Salud Pública. *Políticas Nacionales de Salud*, Buenos Aires, 1979, p.21.

- <sup>32</sup> Irán Campo, M. Las obras sociales y la salud pública. Coloquio sobre obras sociales, Buenos Aires, 18 de junio de 1980. En: *Medicina y Sociedad* 3 3:152-163, julio-agosto de 1980, p. 152.
- <sup>33</sup> *Ibidem*, p. 156.
- <sup>34</sup> Mera, J. Las obras sociales y la cobertura de salud. Coloquio sobre obras sociales, Buenos Aires, 18 de junio de 1980. En: *Medicina y Sociedad* 3 3:113-118, julio-agosto de 1980, p.113.
- <sup>35</sup> *Ibidem*, p. 115.
- <sup>36</sup> De Estrada, S. M. Las obras sociales y la seguridad social. Coloquio sobre obras sociales, Buenos Aires, 18 de junio de 1980. En: *Medicina y Sociedad* 3 3:164-171, julio-agosto de 1980, p. 164.
- <sup>37</sup> Discurso del doctor Santiago De Estrada en el acto inaugural de la V Reunión del Consejo Federal de Salud (c. 1982). Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Documento mimeografiado.
- <sup>38</sup> De Estrada S. M. Rol de la seguridad social en la atención médica. En: *Medicina y Sociedad* 5 5/6:236-240, setiembre-diciembre de 1982, p. 237.
- <sup>39</sup> De Estrada, S. Las obras sociales y la seguridad social, *op.cit.*, p. 167.
- <sup>40</sup> *Ibidem*, p. 168.
- <sup>41</sup> Discurso pronunciado en la inauguración de las Primeras Jornadas Nacionales de Seguridad Social Rural. En: *Boletín del Ministerio de Bienestar Social*, 4 de diciembre de 1979.
- <sup>42</sup> Citado por Alisio, N. El principio de subsidiariedad y la salud. En: *Medicina y Sociedad* 2 1:50-51, enero-abril de 1979.
- <sup>43</sup> Conferencia pronunciada en la Bolsa de Comercio de Rosario. En: *La Capital*, 3 de julio de 1970.
- <sup>44</sup> Tombazzi, V. La profesión médica organizada y la seguridad social argentina. Documento presentado a la Reunión Iberoamericana sobre «Los profesionales médicos y la seguridad social», Buenos Aires, 12/15 de mayo de 1981. En: *Medicina y Sociedad* 4 5:196-211, p. 205.
- <sup>45</sup> Montero, R. Las obras sociales y los profesionales de salud. Coloquio sobre obras sociales. En: *Medicina y Sociedad*, 3 3:140-152, julio-agosto de 1980, p. 144.
- <sup>46</sup> *Ibidem*, p. 145.
- <sup>47</sup> *Ibidem*, p. 208.
- <sup>48</sup> Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. *La ley de obras sociales*, La Plata, 1978, documento mimeografiado.
- <sup>49</sup> Ahumada, J. A. Rol de las entidades profesionales en la organización de la atención médica. Ponencia presentada en la IV Conferencia Nacional de Actividades Médicas, Buenos Aires, mayo de 1979. En: *Medicina y Sociedad* 4 4:155-160, julio-agosto de 1981.
- <sup>50</sup> Tombazzi, V. La profesión médica organizada y la seguridad social argentina, *op.cit.*, pp. 207-208.
- <sup>51</sup> Montero, R. M. La función del hospital público. En: *Medicina y Sociedad* 2 2:65-72, abril-junio de 1979, p. 66.
- <sup>52</sup> Confederación de Clínica, Sanatorios y Hospitales Privados. Documento elevado al Ministerio de Bienestar Social, Buenos Aires, 1978, documento mimeografiado.
- <sup>53</sup> *Ibidem*.
- <sup>54</sup> Albarellos, J. C. Las obras sociales y los prestadores privados. Coloquio sobre obras sociales, Buenos Aires, 18 de junio de 1980. En: *Medicina y Sociedad* 3 3:125-133, julio-agosto de 1980, pp. 129-130.
- <sup>55</sup> Ministerio de Planeamiento. *Documento de la Comisión de Salud op.cit.*, Aporte de CONFELISA. Apéndice, p. 9
- <sup>56</sup> *Ibidem*.
- <sup>57</sup> *Ibidem*.

- <sup>58</sup> Guido, F. A. Las obras sociales y su inserción social. Coloquio sobre obras Sociales, Buenos Aires, 18 de junio de 1980. En: *Medicina y Sociedad*, 3 3: 134-139, julio-agosto de 1980, p. 137.
- <sup>59</sup> Las obras sociales argentinas y la seguridad social. Documento conclusivo del seminario sobre «Las obras sociales en Argentina» organizado por el Centro de Promoción Sindical del CIAS en Buenos Aires durante los meses de agosto-diciembre de 1979. En: *CIAS XXVIII* 288-289:4-13, noviembre-diciembre de 1979, p. 10.
- <sup>60</sup> *Ibidem*, p. 12.
- <sup>61</sup> *Ibidem*.
- <sup>62</sup> Citado por Podetti, H. A. Seguridad Social y régimen de obras sociales. En: *CIAS XXVIII* 288-289:14-33, noviembre-diciembre de 1979, pp. 27-28.
- <sup>63</sup> Citado por Podetti, H., *op.cit.*, p. 26.
- <sup>64</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Memorando de la Asesoría Jurídica al secretario general, Buenos Aires, 26 de setiembre de 1980. Documento mimeografiado.
- <sup>65</sup> Aberastury, P. Objeciones a la nueva ley de obras sociales. En: *La Ley XVIII* 137:1-3, 18 de julio de 1983, p.3.
- <sup>66</sup> De Estrada, S. Rol de la seguridad social en la atención médica. En: *Medicina y Sociedad* 5 5-6:236-240, setiembre-diciembre de 1982.





## CAPITULO NUEVE

# El Seguro Nacional de Salud

## Introducción

El proyecto de Seguro Nacional de Salud que elabora el equipo conducido por el ministro Aldo Neri en 1984 puede, por diferentes razones, convertirse en un caso paradigmático de nuestro análisis relativo a la dinámica política del sector salud. Las razones de esto no se relacionan de manera exclusiva con los contenidos del proyecto. Por el contrario, buena parte de su singularidad radica en circunstancias que le son relativamente ajenas, pero que influyen decisivamente en la lógica política que define su trayectoria. Si intentamos jerarquizar la influencia de tales circunstancias, es necesario otorgar un lugar relevante al carácter y la gravedad de la crisis que la sociedad argentina soporta en el momento de llegar al gobierno Raúl Alfonsín, de quien Neri será ministro de Salud y Acción Social.

Más allá del diagnóstico elaborado en esa coyuntura por cada uno de los actores involucrados acerca de las causas, los efectos y las posibilidades de superación de la crisis socioeconómica que el país enfrentaba, lo cierto es que, diez años después, resulta meridianamente claro que las dificultades no provenían de una más entre las crisis cíclicas de balanza de pagos que habían obstaculizado en las décadas anteriores el crecimiento de la economía argentina, ni podían adjudicarse con carácter exclusivo a la política económica puesta en marcha por la dupla Videla/Martínez de Hoz. El gobierno democrático podía reclamar como una pesada herencia de la dictadura militar la necesidad de hacer frente al pago de una deuda externa de magnitud abrumadora y legitimidad dudosa, conflictiva sin

duda con el interés por atenuar las injusticias sociales más evidentes, mejorar la distribución del ingreso, disponer políticas económicas destinadas a generar empleo y controlar la inflación. Pero también, y fundamentalmente, debía hacerse cargo del agotamiento del modelo de desarrollo basado en la industrialización por sustitución de importaciones, a la vez que afianzar el régimen de gobierno democrático que su gestión procuraba reinaugurar.

De acuerdo con ese diagnóstico, el proyecto Neri se inserta en un momento muy particular de la historia argentina. En la medida que se clausuraba un ciclo de desarrollo económico, se colocaba entre las cuestiones prioritarias del gobierno la necesidad de llevar adelante la reconversión productiva. Y en la medida que se abría un ciclo de convivencia política, se reclamaba de todos los actores comprometidos el acatamiento de las normas que regirían la convivencia democrática. Mientras agonizaba una esfera de las prácticas sociales, otra era escenario de un renacimiento colmado de expectativas de transformación. Al mismo tiempo, la articulación necesaria entre economía y política requería una profunda reforma vinculada con las dimensiones, funciones y posibilidades de gestión del aparato estatal.

El proyecto Neri se inscribe plenamente en esa coyuntura crítica y hasta cierto punto da cuenta de la profundidad de los cambios futuros. Será el último intento de reorganizar el sector salud desde una perspectiva integradora, poniendo en manos del Estado las atribuciones de regulación destinadas a asegurar la vigencia de derechos humanos de supuesto reconocimiento universal; conformará la última esperanza incumplida de garantizar la universalidad en la cobertura de atención médica; será la última oportunidad -perdida como todas las anteriores, tal vez utópica como todas las anteriores- de liberar el sistema de servicios de salud de las consecuencias distorsionantes de la puja distributiva presente en el mercado de servicios y del conflicto corporativo dominante en la esfera política.

Este último intento racionalizador llega a escena en el momento de máxima historicidad del sistema que se pretende ordenar, cuando los cambios habían comenzado a producirse, las nuevas prácticas a ensayarse, las nuevas relaciones de poder a constituirse y, más allá de las expectativas y deseos de múltiples actores interesados en el proceso, cuando nadie podía ver con claridad la orientación final de las transformaciones en curso. En este punto se hace necesario un señalamiento adicional. A lo largo de todo nuestro trabajo hemos intentado explicar la profunda articulación verificable entre la dinámica del sector salud y el desarrollo del sistema político en Argentina. Esa articulación es más o menos explícita en los diferentes momentos seleccionados para el análisis, pero en ninguno se

vuelve tan transparente como en los primeros años de la gestión alfonsinista. La historia política del proyecto Neri se acopla perfectamente con los intentos realizados por parte del gobierno para otorgar gobernabilidad al sistema político de manera de consensuar reglas estables para el juego democrático y brindar un horizonte de certidumbre para la toma de decisiones.

La transparencia de esta articulación entre la dinámica política del sector y el sistema político se explica, al menos en parte, por las condiciones propias de la coyuntura. La crisis provoca la exacerbación de la puja distributiva sectorial; los actores se fragmentan en función de intereses relativamente conflictivos y cada uno se abroquela en posiciones defensivas sobre lo ya conquistado por sobre encima de expectativa de beneficio futuro; la desconfianza frente al Estado se incrementa y cualquier pretensión reguladora se percibe como un intento de despojo de beneficios previamente obtenidos. En las páginas que siguen intentaremos proporcionar fundamento empírico a estas primeras reflexiones de orden general.

### **El gobierno radical y las dificultades para la consolidación de la democracia**

La dictadura militar significó una profunda convulsión para la sociedad argentina. Fundamentos integradores, pautas valorativas, núcleos identificatorios resultaron fuertemente perturbados por la violencia sin freno, la amenaza indiscriminada, el miedo, la sospecha recíproca, la atomización de la ciudadanía y la disgregación del tejido societal. Pese a la represión fundada en la utilización abusiva de las armas y la capacidad disciplinaria confiada a los mecanismos del mercado, la gobernabilidad de la puja distributiva entablada entre los principales sectores de poder en la Argentina seguía siendo tan problemática en 1983 como lo fuera diez años antes. La inflación incontenible constituía un recordatorio cotidiano de las prácticas defensivas interpuestas frente al supuesto poder del mercado para imponer transparencia y racionalidad a los intercambios. La vinculación selectiva de las principales corporaciones con el aparato de poder constituía un serio obstáculo para la implantación de la democracia parlamentaria respaldada por el voto de la ciudadanía.

Los analistas políticos coincidían en la necesidad de reforzar la democracia formalmente recuperada con una transformación consensuada de las prácticas de los principales actores con peso en el sistema político. La crisis de integración social y sus consecuencias sobre la estabilidad del sistema solo podrían superarse «por medio del consenso en los valores y del reconocimiento de las normas de acción»(1). La reflexión en torno de la necesidad de acordar reglas ordenadoras del juego político reconocidas

y respetadas por la totalidad de los actores involucrados, de manera de garantizar la estabilidad de los compromisos adquiridos, da fundamento a la búsqueda de consenso en torno a un pacto democrático. Este pacto, constituyente y garante de la convivencia democrática, es pensado como

un compromiso que, respetando la especificidad de los movimientos sociales, delimite un marco global compartido dentro del cual los conflictos puedan desenvolverse sin desembocar en la anarquía y las diferencias coexistan sin disolverse. En todo caso, el modelo del pacto aparece en el mundo moderno como el único esquema de referencia que permite conciliar la existencia de una pluralidad, potencialmente conflictiva, de sujetos sociales, con un principio ordenador que intermedie en las oposiciones sin anularlas y haga valer los requerimientos de cooperación necesarios para la convivencia social (2).

Condición ineludible para el fortalecimiento de ese pacto sería, según la misma perspectiva, que los sujetos sociales lo asumieran como propio y, por consiguiente, acordaran la necesidad de «proyectarse más allá del horizonte de sus particularismos reivindicativos» y otorgaran prioridad a «la construcción de un orden colectivo vinculante». La construcción de ese orden era una de las tareas ineludibles del nuevo gobierno. La perspectiva defendida por los radicales y respaldada por el voto de la ciudadanía en los comicios de octubre de 1983 se asociaba con el reforzamiento de la instancia parlamentaria como núcleo de las decisiones políticas. Esa posibilidad suponía remontar la histórica debilidad del sistema de partidos en la Argentina, la escasa presencia de la representación parlamentaria en los procesos de toma de decisiones, la fuerte vinculación entre las corporaciones y el aparato estatal que se había construido a lo largo de décadas de autoritarismo y centralización del poder en la rama ejecutiva del gobierno. Para lograrlo, el gobierno del presidente Alfonsín diseñará diferentes estrategias a lo largo de sus primeros tres años de gobierno. El fracaso de cada una de ellas afectará por diferentes vías el proyecto de Seguro de Salud elaborado por el ministro Neri y sus colaboradores.

### **La estrategia de democratización sindical**

De acuerdo con su propuesta de reforzar el juego político en el espacio de la representación ciudadana, las primeras medidas del gobierno alfonsinista se orientan a debilitar algunas de las bases de poder de la dirigencia sindical. El rechazo en la Cámara de Senadores de la ley Mucci-destinada a normalizar los sindicatos, democratizando la selección de sus liderazgos- sellará el temprano fracaso de esta estrategia, y tendrá serias repercusiones para la viabilidad política del proyecto Neri. Uno de los temas más relevantes de la campaña de Alfonsín había sido su denuncia

del pacto militar-sindical. El tema tenía resonancias significativas en el imaginario político argentino, ya que se asociaba con el descrédito construido durante décadas en torno del grupo de poder reconocido como burocracia sindical.

Francisco Delich había retomado en parte esa historia en un artículo aparecido en 1982, en el que mencionaba la existencia de una tradición de «comunicación de los sindicatos con las Fuerzas Armadas, cuando ambas se presentan como instituciones corporativas». Delich señala que, en términos históricos, esa relación había sido un referente y un componente muy decisivo para el movimiento sindical, gestado a partir del período 1943-1946, cuando se registrara la convergencia de la institución militar y las nuevas organizaciones sindicales en un mismo proyecto político:

Desde entonces y durante 45 años la conducción obrera desarrolló un complejo sistema de alianzas y antagonismos con las Fuerzas Armadas, de ambigüedades, seducciones y subordinaciones, según aquellas retuvieran el control del Estado o, en años de régimen constitucional, gozaran solo del poder que se deriva de sus funciones (3).

Esa alianza explicaría las divisiones que se producen en el movimiento sindical durante los años del Proceso, basadas al menos en parte en desacuerdos sobre la responsabilidad institucional de las Fuerzas Armadas en lo que en esos años comienza a reconocerse como «guerra sucia». En ese contexto, la referencia al pacto militar-sindical tenía connotaciones ético/políticas de enorme impacto en la castigada sensibilidad de los argentinos. La denuncia de la nueva alianza entre militares y sindicalistas formulada por Alfonsín toma como argumento la estrategia de pacificación social puesta en marcha por el presidente Bignone a partir de la derrota en Malvinas. La designación como ministro de Trabajo de José Villaveirán, estrechamente ligado a un sector sindical, y la puesta en marcha de un programa de normalización de las organizaciones gremiales intervinidas proporcionan fundamento para pensar en una política de cooptación dirigida al sector gremial más proclive a los acuerdos de cúpula.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Para un cuadro de situación es indispensable señalar que el sindicalismo juega en ese momento un papel central en la reorganización del Partido Justicialista, particularmente la fracción liderada por Lorenzo Miguel, que en enero de 1984 había sido repuesto en la conducción de la UOM al frente de una comisión transitoria designada por el Ministerio de Trabajo. Poco después Miguel alcanza la máxima jerarquía partidaria en el peronismo asumiendo el cargo de vicepresidente primero, virtual presidencia del partido en función del exilio de Isabel Perón. Palomino, H. El movimiento obrero y sindical en una larga transición. En: *El Bimestre* 26:12-20, 1986.

En consecuencia con la posición asumida durante la campaña electoral, Alfonsín envía al Congreso, entre los primeros proyectos sometidos a tratamiento parlamentario, la que sería conocida más tarde como «ley Mucci», nombre del ministro de Trabajo responsable de su elaboración. La propuesta era una nueva reglamentación de las asociaciones profesionales, que procuraba cercenar el poder de los líderes sindicales a partir de un proceso de normalización de los sindicatos basado en criterios de democratización y representatividad que privilegiaban la decisión de las bases. La norma propugnaba la elección de delegados de base en primer lugar y luego una elección escalonada en el conjunto de los niveles de la estructura sindical. A esto se sumaba la participación de las minorías en los cuerpos de gobierno. La ley es aprobada en la Cámara de Diputados, donde el oficialismo contaba con la mayoría, pero fracasa en el Senado, siendo rechazada por diferencia de un voto. Como señalamos al comienzo, esta derrota parlamentaria delimita con relativa claridad los márgenes de la negociación del proyecto Neri.

**Segunda fase en la construcción del pacto de gobernabilidad:  
«la concertación que no fue»(4)**

El 1º de mayo de 1984, en la tradicional sesión de apertura de las sesiones del Congreso, el presidente Alfonsín formula un dramático llamado a la conciliación y al diálogo, que presenta como únicos instrumentos aptos para detener lo que caracteriza como «tendencias a la fragmentación».

Hemos recibido un país con un Estado totalmente distorsionado y puesto al servicio de un proyecto político autoritario y represivo, que dio como resultado una larga noche de miedo y muerte,

señala el Presidente, advirtiendo al mismo tiempo que la Nación

sufre aún las consecuencias de profundos trastocamientos en la escala de valores, y se observan vestigios de una acción corporativa como producto evidente de una época en que cada sector pensaba egoístamente en la sola defensa de sus intereses directos.

La situación política en el momento de restauración de la democracia reproduce, después de la derrota parlamentaria del proyecto de normalización sindical, la tradición argentina de gobierno débil y escaso compromiso de las fuerzas sociales organizadas con las políticas diagramadas desde el Estado. Un sindicalismo fuerte y políticamente ubicado en la principal oposición constituía sin duda un adversario que era indispensable

ble neutralizar antes de poner en marcha las transformaciones que la resolución de la crisis demandaba (5).

La estrategia elegida por el gobierno para superar ese *impasse* radica en un proyecto de concertación, que asume dos vertientes. La primera, coherente con la tradición constitucionalista y parlamentarista del radicalismo, se orienta a la búsqueda de coincidencias políticas con los partidos, en particular con el peronismo. El primer resultado es la firma del «Acta de Coincidencias», respaldada por los principales partidos en junio de ese mismo año. Sin embargo, tal como señalan análisis más o menos contemporáneos, el peronismo constituía en ese momento una federación de tendencias, sin una conducción unificada, y los compromisos asumidos por su presidenta no comprometían la adhesión de sus diversos sectores políticos ni los de su rama sindical (6). La debilidad del compromiso obtenido no escapa a las esferas de gobierno que ponen en marcha una segunda etapa de la concertación, destinada a establecer canales de diálogo con la CGT y las principales organizaciones empresarias. Se designa una comisión conformada por los ministros de Interior, Economía, Trabajo, y Salud y Acción Social y el secretario de Planificación. En agosto las conversaciones se canalizan a la organización de siete comisiones de trabajo encargadas de sentar las bases de la lucha contra la inflación, el mejoramiento de los salarios reales y la puesta en marcha de una política de crecimiento a partir del estímulo a la inversión privada.

Los esfuerzos por encauzar el diálogo terminan en fracaso. En setiembre el gobierno recibe un documento que firma la CGT junto con siete entidades empresariales. Se presentan además otros tres diagnósticos de la situación que corresponden a la Comisión de los 20 (sector gremial opuesto a la conducción cegetista), la Unión de Entidades Comerciales y la Federación Agraria Argentina, todos conteniendo fuertes críticas a la política económica.<sup>ii</sup> Las conversaciones continúan pero el peso político del documento firmado conjuntamente por la CGT y los empresarios revela las dificultades que enfrenta la conducción económica para lograr algún consenso entre las fuerzas sociales más significativas.

<sup>ii</sup> Algunas contradicciones internas presentes en los documentos revelan que más que un consenso sobre políticas futuras lo que las corporaciones habían conformado era un frente opositor al gobierno. Por ejemplo, mientras la CGT enfatizaba que los reajustes salariales eran insuficientes, la UIA denunciaba los graves problemas que afectaban a las empresas como consecuencia de la aplicación de reajustes salariales y el control de precios. Fernández, A. *Sindicalismo y concertación social. La coyuntura argentina actual*. En: Dos Santos, M. (comp.). *Concertación político social y democratización*. Buenos Aires, Clacso, 1987, pp. 225-247.

## La génesis del proyecto de Seguro Nacional de Salud

La oportunidad de la reforma propuesta por el ministro Neri se vincula con la situación de vacío legislativo producida por la sanción de la ley 22.269, promulgada el 15 de agosto de 1980, que no llegó a aplicarse por falta de reglamentación. En el capítulo anterior, donde tratamos los términos del debate acerca de esa ley, planteamos la dificultad de señalar cuál de las orientaciones en disputa había logrado predominio en el ordenamiento finalmente aprobado. Mencionamos allí que, a nuestro criterio, la ley sancionaba un compromiso, más que el predominio de un sector sobre otro.

El carácter de ese compromiso y su limitada viabilidad política se ponen de manifiesto en los años subsiguientes, a partir de la parálisis que se produce en la reglamentación y la aplicación de la norma, algunas de cuyas razones nos llegan a través de la información periodística que muestra la disconformidad de todos los sectores involucrados con el texto finalmente aprobado. Por otra parte, la negociación producida en torno de la reglamentación, reforma o caducidad de la ley 22.269, también podría vincularse con las condiciones del supuesto o real pacto militar-sindical denunciado por Alfonsín en el transcurso de la campaña electoral. Para entender el problema es necesario hacer un poco de historia.

De acuerdo con la información periodística disponible, la reglamentación de la ley es aprobada por la Comisión de Asesoramiento Legislativo en setiembre de 1981 (7), y el texto del referido decreto es publicado por *La Nación* el 24 de octubre. Sin embargo, la promulgación no se produce. Al mismo tiempo se registran diferentes manifestaciones de rechazo tanto de parte del sector sindical como de la Confederación Médica (8). La oposición, por otra parte, no queda limitada a los defensores del pacto corporativo, sino que también se manifiesta la crítica desde la perspectiva liberal en diferentes oportunidades. El título de un editorial de *La Prensa* hacía referencia en enero de 1981 a «La totalitaria ley de obras sociales», señalando en su texto que poco se había avanzado al sancionarla en relación con la «igualmente totalitaria» ley anterior (9). Un artículo de opinión aparecido en *La Nación* en noviembre de 1981 manifiesta una evaluación semejante, señalando que la reforma de la ley 18.610 solo había tenido como resultado trocar «el monopolio sindical por el monopolio estatal, pese a estridentes fracasos en materias similares»(10).

El tema vuelve a ser presentado a la opinión pública en julio de 1982, en forma coincidente con la gestación del acuerdo del presidente Bignone con los sindicalistas. Dirigentes de la CGT Azopardo, rama sindical caracterizada por su orientación conciliadora en relación con el gobierno militar, habían concurrido al despacho del ministro de Acción So-



cial, Adolfo Navajas Artaza, para reclamar participación en la discusión de las reformas de la ley de obras sociales (11). Un mes más tarde, Navajas Artaza aprovecha un contacto con periodistas producido a raíz de un viaje a Comodoro Rivadavia para pronunciarse en favor de la reforma de la ley 22.269. En la oportunidad señaló también que era decisión del gobierno restituir a los sindicatos el control de las obras sociales antes de la asunción de las nuevas autoridades constitucionales. La cuestión vuelve a plantearse en enero de 1983. La noticia periodística, sin embargo, trasluce la diversidad de opiniones existente en el seno de la Junta Militar, señalando que en el tratamiento del tema subsisten «las discrepancias gubernamentales que impidieron su reglamentación»(12).

Por otra parte, los contactos del gobierno con la otra rama de la CGT, identificada por su sede en la calle Brasil, no tienen resultado satisfactorio. Su secretario general, Saúl Ubaldini, rechaza de plano las reformas propuestas por el ministro Villaveirán a las leyes de Asociaciones Profesionales y de Obras Sociales, afirmando enfáticamente que toda introducción de modificaciones debía corresponder al futuro gobierno constitucional (13).<sup>iii</sup>

En agosto de ese mismo año, a un paso de las elecciones que darán el triunfo a Alfonsín, los médicos se apropian del referente popularizado por el candidato radical y denuncian un pacto entre las autoridades militares y los sindicalistas. El presidente de la COMRA alerta a la opinión pública sobre la intención del gobierno de «borrar con el codo lo que escribiera con la mano», al mismo tiempo que declara «inadmisibles» una supuesta estrategia orientada a permitir que la caducidad por falta de reglamentación de la ley 22.269 produjera su inmediato reemplazo por la 18.610. Al mismo tiempo se anuncia que los ministros de Economía y Acción Social -a solo tres meses del traspaso del gobierno a las nuevas autoridades- han elaborado un proyecto de reestructuración del Instituto Nacional de Obras Sociales (14).

<sup>iii</sup> Un mes antes de estas declaraciones de Ubaldini, Navajas Artaza había delimitado claramente en un reportaje la diferente relación que el gobierno tenía con las dos CGT: «debo destacar nuestro fluido contacto con los dirigentes de la CGT Azopardo, entre quienes encontré una gran comprensión de todos los problemas y una gran altura para tratar todas las cuestiones que atañen a la vida no solamente del movimiento gremial sino de todo el país. Quiero destacar esto muy especialmente, porque en todas las oportunidades hemos podido mantener una fluida relación con todos estos dirigentes, cuya calidad me complace en destacar. En cuanto a los dirigentes de la otra CGT nosotros nunca hemos tenido oportunidad de conversar con ellos, seguramente porque no se han acercado a este Ministerio». Las reformas a la ley de Obras Sociales. Reportaje a Adolfo Navajas Artaza, titular de Acción Social. En: *Clarín*, Buenos Aires, 9 de febrero de 1983.

## Las primeras versiones de la propuesta de Neri

La primera versión de la propuesta de organización sectorial de Aldo Neri se conoce en la etapa preelectoral. En un documento cuya autoría se adjudica al Movimiento de Renovación y Cambio de la UCR pero que pertenece a la pluma de Neri, el sanitarista formula su diagnóstico sobre el sector y propone las bases para su ordenamiento futuro. En ese texto Aldo Neri se pronuncia en favor de reforzar la presencia del Estado en el campo de la salud, en su doble papel de conductor de la política global y prestador de servicios asistenciales. En sincronía con esta postura, define como responsabilidad primordial de «una democracia social» garantizar a sus integrantes el conjunto de bienes que hacen a «la dignidad, seguridad y posibilidades de realización humana: trabajo, retribución justa, vivienda, alimentación, atención de su salud, amparo en su vejez o en su incapacidad», para luego especificar y enfatizar: «*Típicamente, educación y salud se constituyen en atribución y responsabilidad indelegables del Estado, a través de sus órganos políticos y administrativos*». (énfasis en el original)(15).

Este énfasis en la responsabilidad y funciones del Estado no convierte a la propuesta en centralizadora o estatista. Neri no abandona en este caso su convicción, reiteradamente manifestada en su trayectoria como sanitarista, de que el ordenamiento sectorial constituye un problema básicamente político de conciliación de intereses, y a eso apunta la caracterización que propone de las condiciones de la actividad estatal.

Pero claro que no estamos pensando en un Estado que todo lo absorba y todo lo mande, autocráticamente, sino en un Estado participativo, junto al cual tienen relevante papel las organizaciones intermedias de la propia comunidad -sindicatos, gremios profesionales, núcleos empresarios, etc. - pero no de modo anárquico y contradictorio, sino en forma conjunta, en el derrotero programático que señalan los órganos políticos de la república (16).

Esta posición frente al problema revela a nuestro juicio una doble toma de distancia. Por una parte, frente a las perspectivas «pluralistas» que respaldaban la organización sectorial resultante de la ley 18.610, Neri reclama una mayor presencia reguladora del aparato estatal. Por la otra, ante la defensa de un sistema de mercado implícita en algunas disposiciones de la ley 22.269, asume también una posición doctrinaria libre de ambigüedades, cuando señala que, conforme con su concepción política, *los servicios sociales deben quedar por fuera del libre juego de la oferta y la demanda* [énfasis en el original], siendo por lo tanto a todos accesibles, independientemente de la clase social, el nivel de ingreso, la zona de resi-

dencia, la condición laboral, o cualquier otro carácter distintivo que implique ventaja o desventaja en el seno de la sociedad.<sup>iv</sup>

En el momento del retorno a la democracia, el futuro ministro de Salud y Acción Social se ubica, de manera que no deja lugar a confusiones, frente a dos modelos doctrinarios encarnados en sucesivas leyes reguladoras del sector. En primer lugar, frente a las consecuencias de la 18.610, que abrió la posibilidad de afirmación del pacto corporativo; en segundo término, prometiendo clausurar las facilidades abiertas por la 22.269 de reemplazar en el sistema de seguridad social la vigencia universal de los mecanismos solidarios por una lógica basada en la previsión individual de los riesgos vitales.

Frente al acuerdo corporativo y la lógica empresaria, Neri se remite a las políticas diseñadas por los órganos deliberativos del gobierno constitucional y recupera para el Estado el papel de conductor de esas políticas.<sup>v</sup> En el sector salud, por consiguiente, el pacto democrático propuesto por el oficialismo dejaba poco margen al conjunto de intereses que se habían tornado predominantes dentro del sistema de servicios a lo largo de tres décadas. La crisis financiera que había exacerbado la puja distributiva inter e intrasectorial, y después, los sucesivos fracasos del gobierno en sus intentos de diseñar e implementar políticas que contaran con el consenso de los principales grupos de poder, sellarían, desde fuera del sector y en su mismo seno, el fracaso del proyecto de Seguro. El documento que comentamos contiene algunas definiciones sobre el proyecto institucional para las obras sociales, señalando en primer lugar que «en algún momento futuro» sería deseable alcanzar la integración financiera y administrativa

<sup>iv</sup> La idea se completa poco más adelante: «la solidaridad no es un mero postulado doctrinario, una simple exhortación a la conciencia ciudadana. Es un compromiso concreto de obtener determinados resultados en el funcionamiento social, que obligan a optar por una alternativa de organización de los servicios sociales frente a otra, o a preferir cierta modalidad de financiarlos antes que las demás posibles». Unión Cívica Radical. Movimiento de Renovación y Cambio. Más vida para los argentinos. Bases de la política de salud. En: *Cuadernos Médico Sociales* 24:53-63, junio de 1983, p. 56.

<sup>v</sup> No debe deducirse de nuestro planteo que adjudicamos al ministro Neri una actitud de ingenuidad política. Era sin duda plenamente consciente de los riesgos y dificultades de la empresa, y así lo había manifestado en un artículo publicado en 1981: «La diversidad y complejidad de las actividades de bienestar, emanadas de una política social en armonía con las posibilidades de cada país, así como el protagonismo fundamental del estado en su desarrollo, son ya requerimientos ineluctables de esos tiempos nuevos. En cómo hacerlo soslayando sus riesgos reside el desafío. Pero tales riesgos no pueden fundamentar, legítimamente, pretensiones regresivas a la jungla del *laissez faire* o a una Arcadia de comunidades simples y autosuficientes.

«No existen fórmulas mágicas para superar estos obstáculos. El camino implica una búsqueda de alternativas viables en cada medio social. En los riesgos pesa el

de sus fondos, transformándolas en un seguro unificado, administrado por los trabajadores y el Estado en una organización descentralizada a nivel provincial.

Aunque un cambio de tal magnitud se proponga para algún momento no precisado del futuro, Neri señala la necesidad de que las decisiones tomadas en lo inmediato no obstaculicen las posibilidades de progreso. Para ello, enfatiza, «las actuales obras sociales deben constituir organismos jurídica, financiera y administrativamente separados del sindicato», pero deben ser «dirigidas por representantes del mismo conjuntamente con delegados estatales»(17).

También se expresa con claridad la intención de regular las contrataciones con el sector privado. En tal sentido se defiende la necesidad de producir una drástica simplificación del Nomenclador Nacional de Prestaciones, una efectiva regulación del ejercicio de las especialidades médicas, el control normatizado de la instalación y uso de equipos de diagnóstico y tratamiento, las condiciones que deben reunir los establecimientos asistenciales para ser autorizados, y la variedad, precios y normas de uso de los medicamentos. En todos estos temas, que considera cruciales, las autoridades militares habrían optado, en opinión del futuro ministro, por un «dejar hacer» de negativo resultado social.

Una segunda síntesis conceptual<sup>vi</sup> del proyecto político del Ministerio de Salud y Acción Social se expresa a través de un documento difundido en junio de 1984 por la Subsecretaría de Recursos de Salud (18). Allí se

---

problema del tamaño de las organizaciones, y su grado de descentralización, mucho más que el de su condición de públicas o privadas. Además, todo ello se relativiza en función del tipo de servicio a brindar. [...] Para eludir los riesgos referidos es muy importante el papel activo de las denominadas organizaciones intermedias existentes en la propia comunidad (sindicatos, ligas, comités y asociaciones diversas, etc.). Tal participación debe lograrse promoviendo su armonización con las líneas definidas por los órganos políticos de la república, así como neutralizando los impulsos centripetos de los sectores de interés, que podrían reemplazar la mencionada jungla liberal de los individuos por la de las corporaciones. Pragmáticamente, y sin entrar en adhesiones o repulsas a la concepción del Estado de un Aristóteles, Hobbes, Hegel o Marx, de lo que se trata es de encontrar el difícil punto de armonía entre individuo, familia, organizaciones intermedias y estado, que sostenga las libertades humanas y promueva una mayor efectividad social de las acciones de bienestar». Tampoco queda duda, a nuestro criterio, de su convencimiento sobre la perduración de la concepción de Estado de Bienestar. Neri, A. Estado y política social. En: *Medicina y Sociedad* 4 6:263-269, noviembre-diciembre de 1981, pp. 267-268.

<sup>vi</sup> No computamos aquí, al referirnos a una «segunda versión», el proyecto de ley que se conociera a través de trascendidos en los primeros meses de 1984. Se habría desistido de la primera intención de elevarlo al Congreso en marzo de ese mismo año, luego de la derrota sufrida por el oficialismo en la votación de la ley de normalización sindical.

enfatisa sobre la necesidad de una conducción unificada sobre el conjunto de prácticas relacionadas con la salud. La intención se habría concretado en un primer paso a partir de la unificación de los Ministerios de Salud y Acción Social, con el propósito de integrar las políticas de salud a otras prioridades del área social, tales como alimentación, vivienda, promoción del desarrollo comunitario y familiar, recreación y atención de las situaciones de emergencia social. En el campo más específico de la atención médica, se señala la incorporación a la Secretaría de Salud del Instituto Nacional de Obras Sociales. La medida se dirige a superar «una histórica dualidad política» entre la conducción de «la llamada Salud Pública» y la de la rama sanitaria de la Seguridad Social (19). La propuesta es sin duda ambiciosa, y tiende a superar condiciones largamente cuestionadas en la conducción estatal de las actividades de atención médica. Al subordinar a la rama tradicionalmente técnica -Secretaría de Salud- la conducción de la esfera más politizada vinculada con la seguridad social médica, se procura jerarquizar la primera y brindarle condiciones adecuadas para la regulación y fiscalización de las respectivas prestaciones. Una pieza fundamental en la redefinición del papel del Estado es la recuperación de las instituciones del subsector público. Para ello se propone privilegiar la atención primaria de la salud con énfasis en la descentralización de los efectores y penetración en la comunidad, integrándola en todas las instancias de sistemas de servicios de salud y especialmente en el de la seguridad social, ahora estrechamente vinculado con el hospital público.

Esta decisión «implica un programa de rescate del hospital público» para llevarlo a razonables niveles de competencia y «suprimir las actuales barreras de acceso, limitantes de horarios insólitos para obtener turnos, mejoras en el confort, la presentación, el aseo y la atención administrativa y profesional». Tras esos objetivos de mejoramiento, se ha decidido coordinar con las provincias la integración de una red nacional de atención, de cobertura creciente y cuyas modalidades operativas estarán adecuadas a las características geosocioeconómicas de cada área.

El esquema estanco de exclusión de jurisdicciones, será quebrado, estableciendo vasos comunicantes entre el sector de la seguridad social, el privado, y el hospital público, permitiendo nuevas condiciones combinadas de trabajo profesional y promoviendo la atención primaria, a través de la penetración del hospital de referencia en la población de su área, creando los centros barriales y comunales de salud para formar el primer escalón de la red de servicios médicos (20).

Acerca de la relación entre las obras sociales y los prestadores privados, el documento que comentamos reitera la necesidad de reformar el

Nomenclador Nacional de Prestaciones, considerando que ha dejado de ser un instrumento neutro de regulación de valores del trabajo médico para transformarse en un condicionante de patrones de atención, e incluso en un orientador de especialidades para profesionales de reciente graduación. Se reconoce, por otra parte, la situación crítica por la que atraviesa el sector de prestadores con internación, «atrapado en un sistema restrictivo, caracterizado por ingresos condicionados por convenio y egresos semejantes a los del resto de las actividades comerciales». Esa lógica reduciría sensiblemente la rentabilidad de las empresas, y llevaría a la sofocación económica del sector.

El Ministerio reconoce la necesidad de prestar atención a los prestadores y se propone «consolidar un sistema de integración» en el cual tendrá asegurada su presencia el subsector privado. Sin embargo, señala la existencia de algunos procesos que sería necesario revertir. En primer lugar, el vinculado con la creciente demanda de servicios cada vez más sofisticados que, aunque podría considerarse adecuada en una economía de abundancia, habría alentado la inversión en estructura y aparatología del sector privado. Tales inversiones, al reducirse la utilización de servicios, tuvieron como resultado enfrentar a los prestadores con compromisos y endeudamiento en divisas que no podrían ser contemplados en los periódicos ajustes arancelarios, ya que los valores originales «estuvieron por debajo de niveles económicos remunerativos para la demanda, prestación, facturación y cobranza regulares». Si bien el Ministerio reconoce y evalúa el problema, delega la solución a los directos interesados, ubicándose en la posición de quien ha heredado «una situación crítico-conflictiva», iniciada bajo otras administraciones, y cuyos efectos inerciales se proyectan hasta el presente. Por consiguiente, no sería justo «imputar a la administración actual el deterioro económico de los efectores, ni mucho menos atribuirle intenciones de asfixiar al sector». Será necesario, por consiguiente, que los prestadores de mayor complejidad planifiquen «una redefinición de sus estructuras» para recuperar el punto de equilibrio en sus operaciones y crear nuevas formas y fuentes de financiación y de trabajo, «dada la seguridad de que continuarán integrando la red de servicios del sistema de salud y -en ciertos casos- con presencia decisiva en ella». Deberán también aceptar la presencia del hospital público en el área de atención médica de la seguridad social, en papeles protagónicos más que excluyentes, una vez que se lo someta a la indispensable modernización (21).

Una tercera versión, más sistemática, de la propuesta, se hace pública en noviembre de 1984. En esa oportunidad los principales contenidos se sintetizan en 35 puntos, presentados en la reunión constitutiva de la subcomisión de salud y seguridad, conformada como parte de la política

de concertación. Las principales modificaciones al sistema vigente se orientan en primer lugar, a otorgar individualidad jurídica a las obras sociales, diferenciándolas de la administración central del Estado, las empresas y las asociaciones gremiales, y entregando su conducción a los beneficiarios con participación del Estado. Se asegura la cobertura universal para el acceso al sistema de servicios de salud, incorporando de pleno derecho a los trabajadores autónomos, e incluyendo a las personas sin cobertura bajo la responsabilidad financiera del Estado.

Por otra parte, se prevé la continuidad de las obras sociales como entidades fundamentalmente financiadoras, desalentando el desarrollo de capacidad asistencial propia. Todos los prestadores -tanto profesionales como establecimientos- sean públicos, privados o propios de las obras sociales, deberán constituir en igualdad de condiciones una red integral de servicios, disponible para los beneficiarios del Seguro. Las modalidades de contratación y pago de los servicios se ordenarán progresivamente tras el objetivo de asegurar una eficaz y oportuna atención de salud y la eficiente utilización de los recursos financieros disponibles. Por último, se promoverá la descentralización de la gestión del seguro en los niveles provinciales, reteniéndose una proporción elevada de los fondos para ser aplicada en la jurisdicción donde fueron recaudados (22).<sup>vii</sup>

Como ya señalamos, la propuesta es muy ambiciosa. No solo supone la puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo para la atención médica brindada bajo financiación de la seguridad social, sino que ese modelo organizativo aparece totalmente diseñado dejando poco o ningún espacio para el compromiso con otras propuestas. El diagnóstico que se efectúa sobre las condiciones existentes en el sector es correcto, y ha sido respaldado por evaluaciones críticas a lo largo de muchos años. Pero las bases de la reforma son planteadas como la única alternativa posible y, en función de ese criterio, lo que se presenta como solución política sigue estando impregnado por el referente técnico y termina configurando una propuesta normativa.

Aldo Neri llevaba ya más de una década defendiendo para el sector una alternativa política, que tuviera en cuenta la multiplicidad de intereses preexistentes y diera respuesta a las expectativas de los diferentes actores. Sin embargo, en el proyecto de Seguro, su lectura de lo político queda reducida a la actividad del aparato estatal, y los límites de lo participativo a la conducción de un sistema prediseñado por aquellos que se encuen-

<sup>vii</sup> Los documentos que mencionamos tienen también referencias a políticas vinculadas con el tema de los medicamentos, uno de los ejes del diagnóstico sectorial del equipo bajo las órdenes de Neri. No nos ocupamos del tema -tanto aquí como en capítulos anteriores- por considerar que su especificidad requiere un abordaje particular.

tran circunstancialmente en la conducción de dicho aparato. La posibilidad de agregación de intereses, de compatibilización de perspectivas diferentes, de construcción de nuevas identidades -aquello que permite reconocer lo político como un proceso de construcción de viabilidad para una propuesta de cambio-, queda relegada por las exigencias de la coyuntura de crisis y la dureza de los enfrentamientos intra e intersectoriales.

Esta interpretación se fundamenta en las mismas expresiones del ministro cuando ubica, como una de las condiciones de su proyecto, la unidad de conducción política del área y retiene la Secretaría de Salud con el explícito designio de devolver la jerarquía perdida a esa esfera técnico-política. La unidad del equipo de conducción, «vinculado por un propósito reformador común y por muchos años de actividad profesional previa», ha sido ratificada recientemente por uno de sus integrantes, el doctor Jorge Mera, quien además señala como expresión organizativa de esa misma coherencia, la unidad administrativa garantizada para el sector a partir de la reubicación del INOS dentro de la esfera de Salud y Acción Social, y la de todas las obras sociales dentro del ámbito jurisdiccional del INOS (23).

En mayo de 1985, en alguna conversación con dirigentes gremiales médicos, Neri habría señalado que el problema no radicaba en «salvar el sistema», sino en decidir la mejor manera de transitar los días finales de un sistema que «estaba en agonía»(24). No solo el ministro, también los demás actores con intereses en el sector tenían en ese momento dificultades para reconocer que al mismo tiempo agonizaba una particular manera de pensar las funciones del Estado y su capacidad de intervención en áreas como la que se encontraba en ese momento en disputa.

### **La historia del proyecto de Seguro Nacional de Salud**

#### *Primera derrota del proyecto de Seguro: enero a julio de 1984*

En enero de 1984 se registran las primeras noticias periodísticas vinculadas con la preparación de un proyecto de ley destinado a reorganizar el sistema de obras sociales. Las declaraciones de Neri referidas a la actividad del Ministerio jerarquizan también otros proyectos, tanto o más significativos, pero con menor capacidad de mantenerse en la escena pública: la supresión del arancelamiento hospitalario, las medidas para combatir la desnutrición, los comedores escolares, las disposiciones sobre salud mental, vivienda, minoridad y familia, el Plan Alimentario Nacional y el Fondo de Asistencia de Medicamentos. El ministro presenta su futura gestión como un reordenamiento de la totalidad del sector, con particular atención en sus áreas más críticas. El proyecto de Seguro, independientemente de la repercusión política que alcanzará más tarde, es sin duda una



más entre las múltiples actividades que el equipo bajo sus órdenes aborda desde los primeros días de su ingreso en el Ministerio.

En relación con las obras sociales, en alguno de los reportajes concedidos a la prensa, Neri señala su intención de diferenciar al sindicato de la obra social y al mismo tiempo resguardar la participación de los representantes obreros en la conducción de las instituciones, insistiendo en la necesidad de asegurar «la decidida participación del Estado como orientador del sistema hacia una política de salud que sea nacional y para toda la comunidad»(25). Un buen indicador del diagnóstico político relativo a la dinámica interna del Ministerio es la intención de jerarquizar la Secretaría de Salud, que queda bajo su directa responsabilidad (26). Otro tópico enfatizado es la intención de federalizar el sistema, otorgando protagonismo a las provincias en la definición de las políticas de salud.

Los primeros trascendidos sobre el proyecto se conocen en los primeros días de febrero, y poco después las agencias de noticias comienzan a preocuparse por los contenidos políticos de la cuestión. Un despacho de Telam hace referencia a uno o dos anteproyectos de ley de reordenamiento de las obras sociales que estarían en poder de algunos legisladores radicales. Los «puntos básicos» y «no negociables» de la iniciativa radicarían en asegurar las prestaciones de atención médica «sin injerencia de la conducción de los gremios» y «en igualdad de oportunidades», tanto para los afiliados de gremios poderosos como para aquellos pertenecientes a entidades con menores recursos. Debido a que el Parlamento estaba abocado a la discusión del proyecto de normalización sindical, es inevitable la referencia al carácter polémico que sin duda asumirá esta nueva iniciativa del Ejecutivo (27). Noticias Argentinas, por su parte, informa la existencia de un proyecto «totalmente redactado» cuyo envío al Parlamento solo dependería de los tiempos políticos, que aconsejan esperar a que se diluya «la tensión creada por las discusiones en torno de la ley sindical»(28). Sin embargo, declaraciones de propio Neri dan cuenta del interés del gobierno en que el proyecto sea tratado en el período de sesiones extraordinarias en ese momento en curso (29).

El clima político cambia en la primera quincena de marzo, cuando el Senado rechaza por un voto de diferencia el proyecto de ley de normalización sindical elaborado por el ministro de Trabajo, Antonio Mucci. El proyecto de Seguro Nacional de Salud no es enviado a las Cámaras y, aunque el conflicto con los sindicatos se enfría en función del cambio de política diseñado por Juan Manuel Casella, reemplazante de Mucci en el Ministerio, la cuestión de las obras sociales se convertirá paulatinamente en un nuevo punto de fricción para la negociación de un proyecto de normalización sindical, acordado entre el oficialismo y la CGT. A comienzos de mayo Neri considera necesario desmentir versiones según las cua-

les el gobierno estaría dispuesto a devolver las obras sociales a los gremios a cambio de una mayor tranquilidad social. El tono de las declaraciones es duro:

Una negociación no es un mercado persa, no es el Gran Bazar de Estambul, donde se comercian baratijas hasta las últimas monedas, [...] el radicalismo tiene posturas muy claras y comprometidas en su plataforma. Nuestra idea es que las obras sociales ingresen también en el necesario proceso de democratización de las instituciones argentinas (30).

A lo largo de todo el conflictivo proceso que termina con su renuncia en abril de 1986, el ministro mantendrá su postura principista. La cuestión será retomada poco más tarde en una entrevista otorgada a *Tiempo Argentino*, cuando señala que la administración alfonsinista «no renuncia a exigir» que se impida la utilización de las obras sociales como «herramientas para servir en las internas de los grupos sindicales» o recursos de confrontación política «dentro de determinada estructura partidaria». De la conversación mantenida con el ministro, el periodista concluye que el gobierno no tiene aún definido el camino a seguir respecto de lo que se ha constituido como «eje fundamental de las fricciones entre sindicatos y gobierno»: si las obras sociales serán devueltas o no a los gremios (31).

La necesidad de tomar una decisión se plantea con relativa urgencia cuando la CGT envía a los ministros de Salud y Trabajo una nota reclamando la devolución de dichas entidades en circunstancias en que se está por firmar un acuerdo entre el gobierno y la central obrera que permita aprobar una ley electoral para la convocatoria a comicios sindicales. La propuesta cegetista consiste en incorporar a ese instrumento la derogación del artículo 9º de la ley de Asociaciones Profesionales 22.105, dictada por el gobierno militar. El referido artículo prohibía explícitamente a los sindicatos la administración de las obras sociales. La cuestión no es pacífica tampoco dentro del peronismo ya que aquellos dirigentes sindicales que aspiran a reemplazar a las actuales conducciones temen que estas aprovechen los recursos financieros de las obras sociales para afianzar sus posiciones en la futura puja electoral (32).

A comienzos de junio, cuando se eleva al Congreso el proyecto de ley de reordenamiento gremial, los principales protagonistas del Poder Ejecutivo parecen de acuerdo en demorar cualquier cambio en la situación de las obras sociales intervenidas hasta la finalización del proceso de normalización sindical. Y en ese sentido se manifiesta Casella en el momento de abandonar el país rumbo a la conferencia de la OIT (33). La cuestión sigue, sin embargo, mostrando su carácter controvertido y el debate se traslada al Parlamento donde se pone de manifiesto la diferencia

de opiniones entre los legisladores del partido mayoritario. Según comentarios de la prensa, la cuestión sería finalmente arbitrada por Alfonsín luego de una jornada de consultas con legisladores de su partido, entrevistas con dirigentes sindicales no integrados a la CGT (Comisión de los 20 y Mesa de Enlace Gremial) y un prolongado intercambio de ideas con sus ministros de Salud y Trabajo, que liderarían las opiniones contrapuestas en relación con el tema, acompañados por el titular de Interior, responsable del desarrollo de la concertación (34).

El 1º de julio la Cámara de Diputados aprueba el reglamento electoral destinado a regir en la normalización de los sindicatos con la incorporación de una cláusula de suspensión por seis meses de la vigencia del artículo 9º de la ley 22.105. Pese al descontento de algunos senadores radicales la nueva ley será aprobada sobre tablas en la Cámara Alta (35).

#### *Primeros meses de 1985: empate en medio de la crisis*

Según el análisis realizado por Juan Carlos Portantiero en el artículo ya citado, la concertación tendrá un curso errático entre enero y junio de 1985. El período aparecerá connotado por el cambio de Grinspun por Sourrouille en la titularidad del Ministerio de Economía, producido en el mes de febrero, y la agudización de la crisis económica entre marzo y junio. En abril el presidente formula un dramático llamado a la unidad nacional en el contexto de una economía de guerra. El momento más crítico de esta primera etapa del gobierno radical se cierra el 14 de junio con el anuncio de la puesta en marcha del Plan Austral.

Como parte de las dificultades que enfrenta la administración radical en estos meses, en enero de ese año se abrirá un nuevo capítulo de la polémica sobre el control de las obras sociales. El enfrentamiento se produce en este caso en directa relación con las tratativas entre el gobierno y las organizaciones empresarias y gremiales destinadas a acordar una política socioeconómica concertada. La CGT introduce la cuestión de las obras sociales en la discusión que lleva adelante con el Grupo de los 20 y un conjunto significativo de entidades empresarias para la redacción de un documento de veinte puntos que sintetizaría una propuesta de política económica y social alternativa a la presentada por el ministro Grinspun. Jorge Triaca, uno de los cuatro secretarios generales de la CGT, formula declaraciones al periodismo al término de una reunión con la Sociedad Rural y la Unión Industrial Argentina, afirmando que la central sindical «no cederá», en el marco de la concertación, en la exigencia de manejo de las obras sociales por los gremios y el retorno a la vigencia de las convenciones colectivas de trabajo (36).

Ambos temas resultan controvertidos en la negociación con los empresarios, preocupados por la posible necesidad de discutir los salarios

en medio de la situación de crisis y renuentes a entregar el total control de las obras sociales al sector sindical. Sin embargo, tras algunas semanas de deliberaciones, finalmente se acuerda un texto común relativo al futuro manejo de las obras sociales, que se incluye en la propuesta como parte del ítem 8º, referido a la necesidad de poner en marcha una política social «que distribuya equitativamente los costos inmediatos y mediatos del ajuste».<sup>viii</sup> El documento sindical-empresario finalizaba con un párrafo significativo, que señalaba que las propuestas en él formuladas solo adquirirían su real significación cuando se las consideraba como «un conjunto indivisible».

Al mismo tiempo, Neri reitera la posición del gobierno de poner en marcha un sistema de co-gestión en la conducción de las obras sociales sindicales y preside una reunión extraordinaria del Consejo Federal de Salud (COFESA) destinada a discutir con autoridades de salud nacionales y provinciales y funcionarios de distintas reparticiones oficiales vinculados al tema el proyecto de creación del Seguro Nacional de Salud (37). Pocos días más tarde, reitera en un reportaje publicado por el diario *Clarín* su vocación principista, señalando que en la discusión relativa a las obras sociales habría «unas pocas propuestas muy claras»:

Una de carácter liberal, de brindar salud fundamentalmente confiando en las bondades del libre mercado y otra propuesta corporativa de hacerlo fundamentalmente a través de las organizaciones de cada grupo de trabajadores. Ambas coinciden en atribuirle al Estado un rol subsidiario, para fiscalizar de lejos y absorber los malos negocios políticos o económicos de la medicina, llámese indigentes o enfermedades incurables.

Nosotros no compartimos ninguna de esas propuestas y adherimos a una tercera que es la que estamos presentando. Una propues-

<sup>viii</sup> En lo referido a las obras sociales se expresa. «El rol del Estado en el ámbito de las obras sociales debe diferenciarse claramente del relativo a la salud pública. En este último se ratifica la obligatoriedad del Estado de proveer atención médico asistencial a los sectores de población que no posean una cobertura natural, sin desvirtuar el principio de solidaridad que debe dársele a la acción social. «El Estado, en cuanto a las obras sociales, debe limitar su intervención al control y fiscalización que garantice la eficaz utilización de los recursos. «En otro orden, las partes consideran una contribución esencial el sistema de obras sociales, en mérito a la función complementaria del ingreso que significa para los asalariados. Consecuentemente se reconoce el derecho a su administración y gobierno por las organizaciones gremiales de trabajadores y/o empresarios, según sea el caso, por ser sus creadores y legítimos propietarios, o a cargo de otros entes privados que puedan establecerse en futuras convenciones colectivas de trabajo, bajo las modalidades operativas que aquellas organizaciones gremiales convengan de común acuerdo.» Logran un acuerdo por las obras sociales. En: *Clarín*, Buenos Aires, 1º de febrero de 1985.

ta de democracia solidaria, que en el marco de un seguro nacional de salud universaliza beneficios, integra recursos y supera desigualdades. Y esto partiendo de nuestra historia y de nuestra realidad social, sin abusos estatizantes ni atropellos al sector privado. Manteniendo a las obras sociales con los trabajadores a la cabeza, como estructura fundamental para instrumentar el seguro. Pero, también sin miedo a sostener que en estos servicios sociales, salud el principal, la responsabilidad primaria de conducción del sistema la tiene el Estado, no el autoritario pero sí el democrático y participativo (38).

Durante el mes de marzo los protagonistas del debate continuarán haciendo declaraciones en defensa de sus respectivas posiciones. Desde la esfera oficial se indicará la posibilidad de que el presidente Alfonsín inter venga como árbitro de las posiciones controvertidas entre los miembros de su gabinete, mientras que el Ministro Tróccoli reconoce que no habrá nuevas reuniones en el marco de la concertación hasta tanto no se destrabe el tema de las obras sociales (39) .

En abril se suman a la ofensiva los ministros y secretarios de Salud Pública de las provincias gobernadas por el justicialismo. En una solicitada de tono fuertemente crítico dirigida al presidente de la Nación hacen público su retiro del Consejo Federal de Salud y denuncian la paralización de las acciones de salud en el nivel provincial por incumplimiento de la Nación en el traspaso de las respectivas partidas presupuestarias (40). La cuestión se mantendrá, por lo tanto, en suspenso, hasta el momento en que el gobierno recupera la iniciativa gracias al exitoso despegue del Plan Austral.

#### *La presentación del proyecto de ley en el espacio político abierto por el Plan Austral*

El Plan Austral, puesto en marcha en junio de 1985, puede pensarse como una tercera estrategia política diseñada por la administración alfonsinista. En este caso el gobierno procura tomar distancia del conflicto sectorial y recuperar la iniciativa. Los primeros éxitos de la propuesta de Sorrouille y la ratificación del apoyo ciudadano logrado en las elecciones de ese mismo año, amplían hasta cierto punto su posibilidad de manejo autónomo de las variables socioeconómicas.

En setiembre de 1985, aprovechando esa ampliación de su margen de maniobra política, el Poder Ejecutivo envía a las Cámaras el proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud. En el respectivo mensaje se inscribe el proyecto en «una concepción integradora del sector salud», asignándose a la autoridad pública un «indelegable papel» de conductora del sistema en su conjunto y a las sociedades intermedias, «participación en la gestión directa de las acciones». Señala que educación y salud son servicios socia-

les «de manifiesto interés público», que el Estado no puede, en tanto «gerente del bien común», desentenderse de su conducción general. De lo contrario se corre el riesgo de «entregar al juego de los intereses sectoriales valores de repercusión fundamental en el camino a una efectiva democratización de nuestra sociedad»(41).

En relación con las obras sociales, el mensaje rescata la importancia del papel cumplido por tales instituciones al asegurar el acceso a la atención médica para el trabajador y su familia, a tal punto que habrían llegado a constituir «un incompleto pero verdadero» seguro nacional de salud. El proyecto de ley presentado tendría como objetivo perfeccionar el sistema, ya que el desarrollo de las obras sociales habría evidenciado distorsiones resultantes de sus propias características estructurales, de «vicios en su gestión» y de «la influencia de circunstancias críticas en la vida política y económica del país».

En función de ese conjunto complejo de razones, las obras sociales se habrían desenvuelto «dentro del mismo esquema de dispersión e individualismo que caracteriza a todo el sector salud argentino», generando desigualdades entre los beneficios recibidos por distintos grupos de trabajadores, según sea su rama de actividad. Tal situación se habría consolidado a través de la práctica de canalizar la mayor parte de sus recursos financieros al sector privado, y solo ocasionalmente hacia la capacidad instalada pública. Por consiguiente, la propuesta que se somete al Parlamento supone permitir el avance del sistema hacia una etapa de integración funcional que garantice mejor los postulados de equidad, solidaridad y participación que constituyen el fundamento de la seguridad social en que estas instituciones se enmarcan.

Tras ese objetivo se propone articular las acciones de salud de las obras sociales, de los servicios públicos y de los prestadores privados «en un Seguro Nacional de Salud de cobertura universal, estructura participativa y administración descentralizada»(42).

### **La oposición de los prestadores**

La oposición de la CGT al intento de ordenar el funcionamiento de las obras sociales no es el único conflicto que debe enfrentar el ministro Neri. También las organizaciones de prestadores toman distancia de su propuesta cuestionando el significativo cambio en las relaciones internas del sector que su implementación supondría. Al mismo tiempo, las relaciones entre las confederaciones prestadoras y el Ministerio se endurecen como consecuencia de la crisis financiera de la seguridad social y el ritmo inflacionario que impone una revisión prácticamente constante de los valores que retribuyen el trabajo médico y, en general, las prestaciones que el sistema financia.

En términos analíticos pueden diferenciarse dos áreas de conflicto: una relacionada con la negociación en torno de los aranceles, plazos y modalidades de pago de los contratos con las obras sociales, cuya conducción asume la Comisión Permanente de Concertación, suerte de paritaria dependiente del INOS; otra, radicada en el debate doctrinario sobre la futura organización del sistema. No cabe ninguna duda de la imbricación profunda de ambos niveles de enfrentamiento; sin embargo, en mérito a la claridad expositiva, los diferenciaremos en este primer momento analítico.

#### *El conflicto en torno de la remuneración del trabajo médico*

Siguiendo el ritmo del aumento de la inflación y la agudización de la crisis económica, las relaciones internas del sector se tornan crecientemente conflictivas. La puja distributiva, que con tanta agudeza ha analizado Jorge Katz, introduce distorsiones en los mercados de atención médica que conducen inexorablemente al deterioro financiero de las obras sociales. La capacidad de pago de estos organismos disminuye progresivamente, la demora en la retribución de las prestaciones realizadas se amplía, la inflación contribuye a su desvalorización, y las autoridades del INOS demoran la indexación del valor galeno en un infructuoso intento por asegurar la continuidad del sistema.

Los reclamos por la actualización de los valores utilizados para remunerar el trabajo médico y las prácticas sanatoriales se suceden a lo largo de 1984. Las entidades gremiales se consideran en desventaja frente a los otros segmentos que operan en el mercado de servicios: medicamentos y sanatorios. A comienzos de 1985 no solo computan un retraso significativo del valor galeno comparado tanto con la evolución de los precios como con los aumentos de salarios, sino que también descubren que la participación de los honorarios profesionales en las facturaciones presentadas a las obras sociales ha caído de un 17,5% a 16% del total.

En marzo de 1985, mientras los dirigentes de la CGT y el ministro Neri disputan el control de las obras sociales, otros actores del sector pronostican en tono catastrófico la inmediata destrucción del sistema. La Federación Médica de la provincia de Buenos Aires publica una solicitada en la que hace una suerte de relevamiento sectorial de lo que podría caracterizarse como las «promesas incumplidas» de la democracia, reseñando las soluciones que en diciembre de 1983 «todos» estimaban impostergables: presupuestos prioritarios para asegurar la salud en todos los órdenes, recuperación del hospital público, «política de fondo» sobre medicamentos, jerarquización del ejercicio profesional, utilización del Nomenclador para «equilibrar» la distribución de ingresos de la Seguridad Social terminando con «el predominio del aparato sobre el trabajo intelectual»(43).

Mientras los sindicatos se presentan como los «auténticos dueños» de las obras sociales, las organizaciones gremiales médicas se adjudican «el único aporte coherente para dar bases ciertas y responsables a la organización de la atención médica en el país». Ambos responsabilizan al gobierno por el agotamiento de las condiciones financieras que viabilizaron durante más de una década la vigencia del pacto corporativo. La identificación de ese adversario común no les impide, sin embargo, ingresar en un juego de presiones y reproches recíprocos.

En abril, el Consejo Asesor de Obras Sociales, organismo creado en ese momento para asumir la representación de la totalidad de las entidades, reclama por una situación que tiende a agravarse rápidamente, amenazando «con destruir el sistema de obras sociales». Las dificultades se imputan a los prestadores en función de las frecuentes suspensiones y cortes de servicios. Los motivos de tales medidas se relacionan con las situaciones más diversas: plazos de pago, penalidades por mora, discusión de débitos, condiciones de contratación inadmisibles para las obras sociales con menor número de beneficiarios. A ello se agrega, y este es uno de los temas críticos para el mantenimiento del sistema, «la modalidad de cobrar a los pacientes afiliados importes adicionales, en concepto de plus o arancel diferenciado, no autorizados por convenios vigentes entre las partes». La generalización del plus, que en esta coyuntura comienza a ser reiteradamente denunciada por las organizaciones financiadoras, puede ser vista como una manifestación evidente de la percepción, por parte de los prestadores, del colapso de las bases solidarias del sistema (44).

Si bien los primeros éxitos del Plan Austral amplían el margen de maniobra del gobierno y le permiten tomar distancia de sus opositores y poner en marcha determinadas estrategias con relativa autonomía de las presiones sectoriales, la estabilidad precariamente obtenida incidirá en forma muy diferente en cada una de las áreas afectadas. Hay que tener en cuenta, en primer lugar, los cambios significativos en el nivel de precios relativos, y en segundo término, la abrupta modificación de la dinámica del sistema financiero. Las presiones comenzarán a acumularse para estallar ante los primeros síntomas de debilidad de la conducción política.

Las disposiciones específicas que regulan la aplicación de la nueva moneda en los contratos con las obras sociales significarán nuevas fuentes de descontento para los prestadores y sus organizaciones. Estas últimas verán, además, fuertemente afectadas sus posibilidades financieras en razón de la caída de las tasas de interés en depósitos a plazo fijo. En un documento presentado por FEMEBA al interventor del INOS, relacionado con la aplicación de las modalidades de conversión de valores de pesos a australes en el área de la seguridad social médica, la entidad gremial se presenta como vocera de «los médicos», para señalar su convencimiento



de haber sido castigados «con mayor intensidad que otros sectores de la vida nacional» en las medidas tomadas en función de la «emergencia». Lo que se califica como «arbitrariedad» es puesto en cifras en una nota dirigida por COMRA al presidente Alfonsín: el valor galeno habría perdido, en el período comprendido desde el comienzo del gobierno constitucional hasta junio de 1985, un 25% más que el también deteriorado salario del peón industrial (45). En setiembre de 1985 se agrega otro motivo de descontento, relacionado con la resolución 909/85 del INOS sobre Inscripción en el Registro de Prestadores. Tal resolución, que se presenta como reglamentaria del artículo 34 de la ley 22.269, introduce nuevamente la posibilidad de inscripción individual, largamente resistida por las organizaciones gremiales que reclaman exclusividad en la contratación con las entidades financiadoras (46).

Para entender cabalmente la situación, sin embargo, es necesario señalar los obstáculos que se manifiestan en la Confederación Médica cuando se trata de organizar un frente opositor. En efecto, los debates en el seno del máximo organismo deliberativo del gremio médico reproducen, a lo largo de la segunda mitad de 1985, las dificultades que en cada coyuntura crítica han debilitado la consolidación de la unidad corporativa. La COMRA vuelve a paralizarse con sus disquisiciones entre posturas principistas y actitudes pragmáticas; sus dirigentes no se ponen de acuerdo respecto de si los honorarios deben ser defendidos por su condición de «salario» o seguir siendo considerados como retribución del trabajo independiente; tienen dificultades para articular medidas coyunturales con perspectivas de largo plazo; las diferentes regiones siguen defendiendo estrategias particulares, definidas en función de la posibilidad de negociar con determinados dirigentes o la existencia o no de “prestadores de alternativa”; la rivalidad entre FEMEBA y la conducción confederada vuelve a emerger, obturando la negociación con el gobierno en momentos particularmente críticos.(47)

El 22 de noviembre de 1985 el Congreso Confederal de COMRA considera agotadas las posibilidades de negociación y discute una nueva alternativa de presión consistente en la denuncia generalizada de los convenios con las obras sociales. Las dificultades para lograr el consenso de todas las federaciones lleva a postergar la decisión hasta una nueva reunión, fijada para el 6 de diciembre (48). El principal argumento que esgrimen los dirigentes médicos para desvirtuar toda sugerencia de que un aumento de aranceles implicaría introducir dificultades en el desenvolvimiento del Plan Austral, radica en la posibilidad de producir un cambio en la distribución de los recursos de la Seguridad Social médica a partir de la aplicación de un formulario terapéutico nacional que tuviera como efecto una racionalización del gasto en medicamentos. Esta estrategia,

según las versiones vertidas en los confederales, no es respaldada por el ministro, que considera que la implementación de un Vademecum repercutiría desfavorablemente en la industria nacional de producción de fármacos. El formulario terapéutico debería por consiguiente ser revisado atendiendo a los intereses de la misma (49). Para atender los requerimientos en el corto plazo COMRA solicita al gobierno la efectivización de un aporte proveniente de rentas generales destinado a solventar el déficit de las obras sociales, lo que también le es negado.

En la reunión del 6 de diciembre se reitera la disparidad de posiciones: siete delegaciones se pronuncian a favor de la denuncia de los convenios, nueve están dispuestas a aceptar la medida solo si se decide por unanimidad, cinco manifiestan su oposición a la misma. A partir de la constatación de esas diferencias, las deliberaciones del Confederal se dedican a evaluar la fragmentación que sufre el gremio, la amenaza generada por la presencia de prestadores alternativos y la posición de las federaciones que no se consideran estatutariamente obligadas a acatar las decisiones del conjunto. Finalmente se llega a la decisión de denunciar los convenios solo en lo relativo a los valores de consulta, anunciando la decisión de proceder a una denuncia total a partir de los treinta días (50). La denuncia de los valores de consulta tendría consecuencias prácticas en el mismo plazo: a partir del 16 de enero se cobraría en forma directa a los beneficiarios, elevando el arancel vigente de 1.66 a 5 australes por consulta.

Cuando, dos semanas más tarde, vuelve a reunirse el Confederal y se evalúa el grado de acatamiento de las federaciones provinciales, se verifica que tres de las cuatro federaciones que se habían opuesto a la denuncia siguen resistiendo la aplicación de la medida.(51) La indisciplina gremial, sin embargo, no afecta el impacto periodístico que tiene el anuncio de la decisión.

El secretario de Acción Social de la CGT denuncia públicamente la medida anunciada por la COMRA, señalando que no se aceptarán incrementos en los aranceles del nomenclador en tanto se mantenga la política de congelamiento salarial (52). El Consejo Asesor de Obras Sociales, por su parte, señala en una conferencia de prensa la posibilidad de implementar «un listado de prestadores médicos alternativos», mientras aprovecha la oportunidad para volver a denunciar el cobro de plus (53). Los comentarios periodísticos estiman que 20 millones de personas resultarán afectadas por el cobro directo de los valores de consulta. Las autoridades del Ministerio anuncian su disposición para continuar las conversaciones con COMRA reconociendo el atraso de los valores del nomenclador, al mismo tiempo que ratifican la decisión de que solo se dará respuesta al reclamo de aumento de aranceles una vez que se haya decidido la liberación de

precios y salarios, y de «garantizar» la atención de salud para la totalidad de las obras sociales (54). Los dirigentes médicos, por su parte, insisten en que no se trata de una decisión orientada a perjudicar a las obras sociales o a sus beneficiarios; por el contrario, se dirige a presionar a INOS, «que no redimensiona el gasto de salud y seguridad social»(55).

A comienzos de enero las autoridades del INOS deciden un aumento del 5% en el valor de los aranceles en correspondencia con un incremento equivalente del nivel de salarios. La COMRA rechaza ese aumento, y ratifica su decisión de denunciar la totalidad de los convenios. Al mismo tiempo, sin embargo, establece contactos con la CGT, destinados a evitar un enfrentamiento. El anuncio formulado a la prensa en relación con la resolución tomada por el Confederal reunido en Mendoza el 10 de enero es, por lo menos ambiguo, ya que hace referencia a la denuncia total de los convenios con «todas las obras sociales que no acepten la discusión de la redistribución de los recursos del sistema de seguridad social»(56).<sup>ix</sup>

El mismo día del vencimiento del plazo anunciado por COMRA en su primera denuncia se llega a un acuerdo con la dirigencia cegetista, orientado al parecer exclusivamente a ratificar la vocación dialoguista de ambas entidades, que se da a conocer a la opinión pública a través de un comunicado. Según el texto, ambas organizaciones «entienden y comparten la necesidad de la aplicación urgente de políticas económicas que rompan la dependencia y reviertan la recesión», a la vez que señalan la preocupación de sus dirigentes por «promover la defensa del sistema de obras sociales» a través de «todas las acciones que tiendan a su fortalecimiento y persistencia»(57). El anuncio, efectuado en momentos en que la CGT está organizando un nuevo paro general en oposición a la política implementada por el gobierno, no carece de significado político, aunque la dirigencia médica se oponga a toda manifestación de apoyo a esa medida.

La voluntad negociadora puesta de manifiesto por COMRA se verá frustrada por decisión de algunas de sus filiales que, poco dispuestas a

<sup>ix</sup> La decisión tomada en ese Confederal puede ser entendida en función de dejar en libertad a las filiales para aplicar las medidas de fuerza en el tiempo y forma que las circunstancias locales aconsejaren. El texto aprobado es el siguiente: «Denuncia total de los convenios con las obras sociales, con el objetivo de renegociar fundamentalmente las cláusulas referidas a consulta y galeno, incorporar el pago de consultas contra prestación de facturas, obtener los beneficios sociales que cubran a todos los trabajadores del país y la categorización de la labor profesional médica. A tales fines las entidades confederadas adoptarán en los plazos que estimen convenientes y posibles todas las medidas que, adecuadas a su realidad regional, sean necesarias para conseguir el justo valor de la consulta médica, objetivo principal de esta lucha gremial». Obras Sociales: se profundizan las diferencias con los médicos. En: *Clarín*, Buenos Aires, 21 de enero de 1986.

demorar la implementación de las medidas de fuerza, se amparan en la libertad de acción otorgada por la decisión del Confederal del 10 de enero. Córdoba y San Juan ratifican en los días subsiguientes el cese de prestaciones a beneficiarios de obras sociales. También en Mendoza y Santa Fe se procede a cobrar en efectivo las consultas, rechazando las chequeras emitidas por las obras sociales (58). La situación se complica pocos días más tarde a causa de la decisión de la Federación de Clínicas y Sanatorios de la provincia de Buenos Aires de poner en marcha medidas de fuerza si las autoridades no dan respuesta a sus demandas en materia de aranceles. Su vicepresidente aprovecha el anuncio formulado a la prensa para puntualizar el desacuerdo de la entidad con el proyecto de Seguro Nacional de Salud, al que adjudica un «desmesurado e injustificado sentido estatizante» (59). En ese clima de confrontación el ministro Neri dirige un mensaje al país, en términos que no parecen orientados precisamente a propiciar una salida negociada.

En su discurso Neri señala la complejidad del problema financiero de las obras sociales, que vincula con la evolución de la economía argentina a partir de 1979, agravando tendencias más generales que afectarían a todos los sistemas de seguridad social. Sobre esas condiciones inciden el «desmanejo» y la descapitalización a que fueran sometidas las obras sociales durante muchos años para «mantener una falsa imagen de prosperidad». A esto, se suman «otros hechos»:

algunos sectores del pueblo trabajador tienen hábitos de alto consumo de servicios asistenciales [...] los prestadores de los servicios, los profesionales, los sanatorios y las clínicas, tienen expectativas de ingreso, expectativas de ganancias que vienen de viejas épocas, de las buenas épocas de la vacas gordas que ya terminaron y que no es en absoluto fácil repetir.

El gobierno nacional reconoce, a través de las palabras de su ministro de Salud, el atraso de los aranceles que cobran los profesionales, y ha hecho lo posible por revertir dicha situación en el marco de las restricciones financieras que enfrentan las obras sociales. Se ha privilegiado, tal como se prometiera, la retribución asignada a la consulta médica, a la que se le otorgó un aumento del 26,5 por ciento, pero no se puede «ir más allá». No se han aumentado los honorarios de clínicas y sanatorios en función de una política económica general que mantiene congelados los precios de bienes y servicios. Hay algo sin embargo, que es posible hacer, y es transformar el problema en una oportunidad de cambio.

Tenemos que producir algunas modificaciones organizativas indispensables, evitar el abuso de procedimientos diagnósticos, de

tratamientos, de análisis, de radiografías, prácticas especializadas, internaciones evitables, que se presentan en este campo.

Tenemos que controlar el abuso del medicamento. Pero [...] no solo buscando mediante la mejor administración de estos recursos escasos algunos puntos para redistribuir y pagar mejor a nuestros profesionales. Lo tenemos que hacer para mejorar la calidad y el contenido en humanización de nuestros servicios asistenciales. Este es el objetivo central al que tenemos que apuntar.

[...] queremos jerarquizar la medicina [...] a través de una mejoría de niveles de capacitación de nuestros médicos y también de exigencias de esa capacitación por parte de las instituciones de salud.

Queremos recomponer la estima social hacia la medicina argentina, que se ha visto bastante afectada por una tendencia a la comercialización a la que fue inducida por estos años de desgobierno [...]

Esto, como todo cambio, exige concesiones de los distintos sectores involucrados, exige una mayor flexibilidad por parte de estos mismos sectores y tener muy en claro todos nosotros, que la simple suma de los intereses sectoriales y particulares de ninguna manera es igual al interés común, al bienestar de toda la comunidad. Esta es una cuenta totalmente distinta y conviene tenerla muy en cuenta (60).

Neri concluye su discurso con una descripción de las políticas sociales puestas en marcha durante su gestión, y una apelación a lograr la unidad nacional a partir de «un acto de grandeza y de imaginación».

Las alternativas del conflicto se mantendrán más o menos en los mismos términos hasta el mes de marzo. En ese momento el enfrentamiento de las autoridades del Ministerio con los dirigentes de la CGT llega nuevamente a suscitar el interés de la prensa. Se habla de la preparación de un proyecto alternativo destinado a la reglamentación del sistema de obras sociales que la CGT presenta a los diferentes bloques parlamentarios a fines de febrero. Neri critica duramente su contenido en términos que un comentarista político califica como «cañonazo»(61). Mientras el ministro de Salud se mantiene en sus posiciones principistas, Casella reinicia los contactos con la CGT en procura de acuerdos globales. El 12 de abril Neri anuncia a la prensa que su renuncia ha sido aceptada, y su sucesor designado, Conrado Storani, tendrá a su cargo la conducción del Ministerio de Salud y el encauzamiento del conflicto sectorial.

#### *La controversia en torno al modelo organizativo*

El Congreso Confederado de COMRA, reunido el 1º y 2 de marzo de 1985, aprueba un documento doctrinario que resume la posición del gremio médico en relación con la organización de lo que denomina Sistema

Nacional de Salud (62). El documento será presentado a la Mesa de Concertación de Salud y Seguridad Social, pese a que COMRA había sido excluida de las discusiones sobre concertación en virtud de la oposición de las entidades empresarias. El documento comienza reivindicando la vinculación entre las obras sociales y los profesionales gremialmente organizados como el «verdadero eje del sistema de salud del país». Dada su importancia en la prestación de servicios de atención médica, el «futuro asistencial del país» dependerá en gran medida de las medidas que se adopten en relación con su estructura y organización. El sistema se ha ido constituyendo de manera progresiva, tomando a su cargo funciones que habrían correspondido al Estado, que ha desistido progresivamente de su responsabilidad como garante de la salud de los habitantes, declinó competencias irrenunciables, contribuyó al deterioro de la red hospitalaria y abandonó actividades que le pertenecían casi con exclusividad (63).

Las evaluaciones críticas relacionadas con las características del sistema señalan particularmente la existencia de regímenes no coordinados, aludiendo específicamente al sector público y la seguridad social. El desafío presente radica en incorporarlos a un sistema funcional que permita una racional y eficiente utilización de los recursos y, al mismo tiempo, la concreta vigencia de los principios de igualdad, accesibilidad y universalidad en la atención de salud.

Con ese fin el Estado debe «asumir la convocatoria y conducción de la participación orgánica de todos los sectores interesados», con el fin de generar consenso, entendido como imprescindible soporte de la regulación normativa (64).

La lectura de los objetivos y los principios doctrinarios que darán sustento al sistema brinda poco espacio para diferenciar la propuesta de las líneas generales elaboradas por Neri. En general, las posibles diferencias radican en agregados, perfectamente legítimos por otra parte, referidos a los intereses específicos de los prestadores y sus confederaciones en lo relacionado con su inserción en el sistema de servicios. Los dos últimos «principios doctrinarios», por ejemplo, refieren a «la garantía de *acceso* igualitario a la demanda de atención de la salud para todos los prestadores» y «la exclusiva contratación de los servicios por las confederaciones de prestadores (COMRA, CORA, CUBRA, CFYBA y CONFELISA) o sus filiales».<sup>x</sup>

<sup>x</sup> En el mismo acápite se agrega: «El sistema debe garantizar a cada profesional: a) ejercer la medicina al nivel óptimo de sus posibilidades; b) estabilidad en el desempeño de su función; c) su perfeccionamiento técnico científico; una jornada de labor que le permita desarrollarse humana y socialmente; d) los beneficios sociales correspondientes, como a todo trabajador de la salud; e) el derecho a ser representado por sus entidades médico gremiales; f) una compensación encuadrada dentro de los principios de justicia distributiva». Además: «Se consideran

Como órgano de conducción del sistema se propone la creación de un Consejo Nacional de la Salud, en dependencia del respectivo Ministerio, que reconozca la vigencia del trípodode constituido por el Estado, las organizaciones intermedias de la seguridad social y las confederaciones de prestadores, y que esté integrado por representantes del Estado nacional, las provincias, los beneficiarios de las obras sociales y las confederaciones de prestadores. Un capítulo particular se dedica al subsector público, cuyos efectores coordinarán con los otros subsectores, «en forma complementaria y no competitiva», las acciones de salud y el equipamiento, «privilegiando las áreas carenciadas que promocionarán con regímenes especiales». Tal coordinación estará basada en los principios de «igualdad de condiciones, complementariedad, uniformidad de formas de trabajo y acreditación».<sup>xi</sup>

En relación con las obras sociales, se señala que deben ser conducidas y administradas por sus beneficiarios, sin perjuicio del control que ejerza el Estado, «ya que los aportes efectuados son una parte del salario real de los trabajadores, que se destina a cubrir prioritariamente sus necesidades de salud». La conducción de las obras sociales estará a cargo del INOS, y bajo su dependencia funcionará un cuerpo colegiado, el Consejo Nacional de la Seguridad Social, en el que se integran representantes del Estado, los beneficiarios, los prestadores y los empresarios, cuya función será compatibilizar las políticas elaboradas por el Consejo Nacional de Salud para el respectivo subsector. Puede señalarse, como un elemento significativo, que en la totalidad del texto dedicado a la organización del subsector obras sociales no se menciona una sola vez la palabra «sindicato».

---

compatibles todas las formas de trabajo y remuneración que sean concertadas entre el sistema y las organizaciones representativas del gremio, en los diferentes niveles y zonas. Se declara de interés prioritario del médico en relación de dependencia pública y privada, el establecimiento de un Régimen de Carrera, que por otro lado sea instrumento eficiente de organización de la salud y, por el otro, le garantice las condiciones de ingreso, estabilidad, nivel óptimo de trabajo, promoción, capacitación, remuneración y seguridad». Confederación Médica de la República Argentina. *Pautas para una legislación sobre un Sistema Nacional de Salud*. Buenos Aires, 1985, p.6. Documento mimeografiado.

<sup>xi</sup> Un informe elaborado por FEMEBA en octubre de 1985 reclama la participación de las organizaciones gremiales en la reglamentación de la actividad en el subsector público. Los puntos a regular serían: esquema general de incorporación de los establecimientos hospitalarios al sistema prestacional; distinción funcional entre hospitales y servicios «abiertos» y «cerrados»; formas de organización y accesibilidad a los servicios; forma de pago de los servicios en los dos tipos de hospitales; modalidad de desempeño de las tareas profesionales; retribución del trabajo médico en los hospitales a través de sus entidades representativas. Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. *Proyecto de ley sobre seguro nacional de salud*. Informe n° 2, octubre de 1985. Documento mimeografiado.

Un segundo documento, dado a publicidad por la COMRA en los últimos meses de 1985, se refiere ya específicamente al proyecto de Seguro Nacional de Salud elevado por el Poder Ejecutivo para su tratamiento en el Congreso (65). El tema había sido discutido en la entidad gremial por el Consejo Directivo Ampliado reunido el 4 de octubre de 1985, donde se designó una comisión encargada de poner por escrito las conclusiones allí elaboradas (66). La primera reserva que se formula al proyecto de ley es que su texto se limita a establecer aspectos generales del Seguro, dejando todo lo atinente al funcionamiento e implementación del mismo en manos de la reglamentación. Esa reglamentación, a cargo de la ANSSAL, dejaría en manos de la autoridad de aplicación aspectos cruciales de organización y financiamiento del sistema de servicios.

A partir de esa reserva general, un primer capítulo reseña los aspectos positivos del proyecto, recuperando la identidad de principios doctrinarios y algunas formas operativas que traducen demandas largamente reclamadas por el gremialismo médico. En una síntesis apretada pueden resumirse en los siguientes puntos: se trata de asegurar una financiación orientada a la cobertura de indigentes con respaldo del tesoro nacional; el incremento de las fuentes de trabajo médico como consecuencia de la ampliación de la cobertura a indigentes y autónomos; la descentralización operativa, que brinda la posibilidad de reconocer situaciones regionales disímiles en relación con las modalidades de atención médica; la posibilidad de que las entidades médico gremiales se incorporen al Registro de Prestadores con sus listados propios; la participación de las confederaciones de prestadores en el Consejo Asesor que forma parte de la estructura de la ANSSAL; el respeto a la estructura actual del sistema de obras sociales y las posibilidades de agrupación por rama de actividad; la institucionalización de un régimen prestacional por el cual las obras sociales deben asegurar a sus beneficiarios más de una alternativa de servicios a los efectos de evitar los convenios exclusivos y cerrados; la determinación de un espectro igualitario de prestaciones, obligatorio, por encima del cual será factible incrementar otro tipo de servicios; normas de acreditación de aplicación uniforme para efectores públicos o privados; la posibilidad de disponer listados de fármacos de aplicación obligatoria para todos los prestadores del Seguro.

La prudencia preside las reflexiones del gremio. En este capítulo en el que se rescatan los aspectos positivos del proyecto se menciona también la intención de unificar en un sistema funcional de atención la diversidad de regímenes existente. Sin embargo, la medida no se encolumna en el respectivo listado, señalándose que el tema debe ser objeto de un detenido análisis por parte de las entidades médico gremiales.

Los «aspectos negativos» del proyecto serían: las obras sociales y el



seguro de salud dejan de ser entes meramente financiadores pudiendo transformarse en efectores directos; para la contratación de convenios globales se confiere el mismo tratamiento a las entidades comerciales de carácter eminentemente lucrativo que dispongan de recursos propios que a aquellas que carecen de fines de lucro; se posibilita el incremento de la capacidad instalada que tienen las obras sociales, haciendo posible una «nueva modalidad futura de prestaciones» que sustituya al sistema vigente; no se registra ninguna mención expresa favorable al sistema de libre elección y pago por acto médico; no existe participación decisiva de los genuinos interesados en el Seguro; la representación de los beneficiarios dentro de la composición del ANSSAL es minoritaria; no se asegura la integralidad de las prestaciones médicas; no se hace referencia a ninguna normativa que regule y garantice un digno ejercicio profesional; el ANSSAL retiene el poder de policía prestacional y el poder sancionatorio.

No sería arbitrario señalar, con el propósito de llegar a una síntesis, que la COMRA considera positivas las disposiciones que pueden mejorar las condiciones financieras de la demanda de servicios, facilitar la operatoria de las organizaciones de prestadores en el nuevo régimen y asegurarles la posibilidad de participar en su administración. Recíprocamente, se rechazan toda amenaza -no solo en términos reales sino también en cuanto a posibilidades de futuro- a su control oligopólico del mercado, a la modalidad de prestación de servicios basada en la libre elección del profesional y pago por acto médico, y a su prerrogativa de imponer sanciones disciplinarias a los miembros que no respeten ese control sobre la contratación y prestación de servicios (67).

Los comentarios que aparecen en documentos internos del gremio, respaldan esa perspectiva y añaden algunos matices reveladores de la tradicional desconfianza de los dirigentes gremiales cuando se trata de otorgar credibilidad a las intenciones proclamadas por el Estado. En este nivel los principales motivos de sospecha se canalizan hacia la posibilidad de destinar al sistema los fondos necesarios para la cobertura del indigente.

En lugar de exponer un planteo serio con las dificultades económicas a que no escapa el actual régimen de seguridad social, de las que los médicos somos testigos y sufrientes receptores en sus consecuencias, se acude al facilismo de creer y hacer creer (la propaganda televisiva así lo hace suponer) que con estas modificaciones aparecerán mágicamente los recursos que hoy no existen.

Bien sabemos que las perseguidas sobreprestaciones y el uso irracional del servicio, sin desconocer su real existencia, no alcanzan por sí solos para explicar el actual definanciamiento y la magra retribución de los profesionales (68).

De acuerdo con la visión de los prestadores, una de las «verdaderas» causas de la defianciación del sistema radica en la práctica de aplicar la retención de los aportes sobre el salario básico y no sobre el salario de bolsillo. Esa modalidad, puesta en práctica bajo el gobierno militar cuando se trataba de disminuir los aportes patronales destinados a financiar servicios sociales, no sería revertida en el proyecto. Por el contrario, la medida orientada a cargar la totalidad del aporte sobre los empleadores significaría su traslado al costo del producto final. Como resultado el costo del sistema recaería sobre la totalidad de la población y sus prestaciones serían aprovechadas solo por los beneficiarios del seguro.

Por último, la falta de precisión respecto del aporte que el Estado efectuaría para cubrir las erogaciones del sector sin recursos, facultaría al gremio médico a concluir que el nuevo sistema «está pensado y planificado para otorgar atención a más beneficiarios con menos recursos». Si esta presunción resulta cierta, para que la financiación de las prestaciones «cierra», será necesario «ajustar a los prestadores». El nuevo escenario que dibuja la poca credibilidad relativa a la capacidad de gestión del Estado resulta apocalíptico:

todo parece limitarse a crear un régimen estatizante, que no logrará ni se propone articular y coordinar los efectores, sino que más bien los separa y enfrenta, constituyendo una vasta red de prestadores propios (hospitales propios y servicios de obras sociales) que bajo estricto control estatal, posiblemente les permita reducir el gasto final, a costa de depreciar aún más el honorario profesional (69).

El carácter «estatizante» que se atribuye al régimen se vincula con la importancia de las atribuciones otorgadas a la ANSSAL y una cierta cuota de discrecionalidad atribuida a los síndicos, encargados de controlar el manejo de las obras sociales, que eran designados por la Administración del Seguro.

También la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECILISA) se pronuncia sobre la regulación del sistema de servicios en el momento de la recuperación de la democracia y más tarde emite su opinión específica sobre el proyecto de Seguro Nacional de Salud. En forma explícita, la confederación sanatorial defiende «el prioritario accionar de la iniciativa y actividad privada», sea a nivel individual o de las instituciones intermedias, fundado en el «respeto a la libertad y dignidad del hombre» que se traduciría, entre otros derechos, en la libre elección de los medios de atención y el respeto debido a la persona, que impone que ese acceso se realice en forma «decorosa». Tales derechos deben normatizarse teniendo en cuenta las condiciones históricas de cada

realidad. Considerando las circunstancias nacionales, CONFELISA se inclina

en favor de seguros planificados y normatizados por el Estado, administrados por los interesados, con fiscalización estatal y participación plena de los prestadores directos, a través de las entidades sin fines de lucro que los representan, desde la elaboración del proyecto hasta su instrumentación y ejecución (70).

Se recupera también el principio de subsidiariedad del Estado, apelándose a las encíclicas papales para defender su vigencia. Ese principio «básico» de subsidiariedad resultaría omitido o debilitado cuando no se confiere al sector privado el papel protagónico que le corresponde, o no se le asegura la tranquilidad que deriva de una política coherente que aliente la inversión y su adecuación con los adelantos técnicos y científicos. Para ello se requiere racionalizar la utilización de la capacidad instalada estatal, siguiendo la ya clásica línea divisoria entre «buenos» y «malos» negocios en atención médica.<sup>xii</sup>

CONFELISA reclama además la inclusión del indigente en el sistema mediante aporte estatal; redimensionamiento y regionalización de las obras sociales, con la limitación de su actividad a la financiación y fiscalización de las prestaciones; organización asistencial sobre la base de prestadores directos, eliminando la intermediación; pago por prestación y oportuno de los actos médicos asistenciales; digna retribución de los servicios, de manera de asegurar el perfeccionamiento profesional, equipamiento sanatorial, investigación científica y técnica, y «la legítima y necesaria rentabilidad que posibilite la reinversión»(71). En relación al proyecto de Seguro Nacional de Salud, la posición de CONFELISA se endurece significativamente. Se trataría de una «nueva edición» de la ley 22.269, con la única diferencia de que en este caso el Estado no se apodera de los bienes de las asociaciones gremiales. Además, la organización propuesta

<sup>xii</sup> Las actividades que corresponderían al subsector público se detallan con toda precisión. Se las canalizará en forma prioritaria hacia «acciones de promoción de la salud, asistencia médica de tipo colectivo, es decir, medicina preventiva, las patologías regionales prevalentes, la atención en zonas marginales, la asistencia de enfermos crónicos, los programas y campañas especiales, pacientes psiquiátricos crónicos, geriátricos, infectocontagiosos, investigación, docencia y otras que no asuma el sector privado o donde su desarrollo no cubra las necesidades. Sin que obste a la participación y colaboración de este sector en las acciones enunciadas». Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. *Posición sobre el rol del hospital público y aportes para la regulación de un Sistema Nacional de Salud*, La Plata, 1983, p.15.

conmueve hasta los cimientos la actual estructura, al diluir los recursos económicos con la incorporación de nuevos grupos de beneficiarios, sin determinar los aportes ni asegurar su recaudación e incorporar en forma automática y prioritaria al hospital público, dejando como prestador de alternativa al sector privado (72).

Se reitera en el documento la calificación de «desmesurado, injustificado e innecesario sentido estatizante». El proyecto confundiría el rol del Estado, que debe fijar las políticas, planificar, organizar y fiscalizar el seguro, «sin arrogarse el protagonismo principal» que la Constitución Nacional reserva a los interesados, «y menos aún asumir a través del hospital público las acciones y servicios, de modo monopólico y cuasi excluyente, negando en los hechos el pluralismo, la integración y participación que quedan como una declamación». La defensa corporativa es aún más explícita en la versión de CONFELISA que en la posición de COMRA, probablemente porque el sentimiento de amenaza está aquí particularmente agudizado.<sup>xiii</sup>

CONFELISA concluye su crítica reclamando la restauración del *statu quo*. A partir de las obras sociales existentes, sería necesario adecuar sus órganos de conducción al precepto constitucional (no se aclara expresamente si tal adecuación significaría la separación de los sindicatos), y corregir las distorsiones que emanan del inadecuado dimensionamiento de muchas de ellas. Esto significa, se aclara, volver al régimen de las leyes 18.610 y 19.710, «con algunas modificaciones ya esbozadas en la ley 22.269», como la vinculada con la fusión o integración de algunas entidades, «mantener la calidad de prestadores otorgada a las asociaciones sin fines de lucro representantes de los profesionales y establecimientos», integrar «armónicamente y en igualdad de condiciones al hospital público e incorporar gradualmente al autónomo y a las personas carentes de cobertura»(73). Los firmantes del pacto corporativo desde la esfera de la oferta de servicios parecen dispuestos a ratificarlo cambiando a su anterior contraparte por el aparato estatal, siempre que no se lesione ninguno de los derechos ya adquiridos. Más o menos en el mismo sentido se manifiestan

<sup>xiii</sup> «en la letra del proyecto es el Estado quien fija normas de contratación, trabajo, valores de los servicios, requisitos, obligaciones, penalidades, de tal modo que la condición de sector privado está dada únicamente por la fuente del capital y esfuerzo invertido. Su posición es desventajosa respecto del hospital, que tendrá prioritariamente y en forma excluyente todos los derechos, con una incorporación automática, sin compartir las obligaciones y riesgos que el sector privado debe afrontar como en cualquier otra actividad». Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. *Seguro Nacional de Salud. Análisis, aportes, comentarios*. Buenos Aires, enero de 1986, p. 30.

las otras dos corporaciones de prestadores, que nuclean a bioquímicos y odontólogos, cuando hacen pública su oposición al proyecto (74).<sup>xiv</sup>

### **La propuesta cegetista: el proyecto «Azul y Blanco»**

La propuesta alternativa de la CGT para la reorganización de las obras sociales toma estado público en los primeros meses de 1986. Según información periodística, el proyecto «Azul y Blanco» fue aprobado en una asamblea a la que concurrieron más de un centenar de secretarios de acción social de diferentes sindicatos, y entregado por el secretario general Saúl Ubaldini al presidente del bloque de diputados radicales en febrero de ese año. Sometido al plenario de la CGT, reunido en Corrientes los días 7 y 8 de marzo, su aprobación habría abierto el camino para incorporarlo oficialmente en el debate legislativo (75).

El proyecto elaborado por la dirigencia sindical crea el Sistema Argentino de Obras Sociales (SAMO), que comprendería todas las instituciones sometidas al régimen de la ley 22.269, a las que se agrega la Obra Social de los Trabajadores Autónomos, cuya creación prevé. La autoridad de aplicación se constituye en el Instituto Argentino de Obras Sociales (IAOS), destinado a reemplazar al INOS, y dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (art. 18º). Su finalidad será promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales, así como controlarlas en el cumplimiento de las disposiciones de la ley (art. 19º). A su frente se ubica un directorio integrado por diez miembros: seis representan al sector laboral y son designados por la CGT; dos al Estado, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud y Acción Social; uno al sector empresario, designado por sus entidades gremiales representativas, y uno designado por las obras sociales adheridas. (art. 23º).

También se prevé una significativa ampliación del poder sindical en la conducción de las obras sociales. Las entidades dependientes de sindicatos continúan siendo conducidas por autoridades designadas por las respectivas asociaciones profesionales; las de la administración central, empresas del Estado y organismos descentralizados, las de administración mixta y la dependiente de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires,

<sup>xiv</sup> Podría ser de interés, en un análisis más pormenorizado que el que abordamos aquí, estudiar las mayores afinidades entre COMRA y la Confederación Odontológica por un lado, y entre CONFELISA y la entidad que agrupa a los bioquímicos. Por el momento puede plantearse una hipótesis que remita a la mayor semejanza en el tipo de prácticas. Los bioquímicos, al igual que las entidades sanatoriales, deben pagar sus insumos a precios de mercado, mientras los valores contractuales están fuertemente contenidos por las decisiones del INOS.

serían conducidas por las asociaciones profesionales de trabajadoras representativas de cada actividad. En todos los casos deberán poseer individualidad administrativa y financiera, en forma independiente de la que corresponda a la actividad sindical a la que pertenezcan (art. 15).

Entre las atribuciones más significativas conferidas al IAOS puede mencionarse la facultad de aprobar la instalación de servicios propios de las obras sociales o del SAOS, y la administración del Fondo de Redistribución (art. 28º). Además se le otorga la responsabilidad («deberá» indica el artículo respectivo) de adoptar las medidas necesarias para establecer asociaciones regionales de obras sociales, que las agrupen por áreas programáticas territoriales, «con el objeto de ajustar la existencia y características de la oferta de prestaciones a la demanda de las mismas, en aras de un mejor aprovechamiento de los recursos y manteniendo las obras sociales intervinientes sus respectivas individualidades». Un anexo que propone reformas a la ley 19.710, incluye la integración de una comisión paritaria, con representantes del IAOS y de los prestadores de servicios, cuya función sería concertar los convenios tarifarios de los servicios de prestación médica. Se señala de manera específica que formarán parte de dicha comisión las cuatro confederaciones de prestadores, sin otorgárseles carácter de exclusividad.

### **El acuerdo finalmente obtenido: la sanción de las leyes 23.660 y 23.661**

A fines de 1988 se producirá la sanción de las leyes 23.660 de Obras Sociales y 23.661, de Seguro Nacional de Salud, último acto del conflictivo proceso histórico que estamos intentando sintetizar. La división del primitivo proyecto en dos ordenamientos, uno dirigido a regularizar el sistema de obras sociales sin modificar en lo sustancial la estructura sancionada por la ley 18.610, y otro destinado a la regulación general del sistema y la ampliación de la cobertura a indigentes y autónomos, es producto de un compromiso que terminará por restar toda eficacia política al proyecto de Seguro.

El tiempo transcurrido entre la renuncia de Neri y la sanción de las leyes que son fruto del acuerdo entre el gobierno y la CGT, podría ser considerado prueba suficiente de que no hay una relación directa entre ambos acontecimientos. También podría afirmarse, sin embargo, que tal demora proporciona alguna base para concluir que no bastaba sacrificar un ministro para satisfacer los reclamos de la central obrera. De acuerdo con la visión de los dirigentes de COMRA, la situación legislativa de los proyectos de Seguro había sido de virtual empate:

Los proyectos que actualmente analizamos constituyen el producto de una negociación entre el sector gubernamental y el sector del trabajo, producto del empate legislativo que trabó la posibilidad de aprobar el proyecto Neri en el Senado de la Nación y de aprobar el proyecto Azul y Blanco o el proyecto Britos en la Cámara de Diputados de la Nación por la disparidad de mayorías legislativas y la imposibilidad de acuerdos (76).

Cuando se logra sellar el acuerdo, por un acta firmada en el INOS el 6 de mayo de 1987,<sup>xv</sup> las relaciones entre la administración alfonsinista y el sector sindical habían cambiado significativamente. Un mes antes se había entregado el Ministerio de Trabajo al denominado «Grupo de los 15», poniendo en marcha una última estrategia dirigida a incrementar la gobernabilidad en las esferas sociopolítica y económica. Un dato seguramente no intrascendente para comprender la situación del gobierno es el intento de asonada militar que se produjo en los días de Semana Santa.

Los dirigentes sindicales incorporados al gabinete elaboran rápidamente una serie de medidas destinadas a destrabar iniciativas sobre legislación laboral largamente reclamadas por el movimiento obrero. Un «paquete» sumamente amplio de leyes laborales será elevado al Congreso, incluyendo los acuerdos logrados en torno de la legislación de obras sociales (77). La discusión del proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud se inicia en la Cámara de Diputados en la sesión del 2 de julio de 1987. El miembro informante, diputado Cáceres, lo presenta como parte de un conjunto de iniciativas que son resultado de un acuerdo entre el Poder Ejecutivo y la Confederación General del Trabajo. Señala Cáceres «lo trascendente» del proyecto y «lo encomiable» del objetivo perseguido por la norma; considera, sin embargo, que «lo importante» es el esfuerzo realizado por el gobierno y la CGT para garantizar «en un equilibrio delicado [...] el avance en la consolidación del sistema democrático, al establecer pautas de tranquilidad en esta sociedad que tanto las necesita» (78). El compromiso así alcanzado, que se compara en perspectiva de futuro con el Pacto de la Moncloa, no incluye a los representantes de la ciudadanía encargados de sancionarlo. El miembro informante lo señala en su presentación del proyecto y lo reitera cada vez que se hace necesario: el com-

<sup>xv</sup> Los firmantes del Acta que acompaña los proyectos de ley sobre Obras Sociales y Seguro Nacional de Salud se identifican como miembros de la Comisión de Trabajo encargada de su elaboración. Son Pedro Goyeneche, secretario de Acción Social de la CGT; Raúl Amin, Lesio Romero, Juan Palacio y Juan Molina, vocales del Consejo Directivo de la CGT; José Rodríguez, secretario general de SMATA; Mario Frangella, Secretario de Acción Social de la AOT; Aníbal Martínez de la Unión Obrera Metalúrgica; doctor Julio Chavarría, secretario de Trabajo de la Nación, y doctor Rodolfo Rodríguez, interventor en el INOS.

promiso es de tal índole que «la modificación de cada punto y de cada coma prácticamente estaría vedada a los legisladores»(79).

Un testimonio del interventor del INOS, doctor Rodolfo Rodríguez, permite recuperar muy sucintamente las bases políticas de esa negociación. Según la perspectiva del funcionario, un acuerdo básico surge del reconocimiento por parte de la CGT de la necesidad de que el Estado ejerza la conducción política del sistema de salud. Sobre ese reconocimiento se ordena la composición del directorio del ANSSAL, con seis directores para el Estado, tres para la CGT, uno para los empleadores aportantes y uno para los jubilados, con la presidencia de un representante del Estado, con rango de subsecretario. En contrapartida, se acepta el control de las obras sociales sindicales por parte de los sindicatos, y se incorpora la representación sindical en los grandes institutos que por su legislación original no la tuvieron, con excepción del Instituto de Jubilados y Pensionados, y en las obras sociales correspondientes a empresas del Estado.

Otro avance en el control estatal del sistema se verifica a partir de la recaudación directa por parte de la ANSSAL del 10% de los aportes y el 55% de los recursos de naturaleza especial, que integran el Fondo de Redistribución. Además, se mantienen los términos del proyecto original que estipulaban el reparto automático del 33% de los recursos de ese Fondo para las obras sociales de menores recursos por beneficiario. Por último, se decide la creación de un Consejo Asesor, en el que participan los sectores con intereses en el sistema que no están representados en el directorio: obras sociales provinciales, mutuales, cooperativas, agentes del seguro que adhieran al sistema, prestadores. Una Comisión Permanente de Concertación tiene como función el análisis, la evaluación y la elaboración permanente de las normas que regularán la relación entre los prestadores y los prestatarios. También tiene funciones de paritaria a los efectos de establecer aranceles. Respecto de la constitución de la red de servicios, señala el doctor Rodríguez:

el proyecto define con absoluta claridad que se trata de una red pluralista, con libre acceso a cualquiera de los sectores participantes, pero dentro de un sistema de calificación, donde la acreditación, la habilitación, las normas para funcionar, la categorización tanto de recursos materiales como humanos es una potestad del sistema dentro de los lineamientos y políticas que la Secretaría de Salud establece con tal propósito (80).

En respuesta a una pregunta relacionada con la posibilidad de incrementar la eficiencia del aparato efector, el interventor del INOS describe en términos negativos la situación del sistema. Habla de las condiciones que modelaron un sistema prestador altamente pervertido: deformación,



desarticulación, procedimientos innecesarios, etcétera, todo ello vinculado con «los orígenes de cada uno de los subsectores prestadores, las tendencias, las culturas e, inclusive el contexto». En consecuencia, el futuro del sistema dependería del trabajo que lleve adelante la Comisión de Concertación, a la que se atribuye importancia fundamental en la elaboración de un conjunto de normas básicas que aseguren la utilización racional de los recursos. En una primera etapa, «la etapa de arranque», la utilización de los recursos debería estar condicionada por un «conjunto de normas concertadas, para que sean de cumplimiento real acordado, entre la red prestadora, el sistema financiador y el sistema conductor y fijador de políticas»(81).

Independientemente de la naturalidad con que el problema se plantea, no podemos dejar de llegar a una conclusión desalentadora. Sancionada la ley, tras cuatro años de negociaciones, todo está por hacer, y el Estado todavía debe demostrar que está en condiciones de efectivizar su vocación de control. Aun cimentada en esas precarias bases ordenadoras, la reforma, pese a estar garantizada su sanción, sigue siendo objeto de disputa política. Durante el tratamiento de los proyectos de ley en la Cámara de Diputados, de manera que puede parecer paradójica, la bancada peronista vota dividida. El sector renovador manifiesta su oposición al proyecto del Seguro y presenta una propuesta alternativa para las obras sociales. El diputado Manzano cuestiona muy duramente el acuerdo sancionado sin el aval del justicialismo. Acepta que la legislación social debía ser objeto de una concertación y un pacto social, pero al mismo tiempo caracteriza el acuerdo alcanzado entre el Poder Ejecutivo y la CGT como un simple «arreglo». Los actores del pacto político deben ser, a su criterio, las fuerzas políticas mayoritarias: «Esta es la diferencia entre un pacto fundacional y un arreglo». El legislador justicialista confía en que las bases de ese precario acuerdo serán revisadas luego de realizadas las elecciones convocadas para el mes de setiembre: «los actores del acuerdo político tendremos que conversar sobre sus bases después de la prueba del 6 de setiembre»(82).

Es, efectivamente, la derrota sufrida en esas elecciones, la que terminará de sellar la suerte del proyecto alfonsinista.

### **Comentario final**

Aunque quisiéramos eludir la reiteración, no podemos dejar de señalar la crónica debilidad del aparato estatal de salud para cumplir sus funciones de regulación, normatización y control. No se trata de adjudicar responsabilidades individuales, sino de visualizar la presencia de prácticas con capacidad de obturar todo intento disciplinador. Las relaciones

internas del sector se estructuran fuera del control del Estado en los años sesenta y solo la incidencia de la crisis logra conmovier esas bases político-organizativas, sin que por ello el Estado pueda efectivizar su vocación ordenadora.

Por otra parte, en términos de posibilidades o responsabilidades individuales, tal vez sea necesario señalar que a fin de los años ochenta había ya muchos caminos obturados, aunque los actores con presencia en el sector todavía vincularan esas condiciones con el impacto de la crisis. Puede servir como indicador de lo que decimos la deliberación que se lleva adelante en COMRA el mismo día en que Diputados aprueba la ley 23.660. Convocados a formular un diagnóstico sobre la situación del ejercicio profesional, los dirigentes recuperan, de manera desordenada pero sin duda ilustrativa, una serie de temas que se discuten en el sector: la posibilidad de institucionalizar el plus, las propuestas de convenios cerrados con instituciones sanatoriales, la posible implementación de nuevos convenios capitados, el cuestionamiento de algunas entidades primarias al mantenimiento del sistema de libre elección, la captación de consultorios de especialidades y alta tecnología por parte de la Federación de Clínicas y Sanatorios de la provincia de Buenos Aires, la sugerencia de que las entidades gremiales cierren sus listados de prestadores no permitiendo la incorporación de nuevos profesionales, la aparición de empresas que brindan servicios de emergencia por abonos, obras sociales sin capacidad instalada propia que comienzan a establecer consultorios y contratar médicos a sueldo, etcétera (83).

El listado no es exhaustivo, ni es nuestro objetivo en este trabajo dar cuenta de los cambios que comenzaban a producirse, lo que podemos sí certificar, en función de nuestra lectura de diferentes fuentes, es que los actores todavía se negaban a reconocer que el sistema que tan trabajosamente habían articulado, se estaba escapando de sus manos.

- <sup>1</sup> Habermas, J. Citado por De Ipola, E. y Portantiero J.C. Crisis social y pacto democrático. En: *Punto de Vista* 21:13-20, agosto de 1984.
- <sup>2</sup> De Ipola, E. y Portantiero, J. C. Crisis social y pacto democrático, *op.cit.*, p.19.
- <sup>3</sup> Delich, F. Desmovilización social, reestructuración obrera y cambio sindical. En: *Crítica & Utopía* 6:79-98, Buenos Aires, 1982.
- <sup>4</sup> La expresión corresponde al título de un artículo de Juan Carlos Portantiero: La concertación que no fue: de la ley Mucci al Plan Austral. EN: Nun, J. y Portantiero, J.C. *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina*. Buenos Aires, Puntosur Editores, 1987, pp. 139-174.
- <sup>5</sup> Cf. De Riz, L., Cavarozzi, M., Feldman, J. El contexto y los dilemas de la concertación en la Argentina actual. En: Dos Santos, M. (comp.). *Concertación político social y democratización*, Buenos Aires, Clacso, 1987, pp. 189-223.
- <sup>6</sup> De Riz, L., Cavarozzi, M., Feldman, J. El contexto y los dilemas de la concertación..., *op.cit.*

- <sup>7</sup> Aprobaron la ley de Obras Sociales. En: *Clarín*, Buenos Aires, 9 de setiembre de 1981.
- <sup>8</sup> Cf. Se anuncia que los médicos del país rechazarán la ley de Obras Sociales. En: *La Razón*, Buenos Aires, 22 de setiembre de 1981. Los médicos y la ley de obras sociales. Solicitada de la Confederación Médica de la República Argentina. En: *Clarín*, Buenos Aires, 24 de setiembre de 1981. Criticó la CGT la ley de Obras Sociales. En: *Clarín*, Buenos Aires, 27 de setiembre de 1981. Comunicado de la CGT. La reglamentación de las obras sociales. En: *La Capital*, Rosario, 28 de setiembre de 1981. Ahora las obras sociales, ¿por qué?. Solicitada de la Federación de Empleados de Comercio de la Capital Federal. En: *Clarín*, Buenos Aires, 28 de setiembre de 1981. Las obras sociales y la realidad. En: *La Capital*, Rosario, 1<sup>o</sup> de octubre de 1981. Opinán sobre obras sociales los sindicalistas libres. En: *La Prensa*, Buenos Aires, 8 de octubre de 1981. Deudas, obras sociales e intervenciones. En: *La Prensa*, Buenos Aires, 14 de noviembre de 1981.
- <sup>9</sup> La totalitaria ley de obras sociales. En: *La Prensa*, Buenos Aires, 22 de enero de 1981.
- <sup>10</sup> Guaresti, J. J. Objeciones a la nueva ley de obra social. En: *La Nación*, Buenos Aires, 9 de noviembre de 1981. Del mismo autor y similar contenido: *La Nación*, Buenos Aires, 2 de febrero de 1982.
- <sup>11</sup> Gremialistas piden cambios en la ley de Obras Sociales. En: *Clarín*, Buenos Aires, 28 de julio de 1982.
- <sup>12</sup> Proyectan la devolución de las obras sociales a los gremios. En: *Clarín*, Buenos Aires, enero de 1983.
- <sup>13</sup> La CGTRA rechazó la modificación parcial de la ley de Asociaciones Gremiales. En: *Rosario*, 12 de marzo de 1983.
- <sup>14</sup> Reeditan el debate sobre la ley de Obras Sociales. Denuncian otro pacto con los sindicalistas. En: *Rosario*, 13 de agosto de 1983.
- <sup>15</sup> Unión Cívica Radical. Movimiento de Renovación y Cambio. Más vida para los argentinos. Bases de política para la salud. En: *Cuadernos Médico Sociales* 24:53-63, junio de 1983, p. 55.
- <sup>16</sup> *Ibidem*.
- <sup>17</sup> *Ibidem*, p. 61.
- <sup>18</sup> Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Recursos de Salud. *Las políticas nacionales de salud*, Documento informativo, Buenos Aires, junio de 1984. Documento mimeografiado.
- <sup>19</sup> *Ibidem*, p.2.
- <sup>20</sup> *Ibidem*, p. 8.
- <sup>21</sup> *Ibidem*, pp. 12-13.
- <sup>22</sup> Ministerio de Salud y Acción Social. *Bases para una legislación sobre Seguro Nacional de Salud*. Documento presentado por el Ministerio de Salud y Acción Social en la reunión constitutiva de la Subcomisión de Salud y Seguridad Social, en la Mesa de la Concertación, 19 de noviembre de 1984. Documento mimeografiado.
- <sup>23</sup> Mera, J. La seguridad social medica en Argentina (1978-1993). Consolidación y perspectivas de desregulación. En: *Medicina y Sociedad* 16 12:3-12, enero-junio de 1993, p. 5.
- <sup>24</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Congreso Confederal de fecha 4/5/85. Información proporcionada por el secretario gremial.
- <sup>25</sup> Neri: se eliminará el pago de los aranceles en los hospitales públicos. Medicamentos baratos para grupos de menores recursos. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 10 de noviembre de 1983.
- <sup>26</sup> En la presentación a la prensa de sus futuros colaboradores Aldo Neri aseguró que «se iniciará una etapa de reparación social». En: *La Voz*, Buenos Aires, 2 de diciembre de 1983.

- <sup>27</sup> Otra ley que puede ser conflictiva. En: *Rosario*, 14 de febrero de 1984.
- <sup>28</sup> Ley de Obras Sociales: redactóse el proyecto. En: *La Capital Rosario*, 13 de febrero de 1984.
- <sup>29</sup> Neri considera impostergable que se sancione la ley de obras sociales. Despacho de la agencia DYN. En: *Rosario*, Rosario, 15 de febrero de 1984.
- <sup>30</sup> Precisiones de Neri sobre obras sociales. El ministro participará en Ginebra de una reunión mundial de la salud. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 7 de mayo de 1984.
- <sup>31</sup> Neri delineó pautas para la política de obras sociales. El ministro expresó que los fondos recaudados no deben servir para la lucha gremial interna. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 28 de mayo de 1984.
- <sup>32</sup> Obras sociales y convivencia. En: *Clarín*, Buenos Aires, 21 de mayo de 1984.
- <sup>33</sup> Las obras sociales no serán intervenidas. En: *Clarín*, Buenos Aires, 8 de junio de 1984. Casella negó discrepancias en relación a obras sociales. *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 9 de junio de 1984.
- <sup>34</sup> Cf. Controversia sobre las obras sociales. Alfonsín analizó con tres ministros el tema de los entes asistenciales y habló con los 20 y la Mesa de Enlace. Herrera, A. Un desafío para el acuerdo. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 29 de junio de 1984.
- <sup>35</sup> Cf. Quirós, Carlos. La bendición del radicalismo. En: *Clarín*, Buenos Aires, 4 de julio de 1984.
- <sup>36</sup> Triaca: «No discutiremos sobre las obras sociales». En: *Rosario*, Rosario, 23 de enero de 1985. Estudian ajustes al plan común obrero-empresario. Los sindicatos pidieron precisiones sobre paritarias y devolución de obras sociales. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 23 de enero de 1985. Disidencia obrero-empresaria por la ley de Obras Sociales. En: *Clarín*, Buenos Aires, 23 de enero de 1985.
- <sup>37</sup> Obras sociales: posición de Neri. En: *Clarín*, Buenos Aires, 31 de enero de 1985. Aldo Neri destacó la necesidad de reformar la estructura social. En: *Rosario*, Rosario, 2 de febrero de 1985.
- <sup>38</sup> Obras sociales: insiste el gobierno en sus criterios. En: *Rosario*, Rosario, 11 de febrero de 1985.
- <sup>39</sup> Negociación del gobierno y CGT. En: *Clarín*, Buenos Aires, 9 de marzo de 1985. Detrás de las obras sociales se esconden otros problemas. En: *Rosario*, Rosario, 16 de marzo de 1985. Para Neri la CGT «arrastra» en su táctica para obras sociales a los empresarios. A cambio de eso hace grandes concesiones en otros temas. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 26 de marzo de 1987. Aspera polémica entre la CGT y el ministro de Acción Social. Una vez más disintieron públicamente sobre el manejo de las obras sociales. La cuestión traba la concertación. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 28 de marzo de 1985. La concertación está trabada, afirmó Tróccoli. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 26 de marzo de 1985. Tróccoli; «Alfonsín laudará sobre las obras sociales». En: *Clarín*, Buenos Aires, 27 de marzo de 1985. La CGT endurece su posición y pide definiciones oficiales. Malestar con Aldo Neri. En: *Tiempo Argentino*, Buenos Aires, 27 de marzo de 1985.
- <sup>40</sup> Ministros y secretarios de Estado de Salud Pública de las provincias. Formosa-Catamarca-Chaco-Jujuy-La Pampa-La Rioja-Salta-San Luis-Santa Cruz-Santa Fe-Santiago del Estero- Tucumán. Solicitada: La salud de nuestro pueblo. En: *Clarín*, Buenos Aires, 20 de abril de 1985.
- <sup>41</sup> *Proyecto de Ley del Seguro Nacional de Salud*. Elevado por el PEN al Honorable Congreso de la Nación, con fecha 11 de setiembre de 1985. La Plata, FEMEBA, s/f., p. 1.
- <sup>42</sup> *Ibidem*, pp. 2-3.
- <sup>43</sup> Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Carta abierta al Sr. Ministro de Acción Social y Salud Pública, Dr. Aldo Neri. En: *Clarín*, Buenos Aires, 22 de marzo de 1985.

- <sup>44</sup> Consejo Asesor de Obras Sociales. Por la salud de la población. Las obras sociales a sus afiliados. Solicitada. En: *Clarín*, Buenos Aires, 19 de abril de 1985
- <sup>45</sup> Federación Médica de la provincia de Buenos Aires. Nota al Sr. Interventor del INOS. Documento mimeografiado, julio de 1985. Confederación Médica de la República Argentina. Nota dirigida al doctor Raúl Alfonsín, 25 de junio de 1985.
- <sup>46</sup> Cf. Confederación Médica de la República Argentina. Resolución del Congreso Confederal del 21 de setiembre de 1985 sobre Registro de Prestadores. Memorandum dirigido a las filiales.
- <sup>47</sup> Cf. Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Consejo Directivo Ampliado nº 21/85 de fecha 26 de julio de 1985; Acta de Congreso Confederal de fecha 10 de agosto de 1985.
- <sup>48</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Congreso Confederal de fecha 22 de noviembre de 1985.
- <sup>49</sup> Cf. Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Congreso Confederal del 20 de diciembre de 1985, pp. 2 y 4.
- <sup>50</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Congreso Confederal de fecha 6 de diciembre de 1985, pp. 2, 8 y 9.
- <sup>51</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Congreso Confederal de fecha 20 de diciembre de 1985. Las federaciones en rebeldía son las correspondientes a las provincias de San Juan, Tucumán y Buenos Aires.
- <sup>52</sup> Controversia entre la CGT y los médicos. En: *Clarín*, Buenos Aires, 16 de diciembre de 1985. Los médicos cobrarán directamente a los afiliados a obras sociales. En: *Clarín*, Buenos Aires, 17 de diciembre de 1985.
- <sup>53</sup> El Consejo Asesor de Obras Sociales advirtió a la COMRA. Implantarían un listado de médicos alternos. En: *La Capital*, Rosario, 20 de diciembre de 1985. Las obras sociales del Estado no pagarán adicionales médicos. En: *Clarín*, Buenos Aires, 20 de diciembre de 1985.
- <sup>54</sup> Posición oficial respecto del arancel médico. Amenaza de aumentos. En: *Rosario*, Rosario, 18 de diciembre de 1985. Posición oficial sobre obras sociales. Los médicos no están autorizados a cobrar adicionales en sus aranceles. En: *Clarín*, Buenos Aires, 19 de diciembre de 1985.
- <sup>55</sup> Los médicos cobrarán directamente a los afiliados a obras sociales. En: *Clarín*, publicación citada.
- <sup>56</sup> Denuncian los médicos todos los convenios de obras sociales. En: *Clarín*, Buenos Aires, 11 de enero de 1986. Conflicto en torno de las obras sociales. En: *La Razón*, Buenos Aires, 15 de enero de 1986.
- <sup>57</sup> Diálogo entre la CGT y los médicos por las prestaciones sociales. Campaña de apoyo al paro del 24. En: *La Razón*, Buenos Aires, 16 de enero de 1986. La CGT y los médicos. Acuerdo provisorio sobre los aranceles. En: *Clarín*, Buenos Aires, 17 de enero de 1986.
- <sup>58</sup> Obras sociales: se profundizan las diferencias con los médicos. En: *Clarín*, Buenos Aires, 21 de enero de 1986.
- <sup>59</sup> Aranceles médicos. Las clínicas privadas rechazan los convenios. En: *Clarín*, Buenos Aires, 26 de enero de 1986.
- <sup>60</sup> Neri explicó el Seguro de Salud. El ministro analizó la situación de las obras sociales y criticó el último paro. En: *La Razón*, Buenos Aires, 28 de enero de 1986. En el mismo sentido cf. Por salarios, aranceles y reformas sociales. Solicitó Neri una actitud de grandeza. En: *Clarín*, Buenos Aires, 28 de enero de 1986. No hay posibilidad de otorgar una respuesta económica inmediata, dijo Neri a los médicos. La época de las vacas gordas es difícil que se repita. En: *La Capital*, Rosario, 28 de enero de 1986.
- <sup>61</sup> Giussani, P. ¿Qué significa el cañonazo de Neri?. En: *La Razón*, Buenos Aires, 3 de marzo de 1986.

- <sup>62</sup> Confederación Médica de la República Argentina. *Propuesta doctrinaria sobre pautas para una legislación de un Sistema Nacional de Salud*. Documento presentado el 4 de marzo en la Mesa de Concertación de Salud y Seguridad Social. Documento mimeografiado.
- <sup>63</sup> *Ibidem*, p. 2.
- <sup>64</sup> *Ibidem*, p. 4
- <sup>65</sup> Confederación Médica de la República Argentina. *Informe preliminar sobre el proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud*. Buenos Aires, 1985.
- <sup>66</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Acta de Consejo Directivo Ampliado nº 26/85 de fecha 4 de octubre de 1985.
- <sup>67</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Consejo Directivo. *Informe preliminar sobre el proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud*, Buenos Aires, 1985.
- <sup>68</sup> Confederación Médica de la República Argentina. *Informe para la Mesa Directiva*, sin fecha. Documento mimeografiado.
- <sup>69</sup> *Ibidem*.
- <sup>70</sup> Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. *Posición sobre el rol del hospital público y aportes para la regulación de un Sistema Nacional de Salud*. Documento presentado en la VIII Reunión Ordinaria del COFESA, realizada en San Juan los días 17 al 20 de agosto de 1983. La Plata, 1983, p. 10.
- <sup>71</sup> *Ibidem*, p. 18.
- <sup>72</sup> Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. *Seguro Nacional de Salud. Análisis, aportes, comentarios*, Buenos Aires, enero de 1986. p. 19.
- <sup>73</sup> *Ibidem*, p. 33.
- <sup>74</sup> Confederación Odontológica de la República Argentina. *Propuesta de la CORA sobre un Plan general de salud elaborado por el Ministerio de Salud y Acción Social*, Buenos Aires, 22 de febrero de 1985, documento mimeografiado. Confederación Unificada de la República Argentina. *Análisis crítico de los «Lineamientos para un plan general de salud» y «Bases para una legislación sobre Seguro Nacional de Salud»*, Buenos Aires, 1985, documento mimeografiado.
- <sup>75</sup> Un plenario gremial aprobó la propuesta. Será entregado hoy el proyecto de la CGT. En: *La Capital*, Rosario, 27 de febrero de 1986.
- <sup>76</sup> Informe del doctor Romero. Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Congreso Confederado de fecha 22 de mayo de 1987, p. 12.
- <sup>77</sup> Cf. Palomino, H. Las corporaciones están entre nosotros. En: *El Bimestre* 34:22-24, 1987.
- <sup>78</sup> Cámara de Diputados de la Nación. *Diario de Sesiones*, Reunión 22ª: 2367-2375, 2 de julio de 1987, p. 2374.
- <sup>79</sup> *Ibidem*, p. 2375.
- <sup>80</sup> Rodríguez, R. El Seguro Nacional de Salud. el proceso de concreción de un acuerdo. El diálogo entre las organizaciones sindicales y el Estado. Perspectivas. En: Cavarozzi, M. et al. *Infraestructura de servicios de salud*. Buenos Aires, OPS/OMS, Representación Argentina, 1988:33-52, p. 42.
- <sup>81</sup> *Ibidem*, p. 45.
- <sup>82</sup> Cámara de Diputados de la Nación. *Diario de Sesiones*, Reunión 28ª: 2840-2807, 22 de julio, p. 2862.
- <sup>83</sup> Confederación Médica de la República Argentina. Acta del Congreso Confederado de fecha 17 de julio de 1987.

## CAPITULO DECIMO

**A modo de síntesis**

En nuestro libro relativo al período 1940-1960 defendimos la posibilidad de analizar el desarrollo del sector salud como uno de los elementos constitutivos de un régimen social de acumulación. Tomamos esa categoría de trabajos recientes que analizan procesos históricos de larga duración en Argentina y proponen su utilización para caracterizar el proceso que se abre con la crítica década de 1930 y se clausuraría a fines de los años setenta. (1)

La articulación particular entre régimen social de acumulación y régimen político de gobierno que se produce en Argentina entre 1930 y 1980 correspondería a la versión local de la forma de vinculación entre Estado y Sociedad que en los países centrales se reconoce como «Estado de Bienestar».

Al igual que en otros países de Latinoamérica, en el nuestro las transformaciones sufridas por la relación Estado/Sociedad en esos años, aunque son fuertemente dependientes en lo ideológico cultural del modelo vigente en los países centrales, no llegan a configurar verdaderas condiciones de bienestar. La literatura política incluye en general a estos regímenes en la categoría «Estado de Compromiso», de manera lo suficientemente flexible como para incorporar la existencia de diferencias a nivel nacional.

Tanto en países centrales como periféricos la utopía del bienestar condujo al desarrollo de instituciones específicas orientadas a la puesta en marcha de políticas sociales y, entre ellas, alguna forma de organización y

financiación solidaria de los sistemas de atención médica. El reconocimiento de los derechos sociales se erige como uno de los principales mecanismos de inclusión - la integración social es a la vez uno de los insumos fundamentales de la consecución del bienestar y uno de sus resultados esperados. La salud y la atención médica, con múltiples imbricaciones en el campo de lo político, lo económico, lo cultural y lo ideológico, se transforman en referentes efectivos de los alcances, modalidades y límites de esa inclusión.

No debe sorprender, por consiguiente, que la organización del sector salud y la dinámica de fuerzas sociales que se instala en su interior, presenten un cierto paralelismo con las consolidaciones que se producen en el campo de la política y la economía, y que el sector abreve en las ideologías circulantes y en las manifestaciones de sentido común producidas en esferas lindantes con su actividad. No resulta por lo tanto necesariamente llamativo que los años de institucionalización de la nueva articulación entre régimen social de acumulación y régimen político de gobierno constituyan también el período de emergencia de un nuevo ordenamiento sectorial.

Por otra parte, la razón de la presencia de dificultades o límites en la efectivización de los derechos sociales reconocidos por la instancia estatal -que representa en ese campo específico la brecha existente entre «Estado de Compromiso» y «Estado de Bienestar»- debe sin duda pensarse en primer lugar en términos extrasectoriales. Las dificultades para garantizar el acceso universal e igualitario de toda la población a los servicios de atención médica tienen sin duda sus raíces en el conflictivo balance entre acumulación y distribución que caracteriza el desarrollo argentino en esos años, a la vez que en las condiciones que regulan la dinámica del sistema político: inestabilidad del régimen, debilidad del sistema de partidos, presencia corporativa en la representación de intereses, fragmentación y clientelismo de los organismos del Estado, ausencia de cultura democrática.

El paralelismo, sin embargo, no es mecánico, ni lineal. El sector posee una dinámica propia y responde a relaciones de poder que se construyen en torno a sus instituciones, aunque resulten en alguna medida dependientes del balance de fuerzas que se establece en la sociedad que las contiene. La organización del sector tiene sus propias exigencias y su propio ritmo, y en su interior el predominio de lo político/ideológico aparece modelando con mucha fuerza las determinaciones que provienen de la estructura.

Confiamos en que la historia narrada a lo largo de tres libros sirva de respaldo empírico para estas perspectivas formuladas a nivel conceptual. Con esta publicación llegamos al fin del proceso histórico que fuera nuestro objeto de trabajo en los últimos años, objeto hipotéticamente construido en base a ciertas características de regularidad y homogeneidad



interna que justificarían su tratamiento como una unidad. Llega, por consiguiente, el momento de precisar hasta qué punto hemos avanzado.

### Periodización

En primer término, se hace necesario dar cuenta del problema de la periodización. Abordar como una unidad el desarrollo del sector salud en Argentina entre 1930 y 1980 supone al menos la necesidad de dar cuenta de las manifiestas discontinuidades, y demostrar que no configuran verdaderas rupturas.

La consideración interna del período mostraría en ese caso la persistencia a lo largo de esas cinco décadas de algunos elementos ordenadores de lo que hemos llamado marco legal institucional del sistema, que no se registran con anterioridad, o sólo lo hacen en forma embrionaria, y estarían en vías de desaparecer, o al menos perder sus carácter dominante, a partir de la actual crisis de las formas organizativas del sistema de servicios.

Tales rasgos constitutivos que otorgarían cierta homogeneidad a la dinámica del sector salud entre 1930 y 1980 corresponden, como ya adelantamos, tanto a nivel ideológico como institucional, al modelo generalizado entre las sociedades de bienestar. El reconocimiento de la responsabilidad del Estado como organizador y modelador de la vida social, la confianza en el progreso técnico-científico y en su capacidad para garantizar el bienestar, la utopía igualitaria fundada en la generalización del acceso al goce de derechos sociales, la mediatización de ese acceso a través de la población trabajadora hacia los sectores no insertos de manera directa en el mercado de trabajo, son algunos de los rasgos reconocidos como fundamentos de la actividad sectorial a lo largo del período, independientemente de las dificultades o límites registrados en su efectivización.

También se puede mencionar otros rasgos, evidentes en la dinámica de las instituciones, que constituyen elementos reconocidos por múltiples analistas como característicos del sector salud. Los más notorios se refieren a la fragmentación y heterogeneidad institucional, que se alega frecuentemente como causa de ineficiencia en la utilización de recursos, y parece haber entrado en una lógica de reproducción ampliada a lo largo de nuestro período de observación.

Las condiciones de heterogeneidad y fragmentación, sin embargo, no pueden utilizarse para diferenciar las instituciones de salud posteriores a la década del treinta de sus antecesoras propias de la Argentina de comienzos de siglo. Por el contrario, pueden dar pie a una interpretación que las asuma como continuidades de orden cultural, que sobreviven a los cambios producidos en la relación con el Estado e imprimen caracte-

rísticas particulares a esa relación. El rasgo novedoso, en este caso, y también permanente, es la politización de las demandas de esas instituciones heterogéneas y fragmentadas que comienzan a proyectar sobre el Estado - más específicamente, sobre la acción o inacción de sus aparatos- las causas de los límites que encuentran en el cumplimiento de sus funciones específicas. Esa politización de las demandas asumirá desde su el primer momento rasgos corporativos, que se acentuarán a partir de los años 60, cuando el aparato estatal fracase en su intención de poner en marcha una intervención reguladora.

Conforme a nuestro interés de recuperar los cambios y permanencias verificables en el interior del sector, intentaremos desarrollar algunas hipótesis de periodización.

Primer período: Crisis generalizada de las instituciones del sector. Reformulación doctrinaria y de modelos organizativos. 1930-1943/1946. Situar el punto de partida en 1930 es relativamente arbitrario, ya que se registran algunas manifestaciones de agotamiento del modelo anterior en la década de 1920. A partir de 1930 hay sin embargo una conciencia generalizada de la necesidad de su reformulación. El sector salud actúa en estos años como caja de resonancia de la crisis que sacude a la sociedad argentina. Las manifestaciones sectoriales de esa crisis se manifiestan en múltiples niveles:

- insuficiencia de las instituciones que financian los servicios de atención médica para dar respuesta a las necesidades de atención de su población a cargo;
- insuficiencia de las formas generalizadas de práctica médica para dar cabida a los nuevos desarrollos técnico-científicos;
- incipiente reconocimiento de un nuevo papel de las instituciones estatales en la organización del sector, tanto de parte de algunas instancias de su aparato como de segmentos diferenciados de la sociedad civil;
- avances en la formulación de una doctrina sanitaria basada en la centralización normativa de las actividades del sector;
- incipiente organización gremial de la profesión médica;
- desarrollo de formas de solidaridad por inserción laboral en las instituciones civiles orientadas a la cobertura del riesgo de enfermar;
- embrionario desarrollo de cobertura de atención médica para el personal de organismos del Estado;
- incorporación de la preocupación por formas organizativas de la cobertura del riesgo de enfermar en la agenda de las organizaciones sindicales más consolidadas;
- generalizado debate respecto al impacto de la crisis económica, po-

- lítica, ideológica y cultural sobre las instituciones del sector salud;
- generalizado debate sobre las formas organizativas futuras de las instituciones del sector, adecuadas para garantizar la superación de las condiciones de crisis.

Segundo período: Presencia hegemónica del Estado. 1943/1946-1952/1955. Es el momento de mayor presencia estatal en el sector, tanto en los aspectos reguladores como en lo relacionado con la expansión de la capacidad instalada del subsector público. Es también el período de mayor eficacia redistribucionista de la actividad estatal en el sector. Los principales rasgos serían los siguientes:

- centralización de las decisiones, tanto políticas como de normatización y regulación de las instituciones del sector;
- expansión sin precedentes de la capacidad instalada;
- fragmentación de la expansión de la capacidad instalada en el sector público nacional: Ministerio de Salud/Fundación Maria Eva Duarte de Perón;
- fragmentación de la expansión de la capacidad instalada en instituciones reguladas por ley: sector público/direcciones de obra social;
- como consecuencia de lo anterior, incipiente delimitación en tres subsectores: público, privado, de la seguridad social;
- fragmentación de la dependencia gubernamental de las instituciones reguladas por ley (direcciones de obra social). Organización de las futuras obras sociales estatales y paraestatales;
- reconocimiento formal del derecho a la salud como componente de la ciudadanía y reconocimiento efectivo de ese derecho para determinados sectores, seleccionados en general de acuerdo con su inserción laboral, generando por consiguiente condiciones de politización de la cobertura de atención médica y acceso diferenciado a sus beneficios;
- intentos por parte del poder político de subordinar a sus directivas la totalidad de las instituciones representativas del sector (corporativismo estatalista); resistencia del gremialismo médico;
- consolidación del gremialismo médico autodenominado «independiente».

Tercer período: Pérdida de la hegemonía estatal y bases técnico-políticas de construcción del modelo estatal-corporativo-privatista de organización del sector. 1952/1955-1967/1969. Este período está caracterizado por el retroceso de la presencia estatal, siendo su manifestación más significativa la interrupción del desarrollo de la capacidad instalada y el comienzo de deterioro de lo existente. Se producen algunos intentos de federalización en la gestión del sector público, con logros limitados. Al mismo tiempo se registra el comienzo de la expansión del subsector priva-

do vinculado con los recursos financieros de las obras sociales. Los rasgos que hay que destacar son:

- El retroceso de la presencia estatal en los servicios y la descentralización administrativa que se pretende imponer, no obstaculizan la emergencia de áreas significativas en la discusión doctrinaria, canalizada fundamentalmente hacia dos grandes temas, seguro de salud y planificación, y caracterizada por una fuerte dependencia de la experiencia internacional y sus aportes.
- A partir de la conveniencia de separar la delimitación de los mecanismos de generación y distribución de recursos financieros y la preocupación por definir los instrumentos técnico-organizativos orientados al cumplimiento de los fines del sistema en condiciones de eficacia y eficiencia, el debate sobre la posible implementación del seguro y la elaboración técnica de instrumentos para la planificación se realizan en espacios políticos e institucionales diferentes. Los proyectos de legislación de seguro de salud o enfermedad no llegan a ser sancionados y la planificación queda restringida a las actividades del subsector público, con limitaciones derivadas de la discontinuidad de los equipos técnicos y las dificultades para diseñar instrumentos eficaces de intervención.
- Las limitaciones en la aplicación tanto de las propuestas de recaudación de recursos a través de mecanismos universales de afiliación a sistemas de seguro como de los instrumentos de la planificación normativa destinados a racionalizar la gestión de las instituciones públicas, no impiden la aceptación de sus presupuestos doctrinarios, que pasan a constituir el deber ser inapelable de la organización sectorial. Los principios de accesibilidad universal igualitaria e integralidad de las prestaciones, aplicables en relación con la población a cargo del sistema, y centralización normativa y descentralización operativa, regionalización, organización de efectores según nivel de complejidad, área programática, que debían regir la organización de los servicios, se convierten en referentes técnico-legitimatorios de toda propuesta de reorganización sectorial, aunque en la práctica carezcan de viabilidad financiera, administrativa y política.
- De forma paralela se produce un reforzamiento de las presencias corporativas en el sector. El gremio médico consolida su organización en el nivel nacional por una parte, y por la otra se profundiza la vinculación entre las obras sociales y los sindicatos. A partir de los años cincuenta se comienzan a negociar los aportes para la cobertura de atención médica de los trabajadores en las convenciones colectivas, que constituyen uno de los mecanismos de expansión de las obras sociales sindicales.

- Las organizaciones gremiales médicas federadas en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) ponen en marcha una estrategia dirigida a terminar con el trabajo profesional retribuido por salario en obras sociales y mutualidades. El movimiento tiene éxitos parciales en algunas ciudades y provincias, y se expande como reivindicación a la totalidad del país. La libre elección del médico, el pago por prestación y el derecho de la profesión médica a regular el precio de su trabajo se convierten en reivindicaciones de índole técnica (son planteadas como requisito insoslayable para la eficacia de la práctica) y postulados de ética profesional (la indisciplina en su acatamiento da lugar a sanciones gremiales). Se comienzan a generalizar los contratos con obras sociales, hegemonizados por las organizaciones profesionales que logran generar condiciones de control oligopólico de la oferta de servicios. A partir de 1964 cobra presencia a nivel nacional la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados.

Cuarto período: Consolidación del modelo estatal-corporativo-privatista de organización sectorial. 1967/1969-1976. Junto con las alternativas del proyecto autoritario puesto en marcha a partir del golpe de Estado protagonizado por el general Onganía en 1966, se abre un período caracterizado por un nuevo intento de conducción hegemónica del sector por parte del organismo técnico estatal (Secretaría de Salud Pública). Dicho intento genera un enfrentamiento en el que participan además otros sectores del aparato estatal, las corporaciones de prestadores y las conducciones sindicales de las obras sociales, representadas por la CGT. El proyecto técnico-modernizante y racionalizador generado en la Secretaría de Salud Pública se enfrenta con las orientaciones patrimonialistas y corporativas que se habían afirmado en el sector a lo largo de la década precedente. La intervención del Estado generaliza para toda la población en relación de dependencia y su núcleo familiar primario la cobertura otorgada por el sistema de obras sociales a partir de la sanción de la ley 18.610, pero se muestra impotente para superar la fragmentación y heterogeneidad preexistentes y asegurar una mayor equidad en la aplicación de mecanismos financieros de base solidaria. Los rasgos más significativos serían:

- Declinación definitiva del subsector público, tras el fracaso de los proyectos de reforma hospitalaria puestos en marcha en las provincias de Buenos Aires y San Juan y los intentos de obtención de nuevos recursos a partir de la contratación con obras sociales concretados en las leyes de hospitales de comunidad y descentralización hospitalaria.
- Fortalecimiento del modelo corporativo-privatista de contratación entre confederaciones de prestadores y obras sociales. Escasa capa-

cidad reguladora y normatizadora de la instancia estatal corporizada en el INOS, que solo logra imponer su autoridad en la fijación de aranceles. Respecto de los demás instrumentos de regulación de la relación contractual, el INOS acepta la experiencia técnico-administrativa desarrollada por las corporaciones de prestadores, y por consiguiente asimila la lógica de valorización de las modalidades más especializadas y tecnificadas de la práctica profesional, sin desarrollar una capacidad paralela de auditoría, ni poder suficiente para definir prioridades en la canalización de los recursos del sector.

- Fragmentación interna del aparato estatal, de consecuencias duraderas para el desarrollo del sector, entre las Secretarías de Salud Pública y las de Seguridad Social, la primera cristalizada como un organismo técnico sin capacidad política para cumplir su función reguladora; la segunda constituida como árbitro de la distribución de los recursos financieros de la seguridad social, y, por lo tanto, eje político de las relaciones de poder construidas en torno de la apropiación de los recursos materiales y simbólicos que circulan en el sector.
- Consolidación de las obras sociales como uno de los fundamentos de la capacidad de convocatoria de las organizaciones sindicales, condición que las convierte en prenda de negociación en la relación Estado-sindicatos y obstaculiza todo proyecto de reforma orientado a superar la heterogeneidad y fragmentación existentes.
- Desarrollo contradictorio del pacto corporativo instituido entre la CGT y las organizaciones de profesionales. Las grandes corporaciones del sector rivalizan en torno de la apropiación de los recursos financieros y por obtener el favor del organismo estatal que actúa como árbitro de su distribución. Sin embargo, la prosperidad que caracteriza al subsector en los años setenta estimula el interés por defender la permanencia del vínculo y otorga características de amenaza a toda pretensión reguladora o racionalizadora que ponga en peligro el control corporativo sobre el sistema.

Quinto período: Crisis político-ideológica del modelo. 1976-1982.

Los embates político-ideológicos orientados al cuestionamiento del modelo de organización sectorial que hemos denominado estatal-corporativo-privatista, preceden a su crisis financiera, generalizada a partir de 1982. Aquí nuevamente las condiciones extrasectoriales inciden con fuerza particular en la operatoria del sector, por lo menos a dos niveles:

El primero se relaciona con los límites financieros del modelo, que pueden ser superados en la segunda mitad de los años setenta en gran medida gracias a la política financiera puesta en marcha por el gobierno del general Videla. La liberalización de los depósitos bancarios y las altas

tasas de interés pagadas a los depósitos a plazo fijo durante la mayor parte del período multiplican de manera significativa los recursos percibidos por las obras sociales y otorgan particular solvencia a las organizaciones gremiales encargadas de la intermediación en el cobro de prestaciones.

El segundo nivel de impacto de las condiciones sociopolíticas generales en las relaciones internas al sector se vincula con la emergencia -todavía débil y francamente minoritaria- de las críticas al Estado benefactor planteadas por el pensamiento neoliberal. La cuestión asume particular importancia en la dinámica sectorial cuando los componentes anticorporativos de la propuesta son utilizados para legitimar el embate contra las bases políticas, económicas y sociales del poder sindical.

Las consecuencias fundamentales en el sector salud serían:

- Se produce el primer cuestionamiento formulado por el aparato estatal a la anterior hegemonía detentada por el reconocimiento del derecho a la salud como responsabilidad ineludible del Estado. Tal cuestionamiento provoca una escisión en las heterogéneas fuerzas que asumieron el control del Estado, en condiciones que terminan paralizando los intentos de reforma del sistema de obras sociales.
- Los sindicatos son separados de la conducción de las obras sociales, pero el sistema mantiene las características del período precedente, agravadas posiblemente por políticas clientelistas de empleo, que incidieron significativamente en los gastos de administración, y el deterioro de la capacidad reguladora del INOS.
- La prosperidad financiera del sector y las políticas de apertura de la economía facilitan la incorporación al sector privado de tecnología de alto nivel de sofisticación, sin que ninguna política de regulación se ponga en marcha para atenuar posibles distorsiones. El balance en la disposición de recursos diagnósticos y terapéuticos entre el sector público y el sector privado cambia abruptamente en favor de este último. Tanto el sector público como la Secretaría de Salud Pública ingresan en una etapa de franco deterioro, tanto en nivel de los recursos humanos y materiales como en su capacidad de intervención.

Sexto período: Último intento de ordenamiento del modelo, recuperación de su base solidaria y superación de la crisis financiera: 1982/1984-1988/1989. La recuperación de la democracia representativa como régimen de gobierno se ve jaqueada por una crisis social y económica sin precedentes vinculada con el agotamiento del régimen social de acumulación. En el sector, la dinámica corporativa, que ha regulado por más de dos décadas las relaciones de poder, se cierra defensivamente ante la incidencia de la crisis y la posible amenaza proyectada sobre las intenciones

del Estado. La recuperación de la que fuera «ley constitutiva», bajo la nueva apariencia legitimatoria proporcionada por la presencia de la ANSSAL y la cobertura universal emanada del Seguro, carecerá de todo significado político en un sector que comienza a transformarse bajo la presión de la crisis.

### **Marco interpretativo**

Hasta aquí nuestro trabajo de reconstrucción de las alternativas políticas institucionales del sector salud entre 1980 y 1985. La minuciosa tarea de recuperación de los testimonios disponibles nos proporcionó, al mismo tiempo, algunas herramientas para interpretar la racionalidad subyacente a tales procesos. Al respecto podemos adelantar algunas hipótesis.

Primera hipótesis: Relativa dependencia -o relativa autonomía- del sector respecto de las alternativas sociopolíticas de la sociedad global. Los condicionamientos impuestos al sector salud desde la estructura productiva o el sistema político son sin duda fuertes, en particular en las coyunturas de crisis, sin embargo, operan sobre una trama de relaciones previamente constituida que no logran alterar sus rasgos sustanciales.

El impacto de las condiciones sociopolíticas de orden general se percibe con más claridad en las coyunturas críticas: los años 30, el momento de la caída del peronismo, la intervención militar a partir de 1976 son ejemplos sin duda relevantes. También la heterogeneidad de la cobertura de obras sociales se vincula -aunque seguramente no lo explica totalmente- con la heterogeneidad del aparato productivo y sus consecuencias sobre el mercado de trabajo. Del mismo modo, el «techo» puesto a los recursos de la seguridad social es consecuencia de los límites de la economía argentina para entrar en una dinámica de desarrollo sostenido.

A tales condicionantes de orden económico se añaden los resultantes de las transformaciones del sistema político: corporativismo estatalista construido bajo el primer peronismo, crisis de hegemonía recurrente o pluralismo corporativo en los años sesenta. La proscripción del peronismo y la inestable y conflictiva vinculación Estado-sindicatos que fue su consecuencia, tuvo también su cuota de incidencia sobre la política sectorial.

Sin negar el impacto sobre las relaciones intrasectoriales de este tipo de condicionantes que operan sobre la sociedad global, consideramos que el análisis del sector salud puede explicar la manera particular en que determinadas áreas procesan los límites y potencialidades derivados de ese impacto. Por tal motivo, su estudio otorga la posibilidad de observar el comportamiento de ciertas instituciones en períodos de crisis o cambio de



los modelos de organización social. En efecto, los procesos observados en el nivel sectorial permiten registrar la permanencia de ciertos rasgos y su incidencia en la asimilación por parte de las instituciones de las nuevas condiciones económicas, políticas y administrativas.

Un buen ejemplo de este tipo de procesos se manifiesta en la manera particular en que las instituciones del sector asimilan los cambios producidos entre 1943-1946. La fuerte politización de lo social que lleva adelante el peronismo produce el surgimiento de nuevas formas institucionales destinadas a satisfacer las necesidades de cobertura de atención médica de la población trabajadora. Sin embargo, esas formas se adecúan a las condiciones de fragmentación y particularismo que habían predominado en la etapa precedente. Las instituciones vehiculizan sus demandas al Estado -demandas de regulación, de canalización de recursos, de institucionalización de formas obligatorias de previsión y solidaridad- pero la respuesta estatal, aun bajo la forma de fuerte intervencionismo social, es procesada de acuerdo con identidades y referentes previamente constituidos. Las formas solidarias de previsión se tornan obligatorias, pero los mecanismos aglutinantes siguen otorgando preminencia al grupo de pertenencia frente a otras posibles interpelaciones -de mayor alcance globalizador- vinculadas con circunstancias de clase o nación.

Esa presencia de mecanismos identificatorios «fuertes», que también podrían asimilarse a rasgos culturales propios de los grupos sociales nucleados en determinadas instituciones, es lo que nos estimula a no centrar nuestra atención en la problemática institucional y preferir la identificación de actores.

¿Cuándo una institución o conjunto de instituciones puede ser considerada como un actor social relevante? Según nuestro criterio, cuando se identifica con una proyecto político de reformulación de las relaciones sociales en las que se inserta o, por el contrario, defiende su reproducción cuanto se encuentran amenazadas por el cambio. Las instituciones son reconocidas como actores cuando sus miembros comparten una identidad, se reconocen como parcialidad en un campo de negociación política, manifiestan una particular percepción de lo bueno, lo justo, lo adecuado, lo conveniente, en relación con el conjunto de relaciones sociales por las que se sienten afectados.

Segunda hipótesis: El estudio de los actores con presencia en el sector puede enriquecer el análisis de los procesos sociales de conformación de relaciones de poder y, como consecuencia, brindar elementos para un mayor conocimiento de las condiciones de su transformación.

En relación con el abordaje basado en los actores, nuestra investigación proporcionar ejemplos de dos enfoques que nos parecen sumamente productivos. El primero se vincula con los procesos históricos que enmar-

can la constitución de un actor social relevante en un marco de relaciones sociales. El segundo con la confrontación entre diferentes actores en una coyuntura histórica específica.

Para el primer enfoque contamos con la historia de la Confederación Médica. La excepcional riqueza del material documental recogido ha brindado la posibilidad de una reconstrucción minuciosa de la constitución de esta corporación como actor social relevante. La crisis del modelo de atención médica que en los años veinte dio origen a los primeros nucleamientos, las diferentes lecturas que en ese momento se realizan sobre el nuevo rol al que la profesión se siente convocada, la pugna ideológica que aparece tempranamente parcializando sus filas, dan cuenta tanto de los estímulos como de los escollos que acompañaron la conformación de la entidad gremial médica.

A estos avatares del frente interno se suma rápidamente una vinculación conflictiva con el Estado, que también tiene repercusiones –de ninguna manera lineales– sobre la cohesión indispensable para plantear demandas dotadas de la fuerza que otorga la identidad de perspectiva.

En este sentido, un capítulo sugerente es el que trata la transformación de la ideología profesional. La corporación médica se constituye asumiendo una identidad fundada sobre algunos principios que supone impercederos. Múltiples referentes parecen avalar su vigencia: pautas éticas consagradas por una tradición académica de vigencia universal, una función social de excepcional relevancia que otorgaría a la profesión un lugar natural entre los círculos dirigentes, normas reguladoras de su vinculación con el paciente que se constituyen como garantía de la eficacia terapéutica de su práctica. La legitimación del nucleamiento gremial se basa precisamente en el reconocimiento unánime de tales valores, en cuya defensa se comprometen tanto los nostálgicos del pasado como quienes se manifiestan decididamente en favor de los cambios.

Tal identidad, ese núcleo fuerte de principios identificatorios, sigue siendo defendida como intangible al mismo tiempo que va siendo paulatinamente penetrada por circunstancias que parecen escapar irremediablemente al control de la profesión. Aun aquel sector -hegemónico al comienzo del proceso, francamente minoritario en sus últimos avatares- que parece abroquelarse tras un conjunto de principios que en ocasiones utiliza como arma, en otras como escudo, va paulatinamente cediendo posiciones, construyendo sin reconocerlo una nueva imagen, difícilmente identificable con la originaria.

La cuestión de la ideología, así como las transformaciones sufridas por la identidad profesional, son inseparables del problema relacionado con la cohesión interna que la corporación necesita para ubicarse frente a sus antagonistas. La heterogeneidad de los mercados de trabajo regionales

tiene sin duda peso en las diferentes cosmovisiones proyectadas dentro del gremio, pero no constituye su único referente. No puede desdeñarse el papel de los dirigentes en la adscripción de las diferentes federaciones a determinados modelos organizativos. Ni tampoco la influencia que una gestión eficaz en el manejo del mercado o las relaciones políticas tiene sobre las expectativas y adhesiones del conjunto profesional.

La cuestión de la dirigencia y de su capacidad de aglutinar voluntades en favor de un proyecto es un tema que valdría la pena profundizar. La información que manejamos no nos brinda en este caso terreno suficiente para asentar alguna especulación, de modo que solo intentaremos precisar los rasgos que merecerían mayor atención.

Este es uno de los espacios en que el campo sectorial se vincula con la sociedad global. Es evidente que los modelos organizativos propuestos para el sistema de servicios, que pueden pensarse como ideologías sectoriales, no se agotan en los referentes ideológicos construidos en el sector, sino que forman parte de modelos societales elaborados fuera de sus límites. Esto resulta evidente, aunque en el debate interno del gremio no sea fácil discriminar adhesiones de tipo estrictamente partidario. En efecto, a partir de la crisis interna que produjo el acercamiento de los directivos de la Confederación Médica a la Secretaría de Trabajo y Previsión liderada por el coronel Perón a comienzos de los años cuarenta, los gremialistas vetaron la inclusión de cuestiones político-partidarias en su agenda de trabajo. Ya sea por imperio de ese veto o por otros motivos imposibles de verificar, resultaría muy difícil intentar vincular las posiciones defendidas por el gremio con la adscripción a algún partido político. Siempre, por supuesto, que se compute solo el período posperonista, ya que la presunta «independencia» alegada por la Confederación en ese momento estaba fuertemente connotada por una actitud decididamente opositora.

Más allá del referente partidario, sin embargo, sería difícil intentar definir qué entendían los gremialistas por «abstención política», y más aún precisar su caracterización de «lo político». Aunque pretenden definirse a sí mismos como técnicos, prescindentes siempre, y en ocasiones desdeñosos de la pugna política, los modelos organizativos que debaten se definen fundamentalmente en referencia al Estado. En un continuo donde las posiciones de izquierda/derecha se diferencian en función de la mayor o menor confianza depositada en la actividad estatal como garantía de justicia y bienestar para todos, independientemente de que el Estado al que se apela sea el «realmente «realmente existente» u otro a constituir en el futuro, las ideologías sectoriales resultan de ese modo fuertemente politizadas. Y es en ese terreno donde se vinculan con cosmovisiones más amplias, que algunos dirigentes logran proyectar sobre las cuestiones de organización del sector.

Las formas organizativas propuestas y efectivizadas para el sistema de servicios constituyen los espacios donde se manifiestan con mayor claridad las acumulaciones de poder, tanto dentro del gremio como en su relación con los otros actores presentes en el sector. En este sentido no solo suma puntos la capacidad de aglutinar adherentes en torno de una propuesta, sino también, y posiblemente en mayor medida, la capacidad de diseñar y poner a prueba los instrumentos adecuados para llevarla adelante.

La experiencia de la provincia de Buenos Aires es muy reveladora. La organización del IOMA señala a nuestro criterio un punto clave en el debate organizativo. La desconfianza hacia las grandes organizaciones burocráticas, el rechazo al trabajo remunerado por salario, el apego a una forma de práctica que permite la supervivencia del consultorio individual y un vínculo relativamente personalizado con la clientela, encuentran en la organización imaginada por Provenzano un seguro contra las incertidumbres provocadas por los procesos de cambio. FEMEBA se revela como pionera también en otros campos: la organización de la contratación con obras sociales, la implementación de contratos tipo, la elaboración del nomenclador de prestaciones, la administración de su cobro. La entidad bonaerense asume un claro liderazgo cuando se tocan los aspectos técnico-administrativos de la organización gremial. No solo aporta los instrumentos que sus colegas utilizarán para poner en marcha sus propios contratos y organismos de administración de prestaciones, también logra imponer su aceptación por parte del INOS cuando el sistema se generaliza y se decide la aplicación de normas administrativas uniformes para la totalidad de las obras sociales.

Otros factores inciden sin duda en el liderazgo que asume claramente FEMEBA a fines de los años sesenta: la importancia económica y política de la provincia de Buenos Aires, el número de médicos radicado en su territorio, la proximidad con la Capital Federal, sede de una Confederación en la que el gremio capitalino tiene una presencia errática y generalmente conflictiva, la habilidad demostrada de los dirigentes de la provincia para vincularse con las autoridades del área y convertirse en interlocutores reconocidos en el más alto nivel político.

No se trata de un liderazgo sin oponentes. Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, San Juan, constituyen también voces reconocidas, que logran un predominio relativo en coyunturas tan significativas como, por ejemplo, la que se abre en 1973. En ese momento, la derrota parcial sufrida por la posición pragmática y acuerdista de FEMEBA frente a la ofensiva del «manriquismo sanitario», y el particular clima de ideas que acompaña el retorno al poder del peronismo, confluyeron en el efímero renacimiento de las posiciones más afines a la conformación de un sistema integrado.

El análisis histórico de la organización gremial médica brinda, por consiguiente, conforme con este enfoque, elementos para recuperar la dinámica entre la estructura del sistema de servicios y las propuestas organizativas, entre estas mismas propuestas como conjunto de principios doctrinarios y referentes ideológicos y las respectivas instancias de organización, entre las pautas organizativas capaces de demostrar su eficacia en la reformulación del sistema de servicios y la capacidad de aglutinar seguidores en apoyo de una propuesta organizativa. Todo ello se vincula con la relación entre los dirigentes y el gremio.

Este enfoque histórico de la conformación del gremio médico como actor relevante dentro del sector recoge, en múltiples instancias, el impacto de su vinculación con los otros actores, portadores también de intereses y propuestas organizativas específicas. La relación COMRA/CONFELISA no solo brinda posibilidades de analizar el dispar desarrollo del mercado de servicios de atención médica en las diferentes regiones, y su efecto sobre la diferenciación interna del sector profesional, con consecuencias sobre la reformulación del referente identificatorio propio de la medicina y la articulación de los intereses de la práctica médica con los específicos de la empresa médica. También pueden entenderse como indicador de uno de los primeros fracasos de la profesión en sus intentos de control del mercado, derivado en parte de la incapacidad mostrada por el gremio para mantener la unidad y cohesión interna en coyunturas particularmente críticas.

La identificación de la práctica médica con la actividad desempeñada por el profesional en su consultorio en relación directa con el paciente, entra en confrontación con los desarrollos técnico-organizativos que en parte estimulan, y en parte exigen una organización empresarial. Mientras la complejidad se inserta en las instituciones estatales, esa confrontación no se torna conflictiva y puede ser procesada con relativa facilidad. Cuando la crisis financiera del subsector público y el estímulo proveniente del beneficio estimula las inversiones en la esfera privada, la escisión entre intereses profesionales nucleados en el gremio e intereses médico-empresariales agrupados en la organización sanatorial se ha vuelto irreversible.

Más revelador aún del papel jugado por los actores y los modelos organizativos que defienden la reformulación del sistema de servicios, es el conflicto que se desencadena en la segunda mitad de los años sesenta. Aunque hemos dedicado una buena parte de nuestro texto a la explicitación de sus alternativas tal vez sea oportuno retomar aquí algunas reflexiones. El disparador del conflicto se ubica en una instancia estatal, hasta ese momento sin atribuciones en la regulación de la contratación entre el gremio médico y las obras sociales, que se propone regular un

mercado que ha comenzado a emitir señales de crisis financiera. Esa intervención se plantea de acuerdo con los parámetros técnicos y organizativos dominantes en el pensamiento sanitarista: unificación de las instituciones, racionalización del gasto, universalidad de la cobertura, control del costo de las prestaciones.

El mercado que se pretendía regular se había conformado sobre otros parámetros, continuando la línea de fragmentación y heterogeneidad propia de una tradición muy arraigada en el sector, fortalecida además por las alternativas de la vinculación entre sus instituciones y el Estado. Esa lógica conducente a la fragmentación y la heterogeneidad no era, sin embargo, carente de racionalidad, como se la presentaba desde los parámetros de la planificación normativa. Estaba dotada de una racionalidad histórica, de raíces culturales y políticas, difícil de quebrar a partir de la intervención de un organismo estatal que solo estaba dispuesto a ofrecer su autoridad y pautas organizativas relacionadas con la más eficiente utilización de los recursos disponibles.

Tres fuerzas de diferente peso y orientación se enfrentan al intento modernizante de Salud Pública; una de ellas actúa dentro del mismo aparato estatal, y las tres son portadoras de modelos organizativos relativamente afines, en una pugna desigual por imponer su control sobre el sistema de servicios. Dicho control, resultaba claro para los contendientes, no surgiría de una decisión o un acuerdo, sino de la formulación de normas y distribución de recursos que resultara de la organización finalmente implementada.

El impacto del conflicto en el gremio es muy significativo. En primer lugar, destruye la supuesta homogeneidad de pensamiento relativa a la inserción del profesional y su práctica en el sistema de servicios. La pretensión del goce de una autonomía casi absoluta por parte de la profesión en la definición de las condiciones de su práctica, se ve abruptamente cuestionada por la intervención reguladora de la Secretaría de Salud Pública. Este cuestionamiento se proyecta, por un lado, sobre la libertad de prescripción y de fijación de honorarios atribuida al profesional individual y por la delegación consentida a alguna de las instancias organizativas, colegio o gremio. Por el otro, se proyecta sobre la reserva en favor de estas mismas instancias -supuestamente representativas del conjunto de la profesión- del derecho a control del cumplimiento de las pautas técnicas, administrativas y éticas establecidas para el ejercicio profesional.

En ese sentido, es particularmente esclarecedor el proceso que se desarrolla en la COMRA entre 1968 y 1973. La cerrada defensa de las prerrogativas profesionales que realiza el Consejo Federal reunido en Catamarca al conocerse los primeros intentos regulatorios puestos en marcha por el secretario Mondet poco tiene que ver con los reclamos formu-

lados en 1973, orientados a lograr lo que el gremio define como una «auténtica cogestión» del sistema de servicios. El camino que lleva desde la altiva definición principista de Catamarca hasta la posición favorable al diálogo que comienza a imponerse poco más tarde, tiene en parte que ver con los sucesivos fracasos en la defensa de las prerrogativas profesionales ante la Secretaría de Salud Pública, pero también debe vincularse con procesos internos de la misma corporación. La necesidad de ofrecer respuestas ante el conflicto, la posibilidad de que tales respuestas se encaminaran a través de la conformación de comisiones dentro de la secretaría estatal, la debilidad relativa en que se encuentran Holmberg primero y más tarde Rodríguez Castells ante la ofensiva organizada en la esfera de Seguridad Social, facilitó sin duda la toma de posición de los sectores gremiales que no habían logrado imponer sus ideas en Catamarca ante la enorme presión de la alternativa principista.

Tercera hipótesis: Es posible caracterizar el proceso histórico de conformación y crisis de una determinada modalidad de articulación de las relaciones intrasectoriales en función de lo que denominamos pacto corporativo, con vigencia en el ordenamiento de la distribución del poder sectorial desde fines de los años sesenta hasta la crisis contemporánea.

A partir de las transformaciones producidas en el sector desde los años cincuenta es posible identificar el proceso de formulación y crisis de la modalidad de organización de base corporativa, hegemónica en el sistema de servicios hasta hace muy poco tiempo. La crisis de los años ochenta produjo el debilitamiento de esa hegemonía y su progresivo reemplazo por un nuevo modelo organizativo, actualmente en gestación, que supone nuevos fundamentos económicos, políticos e ideológicos, otras relaciones de poder, la configuración de un nuevo pacto.

En este contexto, la idea relacionada con la realización de un pacto, aunque parte de las teorías contractualistas utilizadas para explicar el origen del Estado moderno, se asienta en mayor medida en las propuestas contemporáneas vinculadas con la puesta en marcha de mecanismos de concertación, orientados a la compatibilización de intereses sectoriales a través de acuerdos globales realizados entre los actores sociales relevantes. Por ese medio, sociedades convulsionadas por crisis que ponen en peligro la continuidad de sus instituciones fundamentales, consiguen una estabilidad que les permite comenzar a reconstruirlas. El pacto supone un compromiso, en el que cada uno de los actores comprometidos hace algún tipo de concesión a lo que considera sus intereses legítimos, como prenda para la perduración de relaciones sociales fundamentales, que son precisamente las que le permiten efectivizar tales intereses. El pacto es siempre una transacción y la estabilidad obtenida dependerá de la voluntad de cada uno de los actores comprometidos a mantener el compromiso ad-

quirido. Por último, el pacto, cuando logra estabilizarse, constituye siempre un nuevo punto de partida en el tramado de las relaciones sociales fundamentales, que permitirá construir sobre sus bases un nuevo modelo societal. Es en ese sentido que se habla de pactos constitutivos.

Como ya señalamos, nuestro objetivo se orienta a recuperar la lógica de deconstrucción/reconstrucción de determinadas relaciones de poder dentro del sector salud. Más precisamente, a analizar la capacidad de determinados actores para optimizar sus condiciones de inserción en el curso de procesos de cambio institucional que amenazan su posición relativa en un campo determinado, o en otros términos, las condiciones que potencian o inhiben su posibilidad de recurrir a un capital previamente acumulado, de poner en movimiento recursos técnicos, organizativos, políticos, ideológicos, en procura de volver a equilibrar un balance de poder que se torna desfavorable por la intervención de una fuerza capaz de cambiar radicalmente las reglas de juego preexistentes.

Una «fuerza» de tales características puede asumir diferentes configuraciones en distintas coyunturas: transformaciones técnicas que obligan a una nueva organización de los recursos sectoriales, crisis financiera, pugna distributiva por el control de recursos escasos, pretensión reguladora de un organismo del Estado. Su impacto, sin embargo, se verifica dentro de un sistema de servicios que es portador de una historia, de actores constituidos en el curso de esa historia, de relaciones de poder que los vinculan entre sí y con la aparente o real función de intermediación cumplida por el aparato estatal.

Tales actores, y las relaciones más o menos pacíficas o conflictivas que los vinculan, operan sobre un conjunto de reglas y recursos organizados institucionalmente, y por lo tanto también relativamente poco permeables a cambios de magnitud.

La pretensión reguladora del Estado puesta de manifiesto a partir de 1967 se enfrenta en un primer momento con la oposición de las confederaciones de prestadores, en particular la COMRA, que niegan toda legitimidad a la política de la Secretaría de Salud Pública orientada a regular honorarios y normatizar las condiciones de los contratos con obras sociales, producto de relaciones que los profesionales consideran de carácter «estrictamente privado».

Por su parte, las obras sociales, poco entusiastas ante la idea de poner su futuro en manos de un aparato estatal, potencian su capacidad negociadora cuando unifican su representación en la Confederación General del Trabajo. La central obrera se postula como legítima representante del interés de los trabajadores en el sistema, y consigue establecer una alianza con los ministros de Bienestar Social y Trabajo, especialmente interesados en otorgar al régimen alguna apariencia de preocupación por



cuestiones de índole social, y allanar el camino hacia la salida electoral que ya se vislumbra como inevitable.

El resultado de la suma de presiones y negociaciones entre las corporaciones médicas, la corporación sindical y el Estado da nacimiento a una modalidad organizativa cuyos fundamentos políticos se asientan sobre una trama de relaciones que intentamos caracterizar como pacto corporativo. El trípode constituido por las grandes corporaciones que hegemonizan el sector y el aparato estatal, que pretende convertirse en su ordenador y solo logra constituirse en árbitro, tiene una estabilidad precaria en función de la labilidad de las alianzas que conforman sus protagonistas.

La vinculación CGT/Ministerio de Bienestar Social se fortalece en la medida en que la intervención estatal se limite a la regulación de aranceles, los intentos de buscar prestadores de alternativa a las corporaciones profesionales, la concesión de créditos y subsidios para desarrollar la capacidad instalada propia de las obras sociales en el interior del país. Pero los beneficios obtenidos no generan aquiescencia a aceptar la intervención del organismo de control en la esfera de autonomía que cada obra social sigue reservándose en el manejo de sus recursos y la administración de su política de beneficios.

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data, relacionada con el control de un sistema de financiación de la atención médica sobre el que ambas reivindican derechos irrenunciables, en última instancia coincidirán en el interés por su perduración. La pugna, que en ocasiones anteriores comprometía principios e identidades, en esta coyuntura se restringe a las condiciones de mercado y, por consiguiente, a la distribución de los recursos que el sistema controla. Cuando ambas partes reconozcan que lo verdaderamente importante es la afirmación del sistema, y que la distribución de los recursos puede negociarse una y otra vez, el conflicto se atenuará y comenzará la etapa de los acuerdos basados en la primacía de intereses comunes.

La apelación al Estado/árbitro se actualizará cada vez que sea necesario volver a acordar en torno de los honorarios y las condiciones de pago de los servicios, mientras se seguirá rechazando como «estatizante» toda pretensión dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario.

La intervención del Estado, originada en la necesidad de ordenar y homogeneizar un sistema caracterizado por la fragmentación y la heterogeneidad y, por tales características, portador de ineficiencia y desigualdad en las prestaciones sociales colocadas bajo su cobertura, fracasa en la mayor parte de los objetivos que se propone. Si bien logra apuntalar la

potencialidad negociadora de las obras sociales, reforzada por la representación del sistema otorgada a la central obrera, no consigue impedir la concreción del oligopolio en la oferta de servicios en manos de las corporaciones profesionales.

Tanto el organismo que nuclea a los profesionales como el que agrupa a las instituciones con internación se ven obligados a aceptar un sistema de concertación de honorarios entre las partes interesadas, con el arbitraje del Estado para los casos en que no fuera posible su resolución consensuada, situación excepcional que con el gobierno militar surgido del golpe de 1976 se transformará en regla. Pero consiguen, al mismo tiempo, limitar sus concesiones a esa esfera. El sistema de contratos se generaliza, pautado sobre la libre elección y el pago por acto médico, y apoyado sobre los recursos técnico-organizativos que la profesión había desarrollado en la década precedente: nomencladores, contratos tipo, normas de acreditación y sistemas administrativos.

De los dos imperativos que hemos identificado como fundamento de la intervención estatal, el técnico-organizativo y el político, termina primando el segundo y el sistema de servicios se convierte en prenda de negociación con el sindicalismo. El decidido apoyo estatal, que abre un espacio para la presencia de la CGT en la negociación relativa al sector, debilita la anterior hegemonía de las corporaciones profesionales, pero no la reemplaza por la intervención ordenadora de la instancia técnico-política. Pasadas las convulsiones derivadas del enfrentamiento por definir la posición relativa de cada uno de los protagonistas en la distribución de poder interna al sector, la prosperidad que facilita la afirmación de este esquema de acuerdos en la década subsiguiente apoya la consolidación del modelo de organización del sistema basado en lo que hemos caracterizado como pacto corporativo.

En la década siguiente estos pactos constitutivos, que proporcionan base de sustentación a las relaciones gestadas dentro del sector, se verán fuertemente cuestionados por dos nuevos intentos reguladores por parte del Estado, de signo radicalmente diferente. En primer lugar, el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud, discutido bajo el gobierno peronista de 1973-1976, que postulaba un sistema único, con conducción estatal fuertemente centralizada. En segundo término, la propuesta de legislación proyectada por la dictadura militar que tenía como objetivo prioritario retirar a los sindicatos el control de las obras sociales, a la vez que incorporaba algunos mecanismos de mercado orientados a reemplazar las bases solidarias de organización de la cobertura de atención médica de la población trabajadora. En los años ochenta, ya bajo el impacto disolvente de la crisis financiera del sector, el proyecto del Seguro Nacional de Salud constituirá un intento frustrado de imponer la disciplina y el control de las instituciones democráticas sobre las relaciones pactadas.

Tales experiencias producen enfrentamientos que amenazan destruir la alianza corporativa, pero sus protagonistas terminan volviendo a articular un vínculo que produce beneficios sustantivos para todos los sectores comprometidos, y que se basa en principios doctrinarios que todavía parecen gozar de consenso generalizado. Solo la crisis financiera que sacude al sistema a lo largo de casi diez años y una nueva manera de pensar las relaciones fundamentales de la organización social, conseguirán destruir las bases económicas, políticas e ideológicas que dieran sustento al pacto.

<sup>1</sup> Nun, José; "La teoría política y la transición democrática". En: Nun, J. y Portantiero, J. C. (comps.). *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur, 1987.

Este libro se terminó de imprimir en *Sud América Impresiones*, Andrés Ferreira 3767, Capital Federal, en el mes de diciembre de 1994.