

Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960

Susana Belmartino *
Carlos Bloch **
María Isabel Carnino ***
Ana Virginia Persello ****



Publicación Nº 27

* Licenciada en Historia, investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario, profesora titular de Historia Argentina Siglo XX en la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario. Dirigió el proyecto y tuvo a su cargo la organización de los resultados.

** Médico. Director del CESS.

*** Licenciada en Historia, becaria de Iniciación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

**** Licenciada en Historia, investigadora del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Rosario, profesora adjunta de Historia Argentina Siglo XX en la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Representación de Argentina, 1991

© Organización Panamericana de la Salud, 1991

© Organización Mundial de la Salud, 1991

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

ISBN: 950-710-018-0

Indice

Introducción	7
1. Régimen social de acumulación y organización del sector salud	11
2. Las bases doctrinarias de la organización sectorial	25
3. Las instituciones de salud bajo el gobierno peronista. Expansión del subsector público	57
4. Los orígenes del subsector "obras sociales"	99
5. La conflictiva delimitación de un nuevo perfil profesional. I. Inserción política y social. Definición de las condiciones del mercado	141
6. La conflictiva delimitación de un nuevo perfil profesional. II. Las instituciones de autogobierno	183
7. La discusión en torno al seguro	207
8. La política como arte de lo posible: expansión de las obras sociales	235
9. Crisis y recuperación del "gremialismo independiente"	255
10. La declinación del subsector público	287
11. Las representaciones sociales vinculadas a la salud-enfermedad	331
Capítulo final. Historia y método	363
Abreviaturas utilizadas	373

Introducción

Este libro cuenta una historia, la que recupera los procesos que conducen a la construcción del sistema de servicios de salud en la Argentina, y describe el papel que asumió la corporación médica en su desarrollo. Sin embargo, más allá de los recortes que el historiador hace en la materia que constituye su objeto de trabajo, seleccionando hechos, profundizando coyunturas, privilegiando actores para reconstruir su particular campo de interés, esta es una historia incompleta. Ese carácter deviene no solo de que es verosímil presumir la existencia de una trama de acontecimientos y significaciones mucho más amplia y compleja que la que aquí conseguimos recuperar, sino también porque su génesis se ha trabajado en otro lugar, y su epílogo, aunque ya conocido, constituye todavía materia que debe ser elaborada.

Los límites cronológicos de esta historia pueden justificar su carácter fragmentario. Este será evidente para cualquier lector —ocasional o sistemático— de textos de historia argentina. El año 1940, en verdad, puede ser un hito. Muchas historias comienzan en los años cuarenta —1943 o 1945 pueden ser hitos más precisos todavía, pero dotados del mismo sentido—; sin embargo, la reflexión contemporánea sobre los procesos sociales de larga duración está demostrando, cada vez con mayor énfasis, que es necesario extremar los recaudos para no hacer una lectura excesivamente simple de ese recorte de fácil reconocimiento. Los procesos económicos, sociales y políticos que otorgan un perfil característico —casi fundacional— a los años cuarenta solo pueden ser explicados cabalmente a partir de la consideración de la convulsionada década que los precede, aunque ello no signifique considerarlos como su consecuencia inevitable. El año 1960, en cambio, no introduce ninguna imagen de cierre. No remite al fin de un período de gobierno, no registra un golpe militar, no marca el agotamiento de un modelo de acumulación, ni denota significación para los estudiosos del ciclo económico o de los programas de ajuste pactados con el Fondo Monetario Internacional. La relativa arbitrariedad de los límites cronológicos seleccionados para esta publicación obliga a alguna reflexión que los justifique.

En relación con nuestro trabajo y con la temática específica que procuramos sintetizar en la expresión "poder en salud", la decisión de comenzar en los años cuarenta está precedida por varios años de investigación y dos publicaciones que pretenden difundir sus hallazgos (*1*). Puede, por consiguiente, resultar relativamente sencillo —dentro de los límites de la capacidad explicativa de nuestro tra-

bajo— sintetizar líneas significativas de desarrollo que marcan fuertes continuidades entre esas décadas de supuesta ruptura. El modelo de organización del sector salud que se impone en los años cuarenta tiene sin duda su génesis y alcanza hegemonía en el pensamiento sanitario en función de las limitaciones del modelo previo, que parecen estallar acompañando la crisis de los años treinta. En el transcurso de estos "años de transición", que pueden ordenarse de manera flexible entre 1930 y 1945, se sientan las bases doctrinarias del modelo que se afirmará en los cuarenta. Si puede delimitarse una ruptura en lo que provisionalmente podríamos denominar "pensamiento médico hegemónico", ella se ubica sin duda en la segunda mitad de los años cincuenta. En la propuesta de organización de los servicios de salud, en las demandas canalizadas hacia el Estado, ya se lo piense como gestor, regulador o financiador de la atención médica, puede verificarse una continuidad —que muestra al mismo tiempo la progresiva construcción de una hegemonía— originada en las dificultades económicas del período de entreguerras y que llega a un nítido clímax en la efímera pero significativa prosperidad que caracteriza a los años cuarenta. Ese Estado al que se le encomienda modelar una sociedad nueva a través de la preservación del capital humano, considerado como ingrediente fundamental en la construcción de un bienestar basado en la conjunción de crecimiento económico y justicia social, comienza a ser severamente cuestionado diez años más tarde, no solo en defensa de prerrogativas individuales supuestamente conculcadas, sino también a partir de una mayor demanda de eficacia social, promesa explicitada en sus bases fundacionales y solo cumplida de manera fragmentaria e insuficiente.

Ese proceso es el que intenta clausurar el cierre de nuestra historia hacia 1960: el desarrollo y crisis de la propuesta estatista de construcción del sector salud, los procesos económicos, políticos, ideológicos que acompañan ese movimiento, la explosión de nuevas demandas, la construcción de nuevas expectativas, la articulación de viejos y nuevos modelos organizativos. Los años sesenta no aportarán una ruptura sino el reordenamiento de las bases de crecimiento planteadas en la década anterior: la emergencia de un nuevo papel asignado a la regulación estatal, la consolidación de actores constituidos en los momentos de crisis del modelo precedente, la búsqueda de una hegemonía que tendrá, nuevamente, afirmación conflictiva y efímera.

Para contar esa historia seguiremos usando preferentemente la voz de los médicos. Nuestra búsqueda de fuentes nos ha convencido de que son casi exclusivamente ellos quienes hablan de salud en esos años. Cada vez que se encuentra una referencia al tema puede adivinarse una presencia médica, más o menos intermedia, que otorga legitimidad y prestigio científico al comentario, no importa la carga ideológica que el mismo suponga.

No obstante, nuestro trabajo también nos ha convencido de que los médicos no constituyen un actor unívoco, sino múltiple. Médicos sanitaristas, médicos políticos, médicos gremialistas, médicos prácticos, médicos periodistas, científicos médicos, médicos católicos, médicos agnósticos: darles la palabra no significa de ninguna manera recibir un discurso homogéneo, una orientación ideológica exclusiva, un único paradigma para referir a la salud y la sociedad.

La historia que cuentan los médicos no es una sola historia, no expresa un sentido único, ni mucho menos un solo proyecto. En un período conflictivo de la historia argentina la palabra de los médicos nos permite recuperar diferentes proyectos, reconstruir una hegemonía provisoria, observar cómo se cimentan las bases de consolidación de una alternativa.

Referencias bibliográficas

(1) Belmartino, Susana, *et al.* *Las instituciones de salud en la Argentina, desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987. Belmartini, Susana, *et al.* *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1988.

1. Régimen social de acumulación y organización del sector salud

Analistas de los procesos históricos de larga duración caracterizan el período que se inicia en los años treinta y culmina en la década del setenta refiriéndolo a la formación, consolidación y crisis de un *régimen social de acumulación* (1). Se habla también de la sucesión de períodos caracterizados por un determinado *modo de desarrollo* y su correlativo *modo de hegemonía* (2). Ambas formulaciones comparten la intención de superar la ya clásica periodización basada en *estilos de desarrollo*, que suponía un excesivo énfasis en los componentes económicos, "estructurales", del proceso histórico, relegando a segundo plano los factores políticos e ideológicos.

Esa lectura supone considerar la crisis de los años treinta como expresión de un proceso de disolución de un régimen social de acumulación —el correspondiente a la Argentina agroexportadora con sistema pluralista de democracia restringida— y otorgar a su superación el carácter de proceso histórico de construcción de un nuevo modelo de articulación entre Estado y sociedad.

Buena parte de la preocupación historiográfica más reciente se ha orientado a desbrozar ese período particular de nuestra historia cuya problemática parecía definitivamente cerrada bajo la apelación de "década infame". Los intentos de ver más allá de una sencilla calificación denigratoria han sacado a luz conflictos y contradicciones, manifestaciones de un proceso histórico que se resiste a ser leído como mera restauración del predominio conservador.

La crisis económica asociada con la quiebra de Wall Street en 1929 y sus repercusiones en el mercado mundial, y, en mayor medida todavía, la crisis política e ideológica que se prolonga a lo largo de la década, aun después de superadas las dificultades más agudas a nivel del aparato productivo, son leídas en definitiva como indicadores de la imposibilidad de recuperación de un orden basado en el modelo de dominación afirmado en los años ochenta.

La sociedad argentina discute modelos alternativos a todo lo largo de la década, y los grupos dominantes intentan consolidar hegemonías que resultarán efímeras. Justo y Ortiz se afirman en su momento como portadores de proyectos potencialmente viables. Su fracaso se inscribe en una crisis política de representaciones

e identidades partidarias, difícil de diferenciar de la crisis ideológica que cuestiona otro tipo de identidades: modalidades de la propiedad y la producción agropecuarias, prioridades de industrialización, formas preferentes de inserción en el mercado internacional, adhesión o rechazo a los grandes bloques ideológicos que conmueven al mundo.

La primera opción, que algunos presentan como excluyente, entre comunismo y fascismo, será matizada en los prolegómenos de la Segunda Guerra Mundial con la alternativa de posible incorporación al bloque aliado, el mantenimiento de la neutralidad o, incluso, para algún sector decididamente minoritario pero no carente de poder, la adaptación a las condiciones locales del modelo autoritario que possibilitó el despegue de Alemania e Italia como potencias con pretensión imperial.

La crisis agrícola, la industrialización, el peso creciente de los militares en el sistema político, la Segunda Guerra Mundial, son referentes fuertes en la construcción del imaginario social en estos años. Otros elementos, tal vez de menor impacto en la opinión pública pero igualmente significativos, incidirán también en el proceso de crisis ideológica y formulación de nuevas alternativas: las migraciones internas, las nuevas modalidades de vinculación Estado-sindicatos, un cierto replanteo de la "cuestión social" explicitado en las demandas de implementación de políticas sociales, se conformarán sin duda como componentes en la construcción de una nueva hegemonía.

Alentada por la conjunción de elementos ideológicos de diferente origen pero capaces de integrarse en una articulación que potencie su poder de convocatoria, esa nueva hegemonía se construirá en una coyuntura particularmente crítica en los años que van de 1943 a 1946 (3). Nacionalismo, industrialización, mercado interno, militarismo, antiimperialismo, justicia social, modernización de las relaciones laborales, intervencionismo estatal en la regulación de la actividad productiva, se desprenden de las connotaciones derivadas de su integración en diferentes conjuntos ideológicos y forman la base de una nueva alianza que convocará, junto a sectores del aparato estatal, a militares, sindicalistas y fracciones de la burguesía media.

La alianza que se conforma, y los nuevos modos de desarrollo y hegemonía que vehiculiza, no son una consecuencia necesaria de las transformaciones de la década anterior, pero sin duda hunden en ellas sus raíces (4).

Un análisis reciente de la coyuntura 1943-1945 otorga peso preponderante a los acontecimientos de esos años en la articulación del nuevo proyecto, negando toda vinculación necesaria con los desarrollos de la década anterior, a la vez que alerta contra análisis excesivamente simplistas que consideren los resultados de un proceso político como producto de un proyecto, de una intención deliberada de ciertos actores, y no "como el producto de los efectos no queridos de sus acciones" (5).

La advertencia se basa en una hipótesis que retomaremos en nuestro análisis del impacto de esa coyuntura en el interior del sector salud: los objetivos de la convocatoria peronista eran más amplios que la alianza finalmente resultante. El planteo original, luego frustrado, se dirigía a "ampliar las fronteras del pacto estatal mediante la combinación de piezas dispersas y fragmentadas de la vieja y nueva sociedad" (6).

Pese a la relativa fragilidad de sus bases políticas, la alianza proporcionará sustento al nuevo régimen social de acumulación y se afirmará durante los años de expansión de su base económica y social.

Son los años del *crecimiento hacia adentro*: industrialización sustitutiva de importaciones orientada al mercado interno, producción de bienes de consumo inmediato que facilitan una relación favorable a condiciones cercanas al pleno empleo en el balance entre capital constante y capital variable, expansión del gasto fiscal basado en la expropiación de una parte considerable del beneficio agropecuario. La base social de sustentación se amplía notablemente en función de la inclusión en el sistema de los sectores hasta entonces excluidos. El acceso a la *ciudadanía social*, que también se discutía en tono menor en los años treinta, aunque constituye una conquista sustantiva que no puede dejar de ser valorada, se instituye en condiciones de fragmentación que en ese momento se piensan como provisorias y paulatinamente se transformarán en definitivas.

Las primeras dificultades alteran el equilibrio de la economía y provienen del sector externo: la crisis de la balanza de pagos de 1949 es el primer síntoma de los límites claros del modelo de acumulación. La industrialización sustitutiva de importaciones, lejos de aliviar las condiciones de la balanza comercial, la somete a tensiones difíciles de sobrellevar; la independencia económica obstaculiza el flujo de créditos e inversiones, y en lugar de conformar un estímulo al crecimiento se constituye en uno de sus obstáculos.

Las limitaciones económicas del modelo suponen limitaciones políticas para la propuesta redistributiva. Los cambios introducidos en el Segundo Plan Quinquenal reflejan una reorientación de los objetivos originales que no logra erigirse en factor convocante para el nuevo intento de ampliación de la alianza en el poder.

La caída del peronismo solo logra profundizar la crisis y tornarla aún más ingobernable. Una vez más, la discusión de alternativas y los intentos de reimplantar mecanismos de exclusión paralizarán la sociedad argentina, en condiciones que han sido gráficamente caracterizadas como de *empate* (7).

La adecuación del aparato productivo a la segunda etapa de industrialización sustitutiva —bienes de consumo duradero, bienes intermedios y bienes de capital— se realiza bajo modalidades que agudizan la heterogeneidad del mercado de trabajo y clausuran definitivamente la posibilidad de aproximarse a condiciones de pleno empleo, en función de la diferente penetración de capital y tecnología no solo entre sectores sino también en el interior de cada sector. En los años cincuenta se genera una coyuntura favorable a la inversión externa, cuando el reconocimiento de la imposibilidad de sostener con recursos propios la incorporación de tecnología indispensable para la profundización del proceso de industrialización coincide con el ciclo de expansión del capital internacional que da lugar a la difusión de las empresas multinacionales en la periferia. Sin embargo, ese proceso se revela incapaz de remover la heterogeneidad estructural y asegurar el crecimiento del empleo.

Las contradicciones emergentes del desigual crecimiento de la productividad y sus consecuencias sobre el empleo y el ingreso, pueden inducir a considerar que las dificultades registradas a nivel de lo político constituyen su consecuencia di-

recta. Sin embargo no es así, el sistema político aporta sus propias condiciones conflictivas, aptas para generar diagnósticos de ingobernabilidad.

La incorporación controlada del sindicalismo al esquema de poder, que había garantizado la estabilidad política y una canalización poco conflictiva de las demandas populares hacia un aparato estatal que progresivamente va reduciendo su capacidad de respuesta, se fractura de manera definitiva con el golpe aramburista de noviembre de 1955. Y el fracaso de todos los intentos de recuperar una mediación integradora entre Estado y sindicatos, unido a la mayoritaria identidad peronista conservada por el movimiento obrero, constituirán uno de los factores explicativos de la inestabilidad política en los años que siguen.

Cualquiera sea la capacidad negociadora del sindicalismo —que llega a ser muy fuerte en algunos momentos del gobierno de Frondizi— el éxito en la negociación no supone compromiso alguno con la gestión de gobierno. Cualquiera sea la dimensión del retroceso en las reivindicaciones específicamente laborales —en un momento de recuperación neta del poder de la burguesía en la estructuración de las relaciones de trabajo— cada una de las derrotas en el terreno económico parece reforzar la decisión de afirmar la organización corporativa y su presencia cuestionadora en el terreno político (8).

Para sacar el tema de la anécdota y de la coyuntura y pensarlo en perspectiva histórica, podría plantearse como hipótesis que en estos años el sistema político argentino transita por la disgregación del corporativismo estatista para entrar en la dinámica de equilibrio inestable que ha sido caracterizada como empate hegemónico. El trípode de negociación que se establece en esos años y que relaciona a las organizaciones empresarias y la Confederación General del Trabajo (CGT) a través de la actividad mediadora del Estado, no consigue establecer alianzas que garanticen la estabilidad de las variables macroeconómicas. Cabe señalar que las condiciones de empate no devienen exclusivamente del enfrentamiento entre sindicatos y empresas, sino también de la diversificación de intereses y demandas de las diferentes fracciones de la burguesía, cuya rentabilidad permanece en buena medida dependiente de las políticas puestas en marcha por el Estado.

La presencia cuestionadora del peronismo en la escena política —excluido del sistema electoral por el mecanismo de la proscripción, pero que alienta entre sus seguidores múltiples formas de resistencia a los poderes constituidos y la construcción de una utopía de bienestar a partir de la imagen idealizada de la prosperidad de los años cuarenta— se alía con la ceguera política de sus adversarios para socavar cualquier intento de afirmación democrática.

LA ORGANIZACION DE UN SISTEMA DE ATENCION MEDICA EN EL INTERIOR DEL REGIMEN DE ACUMULACION

La organización de sistemas de atención médica constituye sin duda uno de los elementos constitutivos de un régimen social de acumulación en las sociedades modernas, en particular en aquellas contemporáneas a la conformación de los "Estados de bienestar". El reconocimiento de los derechos sociales se erige como uno

de los principales mecanismos de inclusión, y la salud y la atención médica, con múltiples manifestaciones externas en el campo de lo político, lo económico, lo ideológico, se transforman en referentes efectivos de los alcances, modalidades y límites de esa inclusión.

La organización del sector salud, y la dinámica de fuerzas sociales que se instala en su interior, presentará sin duda cierto paralelismo con las relaciones de poder que dan nacimiento y continuidad a un determinado régimen social de acumulación. Los años de institucionalización del Estado de Compromiso en la Argentina constituyen también el período de emergencia de un nuevo ordenamiento sectorial.

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 sin ninguna duda resulten fuertemente 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.

Los grandes ritmos de la construcción política del proyecto afianzado entre 1943 y 1945 se reproducen en la dinámica del sector: predominio del Estado en la primera década, negación de su función de control y germen de acuerdos corporativos a partir de 1955.

Sin embargo, la presencia del gremialismo médico como actor significativo en la configuración del sector y su distante relación con el poder político peronista, imprimirán modalidades y tiempos particulares a la consolidación de los mecanismos de organización y financiación de los tres subsectores: público, privado, de la seguridad social.

Esto es evidente en la coyuntura 1943-1946. En estos años, lejos de consolidarse las bases del poder sectorial, se produce la fractura de una posible alianza entre aparato estatal y gremio médico, que podría haber afianzado el protagonismo del Estado en un sistema de servicios fuertemente centralizado, en el que el sector profesional constituyera uno de los polos de poder, conforme con la propuesta de "oficialización de la medicina", hegemónica en el interior del gremialismo médico hasta 1945. El distanciamiento entre las organizaciones gremiales y las autoridades de Trabajo y Previsión en la coyuntura crítica de junio-octubre de 1945 produce la autoexclusión de las primeras en el esquema de poder gestado por el entonces coronel Perón. El gremio médico es sin duda uno de los factores de poder a los que alude Juan Carlos Torre cuando afirma que la alianza propuesta era mucho más amplia que la finalmente alcanzada. La profesión médica es una de aquellas fuerzas sociales que fueron invitadas y no aceptaron el convite, aun cuando Torre probablemente no pensó en ella cuando formuló su análisis (9).

Entre 1946 y 1952 el sector público se expande, pero en una situación de poder compartido que terminará por debilitarlo y distorsionar su crecimiento. En forma paralela comienzan a organizarse las primeras instituciones de cobertura de atención médica para los grandes sindicatos vinculados al aparato estatal, mientras el poder médico, fragmentado entre peronistas y no peronistas, refuer-

za formas de identidad corporativas que terminarán por afirmarse en la coyuntura posperonista.

La compleja trama que tejen y destejen en estos años los actores con presencia en el sector constituye precisamente el contenido de la historia que pretendemos contar en este libro. Para terminar este capítulo introductorio faltaría pues reconstruir una síntesis de las condiciones de los servicios de atención médica al comienzo de los años cuarenta.

LAS FUERZAS CONSTITUTIVAS DEL SECTOR SALUD: INSTITUCIONES Y ACTORES

En una sociedad plural y abierta, marcada por la débil presencia del Estado en el ordenamiento de la vida cotidiana y por un complejo proceso de construcción de los referentes temáticos incluidos en el campo de "lo social" —enfermedades transmisibles, enfermedades "sociales", previsión, asistencia—, se reconocen múltiples instancias aglutinantes y modalidades organizativas para instituciones que tienen como finalidad exclusiva, prioritaria o accesoria, la gestión, la financiación de servicios de atención médica, o ambas.

Bajo la denominación de mutualidades se reúnen instituciones de muy diferente origen, capacidad de convocatoria, disponibilidad de recursos, objetivos, niveles de cobertura y referentes identificatorios. El principal eje convocante estaba sin duda originariamente vinculado al proceso migratorio. Paulatinamente, sin embargo, a medida que las identificaciones nacionales cierran su ciclo, comienzan a multiplicarse asociaciones en las que el nucleamiento se genera por vínculos asociados con lo gremial o laboral. Nuevas mutualidades se orientan a nuclear empleados de diferentes reparticiones estatales, ya sea por iniciativa de sus autoridades o por organización espontánea de los futuros beneficiarios. En otros casos, los grupos se definen por su pertenencia al mismo oficio o actividad laboral, se encuentran o no integrados a un sindicato. Por último, también se generan instituciones que reúnen al personal de grandes empresas industriales, comerciales o de servicios. Este tipo de asociaciones en las que el núcleo convocante es el vínculo laboral parecen multiplicarse a partir de los años treinta.

Un segundo gran conjunto de instituciones comprende a aquellas que toman a su cargo la satisfacción de las necesidades más perentorias de la población de escasos recursos, realizando actividades de atención médica y asistencia social. Las instituciones más representativas —tanto por su complejidad como por la masa de recursos que manejan— son los organismos dependientes de las diferentes jurisdicciones estatales —embrión de lo que más tarde constituiría el subsector público— y las "sociedades de beneficencia", en particular la poderosa y discutida Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. Estas pequeñas y grandes instituciones de beneficencia, sin embargo, que responden a diferentes denominaciones y se hacen cargo de una variada gama de problemas —patronatos, sociedades de protección, "gotas de leche", sociedades maternas, dispensarios, ligas— muestran la multiplicidad de instancias que la sociedad utiliza para resolver/controlar situaciones asociadas con la enfermedad, la carencia, la pobreza, la marginalidad.

Tales instituciones pueden ser una emanación directa del poder público, o bien actuar como dependencia o delegación del mismo, gozando de cierta autonomía derivada de particulares formas organizativas; en otros casos, constituyen una manifestación más de la persistencia de vínculos entre connacionales, o bien expresan la canalización a través de la actividad privada —laica o religiosa— de sentimientos de caridad o filantropía, aún muy arraigados y en muchos casos penetrados de una firme convicción referida a la necesidad de institucionalizar ciertos mecanismos de control social.

Las actividades de atención médica y asistencia social, funciones prioritarias de este tipo de instituciones, pueden aparecer en algún momento —o en algunas concepciones— claramente diferenciadas. Sin embargo, van paulatinamente aproximándose, en un movimiento que revela cambios en la percepción de las condiciones sociales de emergencia de los procesos de salud-enfermedad y, paralelamente, en la conformación de diferentes estrategias de intervención.

Algo más accidentado es el camino que procura vincular asistencia y previsión social. Los socialistas lo rechazan en la segunda década del siglo, cuando defienden su proyecto de seguro obligatorio para la protección de obreras parturientas. La idea de asistencia social remitiría al viejo concepto de filantropía y caridad, mientras que las estrategias de previsión, propias de la institución del seguro social, representan el esfuerzo realizado por cada individuo para asegurar su porvenir. Algo más tarde se comienza a vincular ambos conceptos, relacionándolos con nuevos papeles que se asignan al Estado. El otorgamiento de asistencia es obligación del poder público: bien organizada, completa, eficiente, preventiva al mismo tiempo que de socorro; no obstante, la única manera de asegurar los recursos indispensables reside en el establecimiento paralelo de la previsión obligatoria, impuesta a los trabajadores y a los patrones con la ayuda estatal.

A comienzos de los años cuarenta, momento muy productivo en materia de doctrina referente a política social, ambos términos se confunden en la fundamentación de proyectos de seguro, incorporando un matiz particular a la idea de solidaridad: el edificio social se levanta sobre tres columnas —el Estado, los trabajadores y los empleadores— tres conjuntos solidarios en función de los intereses recíprocos que los vinculan (10).

El Estado, aunque se lo invoca cada vez con mayor frecuencia, no parece tener una presencia que imponga su reconocimiento. La legislación social referida a salud tiene significativo desarrollo doctrinario en los proyectos presentados a las Cámaras, pero las sanciones son virtualmente inexistentes. El seguro de maternidad, la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia, las leyes de denuncia obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas y de profilaxis venérea, son los raros ejemplos de un cambio en la orientación reguladora que se esboza tímidamente a mediados de los años treinta. Otros proyectos, igualmente fundados, duermen en las comisiones del Congreso: el ambicioso Código de Asistencia Social elaborado por Saavedra Lamas, las leyes de reglamentación de la actividad mutualista, diferentes regulaciones orientadas a la implantación de seguros, de alcance parcial o generalizado, etcétera.

La presencia del Estado está mediatizada —u opacada— por ese conjunto de

organismos dispersos, escasamente reglamentados, cuya repercusión social depende en mayor grado de las características o motivaciones de sus cuerpos directivos que de su efectiva inserción en un esquema de poder más o menos estable. Hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades, comparten en diferente medida similares características de débil vinculación con el aparato estatal, predominio de una relación vertical y clientelística con diferentes esferas de poder, heterogeneidad en la asignación de prioridades y objetivos, escaso desarrollo de capacidades de gestión.

Las redes de clientela no se tejen exclusivamente con el poder político. También otra esfera de relaciones, más cercana a ámbitos sociales de poder o prestigio, puede servir de base de sustentación para adelantar o retroceder escalones en ese conjunto móvil de relaciones de poder.

¿Cuándo y por qué comienzan a efectivizarse los cambios? ¿Hacia dónde se canalizan, y en qué ámbitos empiezan a hacerse efectivos?

Una hipótesis posible es que los cambios en la organización del sector, que se traducirán en nuevas relaciones de poder inter o intrainstitucionales, se vinculan con los cambios en las necesidades de salud de la población —reales o percibidas— y con los cambios en la disponibilidad y organización de los recursos técnicos y financieros destinados a satisfacerlas.

La percepción de que los recursos financieros y organizativos son insuficientes para satisfacer las necesidades en aumento —o, tal vez, para un incremento sostenido de la traducción de necesidades en demanda—, unida a la comprobación de que los recursos técnicos se complejizan de manera tal que requieren un incremento adicional de los primeros, en última instancia llevan 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.

Esta nueva presencia del Estado en la esfera asistencial, complemento o consecuencia de su mayor intervención en la esfera económica, ya evidente en la década del treinta, se efectivizará plenamente con posterioridad a 1943, pero es debatida y preparada por la manifestación de una multiplicidad de demandas de diversa índole aun antes de la crisis de 1929.

La crisis que hace necesarios los cambios podría definirse entonces como una crisis de saturación de demandas en el interior de las instituciones que la sociedad ha creado para satisfacer necesidades de salud y bienestar. Cuando las demandas superan la capacidad de respuesta de dichas instituciones, no ya en situaciones que puedan definirse como coyunturales, sino a partir de la percepción de cambios cualitativos que exigen nuevas formas organizativas cuya resolución se ubica más allá de las decisiones que cada institución puede tomar por sí misma, se canalizan hacia el Estado (11).

La canalización de tales demandas en el plano político-institucional de la representación de intereses —ya sea eludiendo, ya reforzando el ámbito de relación personal relativo a la clientela— supone la conformación de *actores* lo suficientemente representativos para alentar la esperanza de ser escuchados.

Los actores tradicionales en el ámbito de la salud habían sido los grandes sani-

taristas: Malbrán, Pena, Coni, constituyen personalidades relevantes en el ámbito público, introductores de gérmenes de modernización en las instituciones del sector. En el mismo sentido puede considerarse la figura de Araoz Alfaro, cuya trayectoria se inscribe en las décadas de renovación conceptual del área. Verdaderos "notables" de la salud pública, pueden producir transformaciones en las instituciones que dirigen y alentar la modernización de los cuerpos normativos; asimismo, contribuyen a formar una cierta "conciencia crítica" en médicos y otros intelectuales, pero no realizan una actividad propiamente política, en el sentido de la transformación de las líneas fundamentales de organización del sector.

Las venerables damas de la Sociedad de Beneficencia constituyen también un actor social de indudable peso, utilizado en su caso para la preservación del *statu quo* y referido casi exclusivamente al ámbito de las instituciones bajo su gestión.

En los partidos políticos, la preocupación por la organización de la salud no parece haber cubierto un espacio significativo antes de 1940. Solo el Partido Socialista tiene una presencia relevante en los cuerpos deliberativos cuando se debaten proyectos de ley, pero, aun en este caso, los actores se conforman individualmente. Se trata de personalidades más que de movimientos de opinión. La obra de Angel Giménez en Diputados, de Enrique Dickman en el Concejo Deliberante, de Alfredo Palacios en ambas Cámaras, es ejemplo de este tipo de presencia y liderazgo de corte individual. Igual adscripción puede asignarse a determinados representantes del integrismo católico que se hacen cargo de los intentos renovadores en la legislación social en los años veinte: Leopoldo Bard y Carlos Rodríguez pueden ser los ejemplos más significativos.

Otro tipo de actores, más alejado de la esfera de los notables y más cercano a la práctica cotidiana de las instituciones, tiene solo presencia embrionaria en estos años. Los vínculos establecidos entre asociaciones mutuales en las primeras décadas del siglo, que dieron lugar a la formación de Ligas y Federaciones, parecen dirigirse en mayor medida hacia un mejor cumplimiento de sus fines específicos que a la canalización de demandas ante los organismos representativos del poder político. La implementación de programas comunes de estadísticas, la organización de la propaganda mutualista, la firma de convenios de reciprocidad, la organización de servicios compartidos de atención médica y farmacias, suelen constituir materias preferenciales en la efectivización de estos núcleos.

En los años treinta se establecen ciertos canales de comunicación entre las asociaciones más representativas y los poderes públicos, en general dirigidos a obtener beneficios de exención impositiva que beneficiaran a la totalidad de las asociaciones existentes en una determinada jurisdicción, en vez de otorgarse a alguna mutualidad en particular, como había sido la norma hasta ese momento.

En 1940 se crea la Liga Argentina de Entidades Mutualistas que logra ser reconocida como interlocutora por la Inspección General de Justicia, organismo que en ese momento tenía a su cargo la supervisión de la actividad mutual. La Liga organiza los Congresos que se reúnen en 1942 y 1944, y participa a través de sus deliberaciones en la elaboración del decreto de creación de la Dirección Nacional de Mutualidades, sancionado en 1945 bajo el número 22 499.

El principal obstáculo que deben enfrentar las Federaciones y Ligas de Asocia-

ciones de Socorro Mutuo para la obtención de una legislación que promueva sus actividades y facilite una expansión del número de sus beneficiarios es, precisamente, la fuerte heterogeneidad doctrinaria prevaleciente en el interior del movimiento mutualista. El debate producido en el Congreso de Mutualidades de 1944 es particularmente ilustrativo al respecto. Los particularismos y la reivindicación de autonomía, entendida como el derecho indiscutible de cada asociación a decidir sobre el listado de riesgos que habrá de cubrir, la organización de los cuerpos directivos y la administración de los recursos societarios, dominan la discusión e impiden la formulación de un cuerpo de doctrina consensuado.

No logra afirmarse en el mutualismo de estos años la percepción de objetivos e intereses comunes; la falta de un referente identificador obstaculiza su conformación como actor unificado y le resta capacidad de negociación ante un Estado que, por primera vez, se muestra receptivo a sus demandas.

Ante la posible o demandada intervención del Estado, la reacción de las diferentes instituciones dependerá de su respectiva inserción en el esquema de poder previo, de la percepción de cómo la crisis puede afectar su actividad, de cómo afectará la intervención estatal esa actividad, y de las relaciones de poder que la sustentan. Diagnósticos y expectativas divergentes obstaculizan toda acción unificada. La primera respuesta es la defensa de particularismos y la definición de límites para la acción estatal: debe ceñirse a asegurar la optimización de la recaudación y utilización de los recursos, y no intervenir en las modalidades organizativas intrainstitucionales, ni pretender un mayor control.

En el interior de la profesión médica, en cambio, se han gestado a lo largo de dos décadas organizaciones que convocan a una acción común contra enemigos que todavía aparecen dotados de rostros multiformes pero que crean la oportunidad para la afirmación de estrategias defensivas. El gremialismo médico en esos años podría ser identificado como un actor relativamente unificado en función del reconocimiento de intereses comunes, que debate proyectos alternativos de inserción en una sociedad sometida a rápidas mutaciones. El protagonismo que asume en la polémica sobre la reestructuración del sector y la centralidad que se le adjudica en nuestro proyecto de investigación lo hacen merecedor de una consideración particular.

EL GREMIALISMO MEDICO: REFERENTES IDENTIFICATORIOS Y ALTERNATIVAS PARA LA ORGANIZACION SECTORIAL

En la percepción que tienen los médicos de sí mismos y de las condiciones de su inserción en la sociedad, la reelaboración de elementos identificadorios que les permitirán actuar con cierta cohesión es, en primer término, una reacción fundamentalmente defensiva. A lo largo de los años veinte los médicos argentinos se hacen cargo de las contradicciones que enfrenta la modalidad de ejercicio hasta entonces prevaleciente identificada con el calificativo de "liberal". No solamente el desarrollo técnico, que en la perspectiva de la profesión aparece como el factor determinante de los cambios, sino también las malas condiciones sanitarias generalizadas, las carencias y superposiciones en la distribución de

servicios, el aumento de las demandas, en sentido cuantitativo y cualitativo, y las crecientes dificultades para satisfacerlas, hablan ya de la contradicción inherente a una medicina pensada exclusivamente como práctica que se ejerce de individuo a individuo.

Ante las dificultades que se reconocen para la continuidad del ejercicio profesional por la falta de condiciones que la mayoría considera indispensables no solo para el mantenimiento de la "dignidad" o el "decoro", sino también como garantía de efectiva eficacia del acto terapéutico, el primer ejercicio que los intelectuales médicos proponen a sus colegas es la revisión crítica de las condiciones sociales de su práctica.

La primera de ellas es el reconocimiento social de un espacio exclusivo de eficacia técnica en el cumplimiento de las funciones a su cargo. En esa esfera la medicina enfrenta un triple espacio de conflicto: frente a otros curadores, formalmente excluidos pero aceptados por determinados sectores sociales; en relación con sus auxiliares, las actividades paramédicas, que el desarrollo técnico y la complejización de la práctica vuelven cada vez más indispensables; y dentro de la misma profesión, donde la creciente división técnica del trabajo obliga a redefinir áreas de incumbencia cuyos límites aún no han obtenido el reconocimiento jurídico o institucional acordado a la diferenciación de especialidades.

El segundo gran problema que afecta a la profesión en estas décadas de inestabilidad es el evidente desajuste producido en las modalidades de vinculación entre oferta y demanda de servicios. Durante estos años se pone de relieve que la organización tradicional del sistema prestador de atención médica que lo mostraba dividido en un sector privado dedicado a la atención de la población con capacidad de pago y un sector público destinado al indigente, si alguna vez existió, dejó de tener vigencia. No solo la sociedad complejiza su sistema de estratificación, produciendo un abanico de situaciones que escapa a cualquier caracterización basada en polaridades; también la oferta de servicios se vuelve cada vez más heterogénea, y no parece haber reglas claras que regulen el flujo de la demanda, haciendo aparecer a la oferta en condiciones particularmente vulnerables.

La división tradicional entre práctica privada y atención pública orientada al indigente no solo se vuelve crítica por la insuficiencia de los servicios hospitalarios para responder a un incremento de su clientela, sino también porque la demanda solvente busca otras formas de financiación para las prácticas que requiere: deserta del consultorio privado o vuelve a él con una protección mutua insuficiente, acude a los servicios gratuitos o adhiere a todo tipo de planes de cobertura que no garantizan al profesional el estándar de vida al que los tiempos de bonanza lo habían acostumbrado. Hay sobreoferta de profesionales mientras la población sin atención se multiplica. Los consultorios vacíos dan testimonio de una "plétora" —absoluta o relativa— que se transforma en imagen elocuente de los límites impuestos al ejercicio profesional por una contracción drástica de las condiciones del mercado.

Es precisamente en ese necesario reordenamiento del mercado donde se constituye una de las esferas en las que la identidad profesional flaquea: no hay acuerdo sobre los caminos a recorrer, ni sobre el objetivo final propuesto.

La ampliación de las filas profesionales consiguiente al proceso de democratiza-

ción del ingreso a la universidad constituye otra esfera de contradicción. En ella la amenaza no se expresa como aumento de la oferta en un mercado en contracción, sino como deterioro de la excelencia profesional y del prestigio social del conjunto. La "mercantilización" de la práctica se constituye en referente generalizado para defender el derecho de la corporación médica a establecer sus propios mecanismos de disciplina interna y ejercer el control de sus miembros díscolos. Códigos y tribunales de ética se transforman en murallas erigidas por la profesión para resguardar del desprestigio social a uno de los pilares en que se sustenta su situación de privilegio: el reconocimiento de su natural "vocación de servicio".

Las condiciones que amenazan la perduración de su estatus social impulsan a una parte de la profesión a organizarse en gremios. Débiles y fragmentados al comienzo, paulatinamente se afirman y concitan adhesiones significativas, en particular entre intelectuales orientados a discutir los diferentes aspectos de la crisis —de la sociedad, de la profesión, económica, política, ideológica, de orientaciones— y a proponer soluciones que posibiliten un nuevo ordenamiento.

En la discusión de alternativas el gremio se divide, pero no llega a la fractura. Una gran desconfianza hacia el Estado y las formas tradicionales de hacer política y muy diversos referentes ideológicos obturan el camino de las soluciones e impiden encontrar una fórmula de integración en el sistema político. Las discusiones producidas en congresos y a través de la prensa académica y gremial permiten recuperar provisionalmente tres tendencias diferenciadas.

La que hoy denominaríamos "línea privatista" agrupa a los partidarios de la limitación del hospital a la población indigente, reservando la atención de los sectores con capacidad de pago a organizaciones orientadas y controladas por el gremio que permitan una nueva expansión de la práctica privada. Los gremialistas enrolados en esta postura miran con desconfianza cualquier posibilidad de incremento de la actividad estatal en la gestión de servicios, ya se trate de la implantación de cargos médicos *de tiempo completo* en el sector público o de proyectos más ambiciosos como el de "oficialización" de la medicina, que parece contar en esos años con apoyo mayoritario.

Los defensores de un servicio único en manos del Estado niegan categóricamente que la limitación del acceso a los hospitales para destinarlos con exclusividad a la atención de la población indigente pueda solucionar la crisis del consultorio profesional como exponente de la actividad privada de corte individual. En su perspectiva, los progresos técnicos y los cambios sociales conducen naturalmente al desarrollo de las grandes instituciones médicas; el Estado debe expandir sus servicios, no retacearlos.

Una tercera posición, más orientada a la aceptación de soluciones coyunturales, propone la oficialización de la medicina como solución a largo plazo, pero en lo inmediato se inclina por las propuestas "privatistas": una orientación preferente del hospital hacia la atención de la población sin recursos y el apoyo de formas organizativas que canalicen hacia las instituciones privadas al sector de población de ingresos medios.

Las líneas de diferenciación no son, sin embargo, netas, y los grupos vuelven a abrirse y combinarse cuando se discuten las formas de financiación. Los partidarios del hospital abierto polemizan en torno a la posibilidad del arancelamiento

como estrategia para aliviar la escasez de recursos, o para disciplinar posibles abusos de sectores solventes, que aprovechan la gratuidad de los servicios sin preocuparse por la crítica situación en que se encuentra la retribución de los profesionales a cargo de los mismos.

Algunos partidarios de soluciones integrales discuten la posible implantación de seguros de enfermedad bajo dos modalidades que también suponen diferentes fundamentos ideológicos: los seguros sociales y el seguro nacional.

Aunque la desconfianza que despierta la introducción de "lo político" en la esfera sanitaria tiene presencia generalizada, los sectores "privatistas" se caracterizan por negar drásticamente la necesidad de intervención estatal en la regulación de la práctica, mientras que los defensores de la oficialización o del seguro solo procuran poner límites para obtener garantías ante una intervención que consideran imprescindible.

Coordinar las instituciones de atención, evitar superposiciones que suponen concentración innecesaria de recursos en algunas áreas y escasez en otras, definir con certeza las clientelas poblacionales para cada tipo de servicios o cada institución, son demandas tempranamente establecidas y escasamente efectivizadas. Pero las exigencias de reordenamiento no se limitan a acercar instituciones prestadoras y necesidades de los usuarios; el obstáculo más visible para garantizar una accesibilidad adecuada es sin duda el problema financiero.

Un flujo constante y regular de fondos que garanticen la cobertura de la población de ingresos medios y bajos, a la vez que la retribución del recurso médico con dificultades para insertarse entre los límites actuales del mercado, se constituye en elemento clave de la posibilidad de reorganización. Este flujo de fondos puede pensarse a partir de las finanzas públicas, derivado de la contribución de empresarios y trabajadores efectivizada a través de mecanismos de seguro, o como aporte individual a instituciones previsionales controladas por el Estado o por la misma profesión, pero su obtención es una demanda prioritaria y largamente insatisfecha.

Mientras la sociedad va gestando formas múltiples para resolver las necesidades de atención, creando un mosaico de soluciones parciales al doble problema del médico y el enfermo, el pensamiento médico se obstina en unificar, en ordenar lo que aparece como desordenado, en imponer normas y estructuras que la sociedad no está en condiciones de incorporar.

Sin embargo, también la práctica va gestando soluciones parciales —para el corto plazo, se las propone— que terminan recomponiendo la atención privada para adecuarla a los cambios que se verifican en la demanda poblacional, tanto en el aspecto técnico como en el financiero.

Las nuevas formas organizativas se refieren en general a la puesta en marcha de sistemas de atención por abonos, o a la gestión cooperativa de instituciones de relativa complejidad: sanatorios o clínicas. También parece haberse desarrollado significativamente en esos años el sanatorio privado, propiedad de profesionales o legos, y con médicos a sueldo. Como resultado de ese proceso se refuerza la demanda ante el Estado para la puesta en marcha de un mecanismo de control, de regulación o ambos, que evite abusos o competencia desleal, y ante la inacción o la impotencia de los poderes públicos el gremio reclama para sí una función de arbitraje (12).

Referencias bibliográficas

- (1) Nun, José. "La teoría política y la transición democrática", en Nun, José y Portantiero, Juan Carlos (comps.). *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina*. Buenos Aires, Puntosur, 1987.
- (2) Portantiero, Juan Carlos. "Sociedad civil, estado y sistema político", en Vega, J. E. (coord.). *Teoría y política en América Latina*. México, CIDE, 1983.
- (3) Torre, Juan Carlos. "Sobre los orígenes del peronismo". *La Ciudad Futura* 23/24: 26-27, junio/setiembre, 1990.
- (4) Cf. Informe Grupo de Investigación. Belmartino, Susana, et al. *Historicidad de la ideología nacional-popular*. Proyecto PID-CONICET, 1989.
- (5) Torre, Juan Carlos. "Sobre los orígenes...", cit.
- (6) *Ibidem*.
- (7) Portantiero, Juan Carlos. "Economía y política en la crisis argentina 1958-1973". *Revista Mexicana de Sociología* XXXIX 2:531-565, abril/junio, 1977.
- (8) Cavarozzi, Marcelo. *Consolidación del sindicalismo peronista y emergencia de la fórmula política argentina durante el gobierno frondizista*. Buenos Aires, Estudios CEDES, vol. 2, 7/8, 1979.
- (9) Torre, Juan Carlos, "Sobre los orígenes...", cit.
- (10) C.D.D.S., 1941, T. III, reunión 57ª, 29/30 de setiembre, pág. 557.
- (11) Belmartino, Susana, et al. *Las instituciones de salud en la Argentina. Desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- (12) Belmartino, Susana, et al. *Corporación médica y poder en salud*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1988.

2. Las bases doctrinarias de la organización sectorial

En trabajos anteriores (1) nos ocupamos de mostrar cómo crece, en la sociedad argentina, la preocupación por las cuestiones relacionadas con la salud en los años que preceden a la crisis de 1929 y la conflictiva década que le sigue.

Expresada sin duda esa preocupación por algunos actores con presencia en el ámbito público —funcionarios estatales, personalidades médicas, dirigentes de instituciones dedicadas a la cobertura de atención médica, parlamentarios, políticos, miembros del clero, sindicalistas—, es difícil evaluar hasta qué grado permeaba otros niveles del conjunto social.

Sin embargo, algunos indicios nos permitirían formular una hipótesis en el sentido de que la salud-enfermedad y su cobertura se convierten en esos años en una cuestión socialmente relevante (2). El tema cobra progresivamente espacio en la discusión en las cámaras, en la prensa diaria, en los programas emitidos por radiotelefonía, en las demandas promovidas hacia el interior de las organizaciones gremiales.

La cuestión no es intrascendente, ni remite exclusivamente a la posibilidad de reconstrucción histórica de un determinado problema en un período específico de nuestro desarrollo como país. No se trata de una mera preocupación erudita, ni solo del legítimo interés por conocer más de cerca nuestro pasado.

La preocupación se vincula, además, con la búsqueda de las raíces sociales del modelo de organización de salud que comienza a afirmarse a partir de esos años. En esa búsqueda creemos posible, en primer lugar, vincular las formas de consolidación de una cierta conciencia colectiva referida a salud con la explicitación de las demandas y expectativas relacionadas con el tema; en segundo término, recuperar los niveles de movilización de diferentes conjuntos sociales en procura de la satisfacción de sus necesidades de salud y bienestar; y, por último, reconstruir el proceso de fortalecimiento de un sistema fragmentado y heterogéneo de provisión de atención médica, y la consolidación de un modelo de práctica centrado en el individuo enfermo, el órgano afectado, el sistema que presenta disfunciones.

La formación de esa conciencia también puede relacionarse, manteniéndonos todavía en el interior del sector, con la esfera asociada tradicionalmente al nivel de lo político, que nos conduce a reconstruir una determinada distribución de poder y analizar los procesos de cambio vinculados a la posición relativa de los diferentes grupos que lo detentan; y, por ese camino, a preocuparnos por el proceso de cons-

trucción de la base de sustentación política de los profundos cambios que se operan en la década siguiente: los conflictivos años cuarenta.

La ubicación en el nivel de lo político nos introduce en una materia que sobrepasa holgadamente las dimensiones del sector: la conformación del Estado de Compromiso; la problemática democracia frente a autoritarismo, centralización frente a descentralización; la perspectiva de la integración-exclusión de diferentes sectores sociales: el papel de las corporaciones en una propuesta electoral que sigue descansando en los mecanismos de representación territorial, el viejo y nuevo corporativismo, etcétera.

En ese marco, nuestra búsqueda en torno a cómo se van conformando las representaciones colectivas de la salud-enfermedad en esos años nos introduce en una problemática relativamente poco abordada a nivel empírico: la que se vincula a la construcción de una propuesta política con potencial hegemónico.

Dentro de los límites de este trabajo, no pretendemos dar respuestas, ni aun parciales, a ese problema. Sin embargo, no puede estar ausente del esquema conceptual con que abordamos la información recogida, si procuramos dar cuenta de las relaciones de poder en el interior del sector salud.

LA ELABORACION DE UNA AGENDA DE CUESTIONES

A lo largo de los años veinte, y con algunos matices diferenciadores en el decenio de 1930, las modalidades de organización y financiación de la atención médica, el papel que corresponde al Estado y a las organizaciones privadas en esa materia, los problemas relacionados con la producción y utilización de medicamentos, algunas cuestiones apremiantes de policía sanitaria y otros temas relativamente menores, conforman una agenda de cuestiones cuya discusión va redefiniendo paulatinamente la perspectiva con que la sociedad argentina aborda la problemática de la salud.

Nuestra hipótesis de continuidad de las bases doctrinarias de organización del sector entre los años treinta y los cuarenta, nos obliga a recuperar los contenidos temáticos de esa agenda en el momento inmediatamente anterior a la delimitación cronológica que hemos impuesto a nuestro estudio.

Dos grandes núcleos temáticos podrían diferenciarse en el análisis. Uno se vincula a los aspectos organizativos del sector y el otro a las concepciones asociadas a la salud-enfermedad. En este capítulo abordaremos solo el primero de tales conjuntos conceptuales, que servirán de ordenadores en la construcción de una nueva conciencia sanitaria.

Las bases doctrinarias para la reorganización del sector salud nacen en parte del diagnóstico —al parecer avalado por amplio consenso— que evalúa como insuficiente, deficiente e ineficaz la acción del Estado en la gestión de las instituciones del sector público. La "cuestión hospitalaria" constituye un tema de debate, un área convocante para la discusión política partidaria, una preocupación reiterada del periodismo, el eje de artículos y editoriales en los que se la utiliza para mostrar las falencias del gobierno, de los órganos legislativos, de los dirigentes de algún

partido político o, incluso, de la partidocracia como mecanismo de representación del interés general.

Por otra parte, más allá de la situación de los hospitales, del insuficiente número de camas, de su mala distribución, la cuestión hospitalaria abre las puertas a un debate de mayor alcance: la organización del futuro gobierno de la salud pública y, de manera particular, la incorporación de la asistencia social como actividad regular del Estado orientada a solucionar no ya situaciones individuales de necesidad o carencia, sino fundamentalmente problemas a los que se reconoce importancia social, puesto que pueden obstaculizar o dificultar el desarrollo del conjunto.

La lectura de los numerosísimos textos disponibles para el análisis permite comprobar la presencia de diferentes concepciones que subyacen a coincidencias solo aparentes de las soluciones propuestas.

Los diferentes sentidos otorgados al vocablo coordinación, por ejemplo, permiten comenzar a pensar algunas hipótesis que contribuyen a explicar la aparente o real inoperancia de los organismos de gobierno, en un sector en crecimiento y cruzado por demandas de reforma, reorganización, intervención y control.

LA GESTIÓN DE LA SALUD EN MANOS DEL ESTADO

La "cuestión hospitalaria"

Hemos tomado la referencia del epígrafe de la versión taquigráfica de las sesiones del Consejo Deliberante de la Capital Federal. Con ese titulado —"cuestión hospitalaria"— se encabeza, a lo largo del año 1938, la transcripción de las sesiones dedicadas al tratamiento de la interpelación al secretario de Obras Públicas promovida por la bancada socialista.

El problema no es nuevo, ni es la primera vez que reclama la atención de los ediles. Cuando los socialistas recuperan en 1932 su lugar en el gobierno del municipio porteño, inician una decidida campaña a favor de la reorganización de la Asistencia Pública. Como eficaz elemento movilizador de la opinión introducen cada año una interpelación al ejecutivo municipal, destinada a poner en evidencia las irregularidades existentes en esa área de gestión.¹

En realidad, la preocupación de los socialistas por la atención hospitalaria municipal es muy anterior y data del momento de su incorporación al gobierno de la Comuna, producida en 1919. También a lo largo de la década del veinte se recurrió al pedido de informes al Ejecutivo (3), pero los debates no alcanzan la importancia y repercusión pública que los caracterizan en la década siguiente.²

¹ Hemos trabajado *in extenso* las interpelaciones producidas en los años 1933 y 1938. Cf. H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1933, págs. 1237-1238, 1262-1278, 1334-1364, 1564-1575, 1886-1804; año 1938, págs. 1138-1140, 2552-2562, 2567-2580, 2621-2633, 2764-2801, 3101-3116.

² Según afirma el concejal Rubinstein en 1933, en ese momento se ha gestado un ambiente favorable para la discusión del problema hospitalario. En su opinión, ello se debe a la deplorable condición en que se asiste a los enfermos, la campaña desarrollada por la prensa que ha recogido ese malestar, y la movilización de los "intereses corporativos" afectados por la crisis económica (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1933, pág. 1334).

La lectura de esas actas revela un abigarrado conjunto de problemas: carencias en algunas áreas, derroche en otras, mala administración, trabas burocráticas, deficiente asignación de recursos, personalismos, conflictos interinstitucionales, etc. Los informes de la Secretaría de Obras Públicas —organismo del Ejecutivo responsable del sector— por lo general solo contienen un vago deslinde de responsabilidades y vehementes propósitos de reforma. Pero la discusión producida entre los ediles proporciona, además de un variado conjunto de anécdotas y una descripción casi completa de la situación hospitalaria a partir del relato de "casos" particulares, la posibilidad de conocer diferentes perspectivas sobre las causas del problema, sus repercusiones sobre los sectores sociales involucrados, y las consiguientes propuestas de solución.

En un primer abordaje que no considere el diferente peso atribuido a cada factor o grupo de factores señalados como parte del problema, puede intentarse un listado de los elementos constitutivos de la llamada "cuestión hospitalaria":

- Aumento de la demanda poblacional y consiguiente presión sobre los servicios.
- Encarecimiento de la atención por desarrollo de nuevos medios diagnósticos y terapéuticos.
 - Insuficiencia de los servicios en el interior del país, vuelco de la población sobre las instituciones capitalinas.
 - Mala distribución de los hospitales en el espacio urbano.
 - Arquitectura hospitalaria anacrónica.
- Diferencias en la dotación de personal, recursos, instrumental, comodidades para la atención. Carencias graves en algunos servicios, confort innecesario en otros.
 - Exacciones a la población bajo la forma de "donaciones voluntarias".
 - Falta de elementos indispensables para la atención de los pacientes. Posibilidad de cierre de servicios.
 - Incorrecta distribución de las camas entre clínica y especialidades.
 - Deficiente provisión de medicamentos a los hospitales.
 - Deficiencias en cantidad y calidad del personal.³
 - Insuficiente registro estadístico.
 - Excesiva centralización y formalización administrativa. Excesiva burocratización.
 - Régimen de licitaciones con excesivos trámites y controles. Insuficiente estandarización de los productos a adquirir.⁴

³ Había un severo déficit de enfermeras calificadas, que en algunas perspectivas se vincula con nombramientos de favor, en otras con la necesidad de crear mayor número de instituciones formadoras. También hay referencias a la falta de una dotación estable de personal que permita aprovechar para la institución la capacitación realizada en los servicios. Los auxiliares de laboratorio, por ejemplo, los frecuentan hasta que aprenden los métodos más usuales de análisis clínico, y una vez formados los abandonan ya que pierden interés en seguir trabajando *ad honorem* (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1933, pág. 1575).

⁴ Los trámites de licitación se veían entorpecidos por la necesidad de evaluar la calidad de los diferentes productos ofrecidos. Las placas radiográficas, por ejemplo, "se sometieron [...] a los ensayos y experimentos que aconseja la ciencia[...]. Se sometieron a la prueba con el mismo enfermo, con el mismo aparato y en las mismas condiciones, marcándose todas las presentadas a los efectos de su competente individualización" (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1933, pág. 1273).

- Conflictiva articulación docencia-servicios.
- Insatisfacción de los profesionales.
- Fallas en las prácticas de gobierno: rotación política de cargos técnicos.
- Incumplimiento de los objetivos que orientaron la creación de determinadas instituciones.⁵

- Desorden administrativo, corrupción política.

¿Qué revela este listado de elementos? A partir de una lectura a veces ingenua, a veces anecdótica, revela un conocimiento muy preciso de los problemas y de los diferentes factores que inciden en su génesis: administrativos, técnicos, sociales, políticos. La coincidencia en la definición del tipo de obstáculos que dificultan la prestación de un servicio adecuado no supone igual coincidencia en la propuesta de soluciones. La elaboración conceptual de la relación entre causas y efectos es diferente, y pesa en la formulación de los mecanismos de ordenamiento.

Las soluciones propuestas

La búsqueda de soluciones se vincula indudablemente con los criterios que orientan el análisis del problema. Una perspectiva implícita o explícita de sus causas se manifiesta a través de la forma en que se plantea su superación. Una visión administrativa —insuficiencia de recursos, deficiente utilización de los existentes— se contrapone a una perspectiva política —que puede ubicarse en fallas en el sistema político o en cambios en la naturaleza del Estado—, aunque esta última no niega ni desvaloriza la primera.

En el significado estricto del término —cambio de opiniones divergentes sobre un tema específico— hay poco debate. Solamente se entabla una verdadera discusión cuando se abordan algunos problemas técnicos, tales como la centralización o descentralización de laboratorios y equipos de rayos X o la posible estandarización de una dieta hospitalaria; o cuando se cuestiona alguna medida específica del gobierno del municipio. En general el diagnóstico de situación es compartido; únicamente cambia el eje a partir del cual se lo problematiza. Y sobre este aspecto no hay debate, solo la explicitación de perspectivas mutuamente excluyentes. La discusión se recupera nuevamente alrededor de una posible medida de aplicación inmediata: el arancelamiento de los servicios prestados por la asistencia pública municipal.

La propuesta del oficialismo es relativamente simple: una mejor administración del *statu quo*. No se niega la necesidad de mejorar los servicios, ni se discute la urgencia de nuevas construcciones. A lo sumo se plantea como injusta la situación causada por la afluencia de enfermos del interior que deben ser recibidos por los hospitales municipales.

Las carencias más apremiantes serán solucionadas con medidas de mejor admi-

⁵ El Instituto de Radiología y Fisioterapia, por ejemplo, no cumple las funciones para las que se lo creó: preparar personal técnico para los servicios hospitalarios afines, controlar y orientar su funcionamiento (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1933, pág. 1338).

nistración, que efectivamente se toman. Las licitaciones se organizan con la debida antelación, se procura mantener una provisión suficiente de medicamentos y demás materiales de uso indispensable, se regulariza su distribución en los servicios, se pone en marcha un plan, limitado, de nuevas construcciones y reparación de lo existente. Incluso se propone una nueva organización administrativa y contable que garantice la racionalización de los recursos del área.⁶ Algunas de estas medidas que se encaran con criterio puramente administrativo podían haberse considerado irritativas en función del contexto político. Como ejemplo puede mencionarse la reorganización realizada por la Asistencia Pública municipal, a partir de 1934, de su sistema de elaboración de fórmulas medicinales.⁷ El trámite de la aplicación de la Ordenanza 6457, que determinaba estudiar la posible fabricación de especialidades médicas estandarizadas, parece haber sufrido las demoras e interrupciones que caracterizaban a la administración municipal. A pesar de ello en 1938 se preparan mensualmente 250 kilos de diferentes comprimidos, 50 000 ampollas y entre 50 y 60 kilos de sales de bismuto, previéndose decuplicar dicha producción. Una resolución de octubre de 1937 había encomendado a la Asistencia Pública municipal la elaboración de preparaciones de utilización peligrosa; en 1938 se estimaba necesaria para cubrir las necesidades del mercado una producción de 500 000 ampollas mensuales.

Proporcionamos estos detalles para otorgar algún fundamento empírico a nuestra interpretación de esta perspectiva, que hemos llamado administrativa. El oficialismo no parece dispuesto a permitir la destrucción del sector público. Lo considera necesario, indispensable para asegurar un servicio —mínimo posible— a la población carenciada, a la que en forma creciente se percibe en esos años como potencial "amenaza". No considera que esa masa se pueda incorporar como demanda solvente al mercado de atención médica. Producir para ella no supone por consiguiente competir con las empresas que producen para ese mercado. Por el contrario, hacerlo en términos más económicos supone disminuir la sobrecarga del sistema impositivo, aumentar los límites de legitimidad del sistema político y —menos importante a comienzos de la década, pero más significativo en el período de crecimiento de su segunda mitad— proporcionar mano de obra sana al aparato productivo.

Se piensa incluso en un sector de la población que ocupa una situación intermedia —no tiene posibilidad de integrar la demanda solvente pero tampoco se encuentra en condiciones de indigencia absoluta— al que se cubriría, con un costo módico, a partir del arancel. Se trataría de un recurso temporario, aplicado en el municipio hasta la implantación, en el nivel nacional, de un seguro de enfermedad.

A esa propuesta de preservación del *statu quo* —diferenciación de los mecanismos de acceso a la atención para distintos sectores sociales, utilización más efi-

⁶ En vigencia desde el 1 de enero de 1937, y reorganizada en febrero de 1938.

⁷ Para la misma época, la administración municipal planteaba la posibilidad de instalar una fábrica de algodón destinada a asegurar la provisión a bajo costo de los servicios hospitalarios, como manera de combatir el monopolio de hecho ejercido por "La Estrella" que había logrado eliminar de la plaza a los otros fabricantes (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1933, pág. 1245).

ciente de recursos—, se contraponen la perspectiva que hemos caracterizado como política, en la cual es posible diferenciar dos vertientes.

Una de ellas, explicitada en el debate de 1938 por el radical Boffi, pero que nos resulta difícil identificar en términos de sector partidario adherente, pone el acento en las debilidades y vicios del sistema político que permiten la afirmación de intereses individuales o grupales, ajenos al interés de aquellos a quienes el hospital se destina. El fraccionamiento de los niveles de decisión, la formación de clientelas, el peso de determinadas personalidades, no solo provoca situaciones de notoria injusticia, sino que también torna ingobernable el sistema, que no logra superar los límites impuestos por la crisis.

El conjunto de "casos" en los que se basa la demostración parece prácticamente ilimitado: irritante desigualdad en la apropiación de recursos,⁸ salas-cátedras que actúan como feudos sobre los que ninguna autoridad puede incidir, superposición de cargos, falta de cumplimiento de los horarios, deshumanización en el trato a los pacientes, anárquico otorgamiento de subsidios, disposición de los legisladores a satisfacer las aspiraciones de amigos influyentes creando institutos de funcionamiento autónomo en cuanto a la selección de su personal, y no siempre respaldados con suficiente autoridad científica, etcétera.

La preocupación originada en torno a la creación de institutos es bastante reveladora de la corruptela denunciada por el concejal Boffi. Este trae en su apoyo argumentos esgrimidos en el Senado al discutirse la creación del instituto que se ocuparía de las Investigaciones Físicas. Afirmaba Alfredo Palacios en ese momento:

De lo que se trata es de coordinar todos los esfuerzos para que no aparezcan institutos así, abandonados sin saber bajo qué contralor. La investigación científica es necesaria en nuestro país y así lo he expresado en muchas oportunidades; pero no olvidemos que es peligroso constituir pequeños feudos cuando es menester una acción coordinadora que solo puede venir de la Universidad (4).⁹

La cita de Palacios introduce un término que se volverá clave en las demandas

⁸ Algunos ejemplos pueden bastar para ilustrar el punto: en la maternidad del hospital Piñero las mesitas de noche han sido suplantadas por cajones de kerosén, y cuando arrecia el frío, a falta de cobijas se envuelve a los pequeños recién nacidos con papel de diario (pág. 2639); en el hospital Alvear un galpón con ochenta camas ubicadas a treinta centímetros una de otra completa su capacidad de internación con colchones tirados en los pasillos; el hospital Muñiz, en cambio, proporciona aparatos de radio a sus enfermos, y el director del hospital Durand tiene, junto a su despacho, un dormitorio y baño bien instalados (pág. 2640). Los médicos de la sala de Cirugía del hospital Pirovano han logrado equiparla cobrando a los pacientes derecho de operación, estadía y aun las películas radiográficas que proporciona la Asistencia Pública. Con el producido de esta práctica compran instrumental que luego se registra como "donación". El laboratorio central de la institución realiza semanalmente 200 reacciones Wasserman con un microscopio que tiene 25 años de uso, sin diafragma y en constante apremio por falta de colorantes. En el hospital Pirovano funciona también una biblioteca que, según el edil, "está al margen de todas las necesidades hospitalarias", atendida por cuatro empleados, tres enfermeras y un peón (pág. 2765). (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1938, sesiones del 30 de setiembre:2637-2655 y del 7 de octubre: 2764-2776).

⁹ No debe pensarse que la crítica se originaba exclusivamente en el Partido Socialista. También el senador Arrieta, oficialista, según Boffi, pone de manifiesto la alarma de la comisión de presupuesto de la Cámara de Diputados "por la proliferación de estos institutos científicos, que algunas veces se llaman

en torno a la reorganización del sistema: coordinación. Aparece aquí en uno de los sentidos en que se lo utiliza, asociándose a la idea de un ordenamiento generado por una instancia con reconocida autoridad para resolverlo. El senador Palacios propone, para este caso, a la Universidad, pero ese sentido del término coordinación se recuperará también en otras propuestas vinculadas a la reorganización del sector.

El mismo Boffi habla de "una coordinación más inteligente en la distribución de los recursos": una instancia orientadora, que evite la superposición y la anarquía (5). Su propuesta es también, en última instancia, la mejor utilización de los recursos, pero se basa en un diagnóstico político, no meramente contable.

Fundada también en una perspectiva básicamente política —autodefinida como tal—, la propuesta socialista tiene como vocero a Adolfo Rubinstein. En este caso, el diagnóstico no parte del hospital, ni del interior del sector, sino de la dinámica social en la que el hospital y el sector se incluyen, en una visión que destaca los cambios y prescribe como inevitable la reformulación del sistema.

"Estamos en presencia de una crisis de orientación", afirma Rubinstein (6). "Vivimos [...] un período de transición difícil y complejo" (7). Se han puesto de manifiesto fallas fundamentales en la relación entre medicina y sociedad. La salud ha dejado de ser un problema médico para transformarse en un cuestión política. El Estado cambia su orientación, no se dirige ya exclusivamente a dar respuesta a la enfermedad. Atacando las causas que la producen, se hace cargo de la promoción del bienestar.

El planteo, sin embargo, no se agota en la perspectiva macro. Los socialistas, además, oponen a la propuesta basada en la mejor administración de los recursos la necesidad de seleccionar criterios organizativos, de definir una política sanitaria. El "desastre" hospitalario, afirma Rubinstein, no reside en una cuestión de presupuesto, es un problema de organización. Para comenzar a definir tales criterios los socialistas proponen la ordenanza que será sancionada en 1935 bajo el número 6533, que no llega a aplicarse.

¿Cuál es la filosofía que le da fundamento? La necesidad de regular la admisión del paciente hospitalario, de establecer un sistema ordenado de historias clínicas que permitan su seguimiento, de priorizar la atención ambulatoria y procurar la formulación del diagnóstico en etapa previa a la internación.¹⁰

pomposamente 'institutos', en otros casos 'cátedras', en otros 'pabellones', y en otros simplemente 'salas de especialización' en hospitales" (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1938, sesión del 7 de octubre: 2764-2776, pág. 2767).

¹⁰ Se afirma que "el tratamiento ambulatorio se realiza en forma inadecuada. Los locales son pequeños, mal ventilados y peor ubicados. Los enfermos esperan hacinados y en una promiscuidad realmente repugnante en algunos servicios; los exámenes se realizan en forma ligera; el médico no tiene materialmente tiempo para poder atenderlos en condiciones médicas aceptables; el tratamiento, en general, es sintomático; se hace en base a algunas preguntas de orientación, y si él no ofrece caracteres de gravedad inminente, se le despacha con una receta de circunstancia. El tratamiento es, por lo tanto, ineficaz, y trae como consecuencia una carga enorme para la economía del propio hospital y una situación realmente perjudicial para el pobre enfermo que tiene que concurrir muchas más veces que las que necesitaría si el examen se realizara en condiciones normales y se le aconsejara el tratamiento correspondiente" (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1938, sesión del 23 de setiembre: 2567-2580, pág. 2568).

El diagnóstico precoz favorecido por un mecanismo de recepción que aliente la concurrencia de los pacientes y no su deserción, el tratamiento ambulatorio que reduzca las internaciones innecesarias o aquellas destinadas a la formulación de un diagnóstico que podría realizarse con igual eficacia en los consultorios externos, reducirían el giro-cama, multiplicando la efectividad de los recursos existentes. Una ración alimentaria adecuada uniforme podría beneficiar al 80% de la población hospitalaria, la centralización de laboratorios y equipos de rayos X favorecería la reducción de los gastos en instalaciones y personal, al igual que la estandarización de los medicamentos más usuales y la del instrumental asignado a cada servicio según la especialización de sus funciones. La diferenciación de hospitales para el tratamiento de agudos y crónicos, y el otorgamiento de una mayor importancia a las camas clínicas sobre las quirúrgicas, fortalecerían el proceso racionalizador.

En el debate de 1934 Rubinstein esboza una propuesta de regionalización: lo primero que necesita el enfermo, afirma, no es el tratamiento como hospitalizado, sino la orientación: es necesario crear centros de selección de enfermos, estaciones sanitarias organizadas con criterio moderno.¹¹ Estos criterios, auténticamente precursores para el momento en que se formulan, son reforzados con la idea de que la prioridad no pasa por el aumento del número de camas, sino por la mejor utilización de los recursos disponibles. Esta perspectiva la replantea Juan Lazarte en el Congreso de Sanidad de la Provincia de Santa Fe, reunido en agosto de 1939. Afirma en esta oportunidad Lazarte que el problema de la falta de capacidad hospitalaria no se resuelve con la creación de algunos hospitales que meramente aumente el número de camas disponibles: "el problema está también en la mala organización y aprovechamiento de las camas existentes" (8).

Al igual que Boffi, Rubinstein considera oportuna la unificación de los servicios de salud y asistencia bajo una sola autoridad, citando en apoyo de su propuesta los votos del IX Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Buenos Aires en noviembre de 1934. También habla de coordinación de los servicios sanitarios cuando se refiere a este modelo organizativo, y afirma que terminará por imponerse bajo el imperio de las transformaciones sociales en curso.

En otro registro, relacionado con las posibilidades de acción inmediata, se otorga un sentido diferente a la propuesta de coordinación. En agosto de 1938 el bloque socialista propone la formación de una Comisión Mixta Coordinadora de la Asistencia Médica Colectiva. Dicha comisión estaría integrada por representantes de todos los organismos públicos y privados con capacidad instalada propia: Municipalidad, Departamento Nacional de Higiene, Sociedad de Beneficencia, Hospitales Nacionales y Hospitales Privados. El proyecto le otorga funciones de fisca-

¹¹ Continúa: "Algunas ciudades americanas están divididas en zonas y cada una de ellas tiene una estación sanitaria, no solo de primeros auxilios sino con consultorios para todas las especialidades. Allí concurren los enfermos y si la enfermedad es susceptible de un tratamiento ambulatorio se le receta, se le aconseja y el enfermo se vuelve a su casa. Si ese enfermo tiene necesidad de hospitalizarse es remitido a un hospital de concentración, a los que se tiende a ubicar en las orillas de la ciudad." (H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, año 1933, sesión del 30 de junio: 1334-1364, pág. 1348).

lización y asesoramiento y le encarga la "racionalización y coordinación de los servicios médicos sobre la base de una orientación común" (9).

En tal contexto, el término *coordinación* adquiere dos significados prácticamente superpuestos: el primero remite a acuerdos entre los sectores de poder que actúan en el área, el segundo se orienta hacia un esquema de regionalización logrado con base en ese acuerdo. Como se verá, la superposición de significados se mantendrá largamente, restando claridad al debate.

En lo relacionado con la financiación de los servicios, los socialistas se oponen a la implantación del arancel, afirmando la necesidad del "hospital de puertas abiertas". A lo largo de la década logran consenso para el rechazo de la propuesta de arancelamiento elevada por el Poder Ejecutivo con cada presupuesto anual (10). Consideran que el seguro de enfermedad es inaplicable por el bajo nivel de salarios de la mayoría de la población. Los sectores populares no estarían en condiciones de sostener los aportes, se argumenta. Los recursos para salud deben obtenerse a través de un impuesto sanitario, aplicable en el municipio conforme con las escalas de tributación utilizada para el impuesto a las ganancias.

EL GOBIERNO DE LA SALUD PUBLICA NACIONAL

La perspectiva política y la administrativa no agotan las orientaciones que respaldan los diagnósticos y las propuestas sobre organización del sector público. Es necesario tener en cuenta, además, una perspectiva técnica, que se articula de manera relativamente compleja con las anteriores.

La apelación al gobierno de los técnicos no aparece de manera manifiesta en el Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires, presumiblemente porque el gremio médico —que es decididamente su vocero en los años treinta y comienzos de los cuarenta— no tiene un peso manifiesto en su interior.

Las opiniones del Colegio de Médicos son traídas en diferentes oportunidades al debate que desarrollan los ediles, pero siempre para reforzar argumentos orientados sobre problemáticas específicas, o para aportar nueva información. Ninguno de los sectores representados en el Concejo parece identificado con el gremio, ni se inclina por hacer una apología —en ocasiones ni siquiera una defensa— de la profesión. Incluso muchos de sus miembros son colocados de manera muy dura en el banquillo de los acusados como gestores de la fragmentación, el particularismo y la falta de equidad que se comprueban en los servicios del municipio.

No faltan ocasiones en que las reivindicaciones del gremio son impugnadas bajo la acusación de *corporativismo*, y en alguna ocasión Rubinstein afirma que la salud ha dejado de ser un problema técnico a cargo de los médicos para convertirse en una cuestión política que debe tomar en sus manos el Estado (11).

Sin embargo, la defensa de una *instancia técnica* de gobierno, destinada a asegurar la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios, que en la situación existente se ven dificultadas por la intromisión de la política, tiene un lugar significativo en la prensa diaria, así como en las publicaciones académicas y gremiales de la medicina, y una cierta repercusión en el Parlamento.

La exigencia de reconocimiento de la supremacía de los técnicos, en oposición al control por parte de los administradores, de los políticos o de ambos se manifiesta en un primer momento a nivel micro y se orienta a ganar para los médicos el manejo de las instituciones dirigidas por comisiones de damas o funcionarios pertenecientes a la administración estatal. La trasposición de esas demandas a nivel macro seguramente se vio parcialmente frenada por el escaso desarrollo del sanitarismo, pero cobra fuerza a partir de las primeras organizaciones gremiales médicas, que reclaman la intervención de los técnicos en el gobierno de los complejos problemas que plantea la salud pública (12). En esa lectura lo técnico se opone tanto a lo burocrático como a la política entendida como actividad dominada por una perspectiva electoralista. La creación de un *organismo autónomo y apolítico* dirigido por técnicos pasa a ser una fórmula de uso generalizado cuando se discuten las soluciones que reclama la sanidad nacional.

Mientras la articulación de lo técnico y lo político suele respaldar una propuesta corporativa, la consideración de un respaldo técnico profesional a la intervención sobre problemas sociales vinculados a la salud y a la pobreza puede también fundamentar una perspectiva antiburocrática —el Departamento Nacional de Higiene es un organismo administrativo, se dice, que debe ser reemplazado por una orientación garantizada por la eficacia técnica— o bien proponerse como superación de concepciones basadas en la caridad o la filantropía.

Fórmulas igualmente frecuentes son las que reclaman la ya clásica *unidad de comando*, y también *coordinación*, *centralización*, *autarquía*, pero la generalización de su uso no representa consenso general sobre la significación que se les atribuye.

La necesidad de centralizar en un solo organismo —Dirección General o Ministerio— la gestión de las múltiples instituciones relacionadas con la sanidad constituyó una reiterada aspiración del sanitarismo argentino.

La controversia sobre los límites de índole constitucional que obstaculizan la intervención del poder central en cuestiones de salubridad interior llena los primeros años del siglo. Luego comienzan a ponerse en evidencia la fragmentación existente aun en el interior de la administración nacional, y la anarquía y dispersión se refleja en la asignación y utilización de los recursos.

Los obstáculos para una operatoria eficaz resultantes de la división de atribuciones entre Nación, provincias y municipios, se reproducen a nivel de cada jurisdicción en virtud de los "derechos adquiridos" por determinadas instituciones que pasan a constituir verdaderos feudos en el interior del aparato estatal. Aunque el ejemplo más notorio es la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, sin duda no es el único; también la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales se constituye rápidamente en objeto de críticas sustentadas en apelaciones a la racionalidad y la eficiencia.

Blanco imperturbable de múltiples cuestionamientos, la Sociedad de Beneficencia no puede, seguramente, ser tachada de ineficaz o ineficiente. Políticos, legisladores, funcionarios, formulan por lo general un respetuoso reconocimiento de la labor cumplida por las venerables damas antes de explicitar alguna propuesta de reformulación de las reglas del juego. Menos visibles, menos poderosas indivi-

dualmente, pero constituyendo en conjunto una trama de difícil penetración, una cantidad creciente de ligas, sociedades, organismos de beneficencia, fundaciones, "institutos" o "salas" hospitalarias, absorbían y aplicaban de manera irregular e inorgánica una masa de recursos también creciente, y que parecía cada vez más crítica.

La apelación a la *unidad de comando* cobra completo sentido cuando se recupera la asimilación generalizada del vocabulario militar en la lucha contra la epidemia. A lo largo de las primeras décadas del siglo, es la penosa situación de la sanidad interior la que estimula a flexibilizar la división entre jurisdicciones, a arbitrar acuerdos, a centralizar la elaboración de normas y la toma de decisiones, todo ello en mérito de la necesidad de defender la salud pública. También tempranamente se explicita la necesidad de sancionar un Código Sanitario, en procura de unificar la legislación orientada a combatir las enfermedades transmisibles.

Apta para significar la decisión de combatir bacilos y bacterias que amenazan el bienestar de la población, la expresión *unidad de comando* parece excesivamente fuerte cuando se trata de disciplinar los mecanismos internos de poder. Con ese objeto se comienza a hablar de *unificar* y *coordinar*.

Las propuestas legislativas

Buena parte de los proyectos orientados a la creación de un organismo nacional que tome a su cargo el ordenamiento de las cuestiones vinculadas a la salud pública, cuando se refieren al objetivo compartido de evitar la superposición de instituciones y la dispersión de recursos, hablan de *coordinación*. Coordinación entre autoridades nacionales y locales, coordinación de funciones, coordinación de la acción sanitaria con las provincias, municipios y entidades privadas, son algunas de las fórmulas utilizadas. Las instituciones afectadas, suele aclararse, se obligarán "a respetar y cumplir las orientaciones técnicas generales" emanadas del organismo de dirección (13).

El VI Congreso Nacional de Medicina, por su parte, en el voto relacionado con la Organización Sanitaria de la República, aprueba con carácter de impostergable necesidad "la unificación de las disposiciones sanitarias en una ley nacional" y la creación "de una dirección superior para orientar y coordinar la acción en forma concurrente y económica, sin perjuicio de mantener las autonomías debidamente justificadas" (14).

Esta posición flexible, orientada a ordenar el *statu quo*, levanta protestas. El sector médico gremial reclama la "unificación de todos los sistemas bajo una dirección técnica y administrativa única" (15). La propuesta de "oficialización" de la medicina, que se debate internamente a lo largo de la década de 1930, tiene el apoyo de la conducción del Colegio de Médicos en 1940. Para la misma época, el diputado socialista Spinetto la incorpora a su proyecto de "racionalización" de la sanidad nacional. El proyecto propone la *centralización y unificación* de la sanidad nacional "bajo la forma de un ente autárquico o autónomo, dirigido y controlado por el Estado, con representantes del cuerpo médico y farmacéutico en su di-

rección". Entre las conclusiones de la comisión encargada de su elaboración leemos: "Es de imprescindible necesidad [...] la inmediata centralización de todos los servicios médicos, dispersos en diversas reparticiones, y el control de todas las actividades médicas y sociales en una entidad directiva determinada" (16).¹²

Sin embargo, en este punto se introduce un elemento de confusión: aquellos que defienden esta unificación que podríamos llamar "dura", consistente no en la uniformidad de normas sino en el traspaso de los servicios mismos al Estado, también hablan de coordinación. Refiriéndose a la labor de la Comisión de Racionalización, Victorio Monteverde, presidente del Colegio de Médicos, comenta que su proyecto contemplaba "tres aspectos sumamente interesantes: el de la oficialización, el de la coordinación, y el de la racionalización" (17).

Reproduciendo la misma ambivalencia, el diputado Delacroix se pregunta: "¿Qué es lo que se pretende con la coordinación?" La respuesta que proporciona es relativamente compleja, pero podría ordenarse en la siguiente síntesis:

- centralización de la actual administración, dispersa en ministerios, oficinas municipales y de beneficencia;
- centralización de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento dispersos en los hospitales del municipio;
- centralización de la actividad de asistencia social, y
- compatibilización de las decisiones vinculadas a Obras Sanitarias, Higiene y Trabajo.

Finalmente, se retoma la idea: "claro que la coordinación sería progresiva", se dice: debería realizarse en un plazo de cinco años o más, para no provocar trastornos y de modo que puedan apreciarse sus beneficios (18).

Igual entusiasmo despierta dos años más tarde entre los médicos gremialistas el proyecto del diputado Pío Pandolfo, a cargo de la Comisión Especial de Código Sanitario de la respectiva Cámara. En ese momento ya estaba constituida la Federación Médica de la República Argentina, que manifiesta su satisfacción porque el proyecto significa la "coordinación y unificación de los servicios sanitarios de la República" (19).¹³

¹² La propuesta se precisa aún más entre algunos de los comentaristas del proyecto. "La solución surge clara: la medicina en manos del Estado y organizada en todo nuestro territorio: el profesional funcionario ejerciendo en los lugares donde haga falta, distribuido y pagado correctamente por el Estado." Se trata de soluciones ideales, se aclara, pero mientras se llegue a ellas, es indispensable la centralización de los servicios sanitarios (Tettamanti, Luis, "Racionalización de la sanidad nacional". Conferencia radiotelefónica transmitida el 16-XII-1940 y publicada en *Rev Col Med* IX (96): 39-42, diciembre de 1940, pág. 42).

¹³ "La ley proyectada contempla la unificación de las distintas reparticiones sanitarias dependientes unas de organismos ministeriales, otras de sociedades de beneficencia, otras de gobiernos provinciales, otras de gobiernos comunales y otras de organizaciones privadas; en su conjunto: un amplio panorama de significación sanitaria, complejo en su organización y anárquico en el desempeño y eficiencia. Todo esto la ley tiende a unificar: tiende a unificar, en consecuencia, orden y mayor rendimiento en el esfuerzo común." ("Federación Médica Gremial de la Capital Federal". *Rev Fed Med Rep Arg*, II (17): 21-22, octubre de 1942, pág. 21).

Unificación y coordinación se torna de este modo en una fórmula ambigua, que parece concitar consenso significativo pero oculta diferencias, a veces inconciliables, entre los términos de su aplicación efectiva.

Es lo que sucede con los grandes proyectos que se presentan al Parlamento durante esos años, que parecen suscitar un apoyo más o menos generalizado, obtienen repercusión en la prensa, pueden incluso ser dados a conocer con campañas radiotelefónicas o actos públicos, pero no llegan a sancionarse. Veamos algunos ejemplos.

El primero de ellos es el proyecto presentado a la Cámara de Senadores en 1934 por el presidente Justo a través de su ministro de Relaciones Exteriores, Carlos Saavedra Lamas. Su objetivo es regular las actividades de asistencia social a cargo del Estado y las entidades particulares, y establecer una legislación destinada a combatir las enfermedades endémicas e infectocontagiosas dándole carácter de Código Sanitario (20).¹⁴

La formulación del proyecto se presenta como resultado de la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social convocada por el Ministerio de Relaciones Exteriores de la Nación en el año 1933. El origen de la convocatoria puede parecer extraño si no se tiene en cuenta que dependían de ese Ministerio la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales y, a través de la Secretaría de Beneficencia y Culto, las actividades de atención médica y asistencia social llevadas a cabo por diferentes instituciones de origen privado, o paraestatal,¹⁵ como la Sociedad de Beneficencia de la Capital y sus equivalentes en el interior del país.

En la fundamentación del proyecto de ley se recuerda que corresponde al gobierno nacional, como autoridad suprema "ordenar y coordinar la acción privada y pública en esta materia" (21). El ordenamiento deber ser gradual, se afirma; sería "inútil creer que sea factible pasar inmediatamente del caos actual a la coordinación anhelada" (22).

El proyecto Saavedra Lamas reconoce a todos los habitantes de la Nación el derecho a la asistencia, pero expresamente señala que los deberes correspondientes no se atribuyen de forma exclusiva a los poderes públicos del Estado y al gobierno de la Nación. La subsidiaridad de la función estatal queda explícitamente consagrada cuando se afirma como principio que "el Estado estimula la acción privada y utiliza sus instituciones, desempeñando una misión de cooperación, principalmente bajo la forma de subsidios" (23). Su actividad, por consiguiente, debe considerarse complementaria de la iniciativa privada. De manera no necesariamente contradictoria, el artículo 43 establece la unidad de comando contra la tuberculosis, y el artículo 47 imprime la misma orientación a la acción contra la locura.¹⁶

¹⁴ Se trata de once capítulos dedicados a tuberculosis, enfermedades mentales, lepra, cáncer, paludismo, tracoma, anquilostomiasis, venéreas, cardíacas y "toda clase de enfermedades infectocontagiosas" (C.S.D.S., 1934, T. II, reunión 35ª, 28 de agosto: 916-945).

¹⁵ "Semipúblico", se dice en la fundamentación del Proyecto (C.D.D.S., 1934, reunión 35ª, 28 de agosto: 916-945, pág. 916).

¹⁶ "También en este terreno el comando único es de imperiosa necesidad para evitar la superposición de esfuerzos, orientaciones diferentes y algunas veces erróneas, y en muchas ocasiones, el pedido

Un segundo proyecto, apto para la comparación que proponemos, es el presentado por el diputado Gregorio Martínez en la respectiva Cámara, en el año 1936 (24). En él se propone la designación de una comisión de cinco miembros encargada de proyectar "la organización de los servicios sanitarios de la República sobre la base de la unificación y centralización de los mismos" (25).¹⁷ La clara formulación de este articulado no impide que la ambigüedad se instale a renglón seguido.

Cuando Martínez presenta su propuesta a la Cámara, cita entre sus antecedentes un decreto del 12 de enero de 1926 firmado por el presidente Alvear, en cuya fundamentación se señala: "para defender eficazmente la salud pública es indispensable una ley nacional de sanidad que fije una dirección central y establezca la coordinación perfecta entre autoridades nacionales y locales, fijando las normas y la orientación general de las medidas de higiene y policía sanitaria" (26).

"¿Qué se entiende por unificación?", se pregunta Martínez, e inmediatamente apela a la autoridad contenida en la expresión: "Esta palabra, como la de centralización, ha sido empleada en todas las convenciones sanitarias de los últimos años, inclusive en la convención sanitaria que se reúne periódicamente bajo el auspicio de la Sociedad de las Naciones, en Ginebra" (27). La aclaración sirve sin duda para otorgar prestigio a la idea, pero no resuelve el problema de su significado.

Por último, disponemos de la discusión motivada por el proyecto de creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, defendido por Alfredo Palacios en setiembre de 1942 (28). "La centralización de los servicios sanitarios", afirma el senador Cossio, "significa [...] la creación de un organismo con funciones propias y autónomo, y que, en mérito a esto, pueda coordinar la acción de otros que, por pertenecer a gobiernos provinciales, municipales o sociedades benéficas, no podrían ser incluidos en este comando único" (29).

El artículo 19 del proyecto establecía la transferencia a la nueva Dirección de todos los servicios médicos, sanitarios o de asistencia social existentes, con excepción de los pertenecientes a reparticiones autárquicas. "Es con todos los organismos sanitarios ordenados bajo una sola dirección como tomará forma este nuevo cuerpo coordinador", aclara su proponente (30).

El presidente de la Federación Médica de la República Argentina, cuya opinión sobre el proyecto ha solicitado la Cámara, pregunta si quedan excluidas de la unificación programada las instituciones pertenecientes a la Sociedad de Beneficencia. "Gobernar es transigir", responde Palacios (31).

La Federación Médica no acuerda con esa máxima. En un memorial elevado a

del aporte privado. De consiguiente, el Poder Ejecutivo se limita a requerir del Honorable Congreso los medios y la autorización legal para organizar administrativamente un plan único de asistencia médica y social a los alterados mentales y sus congéneres, los toxicómanos y alcoholistas, así como para retardados, para coordinar sus métodos con los de las provincias, para crear patronatos de los alienados indigentes y fundar establecimientos para la educación de los retardados curables." (*Idem*, pág. 932).

¹⁷ Refiriéndose a las múltiples iniciativas presentadas en el Parlamento para llevar adelante medidas de protección de la salud, Martínez se lamenta por la falta de "la acción coordinada, la acción de unidad, y lo que es más notorio de observar, la unidad de mando en un organismo susceptible de dirigirlas y aplicarlas" (C.D.D.S., año 1936, T. IV, reunión 34^a, 6 de noviembre:596-614, págs. 601-602).

la Cámara con fecha 2 de setiembre, considera como uno de los puntos fundamentales que debe tener en cuenta todo proyecto que procure la mejor organización sanitaria del país "establecer en forma imperativa la unificación de elementos asistenciales y de previsión en la Capital Federal y Territorios Nacionales" (32).

DIFERENTES MANERAS DE PENSAR LA COORDINACION

La doctrina parece clara en la formulación de Palacios: unificación de los servicios existentes a nivel nacional, coordinación con los otros "poderes" internos: gobiernos provinciales, municipios, entidades paraestatales y privadas con cuotas de poder que es necesario respetar.

¿Es esa la explicación de la aparente ambigüedad o las supuestas contradicciones inherentes a la fórmula "unificación y coordinación"? ¿Se trata simplemente de que para algunos es legítimo excluir de la unificación —y por lo tanto coordinar— las instituciones provinciales y municipales, y otros consideran necesario coordinar también la acción de las instituciones paraestatales y privadas, ya sea que lo estimen conveniente o, simplemente, inevitable?

El problema es más complejo. La expresión coordinar tiene en estos años por lo menos dos significados completamente diferentes de lo que podríamos llamar "la compatibilización de poderes internos".

El primero de estos significados remite a la distribución espacial de los servicios y a su organización funcional.

Esta manera de entender la coordinación es frecuente en las publicaciones gremiales sobre organización del sistema de atención médica, en las que comienza a hablarse de *planificación* de la distribución de los servicios. Puede remitir a evitar la superposición de instituciones de atención en algunas áreas de la Capital Federal en razón de decisiones autónomas de diferentes jurisdicciones, o puede ir más allá y referirse a una concepción que correspondería al concepto moderno de regionalización: vinculación de servicios de diferente nivel de complejidad en una red alimentada por mecanismos de derivación; núcleos primarios, núcleos de zona, núcleos regionales y núcleos centrales, propone, por ejemplo, la Federación Médica de la República Argentina en 1942. En el mismo año, la Agrupación Médica Platense reclama para la provincia de Buenos Aires la organización de unidades sanitarias (que entiende como centros de higiene, centros de salud, estaciones sanitarias, etc.) "en cadena con todos los servicios de evacuación hasta llegar a los institutos de investigación y especialización" (33).

Un segundo sentido otorgado a la expresión coordinar remite a las maneras de plantear la relación entre atención médica y asistencia social. Palacios habla de un *doble comando* que actúa en forma desarticulada y por lo tanto ineficiente: por un lado el ejercicio de la higiene —profilaxis— y por el otro el tratamiento —asistencia social—; el primero a cargo del Departamento Nacional de Higiene, el segundo en manos de Relaciones Exteriores (34).

Esta perspectiva supone concebir los servicios de atención médica como una de las expresiones de la asistencia social. La coordinación se referiría, en este caso, a

la articulación de las medidas preventivas —profilaxis, higiene— con aquellas orientadas a la atención de la enfermedad, la invalidez, las situaciones de carencia.

La asimilación de atención médica y asistencia social, cuando la primera es otorgada por el Estado en forma gratuita a la población indigente, aparece como una concepción de aceptación generalizada en los textos de la época. En el mismo sentido es tomada por Martínez en su proyecto y por Saavedra Lamas en el suyo. La requerida unidad de acción entre profilaxis y tratamiento comienza a dar contenido a expresiones como Higiene Social y Medicina Social.

Sin embargo, la asistencia social en sí misma es una de las materias objeto de reelaboración conceptual en los años que nos ocupan, y paulatinamente comienza a cobrar contenidos que la diferencian, otorgándole un perfil propio.

TRANSFORMACIONES DE LA CONCEPCION DE LA ASISTENCIA/SERVICIO SOCIAL

El proyecto Saavedra Lamas considera la asistencia como una práctica social orientada a aliviar situaciones de carencia con actividades dirigidas específicamente a los individuos afectados, es decir, prácticas que se ejercen sobre el daño ya producido.

El artículo 1º es explícito al respecto: el derecho a solicitar socorro gratuito se reconoce a todo habitante que se encuentre en situación de "desamparo", ocasionado por "abandono en la menor edad, desocupación, enfermedad, invalidez y vejez" (35).¹⁸

Araoz Alfaro, por su parte, introduce lo que considera un concepto "moderno" de servicio social. La expresión misma, afirma, no es entendida por todos de la misma manera. Por ello, en la Primera Conferencia Internacional de Servicio Social, reunida en París en 1928, se insistió en la necesidad de precisar su sentido, proponiéndose la siguiente definición:

La expresión servicio social comprende todo esfuerzo tendiente a aliviar los sufrimientos provenientes de la miseria, a volver a colocar los individuos y familias en las condiciones normales de existencia, a prevenir los flagelos sociales, a mejorar las condiciones sociales y a elevar el nivel de la existencia, sea por el servicio social de los casos individuales, sea por los servicios sociales colectivos, sea por la acción legislativa y administrativa de la colectividad, sea, en fin, por las investigaciones y encuestas sociales (36).

La definición no satisface al sanitarista argentino, que la considera demasiado comprensiva en tanto involucra a leyes y reglamentos administrativos y, sin embargo, no tiene en cuenta el concepto de "enfermedad", de tanta importancia en la génesis de los sufrimientos provenientes de la miseria.

¹⁸ El artículo 7º determina explícitamente quiénes no tienen derecho a recibir asistencia: todos aquellos cuyos recursos se reputen suficientes para subvenir sus necesidades; quienes tienen derecho a exigir prestación de alimentos a sus parientes; los que tienen contratado un seguro voluntario que cubra el riesgo específico motivo de la prestación, etcétera.

Los ejemplos que propone dan pie para considerar que él también piensa exclusivamente en acciones aplicadas sobre individuos, y hace descansar la "modernidad" del concepto en el abandono de la idea de caridad y la introducción de la función técnico-profesional del asistente.

Menciona en su artículo la concepción dominante en la Escuela de Servicio Social de Chile, que refuerza en su definición operativa la idea de asistencia individual aplicada a un caso, con un lenguaje que la asimila prácticamente al tratamiento médico de la enfermedad:

Tratamiento individual de cada caso, estudio de las causas que originan la necesidad y aplicación de los remedios eficaces. La visitadora social, como el médico, debe investigar bien cada caso para establecer su diagnóstico y aplicar el tratamiento (37).

La terapia prescrita constituye, en la mayoría de las situaciones, una actividad educativa y de apoyo que procura mejorar el manejo de las condiciones materiales de vida del individuo o la familia afectados.

Aun dentro de esta concepción de intervención sobre los individuos o sus familias, progresivamente se van independizando los conceptos de asistencia médica y asistencia social. La acción de la visitadora o asistente social continúa la del médico en el seguimiento del problema en el interior del hogar del asistido. La incorporación de servicios de asistencia social a maternidades y dispensarios para tuberculosos se ve prolongada en servicios sociales hospitalarios dedicados a las más diversas especialidades (asistencia al cardíaco, canceroso, o sifilítico, atención de inválidos, alcohólicos y toxicómanos, etc.) y en instituciones de sanidad escolar.

Es preciso, se afirma, que haya detrás del médico un ejército de enfermeras, de visitadoras, de educadores, de especialistas técnicos en ciencias médicas y pedagógicas... La asistencia social, aun diferenciada de la función estrictamente médica, encuentra su objeto en el consultorio y actúa sobre el daño ya producido.

Diez años más tarde, Jacobo Spangenberg, introduciendo el modelo estadounidense, incorpora los aspectos preventivos. No habla de asistente social sino de *nurse* sanitaria, pero parece indudable que la función es la misma: introducirse en el seno de una familia, averiguar si el padre es sano o enfermo, si el embarazo de la madre es normal o patológico, cuáles son las condiciones económicas del hogar que forman, si los niños están bien nutridos, etc., en resumen, aconsejar al padre, orientar a la madre y cuidar especialmente de los niños (38).

Paréceme mantenerse todavía una brecha conceptual significativa con aquellas posiciones que identifican una auténtica profilaxis de la enfermedad con la mejora de las condiciones de vida de los sectores populares: alimentación, vivienda, trabajo. Sin embargo, algunas voces relativamente aisladas comienzan a defender este tipo de abordaje. Se habla de organización de comedores escolares, de planes de vivienda, se argumenta que el problema sobrepasa las dimensiones del sector y no es solo técnico, sino también político.

Alguna perspectiva precursora llega incluso a asimilar asistencia y previsión social, cuando esta última no se deja en manos de instituciones privadas y es to-

mada a cargo por el Estado. En 1932, Germinal Rodríguez presenta al I Congreso Nacional del Servicio Social de la Infancia dos comunicaciones muy significativas a este respecto. Una defiende los subsidios familiares acercándose al concepto de asistencia adecuada a la necesidad y separándose al mismo tiempo de la idea de solucionar situaciones individuales en las que el daño ya se ha producido. La segunda, al proponer un seguro de maternidad, unifica asistencia, previsión y cobertura de atención médica, en una visión integradora que constituye una superación en términos conceptuales de los abordajes más generalizados del problema (39).

INTENTO DE APLICACION DE UN NUEVO MODELO:
LA REORGANIZACION SANITARIA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

El análisis de la legislación sanitaria aprobada en la Provincia de Santa Fe entre 1932 y 1943, y los cambios institucionales que son su consecuencia o la completan, puede ser un buen "estudio de caso" destinado a verificar el peso de nuevas orientaciones en la concepción general de las políticas de salud pública en el país. En paralelo, algunas de las reacciones que esa legislación provoca entre diferentes "poderes internos" puede servir para formular hipótesis provisionales sobre la viabilidad de los cambios que se proponen.

Si nos atenemos al diagnóstico que se formula en la Cámara de Diputados de la Provincia en 1932 (40), la situación sanitaria santafesina reproduce, tal vez en tonos menores, las condiciones generales dominantes en ese momento en el país: solo en las grandes ciudades existe una organización destinada a controlar las posibles amenazas a la salud pública, la regulación del ejercicio profesional no se adecua a las necesidades derivadas de las transformaciones en la práctica médica y farmacéutica, no hay estadísticas confiables en relación con la distribución de las principales endemias, los conflictos jurisdiccionales obstaculizan cualquier acción eficaz ante posibles epidemias.

En la fundamentación de la que sería la ley de sanidad de la Provincia (Nº 2287/1932) las dificultades se relacionan con la inoperancia del Consejo de Higiene provincial, cuya acción se ve obstaculizada por falta de atribuciones para actuar en el interior de las jurisdicciones comunales, conflictos de competencia, falta de recursos. Por su parte, las municipalidades y comisiones de fomento, cuya autonomía en materia de sanidad sanciona la respectiva ley orgánica, tampoco pueden cumplimentar su función por falta de recursos técnicos y materiales.

El nuevo organismo creado por la ley, la Dirección General de Higiene, se inscribe bajo las palabras de orden del momento: *centralización, cabeza única, plan*. En lo que se refiere a la salud pública, se afirma, la legislación moderna está en franca tendencia hacia la unidad. Si el derecho político puede sostener a ultranza las autonomías, es necesario tener en cuenta que "las pestes" no reconocen límites por jurisdicción (41).¹⁹

¹⁹ Por la constitución provincial de 1921 los municipios de primera categoría (Santa Fe y Rosario) tenían facultad para dictar sus propias cartas constituyentes, en las que se reservaban el poder de poli-

A la Dirección General de Higiene se le atribuyen amplias facultades, de manera que su papel puede equipararse al de un ministro del Ejecutivo sin cartera, según la expresión de su proponente, que goza de atribuciones concurrentes con las de municipalidades y comisiones de fomento.

Entre las dificultades cuya importancia se recalca por suponer la inclusión de temáticas nuevas en el campo sanitario figuran la protección de la infancia, la regulación y control de la venta de sustancias tóxicas, y la inspección de instituciones de atención médica, tanto privadas como de beneficencia.

También se avanza sobre planes para el futuro: creación de una red de estaciones sanitarias y hospitales regionales, acopio de información sanitaria, ampliación de la jurisdicción de manera que integre las cuestiones relacionadas con condiciones del medio ambiente de trabajo.²⁰

Tras el interregno que significó la intervención del gobierno central a la administración demoprogresista de la provincia (1935-1937), en 1938 se dicta la ley n° 2608, de Asistencia Hospitalaria y Social, que es, en realidad, un plan de construcción de hospitales conforme con criterios de regionalización y diferenciación por niveles de complejidad. La misma ley instituye la Comisión de Hospitales y Asistencia Social, a la que responsabiliza por el cumplimiento de dicho plan.

Un año más tarde, en octubre de 1939, se discute en la Legislatura santafesina la creación del Departamento de Salud Pública de la Provincia, poniéndolo como "el organismo técnico-administrativo más elevado en lo que se refiere a la dirección y control de la higiene pública, previsión de las enfermedades y asistencia médico social" (ley n° 2858/1939, art. 1°). La consideración del proyecto actualiza en ambas cámaras el debate abierto en la sanidad argentina en torno a las propuestas de *unificación y coordinación*.

El diagnóstico tiene, nuevamente, aceptación generalizada. "La falta de cohesión, la dispersión de energías, exige multiplicación de esfuerzos y no permite obtener de la atención que se presta, la eficiencia deseada" (42). Se repiten también

cía sanitaria (Provincia de Santa Fe, Cámara de Diputados, Diario de Sesiones, año 1932, T. II, 48ª sesión ordinaria, octubre 21:1471-1487, pág. 1473). El proyecto, en su redacción original, limitaba las atribuciones de la Dirección General de Higiene a los municipios de segunda y tercera categoría. Sin embargo, la ley finalmente sancionada no establece diferencias. Según su artículo 6° la Dirección General de Higiene "interviene por autoridad propia en toda cuestión que afecte la higiene pública de las Municipalidades y Comisiones de Fomento" (Provincia de Santa Fe, *Boletín Oficial*, año XV, N° 4321, 30 de diciembre de 1932).

²⁰ El concepto se actualiza en el Congreso de Sanidad realizado en 1939: "En este terreno hay que sobrepasar el accidente e ir a la salud del obrero, vigilancia de su salud en el trabajo, lo mismo se trate de problemas ambientales, luz mala, calor o frío excesivo, humedad alta, peligro de traumatismo, venenos, ruidos, etc., que de la fatiga, horas de labor, salud mental, enfermedades contagiosas, etc. Nuestro problema concreto es mejorar las condiciones del trabajo en la provincia. Suprimir el trabajo de los niños y ciertas ocupaciones de las mujeres. Mejorar el medio ambiente, higiene industrial bien controlada, prevención de accidentes de trabajo, prevención de enfermedades profesionales, ventilación, captación de polvos, alimentación reparadora, etc., en dos palabras: organización médica de la higiene industrial." (Lazarte, Juan, Bases de una organización y plan de coordinación para el contralor de la salud pública en la Provincia de Santa Fe, en Congreso de Sanidad de la provincia de Santa Fe, *Trabajos*, 12-15 de agosto de 1939, Rosario, Editorial Ruiz, 1940:61-149, pág.131.)

los reconocimientos a la acción de las entidades de beneficencia y la necesidad de permitirles mantener su independencia. En algún caso, el mismo reconocimiento aparece matizado por la idea de una necesaria preparación técnica para dar cuenta de una función crecientemente especializada.²¹

Una novedad en el vocabulario sanitario de uso generalizado es la introducción de la denominación "centros de salud". Más innovadora aún es la concepción que reúne en estos centros las funciones tradicionalmente separadas de atención de la enfermedad y acciones sobre el medio: higiene ambiental, higiene individual y social, lucha contra las enfermedades sociales y educación sanitaria (43).

La misma orientación defiende Lazarte en el Congreso de Sanidad de 1939:

Por unidad sanitaria se sobreentiende un organismo que constituye un departamento de sanidad completo, es decir, que centraliza, coordina y coloca bajo una sola dirección a todas las obras de Sanidad y muchas veces la asistencia pública de una localidad; en otras palabras, por un lado descentraliza la Sanidad (sacándola de la Capital o gran núcleo de población) para distribuirla mejor y llevarla a todas las zonas del país, y por otro lado, centraliza las obras en aras de la eficiencia y la economía (44).

La obra de reforma de la sanidad santafesina se consolida en 1941 con la creación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo.

En su organización interna se diferencian dos grandes áreas: los problemas relacionados con la salud pública y la asistencia social están a cargo del Consejo General de Sanidad, los vinculados con el trabajo y la producción, corresponden al Consejo Nacional de Economía (45).

El primer titular de esa compleja repartición fue Abelardo Yrigoyen Freyre, quien, a poco de asumir sus funciones, sintetiza su programa de gobierno en una conferencia pronunciada en la sede de la Federación Médica de la República Argentina. Su contenido puede pensarse como una especie de "puesta al día" del pensamiento sanitario más avanzado en relación con la fundamentación atribuida a las políticas de salud y bienestar.

La propuesta de una organización sanitaria integral; la consideración del carácter social de la enfermedad y su íntima vinculación con los problemas de la comunidad, económicos, sociales, políticos y educacionales; el abordaje de la higiene pública y la medicina social como importantes funciones de gobierno; la posibilidad de pensar la salud como el primer eslabón de una cadena que pasando por el trabajo conduce al bienestar, sin olvidar que también puede plantearse una dinámica inversa en la que el bienestar y el trabajo constituyen condiciones indispensables para garantizar el derecho a la salud, son los temas que el ministro santafesino recoge para orientar su futura labor.

²¹ "Serían pocas todas las palabras que se pronunciasen elogiando esta actitud nobilísima. Pero, señores senadores, no se puede exigir a estas instituciones de tanto mérito que den más de lo que pueden dar. No se les puede pedir que tengan la preparación técnica necesaria como para dirigir con éxito todos los organismos de la salud pública. No se les puede pedir tampoco que resuelvan problemas complejos de sanidad para los cuales toda la ciencia de los especializados ha sido poca en relación a la inmensa tarea que tienen que desempeñar." (Provincia de Santa Fe, Cámara de Senadores, Diario de Sesiones, año 1939, 8ª sesión extraordinaria, octubre 13:824-839, pág. 828.)

Aparece también en su discurso una temática que se reproducirá más tarde en escenarios de orden nacional: los factores extrasectoriales de enfermedad, tales como la alimentación, el trabajo, la vivienda, el medio, constituyen también un campo de abordaje *técnico y especializado* que se integra en la órbita de acción de la medicina (46).

La obra realizada en el ámbito santafesino, primero por el Departamento de Salud Pública, luego por el Ministerio de Trabajo y Salud, se reconoce como fértil. En los años que corren entre el censo hospitalario de 1936 y el realizado en 1945, el número de hospitales en la provincia pasó de 43 a 114, y las camas de 4667 a 6700. El primer plan de construcciones hospitalarias concretado en la ley 2608 fue reemplazado por otro que puso el acento en la construcción de pequeños hospitales rurales. De los 62 presupuestados se construyeron 58, 32 de ellos se habilitaron antes del golpe de junio de 1943 y los restantes entre esa fecha y 1945.

La expansión de la capacidad instalada hospitalaria incluyó también el aumento del número de camas del hospital Iturraspe, en Santa Fe, la construcción del Hospital Freyre en Rosario, de la colonia psiquiátrica de Oliveros, y hospitales zonales en Firmat, Tostado y Barracas. También se habilitaron en pequeñas ciudades del interior de la provincia 31 dispensarios polivalentes y tres anticomatosos. La onda expansiva se prolonga a lo largo del gobierno peronista a partir de 1946 y Santa Fe llega a 1951 con 11 107 camas hospitalarias (47).

En 1945 los funcionarios de la sanidad santafesina no señalan rupturas que diferencien su obra de la de sus predecesores, como suele ser frecuente a nivel nacional. No se reivindica una "revolución" en la salud pública asociada con el gobierno militar. Por el contrario, se destaca la continuidad de programa y realizaciones: "la obra, grandiosa, iniciada en 1925, enriquecida y perfeccionada en 1942, debe seguir sin tregua hasta completarse [...] En esa senda hermosa marcha, a pie firme, el actual gobierno de Santa Fe", se afirma en un acto oficial realizado en la Colonia de Oliveros, al ponerse la piedra fundamental del pabellón de menores oligofrénicos (48).

LA DOCTRINA ANTIINTERVENCIONISTA

El debate producido en la Cámara de Diputados de Santa Fe en ocasión de sancionarse la que sería ley n° 2858 de 1939, nos proporciona la posibilidad de acceder a una versión relativamente amplia de la concepción antiintervencionista, poco explicitada en otros ámbitos de debate. Esta concepción, que se manifiesta puntualmente a través de artículos periodísticos relacionados con problemas específicos, o en observaciones precisas al articulado de diferentes leyes, prácticamente no se desarrolla en la literatura médica de la época, y solo fragmentariamente en el debate parlamentario.

Esta situación merece seguramente una reflexión más profunda. ¿Se trata de un retroceso ante el avance de la propuesta de ampliación del aparato estatal, de mayor intervención, de mayor protagonismo para sus instituciones? ¿O lo que sucede es que las instancias de poder que la sustentan tienen otras esferas de intervención, en los márgenes del espacio público? Por ahora solo podemos dejar planteado el interrogante, y aprovechar la posibilidad que nos brinda la intervención de los di-

putados Dabat, Herren y Soler, en torno al problema de la "unificación y coordinación" de la atención en la Provincia de Santa Fe (49).

Una síntesis más o menos ordenada de los argumentos vertidos podría ser la siguiente:

- Se habla de unificación en el aspecto técnico y coordinación de los servicios; sin embargo, tal como la coordinación se plantea, se trata realmente de unificación, es decir absorción (50).
 - El respeto de la libertad individual y del derecho municipal son principios fundamentales de la democracia; si, con la excusa de leyes técnicas, se lesionan esos derechos, puede caerse en la peligrosa pendiente del sistema totalitario (51).
 - El individuo es anterior al Estado y tiene funciones personales y sociales que cumplir, inalienables e inexcusables; el Estado no debe anular la iniciativa privada, sino descubrirla, estimularla y desarrollarla (52).
 - Existe un precedente en materia educativa: se ha impedido el desarrollo de la iniciativa privada y se ha querido, por medio de la enseñanza, plasmar las conciencias en determinada orientación; como consecuencia, no se ha podido erradicar el analfabetismo (53).
 - La posible absorción de los servicios por el Estado desalentará la actividad profesional privada: perderá todo estímulo la actividad científica. "Nunca ningún sabio ha hecho sus descubrimientos en los institutos del Estado, sino en los hospitales y clínicas particulares que los acogen" (54).
 - La actividad mutualista también se verá desalentada.
 - Toda actividad en manos del Estado resulta más onerosa que si se encarga de ella la iniciativa privada.
 - No se debe negar a la población el derecho a cuidar por sí misma su salud; nadie cuidará la salud de un hogar como los que viven en él; lo mismo sucede con las pequeñas comunas y los municipios (55).
 - Falta información para una reforma como la que se propone; es necesario previamente un estudio exhaustivo del movimiento demográfico: composición y distribución de la población.
 - Se carece de personal técnico especializado.
 - Se discrimina a la ciudad de Rosario, que contribuye con el 60% a la formación del tesoro provincial. Por cada 100 pesos de impuestos pagados por los habitantes de Rosario, reciben en servicios nacionales, provinciales y municipales solo 61.
- Esta perspectiva antiintervencionista, que por un prurito de precisión conceptual nos negamos a designar de forma simplista como "liberal", tiene manifestaciones aisladas, esporádicas, pero relativamente fuertes en la prensa santafesina a lo largo de la década del treinta, a través del cuestionamiento de los intentos de regulación de actividades vinculadas a la atención de salud.
- Basada sobre todo en la defensa de las libertades individuales y, muy especialmente, en el estímulo a la iniciativa privada orientada por una operatoria de mercado, esta concepción descansa doctrinariamente en el supuesto de la inexistencia de valores sociales superiores a los derechos del individuo. A lo largo de los años treinta actúan como emergentes de su explicitación en el ámbito público santafesino dos situaciones de diferente signo.

La primera de ellas se vincula a la sanción, en 1932, de la ley N° 2287 que crea, en cada una de las circunscripciones en las que se divide la provincia, un Consejo Médico encargado de la regulación de las actividades vinculadas a la práctica médica. Esos consejos inician una campaña dirigida, entre otras cosas, a terminar con lo que se consideraba modalidades abusivas de la publicidad de especialidades medicinales, con lo cual se ven afectados la actividad farmacéutica y los intereses de los productores de medicamentos.

No se trata, pues, solo de un aumento de la intervención estatal en la regulación de la actividad privada; mucho más irritante parece ser el hecho de la delegación del poder regulador en un organismo no estatal que es considerado emanación directa del gremio médico (56).

En 1935 se invierte el balance de poder, de manera que quienes abogaban por la derogación de la ley N° 2287, y en particular de su artículo 34,²² consideran llegada la oportunidad de redoblar la presión en tal sentido. El gobierno de la Nación interviene la provincia, y se deroga la Constitución votada en 1921, considerada como fundamento institucional de la delegación a las corporaciones profesionales de poderes regulatorios sobre su actividad.

La polémica se enciende en la prensa santafesina a un ritmo seguramente estimulado por acontecimientos políticos en los que no hemos profundizado, y da lugar a la confrontación de ideas en torno a cuestiones vinculadas a la libertad de prensa y de comercio (57).

Esta emergencia esporádica, condicionada por factores institucionales y políticos, de una perspectiva doctrinaria en aparente retroceso, permite imaginar una actitud defensiva, un juego de presiones que aprovecha determinadas coyunturas, y que solo de manera fragmentaria y circunstancial llega a la opinión pública.

LA PERSPECTIVA DESCENTRALIZADORA

Formulada conceptualmente en términos independientes de la propuesta no intervencionista, la perspectiva descentralizadora tiene también escasa difusión. Sus manifestaciones, además, no conforman un cuerpo conceptual unitario, basándose en algunos casos en la defensa de las autonomías provinciales, y en otros en una perspectiva antiburocrática.

Este tipo de apelación, que pone el acento en la pesada burocracia a que da origen la intervención centralizadora del Estado, tiene mucha fuerza en la bancada socialista en los años treinta. Parte de esta demanda descentralizadora se asocia a la propuesta de creación de entidades "autónomas", con funciones específicas, en condiciones de manejar su propio presupuesto. En el Concejo Deliberante de Buenos Aires los socialistas lideran las demandas por otorgar ese carácter a la Asistencia Pública, y en 1934 logran la sanción de una ordenanza en ese sentido, que sería vetada por el Ejecutivo Municipal.

²² El artículo 34 establecía: "Los anuncios, por cualquier medio, relacionados con el arte de curar, serán previamente autorizados para su publicación por el Consejo Médico. La infracción será penada con 100 o 200 pesos de multa."

También un sector del movimiento mutualista aparece orientado hacia posiciones que rechazan la intervención del Estado y tejen la aninomia autonomía/burocratización. En la revista *La Mutualidad* (58) el precedente es sin duda la doctrina socialista; en otros casos se transparenta una perspectiva no intervencionista basada en la primacía de la iniciativa privada, o bien en concepciones que rechazan la vigencia de cualquier valor superior al interés del individuo o grupo.

La perspectiva más elaborada de descentralización basada en una apelación antiburocrática es la que desarrolla Juan Lazarte en varios trabajos escritos en los comienzos de los años cuarenta. En ellos invita a romper con lo que caracteriza como una "corriente ingenua de centralismo estatal" (59), defendiendo la capacidad de decidir de las comunidades locales en función del mejor conocimiento de los problemas y la mayor comprensión de las necesidades. Se opone a los planes centralizadores cuyos mejores ejemplos encuentra en los regímenes fascistas y comunistas.²³ No defiende sin embargo la anarquía; por el contrario, aborda con verdadera preocupación de organizador los problemas intrínsecos al establecimiento de formas eficaces de coordinación.²⁴

La oposición a la descentralización basada en la reivindicación federalista tiene como uno de sus principales expositores a Nerio Rojas. El argumento se desarrolla con referencia a la discusión en la Cámara de leyes que apelan a razones de interés nacional para otorgar a las autoridades nacionales prerrogativas que la Constitución Nacional concede explícitamente a los gobiernos locales.

El mensaje es claro: "Hoy la centralización política, demográfica, económica y cultural es uno de los peores males del país [...] la temible 'razón de estado' [...] siempre resulta subversiva" (60).

Rojas connota negativamente el proceso que va desde la sanción de la ley de profilaxis antipalúdica y la discusión de leyes como la de profilaxis antivenérea (luego 12 331) y Código Sanitario. Se trata de treinta años a lo largo de los cuales se han ido perdiendo la sensibilidad federal y las convicciones constitucionales. El federalismo se fue desvirtuando a partir de la injusticia radicada en la existencia de "provincias pobres". Pero el argumento es falso, afirma: no hay mucha diferencias en cuanto a condiciones sanitarias entre los territorios nacionales y las provincias vecinas, como Chaco y Santiago del Estero o La Pampa y Córdoba.

La defensa del federalismo no encuentra con facilidad aliados a lo largo de los años treinta; será, sin embargo, uno de los aglutinantes de la oposición en materia de salud pública bajo el gobierno peronista.

²³ "Conviene que sepamos de una vez por todas, que ya no es el Estado liberal el que se nos presenta, sino un Estado dictatorial, que para unos es el fascismo y para otros el aparato de una burocracia terrible e intolerante, que dirá defender tal o cual cosa, pero que se defenderá a sí misma, su aumento y sus privilegios." (Lazarte, Juan. *Problemas de medicina social*. Buenos Aires, Editorial Americalec, 1943, pág. 105.)

²⁴ La propuesta se basa en "una dirección de Sanidad, Asistencia y Previsión Sociales, con autonomía técnica, administrativa y financiera, capaz de coordinar debidamente los servicios públicos federales, provinciales, municipales y de beneficencia privada, y de crear y mantener con unidad de orientación general, pero de acuerdo con las necesidades y características regionales, la salud y el vigor de los habitantes" (el subrayado es nuestro [S.B.]) (Lazarte, Juan. *La coordinación de la medicina en la provincia de Santa Fe*. Rosario, Ed. Ruiz, 1940, pág. 116).

DIFICULTADES EN LA AFIRMACION DE UNA DOCTRINA Y UNA LEGISLACION

Esta somera y seguramente incompleta revisión de algunas de las representaciones colectivas asociadas a la salud-enfermedad y sus instituciones da lugar a la formulación de posibles hipótesis explicativas de la relativa parálisis del sector.

Aunque la atención médica y la asistencia y previsión social constituyen sin duda en estos años cuestiones socialmente relevantes, no se llega a formular una doctrina de aceptación generalizada que oriente la intervención del Estado —reclamada desde múltiples sectores— y la legislación que se aprueba no tiene aplicación efectiva.

En lo relacionado con la formulación de una doctrina sanitaria relativamente coherente, las razones de la manifiesta dificultad pueden pensarse desde el interior del sector, o buscarse en la dinámica social que le es externa.

En lo referente al interior del sector, puede pensarse que su campo se amplía, de manera gradual e inclusiva en un primer momento, para luego colmarse con significaciones vinculadas a la crisis, las necesidades insatisfechas, la amenaza de un posible caos. Esa apertura de la problematización del campo intelectual correspondiente al pensamiento sanitario se produce en las condiciones de relativa fragmentación y aislamiento que caracterizan a la situación anterior. Los problemas de atención médica se piensan en determinados escenarios, los de previsión en otros, la asistencia social comienza a desarrollar una esfera que le es propia, la salud-enfermedad colectiva es ordenada desde diferentes posibilidades de intervención, organizando "comandos" relativamente autónomos para la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la atención materno-infantil.

La perspectiva de los diferentes actores queda sesgada por las respectivas visiones de la crisis como amenaza a situaciones y derechos adquiridos. El carácter inédito de la situación convierte cualquier movimiento en una jugada de riesgo: no hay antecedentes confiables que garanticen consecuencias previsibles. Todo el que se ubica en una relativa situación de poder se convierte en defensor del *statu quo*; no hay perspectivas futuras que alienten a arriesgar posiciones ganadas.

Por otra parte, no hay duda de que el sector salud aparece penetrado por cuestiones que lo desbordan. Ha dejado de ser un lugar ordenado por lo técnico para pasar a ser uno de los posibles ejes del conflicto sociopolítico. Los sectores populares pueden ser vistos como masas que es necesario disciplinar, o como el fundamento de la prosperidad futura, pero ya no pueden ser ignorados, ni fragmentados a partir de orientaciones individual-biologistas que, aunque sobreviven, son de manera cada vez más notoria insuficientes para orientar la comprensión de los procesos de salud-enfermedad o el diseño de las estrategias de intervención.

La problemática extrasectorial en la que se inscribe la salud tampoco presenta opciones nítidas: la intervención del Estado en materia económica, la modalidades de la industrialización, la recomposición de un sistema político que ha perdido credibilidad, la supuesta necesidad de integrarse a "bloques" ideológico-políticos antagónicos —comunismo o fascismo, "aliados" o "potencias del Eje"— son temas de debate, que muestran que la "crisis de orientación" de la que habla el concejal Rubinstein excede claramente las dimensiones del sector.

La falta de una propuesta con potencialidad hegemónica define el conflicto en

la formulación de las políticas de salud y atención médica, del mismo modo que explicita las dificultades para asegurar un nuevo pacto de dominación en la sociedad que las reclama.

La conceptualización referida a salud-enfermedad tiene un primer clivaje fuerte entre partidarios y oponentes de la intervención estatal. Para estos últimos, la presencia subsidiaria del Estado en la asistencia al desvalido se basa en cuestiones trascendentes de orden social y es una de las funciones del poder público, pero no necesariamente debe ser efectivizada de manera directa.

El conflicto se denota cuando el Estado pretende regular la actividad privada o reemplazarla. En este caso, tanto el orden jurídico —corporizado en la Constitución, que garantice las libertades individuales— como el orden económico —la iniciativa privada, auténtico fundamento del bienestar— ven sus cimientos conmovidos.

Como ya señalamos, esta perspectiva tiene escasa explicitación en la temática de salud en los años treinta, aunque se expresa con mucha fuerza en ocasión de algunos conflictos. Raramente entra en el debate abierto; es posible pensar que su fortaleza radica más en resistir los cambios desde determinadas esferas de poder que en debatir sobre su necesidad u orientación.

Por consiguiente, si la explicación de la falta de operatividad del sector, de su cuestionamiento en suma, no radica en el enfrentamiento abierto entre intervencionistas y antiintervencionistas, habría que pensar en un segundo nivel de conflictividad que corta de manera irregular al grupo de los que reclaman una mayor presencia ordenadora del poder político.

Tales perspectivas encontradas suelen explicitarse en la discusión en las Cámaras. La feliz expresión de Palacios: "Gobernar es transigir", si bien referida en su momento a lo que hemos llamado "poderes internos", también se aplica a las diferentes propuestas explicitadas en el debate parlamentario. La transacción parece ser moneda corriente en las comisiones que elaboran proyectos vinculados con nuestro tema, y si bien esto puede considerarse como legítima y recomendable expresión de pluralismo, en realidad no hay debate de ideas, no hay contraposición doctrinaria, sino enfrentamiento de puntos de vista individuales sobre aspectos puntuales de la cuestión sobre la que se propone legislar.²⁵

Tal situación debilita el resultado; las leyes así formuladas son híbridos que no conforman totalmente a ningún sector. Se habla de "legislación experimen-

²⁵ Entre otros ejemplos, puede mencionarse el debate producido en la Legislatura santafesina a raíz de la creación del Departamento de Salud Pública. En esa ocasión, los partidarios de la no intervención acusan a la ley de totalitaria. Se llega a una versión intermedia que no satisface a ninguna de las partes, y se dice: "los propios autores del proyecto transigieron en ello, buscando esa transacción entre el principio general que primeramente los inspiraba y los escrúpulos legales que les hicieron observar" (Provincia de Santa Fe, Cámara de Diputados, Diario de Sesiones, año 1938, T. II, 15ª sesión extraordinaria, octubre 20:1519-1556, pág. 1538).

También puede mencionarse la afirmación del diputado Rodríguez en el debate sobre profilaxis antivenérea: "todos los señores diputados estaban de acuerdo, a pesar de que todos estaban en desacuerdo. Ahora mismo se dice que los miembros de la Comisión han firmado el despacho ante la necesidad y quizá por la obligación de que el despacho saliera, a fin de que la Cámara lo trate, a pesar de las divergencias fundamentales que existen entre los miembros de la Comisión" (C.D.D.S., año 1936, T. V, reunión 42ª, diciembre 10:18-45, pág. 23).

tal",²⁶ como si la dinámica parlamentaria fuera lo suficientemente ágil para permitir la revisión periódica de las normas sancionadas. Los apoyos se otorgan salvando posturas —individuales o grupales— de disidencia parcial. Discusiones interminables en torno a algún artículo de una ley reflejan en algunos sectores el interés por postergar la sanción, en otros el apresuramiento por lograrla, aun sacrificando contenidos que pueden afectar el balance final.²⁷

Otro de los factores que pueden tener peso en la escasa efectividad de la legislación se relaciona con las deficiencias que se verifican en la técnica legislativa. Las atribuciones de los diferentes organismos de regulación y control no están claramente explicitadas, y menos aun el procedimiento para aplicar las sanciones que las leyes prevén. Los diputados que insisten en la falta de precisión de las disposiciones referidas a la aplicación de las normas que se discuten son por lo general aquellos que difieren con el fondo de las mismas, aunque ponen el acento en la forma. Esto se pone de relieve en las intervenciones de Carlos Rodríguez en los debates sobre venéreas y Dirección de Maternidad e Infancia, y del diputado Pizarro en este último caso. Según Pizarro, lo que se discute no es "estrictamente una ley, ni un derecho, sino una resolución de una academia científica más o menos técnica" (61).

Con independencia de las motivaciones que respaldan la objeción, lo cierto es que la inoperancia de los organismos encargados de aplicar este tipo de leyes muchas veces se relaciona explícitamente con la insuficiente reglamentación de sus procedimientos.

En el orden de las posibles explicaciones, podría pensarse en tres niveles. En primer término, se trata de cambios muy importantes en el interior del aparato estatal; no se cuenta con antecedentes, no hay referentes claros, todo debe ser reformulado. En segundo lugar, pende sobre el conjunto de estas disposiciones la amenaza de inconstitucionalidad, que puede provenir de la invasión del poder central en las jurisdicciones provinciales o, como sucede en Santa Fe, de la indebida limitación del ejercicio de derechos individuales; esto debió motivar una cierta cautela ante excesivas precisiones intervencionistas. Finalmente, y esto vale en particular para los socialistas, el énfasis se pone en el avance doctrinario, en la difusión de nuevas ideas, en la creación de una nueva conciencia social. No se espera que las leyes sean inmediatamente efectivas, sino que vayan paulatinamente preparando a la sociedad y sus dirigentes para los cambios por venir.

A modo de síntesis

Hemos intentado reconstruir a lo largo de este capítulo el complejo proceso de construcción de las bases doctrinarias que servirán de fundamento a la propuesta

²⁶ Es la expresión de Enrique Dickmann: "El derecho es una creación permanente; una ley cambia a otra, y así sucesivamente. Ninguna ley puede salir perfecta. Toda legislación es experimental. Si esta ley no diera resultado en algunos de sus aspectos, el Congreso, que funciona permanentemente, hará muy bien en modificarla." (C.D.D.S. Debate sobre profilaxis antivenérea, cit.)

²⁷ Como ejemplo puede citarse el debate sobre educación sexual y obligatoriedad del tratamiento en la ley de profilaxis antivenérea.

intervencionista en el área de la salud pública. Ante el diagnóstico negativo originado en la multiplicidad de instituciones, anarquía en la asignación de recursos y superposición de funciones, *organización* se transforma en palabra rectora del quehacer futuro.

No hay, sin embargo, homogeneidad en la lectura de los contenidos de tal organización: la hegemonía de vocablos como *coordinación* y *unidad de comando* oculta solo parcialmente significados que no registran lecturas uniformes. La necesidad de ordenar el presunto caos, reconocido por casi todos, da lugar sin embargo a un amplio abanico de propuestas en las que el consenso sobre las formulaciones no asegura acuerdos en torno a la distribución de poder que deberá resultar del nuevo ordenamiento.

De todos modos, pese a la persistencia de ambigüedades, el conjunto de testimonios recogido muestra a los años treinta como momento de paulatina conformación de un campo doctrinario favorable a la intervención del Estado Nacional en la organización de los servicios de salud. Las bases conceptuales de organización de la presencia estatal en el sector se adecuan de manera paulatina a principios que empiezan a generalizarse en la discusión internacional sobre políticas sociales. Comienza a hablarse de planificación, de integración de prácticas preventivas, de abordaje integral de problemas orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social, atención médica. En la esfera más específica relativa a la organización de sistemas de atención médica comienza ya a hablarse de regionalización en el sentido moderno de vinculación de servicios a partir de mecanismos de derivación. También de cuestiones aún más específicas, como el privilegiamiento de la atención ambulatoria, la confección de historias clínicas, la reducción del giro-cama, que veinte años más tarde reaparecerán con las pretensiones de modernidad que les confiere la demanda de mayor eficiencia.

Nuestro registro permite incluso verificar la presencia de doctrinas alternativas que emergen de manera aislada y subordinada, incapaces de restar hegemonía a la demanda intervencionista. El discurso antiestatista se diferencia en dos vertientes relativamente netas: la que reivindica al individuo como entidad soberana cuyas prerrogativas no deben ser anuladas en nombre de cualquier tipo de interés societal, y aquella que, aun defendiendo la prioridad otorgada a los intereses del conjunto, propone una perspectiva antiburocrática y descentralizadora.

Complejo terreno donde el debate no se cierra, donde no hay respuestas definitivas para la demanda de intervención, donde el consenso no se traduce en decisiones que le otorguen efectividad.

Paulatinamente, sin embargo, la sociedad va conformando una conciencia orientada a aceptar como necesaria la operación reguladora. En términos de doctrina, al menos, no habrá cortes netos con la década que introduce las transformaciones. En función de las prácticas políticas puede incluso registrarse una experiencia piloto con características avanzadas en la provincia de Santa Fe.

Referencias bibliográficas

- (1) Belmartino, Susana, *et al. Las instituciones de salud en la Argentina, desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987; Belmartino, Susana, *et al. Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1988.
- (2) Ozlak, Oscar, O'Donnell, Guillermo. *Estado y políticas estatales en Argentina: hacia una estrategia de investigación*. Documento CEDES/G.E. CLACSO/No. 4, Buenos Aires, 1976.
- (3) H.C.D.C.B.A. Ordenanzas y Resoluciones, 1919, págs. 65 y 208.
- (4) H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, 1938, sesión del 7 de octubre: 2764-2776 pág. 2766.
- (5) *Idem*, sesión del 30 de setiembre: 2637-2655, pág. 2639.
- (6) *Idem*, sesión del 20 de setiembre: 2552-2562, pág. 2555.
- (7) *Idem*, pág. 2554.
- (8) Lazarte, Juan. "Bases de una organización y plan de coordinación para el contralor de la salud pública en la Provincia de Santa Fe", en Federación de Sanidad de Santa Fe, Congreso de Sanidad de la Provincia de Santa Fe. Versión taquigráfica. Trabajos: 61-149.
- (9) H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, 1938, sesión del 27 de setiembre: 2621-2633, pág. 2633.
- (10) Belmartino, S., *et al. Corporación médica...*, cit.
- (11) H.C.D.C.B.A. Versión taquigráfica, sesión del 20 de setiembre, pág. 2554.
- (12) Belmartino, S., *et al. Corporación médica...*, cit.
- (13) Spangenberg, Juan Jacobo. "Proyecto de ley de creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social", *Rev Col Méd*, IX (95):17-21, noviembre de 1940, art. 5º.
- (14) "VI Congreso Nacional de Medicina", *S.M.* XLV (44):1048-1049, noviembre de 1938, pág. 1048.
- (15) Rago, Leo. "Analizando", *Rev Col Méd*, VII (71):7-9, noviembre de 1938, pág. 8.
- (16) "Oportunidad y urgencia". Conclusiones de la Comisión de Racionalización de la Administración Nacional. *Rev Col Méd* IX (88):5-8, abril de 1940, pág. 6.
- (17) "Discurso pronunciado por el presidente del Colegio de Médicos, Doctor Victorio Monteverde, en el mitin realizado el día 5 de agosto en el teatro Smart", *Rev Col Méd* IX, (92): 9-12, agosto de 1940, pág. 9.
- (18) "Nos encontramos en un momento propicio para que prosperen iniciativas tendientes a mejorar la higiene, la salud y la asistencia social del pueblo", dijo el diputado Nacional Agustín Delacroix en el mitin que el Colegio de Médicos realizó en el teatro Smart el día 5 de agosto". *Rev Col Méd* IX (92):16-19, agosto de 1940, pág. 17/18.
- (19) "Actividades de la Federación Médica de la República Argentina". *Rev Fed Med Rep Arg* II (17):8-12, octubre de 1942, pág. 8.
- (20) C.D.D.S., 1934, T. II, reunión 35ª, 28 de agosto:916-945.
- (21) *Idem*, pág. 917.
- (22) *Idem*, pág. 931.
- (23) *Idem*, pág. 917.
- (24) C.D.D.S., 1936, T. IV, reunión 34ª, 6 de noviembre:596-614.
- (25) *Idem*, art. 1º, pág. 596.
- (26) *Idem*, pág. 597.
- (27) *Idem*, pág. 596.
- (28) C.D.D.S. 1942, T. II, reunión 38ª, 10 de setiembre:203-220; reunión 42ª, 22 de setiembre:338-374; y reunión 43ª, 23 de setiembre:376-390.
- (29) *Idem*, reunión 42a, pág. 363.
- (30) *Idem*, pág. 372.

- (31) *Idem*, reunión 38ª, pág. 218.
- (32) *Idem*, pág. 220.
- (33) Zambusco, Alberto. "Reclama una nueva organización la sanidad de la Provincia de Buenos Aires", Boletín A.M.P. 2:17-20, febrero de 1942.
- (34) C.D.D.S., 1942, T. II, reunión 38ª, 10 de setiembre:203-220; reunión 42ª, 22 de setiembre:338-374, y reunión 43ª, 23 de setiembre:376-390.
- (35) C.D.D.S., 1934, T. II, reunión 35a, 28 de agosto:916-945, pág. 932.
- (36) Araoz Alfaro, Gregorio. "Asistencia social. Los modernos conceptos del Servicio Social", *S.M.* XXXIX (42):1081-1085, octubre de 1932, pág. 1081.
- (37) *Idem*, pág. 1082.
- (38) C.D.D.S., 1942, T. II, reunión 38ª, 10 de setiembre:203-220.
- (39) Rodríguez, Germinal. "Los subsidios familiares. Su importancia médico-social", *S.M.* XL (30):252-257, julio de 1933; y "El seguro de Maternidad: su importancia social", *S.M.* XL (28):96-98, julio de 1933.
- (40) Provincia de Santa Fe, Cámara de Diputados, Diario de Sesiones, 1932, T. II, 48ª sesión ordinaria, 21 de octubre:1471-1487.
- (41) *Idem*, pág. 1474
- (42) Provincia de Santa Fe, Cámara de Diputados, Diario de Sesiones, 1939, 8ª sesión extraordinaria, octubre 13:824-839, pág. 826.
- (43) *Idem*, pág. 826.
- (44) Lazarte, Juan. "Bases de una organización...", cit., pág. 137.
- (45) Ministerio de Salud Pública y Trabajo, Memoria anual 1945. Evolución de la legislación sanitaria de la Provincia, Santa Fe, 1945, pág. 661-664.
- (46) Yrigoyen Freyre, Abelardo. "Hacia una sanidad integral", Conferencia pronunciada en la Federación Médica Argentina. *Rev Fed Med Rep Arg* 7:15-40, diciembre de 1941.
- (47) Discurso del presidente del Departamento de Salud Pública Dr. Luis E. Bonsembiante. I Conferencia de Funcionarios Técnicos y Administrativos del Departamento de Salud Pública. *Revista de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo* 1 (2): 83-89, setiembre/octubre de 1945.
- (48) "Los servicios de medicina asistencial y preventiva en la provincia de Santa Fe", *Revista de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo* 1 (1):114-133, agosto de 1945.
- (49) Provincia de Santa Fe, Cámara de Diputados, Diario de Sesiones, 1939, T. II, 14ª reunión extraordinaria, octubre 20:1500-1508 y 15ª, octubre 20:1519-1556.
- (50) *Idem*, Reunión 15ª, pág. 1529.
- (51) *Idem*, pág. 1539.
- (52) *Idem*, pág. 1536.
- (53) *Idem*, pág. 1537.
- (54) *Idem*, pág. 1534.
- (55) *Idem*, pág. 1 531.
- (56) Sobre los consejos médicos santafesinos véase Belmartino, Susana, *et al*, *Corporación médica...*, cit.
- (57) Cf. *La Capital* de Rosario, entre otras, ediciones del 10-XI-35; 22-XII-35; 25-I-36; 6-V-36; 10-X-39; 3-VI-41; y Meeroff, Marcos. "Sobre la medida de la intervención santafesina anulando el artículo 34 de la ley de sanidad provincial", *S.M.* XLIV (12):906-907, marzo de 1937.
- (58) Belmartino, Susana, *et al*. *Las instituciones...*, cit.
- (59) Lazarte, Juan. *Problemas de Medicina Social*, Buenos Aires, Americalee, 1943, pág. 99.
- (60) Rojas, Nerio. "Federalismo y sanidad", *S.M.* XLIV (21):1427-1429, mayo de 1937, pág. 1428.
- (61) C.D.D.S., 1936, T. V, reunión 42ª, diciembre 10:18-45, pág. 29.

3. Las instituciones de salud bajo el gobierno peronista. Expansión del subsector público

AMPLIACION DE LAS ATRIBUCIONES DEL ESTADO NACIONAL. LA DELIMITACION DE JURISDICCIONES

El 21 de octubre de 1943 (decreto N° 12 311), en acuerdo de ministros, se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior. El nuevo organismo se instituye bajo las palabras de orden sancionadas por el pensamiento sanitarista: "unificación y coordinación".

La ampliación de la jurisdicción a todo el territorio nacional "en materia de epidemias, epidemias y enfermedades sociales que no reconocen límites jurisdiccionales para su propagación", se justifica por razones superiores de mejoramiento y bienestar social (decreto 12 311. Considerandos).¹

En lo referente a establecimientos asistenciales, se abren tres posibilidades de reorganización: a) la incorporación a la nueva entidad, b) el funcionamiento bajo su dirección administrativa y técnica, y c) la coordinación financiera y administrativa por el sistema de acuerdos bilaterales, conforme a las disposiciones de la futura reglamentación a dictarse. Las tres modalidades se aplicarán en los años sucesivos, según las características de cada caso.

También se habla de coordinación con referencia al funcionamiento de los establecimientos asistenciales públicos, tanto los destinados a policía sanitaria como a profilaxis preventiva y curativa y a asistencia social, recuperando las concepciones más avanzadas del pensamiento sanitarista del momento.

IncurSIONA incluso el decreto sancionado en octubre de 1943 en la unificación bajo un solo organismo de instituciones estatales anteriormente dispersas en diferentes ministerios, adjudicando al despacho de Interior todo lo relativo a beneficencia, hospitales, asilos, asistencia social, sanidad e higiene (art. 1º).²

¹ La extensión de la jurisdicción aparece también justificada por la doctrina sanitaria prevalente: "este propósito cuenta con la aprobación unánime de todos los círculos científicos que lo han enunciado en innumerables congresos nacionales e internacionales; constituye desde hace tiempo el fundamento y la tendencia de medidas legislativas y administrativas, y es indudablemente una de las aspiraciones más concretas y urgentes de la opinión pública del país" (decreto 12311. Considerandos).

² El artículo 3º especifica los organismos que nucleará la nueva dependencia: Departamento Nacional de Higiene, Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, Instituto Nacional de la Nutri-

El Dr. Eugenio Galli, titular del nuevo organismo, cirujano del Ejército con el grado de Mayor, había sido nombrado presidente del Departamento Nacional de Higiene poco después del golpe militar del 4 de junio. No se trataba de un recién llegado a la salud pública; según sus propias palabras había tenido una "brevísima estada" en la Dirección de Higiene de la Provincia de Buenos Aires, y al parecer compartía las inquietudes de los gremialistas nucleados en la Asociación Médica Platense, en cuyo Boletín publica en junio de 1942 una propuesta orientada a garantizar condiciones adecuadas de trabajo a los profesionales de salud y a promover una reorganización completa de las instituciones vinculadas a la sanidad, de las que hace un diagnóstico absolutamente negativo. Termina el artículo afirmando que de ese diagnóstico fluye naturalmente la solución al problema: el Estado debe "encarar, dirigir y mantener el juego regular de todo este complicado mecanismo" a través de un Consejo Superior de Higiene y Asistencia Social "autárquico, técnico y apolítico" (1).

Mostrando la mencionada confluencia en la utilización de algunas fórmulas que, de una manera u otra, revelan posiciones coincidentes sobre la orientación centralizadora de la Salud Pública y su manejo por parte de los profesionales, en enero de 1942 la Agrupación Médica Platense había elevado una nota al recientemente elegido gobernador de Buenos Aires, Dr. Rodolfo Moreno, en la que señala que en el momento de su asunción al gobierno provincial se había hablado de la posibilidad de crear un Ministerio de Salud Pública. Reclama el núcleo gremial la creación de un organismo "autárquico, técnico y apolítico" encargado de "unificar y coordinar" las actividades de orden sanitario (2).

Este y otros ejemplos ya mencionados permiten suponer que no hubo, en la instalación del gobierno revolucionario, una franca ruptura en cuanto a hombres y a ideas en lo referente a la salud pública. Los cambios organizativos, aunque suponen una renovación, se realizan sobre concepciones ya afianzadas en el interior del sanitarismo y las asociaciones gremiales.

El movimiento centralizador que se pone en marcha recupera diagnósticos de ineficiencia por superposición de recursos y demandas de regulación canalizadas hacia el aparato estatal. La capacidad decisoria del Estado Nacional, acrecentada sin duda por la instalación del gobierno militar, parece orientada a asegurar la extensión territorial de sus atribuciones y la unificación de organismos hasta ese momento dispersos.

Sin embargo, es indudable que, pese a las declaraciones y reclamos en el sentido de una unificación de las políticas estatales, la tendencia centrífuga vuelve a imponerse de manera reiterada. La multiplicidad de jurisdicciones se recrea inmediatamente después de afirmarse la decisión de superarla. El principio unificador solo va afirmándose progresivamente en su sentido particular de ampliación de las atribuciones del Estado Nacional. La centralización así entendida, no eliminará particularismos ni fragmentación.

ción, Sociedad de Beneficiencia de la Capital Federal, Registro Nacional de Asistencia Social, Dirección de Subsidios, "y todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependen de los distintos ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas de la Nación".

En agosto de 1944 se produce un significativo desgajamiento del organismo "unificador": las funciones de asistencia social pasan a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión (decreto nº 21 901 del 16-VIII-1944). Dos días después se acepta la renuncia de Galli y se designa en su reemplazo a Manuel Augusto Viera, que estará al frente de la Dirección Nacional de Salud Pública hasta mayo de 1946.³

Aunque puede presumirse que la renuncia de Galli está vinculada con el desmembramiento de las funciones de asistencia social del organismo a su cargo, la designación de Viera no supone discontinuidad doctrinaria, aunque su propuesta pueda tener un matiz menos centralizante.⁴

En el discurso de apertura del I Congreso Nacional de Salud Pública, reunido en setiembre de 1945, y al que concurren todas las autoridades provinciales en la materia, Viera manifiesta, de manera velada pero no por ello menos clara, su disconformidad con la separación de las funciones de asistencia social. Señala la complejidad de los problemas sanitarios, a la vez que se declara partidario de la concepción "propia de la actividad castrense" sintetizada en el principio de que "no hay eficiencia donde no haya unidad de comando" (3). Como ejemplo de los inconvenientes derivados de la dispersión de esfuerzos menciona los aspectos relacionados con la salud pública que se inscriben en la actividad de Trabajo y Previsión.

Este I Congreso de Salud Pública recomienda el régimen de convenios-subsidios para compatibilizar las atribuciones de las diferentes jurisdicciones y hacer efectivo el apoyo técnico-financiero de la Nación a las provincias. Según palabras del mismo Viera, el régimen se apoyaría en la "discreta vigilancia de la inversión de fondos y la creación del sistema de ayuda federal". Respeto por las autonomías y apoyo de la iniciativa privada terminan de configurar los principios que lo sustentarían (4).

Las conclusiones del Congreso constituyen una buena síntesis de la visión más actualizada del pensamiento sanitario. En sus propuestas se introducen criterios técnico-organizativos por región, y se intenta una clasificación de los establecimientos hospitalarios. Se recomienda el examen médico periódico, la adopción de un sistema uniforme de Libreta, Ficha Sanitaria y Carnet de Salud

³ Viera también estaba vinculado al movimiento gremial, quizás de manera más estrecha que su predecesor, pues había tenido una prolongada actuación como dirigente de las organizaciones profesionales de la Capital Federal. Sin embargo, no hemos recogido testimonios que expresen algún tipo de vinculación institucional entre la nueva Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y el gremialismo. Como señalamos en otro lugar (Belmartino, S., *et al. Corporación médica...*, cit.) la Federación Médica de la República Argentina se vinculó preferentemente a la Secretaría de Trabajo y Previsión, donde encontró ambiente muy favorable para sus proyectos de regulación de la actividad profesional.

⁴ En noviembre de 1944 se sanciona el decreto nº 31 589, que reglamenta el funcionamiento de la Dirección Nacional de Salud Pública. Por el mismo, la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires y la Sociedad de Beneficencia de la Capital quedaban sometidas a sus directivas técnicas, bajo un régimen relativamente flexible que, al menos en la forma, poco difería del anterior. La única restricción de peso en el funcionamiento de ambas instituciones residía en la previa aprobación necesaria para fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes.

y el establecimiento de oficinas de bioestadística con procedimientos normatizados.⁵

Tanto en la relación nación-provincias, como en el interior del aparato estatal a nivel nacional, la delimitación de jurisdicciones plantea situaciones conflictivas en las que se entrecruza lo técnico-administrativo con lo político. El decreto ley de examen de salud obligatorio para toda la población afiliada al Instituto Nacional de Previsión, que analizaremos a continuación, constituye otro ejemplo de este tipo de situaciones, que suelen resolverse a través del enfrentamiento o la inmovilidad. No nos ha sido posible precisar si por detrás de la cara visible del problema se encuentran rivalidades políticas surgidas de intentos de ampliación de determinados espacios de poder. No obstante, la dinámica que señalamos se convierte en una constante en la historia de la salud pública en la Argentina.

DEFINICION DE LAS JURISDICCIONES EN PREVISION Y ASISTENCIA SOCIAL

El Instituto Nacional de Previsión Social se crea en la jurisdicción de la Secretaría de Trabajo y Previsión por decreto nº 29 176 del 27 de octubre de 1944. Los objetivos explicitados en el momento de su creación remiten inequívocamente a las propuestas de organización de sistemas de seguridad social generalizadas a lo largo de la segunda posguerra. Según el artículo 1º del referido decreto, se lo destina "a realizar en todo el territorio de la Nación los objetivos del Estado en materia de seguridad social, consistentes en la protección biológica y económica de las personas frente a los riesgos sociales y profesionales en función de una solidaridad organizada".

Detrás de ese objetivo general se le atribuyen diferentes funciones, la primera de las cuales es "organizar la prevención de los riesgos cuya realización priva al trabajador de su capacidad de ganancia y de sus medios de subsistencia" (art. 1º, inc. a). Entre esos riesgos no puede dejar de computarse, sin duda, la enfermedad. Por esa razón, cuando se delimita la competencia del organismo se menciona: "Aplicar la medicina social conforme a los métodos de medicina preventiva y curativa, rehabilitación y reeducación" (art. 3º, inc. f) y una de las divisiones que reconoce su organización es la que corresponde a "Medicina preventiva, curativa y readaptadora" (art. 30º) (5).

Es, por consiguiente, en su jurisdicción donde se establecen, en noviembre de ese mismo año, los servicios de medicina preventiva y curativa, conforme al decreto nº 30 656. Su artículo 8º establece la obligatoriedad del examen de salud para toda la población beneficiaria del Instituto y encarga a este la realización de un censo permanente de los núcleos sociales sometidos a su control. Los dos artícu-

⁵ Como un síntoma de las tendencias centralizadoras que suponen eficaz en términos de mejoramiento social la apropiación por parte del Estado, con el auxilio de la medicina, de la totalidad de los aspectos de la vida humana vinculados con la salud-enfermedad se propicia "la declaración obligatoria y precoz del embarazo en todo el país" (*Rev Fed Med Rep Arg V* (51):30-34, setiembre de 1945, pág. 34).

los subsiguientes estipulan que dicho examen deberá realizarse al menos una vez por año y constará como mínimo de: exámenes clínico y odontológico completo, radiológicos, serológicos y biológicos, y demás investigaciones que fueran necesarias (6).

No parece excesivo suponer que ese decreto responde a la inspiración de los dirigentes del gremialismo médico que en ese momento colaboran activamente con la Secretaría de Trabajo y Previsión. La idea podría haber dado respuesta a dos de las principales preocupaciones del gremio: la necesidad de otorgar inserción laboral a una masa médica que se definía como potencial o efectivamente subempleada, y una propuesta doctrinaria todavía no definida con claridad que veía el futuro de la medicina con una orientación crecientemente preventiva, de organización colectiva y de base social.⁶

El decreto que comentamos establecía en su artículo 18º el "reposo preventivo y terapéutico", otorgándole carácter "irrenunciable". El empleador debía continuar abonando su jornal al empleado u obrero afectado por un lapso no mayor de seis meses continuados, y restituirlo a su ocupación una vez terminada la terapia.

Parece indudable la inaplicabilidad de esta disposición si se considera el nivel de desarrollo de las relaciones laborales en ese momento, cuando aún no se reconocía a la totalidad de la población en relación de dependencia el derecho a continuar percibiendo su salario en caso de enfermedad. Cuatro años después, en una bien elaborada presentación del problema del ausentismo en las fábricas, su vinculación con el estado de salud de los trabajadores y sus nocivas consecuencias sobre la productividad, Ramón Carrillo menciona el reposo preventivo como "un aspecto no experimentado"⁷ del decreto que comentamos, que podría dar lugar a groseros abusos. Señala que la práctica internacional más generalizada es subsidiar solo el 50% del jornal, aun en los casos de trabajadores efectivamente enfermos, comenzando a pagarlo recién desde el cuarto día, sin retroactividad (7).

Independientemente de algunas formulaciones demasiado ambiciosas presentes

⁶ La revista de la Federación Médica de la República Argentina comentaba en julio de 1944: "el Consejo [Nacional de Previsión] ha iniciado el estudio de un plan tendiente a la extensión de los beneficios en materia de Medicina Social [...]. En esta tarea, el Consejo ha recibido numerosas sugerencias, y se dirige por otra parte a todas las entidades técnicas y gremiales que quieran colaborar en esta vasta tarea social, a fin de que hagan llegar sus iniciativas" ("El Consejo Nacional de Previsión Social tiene a estudio un amplio plan de Medicina Social", *Rev Fed Med Rep Arg* IV (38):9-10, julio de 1944). Nota del autor: el Consejo Nacional de Previsión había sido creado el 25 de abril de 1944, al decretarse la intervención de las cajas nacionales de jubilaciones; en octubre de ese año se transforma en Instituto).

⁷ Es difícil evaluar hasta qué punto se cumplieron las disposiciones sobre examen médico periódico. Un testimonio muy crítico, posterior a la caída del peronismo, habla de una total falta de aplicación (Martorelli, José, *¿Socializar la medicina?*, Buenos Aires, Ediciones Populares Argentinas, 1957 pág. 217). Sin embargo, en la memoria del Ministerio de Salud correspondiente al período 1946-52, describe la actividad del Instituto Central de Medicina Preventiva, creado por resolución del 30 de mayo de 1947. En 1952 se habían realizado 52 548 exámenes completos de salud en la Capital Federal y 8662 en el interior del país. La cifra de mayor actividad, sin embargo, se registra en 1949 con 234 666 exámenes. Puede pensarse que la actividad fue decreciendo (Ministerio de Salud Pública de la Nación. Memoria correspondiente al período junio 1946 a mayo 1952, Buenos Aires, Departamento de Talleres Gráficos, 1952, pág. 78).

en el texto del decreto, la organización de los servicios de atención médica preventiva en la órbita de Trabajo y Previsión suponía reproducir la multiplicidad de jurisdicciones que había sido uno de los elementos más característicos del diagnóstico sobre el funcionamiento de la salud pública. El posible conflicto se resuelve en junio de 1946 por el decreto nº 16 200. En él se establece que la Secretaría de Salud Pública será el único organismo encargado de la aplicación del decreto 30 656/44 que, como ya vimos, establecía la obligatoriedad de tales servicios (art. 1º). Las sumas necesarias para su cumplimiento serían cubiertas por aportes del Instituto Nacional de Previsión Social, que seguiría recaudando los dos pesos anuales por trabajador afiliado previstos en el decreto original como contribución específica.

OTRA CARA DEL PROBLEMA JURISDICCIONAL: LA RELACION CON LAS PROVINCIAS

Como una estrategia posible para compatibilizar el ejercicio por parte de las autoridades provinciales de sus atribuciones relacionadas con la salud pública y la necesaria contribución de los recursos nacionales para volver efectivo ese ejercicio, se propone la formalización de acuerdos. En ese contexto, la ayuda federal a las provincias en la órbita de la salud pública se percibe como instrumento destinado a proporcionarles recursos para ampliar su red de establecimientos asistenciales y proveer al mantenimiento de los existentes sin lesionar su autonomía.

Las modalidades de aplicación de este instrumento se formulan por primera vez en el decreto reglamentario de la actividad de la Dirección Nacional de Salud Pública (decreto nº 31 589/44). La contraprestación a cargo de las provincias puede pensarse, conforme a sus términos, como una dependencia en la esfera técnica.

En efecto, la Dirección Nacional tendría atribuciones para evaluar la adecuación del presupuesto provincial destinado al sector y controlar la organización del organismo provincial respectivo, y se reservaba particularmente el derecho de "inspección". Las provincias debían concurrir a la Conferencia Anual de Directores de Salud Pública, apoyar la ejecución del Plan Nacional de Sanidad, asegurar la estabilidad del personal médico y organizar un sistema de estadística.

Los congresos anuales en los que participaban autoridades nacionales y provinciales se debían realizar en el lugar indicado por la Dirección Nacional de Salud Pública, y solo podrían tratar las cuestiones que esta les sometiera, a su iniciativa o a propuesta de las autoridades provinciales (art. 19º).

No disponemos de información directa que nos permita saber qué tipo de respuesta provocó en las provincias este modelo organizativo. Sin embargo, algunos matices diferenciadores pueden ubicarse en las discusiones del I Congreso Nacional de Salud Pública, al que ya hicimos referencia.

La lectura de las conclusiones de las diferentes comisiones del Congreso da pie para suponer que no existía consenso explícito respecto a los límites de la demarcación jurisdiccional. Algunos asistentes aconsejan una clara división de funciones, de manera que corresponda a las provincias la dirección y administración de la medicina asistencial, y a la esfera nacional todo lo vinculado con la medicina

preventiva, la lucha contra las enfermedades sociales y endemias regionales, y la vigilancia del cumplimiento de decretos y leyes sanitarias nacionales.

Este tema, relacionado con la reserva de atribuciones de las provincias para la definición de las políticas asistenciales, se afirma y amplía en el discurso pronunciado por el ministro de Salud Pública y Trabajo de la Provincia de Santa Fe, Dr. Carlos Lambruschini: "la medicina asistencial debe ser de exclusivo resorte provincial: la consideración de las particularidades locales, ambientales, etc., facilitará la eficiente acción asistencial de las instituciones provinciales" (8).

Otras postulaciones parecen más inclinadas a aceptar la orientación técnica del organismo nacional, estableciéndose que toda provincia que se acoja a la ayuda federal deberá destinar a Salud Pública una suma no inferior al 10% del total de sus recursos.

Referencias posteriores sobre el problema permiten suponer que el sistema de convenios no llegó a implementarse.

El problema bajo la gestión de Carrillo

En los primeros años de su gestión, el ministro Carrillo elabora un proyecto de Coparticipación Federal para la Asistencia Hospitalaria Integral donde expresa su perspectiva sobre el tema. Los fundamentos de la Ayuda Federal se ubican, en opinión del ministro, en la necesidad de extender la habilitación de servicios y camas conforme a un plan racionalmente estructurado, de manera de llevar los beneficios de la ciencia médica a todos los sectores de la población que lo requieran.⁹

Señala que uno de los obstáculos para alcanzar ese objetivo ha sido el respeto que ha demostrado el Poder Ejecutivo Nacional por la esfera de autonomía en que se desenvuelve la actividad asistencial de las provincias, provocando en cierta medida una "dispersión de esfuerzos y recursos" que no logran fructificar adecuadamente (9).

Tras ese argumento Carrillo se adscribe decididamente en la perspectiva de la dependencia técnica. Considera indispensable para la consecución del fin perseguido "la unificación de los métodos de asistencia, mediante procedimientos y técnicas que respondan a los resultados más recientes de la investigación científica, y de los estudios acerca de los regímenes hospitalarios" (10).⁹

⁸ Uno de los párrafos incluidos en la fundamentación del proyecto da pie para considerar que el decreto n° 31 539 no había tenido aplicación efectiva: se señala allí que la ayuda a las provincias se ha hecho siempre en forma inorgánica, sin previsiones, sin método y sin plan, recurriendo al viejo sistema de los subsidios (Carrillo, Ramón. *Obras Completas*, T. IV, Anexo:275-284).

⁹ La unificación y tipificación de los métodos de atención se vería acompañada por la normatización de las futuras construcciones. En la explicación de los contenidos de su política de salud pública, en agosto de 1949, proponía Carrillo como uno de los puntos a tener en cuenta en la política de construcciones: "5º. Imponer o convenir que todos los hospitales del país, sean nacionales o no, se construyan de acuerdo con las normas y leyes científicas de arquitectura hospitalaria dictadas por la autoridad sanitaria nacional, para evitar el caos, los errores técnicos, la improvisación y el elevado costo resultante de la impericia en esta materia" (Carrillo, Ramón. *Obras Completas*, T. II, "Conferencia dictada el 12-VIII-1949 sobre "Política de Salud Pública":225-235, pág. 232)

La tendencia centralizadora basada en opciones técnicas científicamente fundamentadas, que defiende Carrillo en toda su propuesta para Salud Pública, se concreta en este caso en las condiciones exigidas a las provincias para acogerse a la coparticipación: debían incorporar al plan hospitalario nacional los establecimientos de su jurisdicción que requirieran el aporte federal, crear un organismo similar en nomenclatura y funciones al Ministerio de Salud Pública de la Nación, autorizarlo para establecer relaciones técnico-administrativas directas con dicho Ministerio, participar en los congresos convocados por el mismo.

Según nos informa una nota publicada al pie del proyecto, este había sido elaborado en el Ministerio de Salud Pública con la colaboración de las autoridades provinciales y girado luego a otros organismos oficiales. Por lo que sabemos, nunca fue presentado en el Congreso.

El tema de la coparticipación federal, en tanto régimen acordado de distribución de recursos fiscales entre la Nación y las provincias se planteaba como conflictivo en los comienzos del gobierno peronista. Por él cruzaba, seguramente, buena parte de la redefinición de funciones y atribuciones en la esfera federal. Parte de la controversia se refleja en el debate producido entre Ministerios de Hacienda en noviembre de 1946. En su transcurso, el representante del poder central señala las dificultades existentes para descentralizar recursos crecientemente necesarios para el cumplimiento del papel acordado al Estado nacional en la promoción del desarrollo económico. Habiendo tomado a su cargo funciones que les correspondían a las provincias, debía percibir también recursos que en otros casos acrecentarían las arcas provinciales (11). Tanto en salud como en otras áreas, el eje de la argumentación pasa por la prioridad otorgada a las funciones del poder central en tanto se las considera dotadas de mayor eficacia para la promoción del bienestar. En casos como el vinculado a salud, la parálisis permite una lectura de desacuerdos que pueden haber versado sobre el cuestionamiento de esa presunta eficacia o bien relacionarse simplemente con el monto de los recursos a redistribuir.

Pese a que no llega a concretarse, la propuesta de coparticipación en salud puede ser útil para señalar la persistencia, aun en una gestión dotada de tanta ejecutividad como fue la de Carrillo, de proyectos que no alcanzan a sancionarse, a aplicarse o ambas cosas, aunque refieran a explícitas prioridades del respectivo organismo. En segundo término, como un indicador entre otros muchos que procuramos ir delineando, sirve para resaltar la orientación centralizadora y uniformadora que caracteriza la gestión peronista en salud. Los límites para la absorción de los ámbitos de decisión locales por el poder central parecerían pasar solo por las restricciones presupuestarias. Las deficiencias hospitalarias en el interior del país siguen siendo graves, y los gobiernos provinciales continúan confiando en la ayuda nacional como único recurso para superarlas.

En 1948, un proyecto de ley presentado por el senador Saadi propone el traspaso a la Secretaría de Salud Pública de la Nación de 27 establecimientos asistenciales, con 2474 camas, favorecidos con subsidios del gobierno nacional, pertenecientes a entidades privadas de beneficencia, y ubicados en trece provincias. En sus fundamentos se señala que el funcionamiento de estos hospitales presenta se-

rias deficiencias, ya que no cumplen con las más elementales prescripciones a que están obligados en razón de que los presupuestos de que disponen "no coinciden con el número de camas habilitadas y con la obra social que deben desarrollar" (12). Conforme a lo explicitado por el miembro informante, durante el año 1947 los 27 hospitales habían dedicado a gastos de mantenimiento poco más de 2 millones de pesos (de los cuales un 1 300 000 habían correspondido a subsidios del gobierno nacional),¹⁰ prestando atención a más de 170 000 pacientes externos y 77 000 enfermos internados. Los recursos efectivamente necesarios, calculados con base en el número de camas, sumaban 22 millones de pesos de la misma moneda. Tal era el monto anual que el proyecto aseguraba a la Secretaría de Salud Pública para gastos de habilitación, personal, normalización de los servicios y mantenimiento de los mismos.

Durante la discusión en Diputados, la oposición, tanto en la vertiente radical como en la conservadora, se centra en argumentos que se esgrimirán de manera reiterada durante todo el gobierno peronista y que hacen hincapié en el avasallamiento de las autonomías provinciales: "inexorable avance federal", "política centralista", "expansión progresiva e inexorable de la acción y de las funciones del gobierno central", "criterio de la gran ciudad imperial, la capital de la República". Aunque el principal orador de la oposición en esta ocasión es Nerio Rojas, que tiene una posición mucho más antiintervencionista que la de muchos de sus compañeros de bloque, los argumentos, con mayor o menor énfasis federalista, se reiteran, permaneciendo en el registro de lo político. También en el debate sobre la política centralizadora de Salud Pública, al que nos referiremos más adelante, la oposición no presenta argumentos técnico-organizativos, quedando encerrada en una perspectiva exclusivamente política que es rebatida con la apelación a la necesidad de garantizar el derecho a la salud y las condiciones para la efectivización de la justicia social.

Quedan algunas preguntas sin respuesta: ¿por qué no se aumentan los subsidios? ¿Existe consentimiento para el traspaso de las instituciones de beneficencia a las que pertenecen los hospitales? ¿Se las indemnizará por los bienes que se transfieren al gobierno nacional?

Las respuestas se pierden en medio del debate que origina una relativamente insólita propuesta de uno de los diputados del bloque mayoritario. El Sr. Albrieu propone que los hospitales en cuestión sean transferidos a la Dirección Nacional de Asistencia Social, en jurisdicción de Trabajo y Previsión. El oficialismo considera que esos "pequeños hospitales del interior no solamente cumplen una acción asistencial sino, y en mayor grado, una acción social" (13). De una manera no particularmente clara se mezcla en el debate la idea de que será la Fundación María Eva Duarte de Perón la encargada de llevar la justicia social a las postergadas poblaciones del interior del país.

Esta es una de la pocas referencias que podrían avalar la tesis de cierta rivalidad entre Carrillo y Eva Duarte, derivada de las actividades hospitalarias de la

¹⁰ Para 1948 se había presupuestado un subsidio de 2 082 000 pesos para el total de los establecimientos.

Fundación. Cuando el diputado Mercader señala la ambigüedad existente en la argumentación del oficialismo, que separa los aspectos técnicos de los asistenciales para entregar su supervisión a dos organismos diferentes en el interior del aparato estatal, hace una referencia que puede dar pie a la hipótesis de conflicto: "Comprendo que el señor diputado nos exponga la teoría del bloque de la mayoría con un criterio político, político menudo, que no desconozco en su entraña..." (14). La existencia de algún tipo de enfrentamiento en el interior del peronismo parece refirmada por la decisión tomada en el Senado en oportunidad de tratar el proyecto en revisión, cuando por unanimidad rechaza la modificación dispuesta en Diputados (15).

LOS ARGUMENTOS DE LA OPOSICION: EL DEBATE SOBRE CENTRALISMO

La discusión en las Cámaras de las dos leyes que incorporan la política de salud pública integrada al Primer Plan Quinquenal, marca de manera casi definitiva el contenido del debate relativo a salud pública. Cambiarán los temas, pero los argumentos y el tono seguirán siendo los mismos a lo largo de los años de gobierno peronista. Intentaremos aquí una síntesis más o menos ordenada.

Se trata de las leyes que serían promulgadas en 1947, bajo los números 13 012 y 13 019. La primera contiene los principios básicos de lo que debió ser más tarde el Código Sanitario Nacional, nunca sancionado; la segunda aprueba el plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud pública, crea el Consejo de Construcciones Sanitarias y, de manera no específica, instituye el Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (art. 5º).¹¹

La propuesta del oficialismo es clara: en diferentes lugares y épocas el Estado, a través de la planificación, logró de manera sorprendente transformar las nacionalidades "en su dirección, en su mentalidad, en su concepto social y jurídico, y aun en sus hábitos" (16). En su argumentación se desarrollan *in extenso* los antecedentes históricos relacionados con etapas de prosperidad excepcional para determinados pueblos que avalan el concepto: tanto los aztecas como los incas lograron organizar sus sociedades dentro de cánones trazados por altos dignatarios del gobierno; el código de Hammurabi determinó el florecimiento sin par de Babilonia; en Egipto, las dinastías constituyeron autocracias que regulaban, por medio de planes anuales, las más importantes actividades de orden público y privado, etcétera.

Después de un exhaustivo rastreo a través de la historia, el miembro informante por el oficialismo retoma el problema en las naciones contemporáneas, que proporcionan también ejemplos significativos: la planificación económica puesta en marcha por el estado corporativo italiano, la reconstrucción industrial emprendida por el partido nazi en Alemania, los dos planes quinquenales aplicados en la Rusia

¹¹ Su constitución se establece por inferencia: El art. 5º destina 1000 millones de pesos al cumplimiento de las disposiciones de la ley, "en la habilitación, funcionamiento, mantenimiento y reparación de los hospitales e institutos; en obras complementarias o no previstas y para la extensión paulatina de los servicios y ampliación de partidas, si ello fuera necesario", agregándose: "El excedente de los máximos calculados para inversión ingresará al Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social."

soviética, son experiencias a tener en cuenta que no pueden ser desvalorizadas por diferencias en la concepción política.

Por último, se señala que el plan que más interés ha despertado en el gobierno, por la identidad ideológica existente entre ambos pueblos, y por haber sido aplicado bajo un régimen democrático, es el instrumentado en los Estados Unidos por Franklin D. Roosevelt. El "New Deal" tiene como síntesis y fundamento la "justicia distributiva", que es también síntesis y fundamento de la obra del general Perón (17).

El Plan Quinquenal propuesto para los argentinos también "entraña una reforma fundamental", que solo se basa "en ansias de justicia y respeto a nuestras libertades fundamentales" (18).

Uno de los pilares de esa reforma es el reconocimiento del derecho al bienestar. Este reconocimiento implica la organización de la salud pública y de la asistencia social, "ambas presididas por principios comunes, estructuradas en el mismo cuerpo normativo, su acción planificada por un organismo único" (21).

Los problemas jurisdiccionales pueden resolverse sin lesionar la normativa constitucional. Es indudable que las endemias, las epidemias y las enfermedades sociales no constituyen problemas de orden local, ya que son capaces de afectar "la vida interna de la Nación". Lo mismo puede decirse de la asistencia de la maternidad e infancia, y de la asistencia social en general, que constituyen cuestiones de interés nacional ya que inciden "en el elemento humano en sus aspectos más vitales" (20). No puede ponerse en tela de juicio el hecho de que compete al Congreso Nacional legislar sobre todos aquellos aspectos "capaces de afectar a la Nación misma" (21).

Asimismo, en la presentación en Diputados la defensa de la propuesta se basa también en el interés superior vinculado a las innegables necesidades de asistencia, y se apela a superar los intereses de sector y las diferencias políticas circunstanciales, a fin de solucionar el "innegable atraso de muchos años en materia de salud pública" (22).

Ante este alegato, ¿qué argumentos utiliza la oposición? Una tipología posible podría ser la siguiente:

a) Argumentos de orden técnico: faltan los análisis estadísticos que darían sustento a la viabilidad del plan. Se desdeña la larga tradición de la salud pública argentina; no se utiliza la experiencia de los "grandes maestros", que han sido alejados de los servicios por motivos fundamentalmente políticos; no se aprovecha el conocimiento de las necesidades locales que podría aportar cada provincia de manera de adecuar las realizaciones a una problemática regional. No se han hecho experiencias piloto para verificar la viabilidad de las formas organizativas propuestas.

Las leyes en consideración contradicen otro capítulo del plan, en su momento muy publicitado: el del seguro social. En el plan presentado hay iniciativas que obstaculizarán el cumplimiento del proyecto. "Uno de los motivos de las confusiones, de la heterogeneidad, de las superposiciones e improvisaciones, es el hecho de que esto ha sido estudiado fragmentariamente por cada técnico en su sector: la salud pública en Salud Pública, lo otro en tal o cual repartición o ministerio" (23).

b) Argumentos de orden jurídico: la llamada "ley de bases" no es en sí misma

un Código, sino un conjunto de principios, de normas fundamentales, que servirán de base para la elaboración del futuro Código Sanitario. Su aprobación significará "conferir autorizaciones en blanco al Poder Ejecutivo, para que la reglamentación se convierta en verdadera ley" (24).

c) Argumentos de orden político-cultural: no se ha difundido el proyecto de semisocialización para evaluar una posible respuesta del sector profesional. No se asegura la continuidad en la capacitación para los médicos que se radiquen en el interior del país.

d) Argumentos de orden institucional, relacionados con la esfera de atribuciones y la distribución de funciones en el interior del aparato estatal: según la opinión de Nerio Rojas la ley de bases "invade todas las reparticiones públicas, rompe el ordenamiento constitucional del país y hace tabla rasa de todo nuestro ordenamiento legal [...] la Secretaría de Salud Pública [...] invade a todas las reparticiones colindantes: a las provincias, a las municipalidades, a Obras Sanitarias de la Nación, al Consejo Nacional de Educación, y aun al Ministerio de Guerra" (25).¹²

e) Argumentos de orden constitucional: la legislación sanitaria es uno de los factores que paulatinamente va destruyendo el federalismo. En una especie de curva de penetración, desde la ley que creó el Departamento Nacional de Higiene hasta las últimas leyes que se dictaron, se agrava el mal de la centralización (26).

No se trata de argumentos superficiales, y sin duda eran pertinentes al problema; pero no llegan a constituir una propuesta alternativa. El centro de debate es la coyuntura, y en su análisis la oposición se disgrega en la consideración de las formas operativas: improvisación, conflictos de poder entre diferentes organismos, superposición de jurisdicciones, absorción de autonomías. El oficialismo dispone de un fuerte argumento cuando refiere a la inoperatividad anterior en materia de salud pública, a la mejora de las condiciones de trabajo en hospitales, pero, sobre todo, tiene a su favor la defensa de un proyecto político que la oposición no puede cuestionar en sí mismo. También los radicales se preocupan por las condiciones de vida de los sectores populares, defienden las reivindicaciones del movimiento obrero, responden a interpelaciones de afirmación de la soberanía, de crecimiento del mercado interno, de expansión del aparato productivo. Algo semejante sucede con la propuesta sectorial: la defensa del hospital público, la expansión de la actividad del Estado como garante del derecho a la salud no son cuestionadas desde la bancada radical. Incluso una parte de sus miembros están más cerca del oficialismo en la defensa de la perspectiva centralizadora que de algunos de sus correligionarios. La divisoria de aguas entre intranseguros y unionistas, que comienza a dibujarse en estos años, pone a los primeros en un lugar cercano al intervencionismo centralizador defendido por el oficialismo, y a los segundos como portavoces de una propuesta que se asume claramente como fede-

¹² El diputado Rojas se empeña en caricaturizar algunas expresiones del Plan Analítico de Salud Pública, elaborado por la respectiva Secretaría, que acompaña al proyecto de ley, y termina afirmando: "Que el secretario de Salud Pública piense que es jefe de un repartición, de una simple repartición como cualquiera; que no va a venir a innovar en toda la organización del país. Que no pretenda darle proporciones mesiánicas a su gestión. De lo contrario, se contaminará de la misma enfermedad que el presidente de la República: del afán de mesianismo, del afán de atribuir a su gestión una trascendencia histórica cíclica". (C.D.D.S., 1947, T. IV, reunión 33^a, setiembre 10 y 11:313-359, pág. 322.)

ralista y en ocasiones se expresa en términos de recorte de la actividad estatal y recuperación de la iniciativa de diferentes organismos de la sociedad civil, tanto de beneficencia como referidos directamente a la "actividad privada".

LA GESTIÓN MINISTERIAL DE CARRILLO

La creación en mayo de 1946 de la Secretaría de Salud Pública con jerarquía de Ministerio, supone el ingreso en el escenario de la sanidad argentina de un actor que por mucho tiempo opacará cualquier presencia simultánea, y cuya figura permanecerá por décadas como paradigma de la capacidad de acción del Estado cuando hay un efectivo motor orientado a estimular y encauzar su dinámica.

Ramón Carrillo ha sobrevivido como un símbolo en la sanidad argentina. Para algunos, símbolo de tiempos mejores, de utópico retorno; para otros símbolo de una especie de promesa incumplida, de una deuda no definitivamente saldada, que es necesario reactualizar continuamente a la espera de que algún gobernante la reconozca como propia.

Mucho se ha escrito sobre Carrillo, mucho más es, seguramente, lo escrito por el propio Carrillo, su enorme y polifacética obra, que todavía no ha encontrado un comentarista a su altura.

No intentaremos aquí agotar el análisis de la actuación de Carrillo, ni tampoco sintetizar el contenido doctrinario de su propuesta. Nuestros objetivos son mucho más limitados, aunque su significativa presencia los complejice de manera especial. Solamente procuraremos insertar la gestión de Carrillo en un proceso histórico que lo tiene como protagonista de primer nivel, pero indudablemente lo precede, proceso que también incorpora conflictivamente los resultados de su obra luego de su alejamiento.

Ese proceso histórico integra el desarrollo de la salud pública argentina en el interior de un sector salud que en los años del primer gobierno peronista adquiere perfiles destinados a pautar con mucha fuerza su desarrollo futuro.

Esto no significa pensar que la gestión de Carrillo fue por sí sola "fundante", ni que las contradicciones que en esos años se detectan en la salud pública argentina puedan ser vistas como responsabilidad de uno u otro actor, y no como emergentes de una dinámica que involucra múltiples fuerzas sociales, económicas, políticas, fuera del control de un solo individuo, por descollante que haya sido su papel.

Integrar la figura de Carrillo en ese proceso no es una tarea que se pueda considerar saldada en algunas páginas. En estas solamente intentaremos tocar algunos temas que nos parecen significativos, abrir un camino, tal vez originar una polémica.

LA DOCTRINA SANITARIA

Tres estrategias de combate contra la enfermedad

En una obra que pretende recuperar históricamente concepciones sobre los pro-

cesos de salud/enfermedad, no puede faltar una referencia al pensamiento elaborado por Ramón Carrillo en torno a los grandes capítulos del desenvolvimiento del pensamiento sanitario, que constituyen para él al mismo tiempo los grandes temas ordenadores de la gestión estatal de la medicina: medicina asistencial, medicina sanitaria, medicina social.

Aunque Carrillo afirma indispensable una concepción integral del ser humano como guía para la actividad de la medicina, aunque censura a aquellos que se aferran a la investigación de las alteraciones anatómicas o funcionales "olvidando que el enfermo es un complejo no solo somático, sino también psicológico y social" (27), cuando se trata de diferenciar las funciones de la medicina y de formular una propuesta de organización de los servicios de salud estatales separa la estrategia asistencial, que es la que se ejerce sobre el individuo enfermo, de la social, que procura controlar las causas sociales de la enfermedad:

el hombre aislado, en su propio medio biológico, que soporta una enfermedad producida por fallas de orden interno, es materia de la medicina asistencial. Cuando ese hombre se enferma porque lo atacan las bacterias desde afuera, porque el medio físico (aire, agua, suelo, clima, etcétera), lo envuelve y lo perturba, entra a jugar lo que se llama la medicina sanitaria. Y cuando actúan sobre el hombre factores que no provienen del medio biológico interno ni del medio físico o bacteriológico, sino que provienen del alimento, de la mala vivienda, del vestido deficiente o de perturbaciones de orden psicológico: en una palabra, de causas originadas en el ámbito social, entonces actúa la medicina social (28).

¿Se trata de una formulación contradictoria? No seguramente en el interior de su esquema de pensamiento, orientado a un ordenamiento exhaustivo de todas las materias que aborda, que a la vez facilita la preocupación didáctica presente siempre en su discurso.

¿De qué habla Carrillo cuando utiliza la expresión "medicina social"? En primer lugar de casi todo lo que integra el enfoque extrasectorial de la salud-enfermedad: alimentación, vivienda, trabajo, salario, higiene laboral. En segundo término, de lo que en el sanitarismo de su época se caracterizaba como medicina preventiva: examen periódico de la población sana, diagnóstico precoz. Tercero, del tratamiento y prevención de "las enfermedades llamadas sociales". Aquí encontramos una novedad: el listado de enfermedades sociales que hace Carrillo excluye los componentes tradicionales: venéreas, alcoholismo, toxicomanías, tuberculosis. En él incluye, en cambio, las enfermedades que asocia con las condiciones de vida y de trabajo en las modernas ciudades industrializadas: enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades mentales, neoplásicas, alérgicas (29).¹³

¹³ "Los gérmenes han sido, de un modo u otro, dominados por la ciencia, y no son ya tan temibles adversarios, comparados con el nuevo espíritu maléfico que juega entre las cifras demográficas de nuestro tiempo detrás de las enfermedades degenerativas o invalidizantes, las cuales aumentan día a día, hora tras hora, como consecuencia del progreso y de la vida antinatural en que nos envuelve el urbanismo, el llamado progreso y la carga de males que es el precio que hay que pagar por la civilización" (Carrillo, Ramón. *Obras Completas*, T. I, Introducción, pág. 20).

Por último, se incorpora también al área de la medicina social la acción del Estado encaminada a asegurar una provisión adecuada de elementos indispensables para la atención: equipos, medicamentos, películas radiográficas, etcétera.

Esta perspectiva intervencionista, que asigna a la medicina un rol modelador de las conductas individuales que se supone eficaz para determinados objetivos de transformación social, no es exclusiva de Carrillo. En otro lugar hemos señalado su desarrollo en otros ámbitos de la medicina hacia fines de los años treinta, y en cierto modo se integra a la concepción, también difundida en esos años, de "preservación" y "mejoramiento" de la raza. En Carrillo esta orientación medicalizante se amplía hasta llegar a límites inesperados: en 1954, por ejemplo, organiza la I Conferencia Nacional de la Salud por el Turismo, entre cuyos objetivos se registra:

- racionalizar las corrientes turísticas con vistas al cuidado y perfeccionamiento de la salud,
- establecer los principios técnicos y sanitarios que deben regir la racionalización turística con fines sanitarios,
- sentar las bases para el relevamiento del atlas geográfico de turismo sanitario (30).

Dos señalamientos provisionales. Primero, sobre los factores extrasectoriales debe actuar la medicina. De ahí deriva la intención de asignar a Salud Pública jurisdicción sobre todas las áreas que elaboran políticas sociales (problemas vinculados con la seguridad física de la población y prevención de accidentes, fiscalización sanitaria del tránsito interno, condiciones de construcción, de los medios de transporte, abasto de agua potable, construcción de viviendas, saneamiento urbano y rural, etc.) lo que genera las primeras protestas de excesiva centralización pronunciadas contra su política en el Parlamento.

Segundo: esta perspectiva medicalizante, de absorción por parte de la medicina de todas las cuestiones que se vinculan con el bienestar, aparece matizada por el énfasis puesto en el desarrollo de las actividades económicas y de la justicia social como fundamento del mejoramiento de los indicadores sanitarios: la mortalidad infantil declinó, también la tuberculosis, a medida que la actividad económica dinamizó el interior del país, antes sumido en la ignorancia y la miseria.

Vengo ahora de Misiones. Allá, en todos sus pueblos, hay una verdadera floración de trabajo y riqueza. En Corrientes nótase como una efervescencia de labor y de obras por todas partes. Y si llegamos a mi provincia, a Santiago del Estero, lo mismo. Todo aquello está transformado. (31)

Es ese crecimiento del bienestar promovido por la política distribucionista del peronismo lo que resta valor a la desigualdad social como posible factor de enfermedad. La sociedad a construir es una sociedad sin contradicciones. Las leyes sociales y el progreso del conocimiento bastarán para anular los factores de enfermedad presentes en los procesos de trabajo. La fábrica se convierte en un Centro de Salud. "El industrial deja de ser un ente privado destinado a acumular ganancias, para ser un ente público, un administrador social de la higiene, y debe realizar en su ámbito, al igual que el Estado, la sanidad de los medios obreros" (32).

La orientación medicalizante vuelve a aparecer aquí, asignando responsabilidades públicas al industrial. Las obligaciones vinculadas a la preservación de la salud son para Carrillo el correlato de su reconocimiento como derecho; "nuestra salud no es totalmente nuestra, pertenece a la familia que formamos y al Estado" (33).¹⁴

Volviendo a la distinción entre "tres medicinas", es necesario reconocer que la integralidad de la concepción del ser humano no se pierde totalmente por esta distinción, recuperándose al menos en parte con la concepción del Centro de Salud, primera unidad del sistema asistencial, donde la medicina entra en contacto con los problemas de la comunidad. De ello nos ocuparemos en forma inmediata.

La organización del sistema de servicios

Otra gran área de significativa preocupación para Carrillo es el sistema hospitalario. A este tema dedicó gran parte de su interés, llegando a desarrollar un conjunto de normas orientadoras de la construcción, habilitación y funcionamiento de los hospitales que eran seguramente expresión del pensamiento más avanzado en la época, aunque más tarde fueran progresivamente perdiendo actualidad.

Lo que más se recuerda por lo general de su gestión a nivel hospitalario es el enorme esfuerzo de expansión y modernización del sistema asistencial, con énfasis en las zonas más postergadas del interior del país y en las patologías con mayor repercusión social, llegando a duplicar en seis años el número de camas disponibles, sin descuidar la expansión de los ambulatorios y el fortalecimiento de la actividad de investigación.

De esa importantísima obra, que llevó la imagen del Estado benefactor a áreas geográficas y sectores sociales hasta entonces no integrados a los beneficios que involucra la condición de ciudadanos, solo retomaremos algunos temas que muestran cierta continuidad con el pensamiento más progresista del sanitarismo argentino de los años treinta, a la vez que señalan limitaciones que no llegarán a resolverse bajo las administraciones que lo sucedieron.

Uno de estos temas es el relacionado con el desarrollo de los centros de salud y su vinculación con los efectores de mayor complejidad.

Carrillo defendía, por supuesto, dada la modernidad de su filiación doctrinaria, el concepto de región sanitaria, coordinación de establecimientos según complejidad y población a cargo. La base del sistema se piensa, según la concepción también defendida por Lazarte en Santa Fe, en la noción integral del Centro de Salud.

Defino el Centro de Salud como la institución integrativa de la asistencia médico-ambulatoria, médico-sanitaria y médico-social, que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social, con el objeto de habilitarlos o rehabilitarlos física, intelectual y moralmente, frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de la población (34).

¹⁴ "[...] hasta sería aceptable la sanción de un Estatuto de la Salud, que todos los ciudadanos contraeríamos el compromiso moral de respetar" (Carrillo, Ramón. *Obras completas*, T. I, pág. 32).

El Centro de Salud, afirma el ministro, es la unidad fundamental de Salud Pública, mucho más que el hospital, más eficaz y menos oneroso. Asimismo, diferencia el Centro de Salud del dispensario, no solo por su carácter polivalente, sino por su concepción de institución integral.¹⁵

En 1949 funcionan en el país 50 Centros de Salud; la meta para los siguientes diez años es llegar a 800, en parte a partir de la transformación de los dispensarios monovalentes: antituberculosos, de maternidad e infancia, antipalúdicos, etc., ya existentes.

hemos logrado centros destinados a atender señoras y niños, centros de cardiología, centros de parasitología y centros médicos diversos, en los que se asisten enfermos de las más diversas clases. De esta manera vamos, poco a poco, a una atomización de la medicina (35).¹⁶

Esa defensa de la integración, del establecimiento polivalente, está sesgada de una manera que puede pensarse como conflictiva por la valoración de la especialidad.

En las ciudades importantes los enfermos no tienen por qué acumularse indiscriminadamente en hospitales generales [...], la tendencia natural es la especialización [...] Deben ser institutos especializados, porque el habitante de Buenos Aires tiene derecho, en cualquier momento, a solicitar que sea un especialista el que lo opere de la vesícula biliar y no un médico general (36).

La misma opinión se explicita al discutirse en el Senado las leyes de salud pública del Primer Plan Quinquenal, proporcionando además una posible explicación del interés en demostrar la preocupación del Estado por poner al alcance de todos los avances técnicos que en el consenso general caracterizaban la mejor medicina. "Hay que democratizar al especialista", se afirma.¹⁷

¹⁵ El Centro de Salud es un organismo técnico que reúne y coordina todos los elementos posibles vinculados a la salud y la enfermedad" (Carrillo, Ramón. "¿Qué es un Centro de Salud en Argentina?" Conferencia publicada en *S.M.* LVI, 2890:793-798, junio de 1949, pág. 796).

¹⁶ Se trata de una concepción que comienza a afirmarse en el país por influencia de la experiencia estadounidense, como tantas otras. En 1946 se afirmaba: "Ya en 1893, Lilian Wald, en Estados Unidos, con claro concepto de la unidad de acción en la lucha contra las enfermedades, sugirió la conveniencia de unificar dentro de un mismo distrito todas las actividades destinadas a prestar asistencia y prevención bajo una sola dirección que supervisara todas las tareas de los diversos organismos sanitarios. La finalidad no era otra que la de evitar esfuerzos superpuestos [...] En un principio actuaban desconectados entre sí, diversos dispensarios cuyo esfuerzo se realizaba en un sentido unilateral, tales como dispensarios antivenéreos, de lactantes, maternidades, de tuberculosis, etc., pero poco a poco, estos centros fueron uniendo sus actividades y trabajando bajo una misma dirección y transformándose en centros polivalentes que prestaban atención en el doble aspecto curativo y preventivo" (Albormoz, Francisco. "Defensa de la salud pública. Función de los Centros de Salud. *Rev Med Ros XXXVI* (4):150-173, abril de 1946, pág. 154.)

¹⁷ Dice el senador Tascheret: "El establecimiento polivalente es solo de emergencia, una asistencia indiferenciada que dificulta la regular y profunda [que resulta] de los conocimientos de los especialistas [...] no es suficiente que tengamos destacados médicos, no hacemos nada disponiendo de eminentes

Dentro de la misma orientación que otorga importancia al desarrollo del conocimiento especializado y a la formación de técnicos dedicados a aplicarlo se inscribe el énfasis puesto en la creación de los institutos de Salud Pública previstos en la ley nº 13 019. En la discusión de la ley, que junto a la nº 13 012 constituyen el núcleo de la planificación de Salud Pública incorporada al Primer Plan Quinquenal, se habla de 28 institutos, que se distribuirían en la Capital Federal y el interior del país.

En la formulación de la ley se introduce algo de confusión, porque en realidad se trata de 28 grandes rubros en los que se incluye la construcción de edificios no hospitalarios con destino a actividades de Salud Pública. Se incorpora al listado la droguería central, la sede de la Secretaría, la destinada al funcionamiento de la Escuela Técnica, etc. Los institutos propiamente dichos son quince en la formulación original, a los que se agrega, en el momento de la discusión del proyecto en Senadores, el Instituto de Investigación y Tratamiento del Bocio, a instalarse en San Juan.

Carrillo, en la introducción a su Teoría del Hospital, señala que se instalaron todos en un solo año, por lo menos en lo que llama sus "núcleos centrales" (37).

Algunos de estos grandes centros de investigación tenían un objeto de trabajo determinado y preciso, respondiendo a necesidades sociales reconocidas como perentorias en el momento: el Instituto de Farmacología, el dedicado a Higiene Industrial y Medicina del Trabajo, los destinados a Enfermedades Tropicales y Paludismo, a Enfermedades Alérgicas, el Instituto de Tracoma y Oftalmías Infecciosas, a instalarse en Santiago del Estero, constituyen ejemplos claros de los que pretendemos señalar. El Instituto de Kinesiología, en cambio, puede responder a alguna demanda gremial de grupos profesionales que se consideran postergados. En otros casos, la imprecisión del objeto de trabajo revela el insuficiente desarrollo del conocimiento sanitario del momento y la fragmentación de un área compleja que dificulta el desarrollo de un abordaje integral. El Instituto de Higiene Pública, por ejemplo, se encarga de los problemas vinculados con el ámbito de acción de la Medicina Sanitaria: "los problemas sanitarios del pueblo tomado colectivamente, los problemas del urbanismo, el de las ciudades, el de la organización y ubicación de los establecimientos públicos, el de la distribución y la higiene de los mercados y ferias [...]" (38). De la Higiene Pública se segrega, reconociendo carácter especializado a su objeto, el Instituto de Higiene Social, dedicado a las enfermedades venéreas y los problemas sociales conexos. Además de estas funciones asistenciales se le atribuye la "profilaxis social [...] inherente al control y prevención de la prostitución" (39).

Por otra parte, el Instituto pro Longevidad se define como la "organización central de la medicina preventiva", y se le encarga "el examen de salud en toda la

especialistas, si estos hombres no pueden llevar al pueblo los beneficios de su capacidad, por ahora usufructuada solo por las clases más pudientes. Se trata, pues, de implantar en las grandes urbes la especialización como conquista del progreso médico y conquista social, a fin de democratizar al especialista, dotando a estos de institutos perfectamente montados al servicio del pueblo." (C.S.D.S., 1946, reunión 86ª, 20 de diciembre:517-536, págs. 517-518.)

República y el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades portables en salud" (40). A renglón seguido se propone la creación del Instituto de Reconocimientos Médicos, dedicado al examen preventivo del personal de la administración pública.

Una posible lectura es que estos institutos eran considerados como el correlato "preventivo-social" de los grandes institutos de especialidades que se formaron en la década del treinta, dirigidos a desarrollar una medicina que Carrillo llamaría "somática". Si así fuera, los aspectos preventivos y sociales orientados a configurar un cambio en la consideración de la enfermedad y sus causas, desterrando una perspectiva curativa, individualista y predominantemente somática, se ubicarían como "agregados" al esquema anterior y en el mismo nivel organizativo.

Las bases organizativas de la profesión médica

En el capítulo XV de su Plan Sintético de Salud Pública, Carrillo se ocupa de la organización de la profesión médica. Con su habitual sistematicidad ordena la cuestión en diez puntos en los que señala las diferentes facetas del problema: el rol del Estado, las necesidades de la Nación, las dificultades en la asignación y distribución de recursos, etc. Entre ellas rescataremos dos interrogantes que han mantenido su carácter problemático a lo largo de cinco décadas: "¿Qué influencia puede tener sobre las actividades profesionales una mayor injerencia del Estado?" "¿En qué medida se puede gravitar sobre la voluntad del enfermo para asignarle médico?" (41).

Carrillo intenta dar una respuesta a la vez técnica y política a estos y otros interrogantes vinculados a la utilización del recurso humano profesional con su propuesta de "semisocialización" de la medicina. El diagnóstico que le otorga consistencia parte de la inexistencia de un número de profesionales suficiente (muy pocos años antes todavía se hablaba de "plétora"), de su concentración en los grandes centros urbanos —correlato necesario de la "irregularidad geográfica de la distribución de la riqueza"— y un déficit estimado de 40% en establecimientos médicos, calculado sobre un mínimo indispensable (42). La solución propuesta es respetar el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por el enfermo, asegurando al mismo tiempo la asistencia de la población "no pudiente" a partir de la injerencia del Estado.

Esta injerencia, se afirma, no perjudica el libre ejercicio de la profesión; por el contrario, se orienta a posibilitar la atención de aquellos que no pueden afrontar el costo de los servicios médicos o habitan en zonas donde no se han radicado profesionales.

Para lograr esta dinámica de acercamiento entre "enfermos privados de asistencia médica y médicos privados de clientela" se elaboran dos mecanismos: en primer lugar, la estatización de los hospitales y servicios médicos dedicados a la atención del indigente, incluidos los organismos de beneficencia, y la remuneración del trabajo médico en los mismos.¹⁸ En segundo término, el plan de salud

propuesto para el período 1952-1958 insiste en la organización de la profesión conforme con el sistema de médicos de familia, aprobado ya en la ley n° 13 019 y no aplicado, en razón, según Carrillo de "que no existía el clima suficiente entre los médicos" (43).¹⁹ Esto nos lleva a un tercer gran tema: el de las formas de financiación de los servicios de salud.

Los sistemas de financiación

En una de sus conferencias Carrillo sintetiza, con su habitual claridad expositiva, las posibles formas de financiación de los servicios de salud. De ese modo describe lo que denomina sistema rentístico, en el que los fondos provienen de rentas generales, con dos posibles modalidades para la parte asistencial: prestaciones universalmente gratuitas, o bien aranceladas. Una segunda modalidad, el sistema impositivo, descansa sobre impuestos o tasas percibidos con afectación específica, sin obligación de prestación a cargo del Estado.

Las limitaciones de ambos sistemas residen en que solo dan cobertura a la medicina asistencial y sanitaria, resultando imposible proyectar la acción del Estado "con intensidad y orgánicamente sobre los factores sociales". Esto se ve facilitado, en cambio, con el tercer sistema, el sistema social, basado en la especificidad de los fondos afectados y la obligatoriedad de la prestación de los servicios a cargo del Estado, que presenta dos variantes organizativas, el seguro social y el régimen de socialización médica (44).

En su Plan Sintético de Salud Pública para el quinquenio 1952-1958, Carrillo se propone como primer objetivo para el capítulo "Financiación de los servicios de Salud Pública" dictar una ley que oriente dicha financiación "hacia soluciones sociales adoptadas en los países más avanzados". En la explicación del problema especula con la posibilidad de implantación del seguro de enfermedad. Señala que el Ministerio ha aconsejado a las provincias promover un aporte patronal de 2% sobre el monto de los sueldos, para asegurar el financiamiento de sus hospitales, haciéndose cargo el Estado de la diferencia. Se trataría de una primera etapa, indica; la segunda, al cabo de algunos años, significaría la contribución de otro 2% a cargo de los propios beneficiarios. De esta manera se llegaría en dos etapas, "por vía provincial", a la aplicación completa del seguro de enfermedad.

¹⁸ "En el momento actual el 98% de los médicos argentinos perciben sueldos del Estado, sea en establecimientos nacionales, provinciales o municipales. En la práctica y por vía de la estatización, en la Argentina existe ya una semisocialización de las profesiones médicas en general" (Carrillo, Ramón. *Obras Completas*, T. IV, pág. 185.)

¹⁹ La dinámica a aplicar era la siguiente: inscripción de las familias pobres en el consultorio privado del médico, que percibe del Estado un sueldo para atender dichas familias pobres de su barrio o zona durante tres veces a la semana, tres horas. El médico podía optar por prestar sus servicios en consultorio exclusivamente, atender también a domicilio, prestar además atención de urgencia, y, por último, incorporar a las tres categorías mencionadas la "acción médico-sanitaria y médico-social" (Carrillo, Ramón. *Obras Completas*, T. IV, pág. 185).

La aplicación inmediata no era posible, en su opinión, porque no se disponía "del dispositivo técnico sanitario, hospitales y servicios médicos sociales, en cantidad y calidad suficiente como para hacer efectivo el servicio" (45). Hasta tanto no se reunieran tales condiciones, la propuesta del ministro reside en la aplicación de las disposiciones de la ley 13 012 que instituyen el Fondo Nacional de Salud Pública.

Varios años después de sancionado, este recurso de emergencia, este instrumento transitorio que permitiría poner a punto el modelo para dar ingreso al sistema de seguro, todavía no había comenzado a aplicarse. Carrillo no desconoce la situación crítica por la que atraviesan muchos hospitales, particularmente en las jurisdicciones provinciales, y está convencido de la necesidad de continuar ampliando la capacidad instalada. ¿Tiene conciencia del agotamiento del período de desahogo fiscal? ¿Sabe que la época de prosperidad ha llegado a su fin sin que le fuera posible afianzar su obra? Imposible determinarlo. Su alejamiento se producirá, poco más tarde, en medio de los conflictos que conmueven los últimos años del peronismo, sin permitirnos saber cómo evaluaba el cumplimiento de aquella famosa promesa que le hiciera el presidente Perón en 1947, cuando afirmó públicamente que el presupuesto de su Secretaría no tenía límites: "sábremos a fin de año a cuánto asciende, de acuerdo con las necesidades que haya tenido el país" (46).

También parece imposible conocer a través de su obra, cuál fue su reacción ante la sanción de leyes que establecían sistemas parciales de seguro con destino a grupos laborales específicos: ferroviarios, bancarios, seguro, vidrio, creando instituciones que comienzan a desarrollar capacidad instalada propia y reproducen el antiguo mecanismo de la "dispersión de esfuerzos". Solo algunas referencias indirectas podrían mostrar indicios de una oposición velada por parte del ministro. En alguno de sus trabajos, por ejemplo, afirma que la organización del seguro debe ser "*puramente financiera*" (subrayado en el original), alegando la inviabilidad económica de cualquier sistema con efectores propios. El costo de la maquinaria administrativa indispensable, asegura, "llevaría a la quiebra a cualquier empresa", y añade: "Lo lógico es, pues, que deleguen el cumplimiento de las prestaciones técnicas a los servicios asistenciales del Estado" (47).

LAS INSTITUCIONES DE PREVISION Y ASISTENCIA SOCIAL

¿Qué era el mundo viejo? Era un mundo llagado de callejuelas sucias, donde al lado de la miseria había el derroche de las riquezas inagotables de la tierra [...]. Si dejamos subsistente este mundo traicionaremos a los muertos heroicos y nos aguardará a nosotros y a nuestros hijos un desquite terrible (48).

El temor a las consecuencias sociales que podrían provocar las dificultades de la reconstrucción económica de la primera posguerra implícito en la frase de Lloyd George se prolonga hasta los años cuarenta, imbricándose en la definición de las políticas sociales a aplicarse al finalizar la Segunda Guerra. Un capítulo

importante de esas propuestas se vincula con la implantación de sistemas solidarios de seguridad social.

En esas condiciones, nuestro país los recibe e intenta asimilarlos. Sin embargo, la absorción se realizará en función de las formas organizativas preexistentes, su eficacia para absorber las respectivas demandas sociales, el nivel de conciencia relacionado con la necesidad de cambios, la capacidad de los técnicos para adecuar las nuevas instituciones a la realidad local, el poder relativo de los grupos interesados en su adopción y de aquellos que la perciben como amenazante para determinadas condiciones del *statu quo*.

La discusión interna recupera el proceso europeo y americano: la Carta Internacional del Trabajo resultante del Tratado de Versalles, la creación de la Oficina Internacional del Trabajo, la doctrina elaborada por sus Conferencias a partir de 1919, las conclusiones de la Conferencia de La Habana en 1939, la de Chile en 1942, son señaladas como indicadores de la universalidad del proceso y la imposibilidad de eludir sus consecuencias.

Se analizan también los antecedentes internacionales más prestigiosos o de mayor resonancia: el Plan Beveridge en el Reino Unido, el Plan Marsh en Canadá, los informes de la Junta de Planificación de los Recursos Nacionales y de la Junta de Seguridad Social en los Estados Unidos, la ley Wagner Murray, también en el ámbito estadounidense, son analizados en sus aspectos jurídicos y en su repercusión social.

El peso de tal sumatoria de autoridades puede haber sido lo suficientemente agobiante como para obstaculizar una auténtica discusión interna del estado de las diferentes variables que componían el problema.

LAS CONDICIONES EN LA ARGENTINA: PROPUESTA DOCTRINARIA Y CONFLICTO POLITICO

El tema de los seguros sociales en general y del seguro de enfermedad en particular no era nuevo en el país. Había sido difundido y defendido por Augusto Bunge por lo menos desde 1917, fecha en que presenta su proyecto a Diputados (49). En la década de 1930 es retomado por sectores que observan con preocupación las dificultades a que está sometida la financiación del sistema de atención médica y consideran el seguro de enfermedad o un posible sistema de cobertura unificada de la totalidad de los riesgos vitales, como estrategias viables para la solución integral del problema.

Aunque la demanda por la institución de un seguro de salud pueda verse en estos años como expresión de necesidades sentidas por el sector profesional, la idea de participación del Estado en la organización y financiación de un sistema de cobertura del riesgo de enfermedad moviliza también a otros actores, aunque las modalidades organizativas podrán diferir conforme al lugar desde donde se las elabora. Las demandas más significativas en cuanto a la amplitud de los sectores sociales involucrados podrían ser, junto con el reclamo gremial médico, las emanadas de la Iglesia, de la Universidad, las que cuentan con el respaldo de al menos

una fracción del Partido Socialista, o las que se incluye en propuestas de unidad sindical que se discuten en el momento.²⁰

Incluso en el interior del sector profesional se defienden modalidades organizativas y financieras diferentes, como ya hemos señalado en otro trabajo (50). A lo largo de los años cuarenta, cada vez que se discuta la necesidad de ampliar la cobertura de atención médica o mejorar la calidad de los servicios se estará pensando en al menos dos grandes formas que suponen diferencias sustanciales en la concepción doctrinaria que las sustenta: a) la financiación por rentas generales o a partir de un impuesto de afectación específica, y b) la financiación por aportes bi o tripartitos, es decir, la clásica operatoria de seguro. Esta polarización, tal vez sea necesario aclararlo, se produce entre quienes consideran indispensable la intervención del Estado, cualquiera sean los matices que se le asignen. Existe, sin duda, también un sector, cuya cuantía parece imposible dimensionar, que considera que la solución del problema puede quedar a cargo de organizaciones privadas de diferente tipo.

Aun entre aquellos que —convencidos o resignados— acuerdan en la conveniencia de la implantación de un sistema de seguros, integrales o solo de enfermedad, la definición de una operativa plantea dificultades que pueden considerarse en diferentes niveles.

El primero de ellos refiere a las repercusiones que puede tener la implantación de tal sistema en una economía insuficientemente desarrollada. La perspectiva se ubica en una dinámica de "mercados en equilibrio", que podría pensarse como una concepción prekeynesiana. Si la dinámica distribucionista que se encuentra en la base de la asignación de beneficios de vejez u otros similares excediera las posibilidades de absorción del sistema económico, las reacciones de ajuste producidas por este terminarían anulando el beneficio. "Las modificaciones inevitables del equilibrio económico se encargarían de establecer, ellas mismas, la necesaria adecuación de la distribución a las condiciones económicas vigentes" (51). El aumento de la producción es, por consiguiente, condición fundamental de la seguridad social. El incremento de los bienes reales a disposición de la comunidad es la garantía de funcionamiento del sistema. En este esquema de pensamiento la variable producción antecede siempre y naturalmente a las variables demanda o consumo,

²⁰ Sabemos que el concejal Rubinstein, vocero del Partido Socialista en el Concejo Deliberante, no era partidario del seguro, o al menos no creía posible su aplicación inmediata, mientras Alfredo Palacios, rector de la Universidad Nacional de La Plata, crea en febrero de 1942 la Comisión de Seguridad Social, considerando "indispensable que nuestro país se encuentre preparado para reconocer los derechos que habrán de conferirse a los trabajadores, en cuanto al mejoramiento de sus condiciones de vida" ("La Seguridad Social". Conferencia pronunciada por el presidente de la Comisión de Seguridad Social de la Universidad Nacional de La Plata. *Rev Fed Med Rep Arg* II(23):10-25, abril de 1942, pág. 14). Para la misma época Monseñor Miguel De Andrea vinculaba la justicia social con un plan integral de seguro. Un año más tarde la Comisión Administrativa de la Confederación General del Trabajo analiza las gestiones realizadas por la Comisión Pro Unidad Sindical y sanciona una serie de puntos conducentes a ese objetivo, entre los que se cuenta: "Estudio y adopción de un plan de seguridad social que contemple: a) maternidad, infancia y adolescencia, b) desocupación, c) enfermedades profesionales, d) incapacidad física, temporaria o definitiva, para el trabajo, e) vejez" (*La Fraternidad* XXXVII (7856):8-9, marzo de 1944, pág. 9)

no aparece integrada la posibilidad de generar un nuevo estímulo para la primera a partir de un incremento de las posibilidades de acceso a determinados bienes.

La preocupación y las bases conceptuales del argumento se discuten también en el interior del gremio médico. La revista de la Federación recupera en esos años buena parte de las manifestaciones del debate. Dentro de la misma perspectiva que sintetizamos hay quien afirma, por ejemplo, que las cuotas del seguro serían insoportables para el empleador y repercutirían sobre el nivel de empleo y sobre el costo de los bienes, transformando en perjuicio de los trabajadores un sistema pensado para mejorar sus condiciones de vida (52).

Otro escollo significativo para el logro de un activo consenso en torno a la implantación del seguro fue la negativa evaluación que en la época se hacía del desempeño de las escasas cajas de jubilaciones existentes, tanto a nivel de su viabilidad financiera, como de los principios doctrinarios que respaldan su modalidad operativa, ya que buena parte de las propuestas se dirigían a un seguro que no se limitara a la cobertura de las prestaciones de salud, sino que incluyera los principales riesgos protegidos por los sistemas de seguridad social: vejez, incapacidad, retiro, desocupación, etc. (en el Primer Plan Quinquenal se habla específicamente de vejez, invalidez, muerte, paro forzoso, enfermedad, maternidad, accidente de trabajo) (53).

La deficiente situación de las cajas de jubilaciones es también una "cuestión socialmente relevante" a comienzos de los años cuarenta. Tanto en el campo de lo estrictamente jurídico como en el terreno político partidario, el tema es objeto de preocupación, retomada a su vez en los editoriales de la prensa diaria.²¹

Augusto Bunge, quien, al parecer, seguía batallando en la causa de lo que concebía como "seguros sociales", afirmaba en una conferencia pronunciada en 1941 que tales Cajas representaban en realidad un seguro antisocial, aportando algunos argumentos al respecto (54). Ossorio y Florit retoma estos argumentos y sintetiza algunas objeciones de tipo doctrinario que serán luego utilizadas en diferentes ámbitos, incluyendo la presentación que la Secretaría de Trabajo y Previsión hace del capítulo "Previsión Social" del Primer Plan Quinquenal, en 1946.

Las sintetizaremos muy brevemente, porque, aunque no se refieren a la cobertura de enfermedad, hacen a nuestra hipótesis de fragmentación y heterogeneización de las políticas sociales, y de interrelación conflictiva entre las definiciones técnicas y las demandas políticas.

Tratadistas y técnicos insertos en el aparato estatal coinciden en algunas definiciones básicas. Si el seguro ha de tener una finalidad social, dice Ossorio y Florit,

²¹ "En los diarios de Buenos Aires, uno de los temas que con más frecuencia y reiteración se ven tratados es el relativo a la situación de las Cajas de Jubilaciones". (Ossorio y Florit, Manuel. "Los seguros sociales y las cajas de jubilaciones", *Rev Jur Arg*, T. 76:45-51, Buenos Aires, 1941, pág. 45). En 1944 se seguía reconociendo el interés de la opinión pública. Decía *La Razón*: "La dispersa, inconexa y heterogénea legislación [...] ha hecho del problema jubilatorio en nuestro país uno de los más enmarañados y complejos, y ha venido suscitando el clamor unánime de los órganos de prensa, que han interpretado el sentimiento público y el interés de los vastos sectores afectados, al reclamar desde mucho tiempo atrás la revisión radical y urgente del sistema, si es que así puede denominarse a lo que no reconoce orden, unidad, ni armonía alguna". (*La Razón*, 28-IV-1944, pág. 3.)

"tiene que establecerse sobre las siguientes bases: igual trato para todas las personas que se encuentren en identidad de situación, y limitación, no por profesiones, sino por cuantía de retribución".²²

La organización existente en el país produce condiciones inversas: desigual trato de un grupo de trabajadores que tienen una Caja creada por disposición legal, respecto de los que no la tienen, y dentro de cada Caja, inexistencia de límites en los beneficios a percibir por los beneficiarios. Esta última condición produce un doble efecto: en el terreno doctrinario, invalida el carácter social²³ que se quiere atribuir al sistema, en el organizativo, es la causa de las dificultades financieras por las que atraviesan las Cajas, ya que se requerirían cotizaciones más elevadas que las vigentes para mantener su viabilidad. En efecto, la insuficiencia de lo recaudado en relación con los beneficios que se otorgan y la baja edad de retiro admitida, son las causas unánimemente reconocidas del déficit financiero de estas instituciones.

El equipo que elaboró en 1946 el proyecto de Trabajo y Previsión recalca las condiciones de inequidad derivadas del sistema de Cajas y las situaciones de relativo privilegio que suponían los aportes y contribuciones especiales que beneficiaban a determinados gremios.

Esto, se afirma, es lo que sucede con la Caja de ferroviarios, uno de cuyos ingresos está representado por un recargo en los fletes, con la de empleados de empresas privadas concesionarias de servicios públicos y con la de periodistas, que cuentan con un aporte del Estado, con la del personal de la marina mercante, cuando la respectiva ley fija una contribución de 2% del importe de los fletes de carga entre puertos argentinos, y con la de empleados de comercio, que supone una contribución a cargo del Estado y un recargo en los precios de venta de los artículos "que pesará sobre el público" (55).

En nuestro país existían experiencias muy sensibles como antecedentes históricos. Todavía a fines de los años treinta se cita como ejemplo el episodio relacionado con la sanción en 1923 de la ley n° 11 289, que otorgaba beneficios jubilatorios a diferentes gremios y despertó la oposición activa de más de sesenta sindicatos (57).

En los años cuarenta se vuelve a hablar de oposición de determinadas organizaciones gremiales a la implantación del seguro social. En algunos casos se relaciona esa oposición con el temor de algunos gremios de perder ventajas ya adquiri-

²² El especialista en derecho público, quien, no lo olvidemos, habla desde lo jurídico y no en el nivel de lo político, afirma: "No hay ninguna, absolutamente ninguna razón para que los poderes públicos se preocupen de las pensiones de retiro de los trabajadores de unos contadísimos gremios y no hagan otro tanto con los demás. ¿Por qué motivo ha de constituir un problema nacional la vejez o la invalidez de los periodistas, de los marinos, de los ferroviarios, y la de los empleados de las empresas particulares de servicios públicos y no ha de ser la de los siderúrgicos, los peluqueros, los dependientes de comercio, la enorme masa de los asalariados de la industria y la agricultura, etc. etc." (Ossorio y Florit, Manuel. "Los seguros sociales...", cit., pág. 46.)

²³ La misma fórmula se integra a la fundamentación del capítulo respectivo en la presentación hecha a Senadores del Primer Plan Quinquenal (C.S.D.S., 1946, T. III, reunión 59ª, octubre 23:166-171, pág. 167).

das, a partir de la supresión de los regímenes jubilatorios existentes. "Considero que los más capacitados dirigentes obreros no son opositores del seguro", afirma el presidente del Instituto Nacional de Previsión Social en 1946, "siempre que la transformación se realice de modo que no disminuya las prestaciones que deberán otorgarse a los afiliados actuales" (58).

Esa era, sin duda, la posición del gremio ferroviario. En 1947, cuando se publica la posibilidad de que el Poder Ejecutivo envíe al Congreso un proyecto de ley de Seguro Social Integral, la Asamblea General de Delegados de la Fraternidad aprueba una resolución en la que afirma:

No puede esta Asamblea General de Delegados auspiciar ninguna improvisación en materia de Seguro Social que signifique la liquidación de nuestra Caja de Jubilaciones. No le permite hacerlo su condición de cuerpo responsable frente al gremio, pues entiende que un problema de esa magnitud no puede ni debe ser tratado con el menor apresuramiento (59).

El comunicado destaca además, el esfuerzo económico realizado por los "empleadores y usuarios de los ferrocarriles" para reunir el "enorme capital" constituido por sus aportes, y pone de relieve "el ferviente anhelo de que la Caja recupere su autonomía", cercenada a partir de la creación del Instituto Nacional de Previsión Social, del que nos ocuparemos más adelante.

Otras referencias son menos específicas, pero diferentes fuentes aluden al descontento gremial manifestado en el momento en que Trabajo y Previsión intenta impulsar una ley de seguro con cobertura integral.²⁴

El diagnóstico político que conduce a prever que todo intento de unificación de los regímenes despertaría resistencias derivadas de la multiplicidad de "intereses creados en torno a las cajas" (60) fundamenta la búsqueda de soluciones alternativas. Las principales opciones propuestas se agrupan en dos estrategias: 1) subsistencia de las cajas de jubilaciones existentes, sin que puedan hacer nuevas afiliaciones, para posibilitar su extinción gradual, 2) creación de un régimen de sucesiva ampliación de cobertura para llegar gradualmente a la unificación, beneficiando primero a la población más desprotegida y luego incorporando prestaciones correspondientes a riesgos aún no cubiertos (en particular desocupación, enfermedad, accidentes de trabajo).

La primera alternativa es la que se concreta en el proyecto de ley de bases presentado al Senado, la segunda es defendida en un documento publicado por la Secretaría de Trabajo y Previsión en diciembre de 1946.

El debate, aunque no se explicita abiertamente, se percibe en la argumentación técnica que acompaña los proyectos. Los técnicos de Trabajo y Previsión diferencian los conceptos de "jubilación" y "seguro social", considerándolos como "conceptos antagónicos":

²⁴ Nerio Rojas manifestaba en Diputados en 1947 que el seguro social es un "capítulo olvidado" del Primer Plan Quinquenal, añadiendo: "Ya una vez dijo el presidente que el seguro social no afectaría las cajas de previsión social que ya existen, porque hubo alarma entre los beneficiarios de esas cajas." (C.S.D.S., 1947, T. IV, reunión 33^a, setiembre 10 y 11:313-359, pág. 323.)

La jubilación (especialmente la de tipo argentino) lleva en sí la idea del retiro a edades jóvenes, la munificencia de las prestaciones y la cobertura de un número reducido de riesgos sociales; el seguro social (de tipo europeo) involucra, en cambio, el retiro a edades avanzadas, la exigüidad en el monto de las prestaciones y la cobertura de todos los riesgos sociales (62).

Muy diferente es la concepción que explicitan los trabajadores ferroviarios:

Las jubilaciones tienen en cuenta el trabajo de un hombre perfectamente individualizado: los años aplicados a una tarea específica [...]. El seguro social, en cambio es una figura jurídica surgida para amparar toda clase de riesgos, sin tener en cuenta el trabajo efectuado: riesgos de desocupación, maternidad, vejez, inaptitud física".²⁵

La explicitación realizada por el equipo de Trabajo y Previsión del conjunto de principios que reconocen como parte de un programa igualitario e integral permite comprender los límites políticos que se imponen a la propuesta. La unificación se traslada a un momento no determinado en el futuro, y con ella la resolución de problemas que se reconocen como fuentes de inequidad:

a) establecer el monto razonable de las prestaciones a acordarse, con el debido respaldo financiero; b) establecer igual trato para todos los trabajadores que se encuentran en las mismas condiciones, sin exclusiones ni privilegios para nadie; c) establecer que las aportaciones que se impongan a la colectividad en general se destinen a costear los beneficios de todos los afiliados, sin privilegios ni diferencias de sectores; d) establecer un régimen de previsión para todos los asalariados del país; e) fijar en forma técnica y con criterio social las edades de retiro, con la debida diferenciación según la naturaleza de las tareas que se realicen; y f) unificar el monto de los aportes de los afiliados y empleadores y de las prestaciones (63).

El régimen jubilatorio argentino, señalan los partidarios de una política gradualista, tiene una existencia de casi medio siglo y está firmemente arraigado en la población y en la conciencia nacional. Indudablemente, la conclusión a que se llega es que no puede ofrecerse como conquista política la incorporación a un "seguro social" a quienes han puesto sus expectativas en obtener una "jubilación".

La voluntad política de establecer un sistema igualitario aparece fragmentada por el respeto a situaciones preexistentes. No considerarlas hubiera sido, quizás, excesivamente desgastante. Los antecedentes gremiales, aunque relativamente dispersos, parecen dotados de suficiente consistencia como para avalar la hipótesis.

También los organismos gremiales debieron acusar las contradicciones emergentes del interés por preservar conquistas legítimas y el prestigio de instituciones avaladas por organismos internacionales como la Oficina Internacional del Traba-

²⁵ El argumento continúa "Todo cabe en el seguro social, como amplio es el término 'amparar' [...] Nosotros los ferroviarios, como sabemos distinguir entre las finalidades de una jubilación porque la hemos formado con nuestros esfuerzos, nunca nos hemos opuesto al seguro social destinado a amparar a todos los que padecen riesgos y carecen de derecho a la primera" ("Caracteres de la jubilación y del seguro social". *La Fraternidad*, XL (878):1-2, enero de 1948, pág. 1.)

jo. Ya en 1939 el Congreso Ordinario de la CGT había tomado una resolución que propiciaba la creación de cajas de jubilaciones y pensiones por gremio o industrias, "hasta tanto se implante el seguro social, aspiración de todos los trabajadores argentinos" (64).

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS. LOS PROYECTOS PRESENTADOS EN CAMARA

Del mismo modo que con otros temas del área de salud, asistencia y previsión, también en lo relativo a seguros sociales pueden rastrearse síntomas de relativa vigencia de la cuestión desde fines de los años treinta. Puede considerarse como uno de tales síntomas la declaración de la central obrera que mencionamos en el párrafo anterior; otras manifestaciones dan cuenta de su inserción en diferentes esferas, una de ellas es, sin duda, la representación parlamentaria. No es posible discernir si estos problemas conforman ya "cuestiones socialmente relevantes" para la sociedad argentina, pero sin duda las definiciones políticas posteriores a 1943 se producen sobre un terreno previamente trabajado, sobre demandas explicitadas desde diferentes registros tanto doctrinarios como políticos o sociales.

Como ejemplo de la vigencia del problema —y de la relativa parálisis en el ámbito de las decisiones— puede recuperarse la presentación de proyectos de ley en el Parlamento Nacional. Algunos ejemplos puede servir para ilustrar la diversidad de enfoques.

En 1941 la bancada socialista en Diputados presenta un proyecto de creación de la Caja Nacional de Previsión para empleados de la Industria, con jurisdicción en toda la República. Se estima una masa potencial de contribuyentes no inferior a los 600 000, garantizando la base de sustentación financiera del sistema. Otros proyectos presentados en ese mismo año y en el siguiente se plantean con carácter general, otorgando cobertura a todos los trabajadores e integrando al esquema de retiro voluntario o forzoso la cobertura de enfermedad, maternidad y desocupación.

Uno de ellos, presentado por la bancada radical en 1941, supone la creación del Instituto Nacional de Previsión y Seguro Social. La propuesta se inspira en la idea de coordinación de las instituciones existentes, garantizándoles un funcionamiento autónomo en el interior de un sistema legislativo uniforme. El objetivo manifiesto es suprimir "las irritantes injusticias o diferenciaciones [...] que hacen de la protección social un privilegio de ciertos gremios, en lugar de constituir un derecho de todos" (65).

Un año más tarde, en junio de 1942, una asociación autodenominada "Tribuna libre técnico industrial" presenta un proyecto de Caja Nacional de Amparo y Previsión Social, a la que también se otorga carácter universal e integralidad en la cobertura de riesgos (66). Pocos días más tarde, el bloque socialista presenta un proyecto de creación de la Caja Nacional de Seguros de Enfermedad, Desocupación y Pensiones a la Vejez. Se trata de una propuesta más estructurada que las anteriores, en la que se definen beneficiarios, aportes, modalidades de otorgamiento de prestaciones, etc. La característica más notable es que deja explícitamente fuera de

su ámbito el sistema jubilatorio, para el cual, se aclara, se están discutiendo proyectos que extienden el beneficio a la totalidad de los gremios obreros.

Tanto este proyecto socialista como el radical que mencionamos precedentemente hacen descansar su fundamentación en un conjunto de ideas ampliamente difundido en esos años: necesidad de ordenar las actividades de asistencia, de salvaguardar el capital humano, interés por armonizar las relaciones entre capital y trabajo, prevenir posibles conflictos por demandas populares insatisfechas, etc. Ambos, también, dedican algunos párrafos a la necesidad de asegurar financiación para los servicios de atención médica en condiciones que aseguren los beneficios de la medicina a toda la colectividad, y remuneraciones adecuadas para el cuerpo profesional. La diferencia más importante pasa por el énfasis que pone el proyecto radical en la mala situación financiera de las cajas de jubilaciones y la necesidad de abordar el problema integralmente, mientras los socialistas parecen más decididos a proponer sistemas complementarios de los ya existentes (se habla, por ejemplo, del seguro de maternidad como una "recién iniciada y bien orientada experiencia") (67).

Ninguno de estos proyectos llega a discutirse.

LA LEGISLACION SOBRE SEGURO EN LA CAMARA PERONISTA

Si puede parecer lícito preguntarse qué impide a los sectores que defienden la idea de un seguro acordar en torno a una propuesta que garantice al menos un acceso adecuado a los servicios de atención médica para la población de menores recursos, más intrigante aún resulta la perspectiva de los proyectos presentados por el oficialismo en un Congreso donde los peronistas controlaban la mayoría. Sin presentar aristas conflictivas, apoyándose en fundamentos doctrinarios comunes, y pretendiendo dar respuesta a necesidades sociales de reconocimiento generalizado, quedan sin embargo sin ser discutidos, y nos permiten imaginar conflictos, disensos, acuerdos, silencios que, más allá del ámbito parlamentario, van anudando la política del Estado de Compromiso.

En el año 1946 se presentan dos de estos proyectos destinados al olvido. Algo hemos adelantado ya sobre uno de ellos, el proyecto de ley de bases sobre régimen de seguro social correspondiente al Primer Plan Quinquenal, que ingresa por Cámara de Senadores en octubre de 1946. De factura algo diferente, pero mostrando el mismo interés por asegurar el respeto de situaciones preexistentes, el proyecto, presentado en Diputados por José Emilio Visca en agosto de ese mismo año, reproduce una iniciativa de Ricardo Riguera, presidente del Instituto Nacional de Previsión Social. Originariamente el proyecto había sido presentado al Directorio de dicho Instituto, como paso previo a su elevación al Poder Ejecutivo y, por su intermedio, al Congreso de la Nación. La idea sobre la que se asienta es la insuficiencia de los recursos de que se dispone para cumplir las funciones asignadas por el decreto n° 30 656/44, relativo al examen médico periódico de los afiliados a los distintos regímenes jubilatorios, y la falta de previsiones que aseguraran el tratamiento adecuado para aquellos en quienes dicho reconocimiento detecta al-

guna patología incipiente. "Lo oportuno sería tener los medios para internarlos, suministrarles atención médica inmediata, medicamentos y alimentos adecuados para tomarlos a tiempo y devolverlos al trabajo curados", afirma Riguera, y continúa: "esto hoy no se hace por insuficiencia de camas y otros recursos, que el seguro social podría ofrecer" (68).

En julio de 1947 el senador Teisaire presenta en la respectiva Cámara un proyecto de creación del seguro social por el que se fusionan "todas las cajas civiles de jubilaciones existentes en el territorio nacional, incluso aquellas creadas por aportes especiales y particulares, cualquiera sea su denominación y finalidad" (69). Los beneficios otorgados incluyen seguro de maternidad, de salud, accidentes de trabajo, invalidez o incapacidad, desocupación, jubilaciones y seguro de vida. El capítulo relativo a seguro de enfermedad crea un complejo sistema de reembolso e instituye la figura de la "ayudante hogareña", encargada de las tareas del hogar (quehaceres domésticos y cuidados de los niños) y de la atención del enfermo en el caso de afecciones que obliguen a guardar cama a un jefe de familia o a su esposa.

EL DESARROLLO DE LAS INSTITUCIONES

El Instituto Nacional de Previsión Social

Por decreto del Poder Ejecutivo n° 10 424, de abril de 1944, se crea el Consejo Nacional de Previsión Social. Conforme al artículo 4° del mismo decreto se encomienda a este Consejo la constitución y organización del Instituto Nacional de Previsión Social, puesto en marcha poco más tarde por decreto n° 29 176 de ese año.

Serán atribuciones del organismo:

- Proyectar las prestaciones aún no previstas y organizar las secciones correspondientes.
- Asesorar a los poderes públicos en materia de previsión social y solicitar al Poder Ejecutivo la adopción de medidas tendientes al perfeccionamiento del sistema nacional de seguridad social.
- Aplicar la medicina social, conforme a los métodos de la medicina preventiva y curativa: rehabilitación y reeducación (art. 3° inc. c, d y e).²⁶

²⁶ En lo relacionado con el sistema de jubilaciones, se le otorgaba plazo de dos años para estudiar y proyectar "las bases económicas y legales de un régimen general y uniforme de retiros e indemnizaciones que comprenda a las cajas existentes, mediante los ajustes financieros y legales que correspondan, debiendo cumplir su cometido sin disminuir las prestaciones vitales mínimas que acuerdan las leyes vigentes y tratando, en lo posible, de aumentar las insuficientes" (art. 65°). La medida había sido adelantada por el coronel Perón en una concentración de obreros ferroviarios realizada en Concepción del Uruguay pocos meses antes: "existen en el país no menos de 60 cajas de jubilaciones, algunas de ellas, como la de los ferroviarios, que no alcanzan a pagar 10% de las jubilaciones a que tienen derecho sus asociados [...] este panorama ha de desaparecer, hemos de refundirlas y crear un instituto único para todas las cajas, la forma de suprimir los 60 directorios pagos, las 60 casas pagas, etcétera" ("Importante discurso del Coronel Juan D. Perón en Concepción del Uruguay". *La Fraternidad*, XXXVII (794):11-12/30, julio de 1944, pág. 30).

Si se toma el texto del decreto al pie de la letra podría concluirse que la recientemente creada Dirección Nacional de Salud Pública había sufrido un doble recorte de atribuciones. Como ya vimos, el decreto nº 21 901/44 traslada a la Secretaría de Trabajo y Previsión las funciones de asistencia social, el de creación del Instituto Nacional de Previsión Social incorpora al mismo ámbito la aplicación de la medicina social, de acuerdo con los métodos de la medicina preventiva y curativa. Otro decreto, el nº 30 656 de noviembre de ese mismo año, especifica estas funciones, refiriéndose a las prioridades otorgadas a la acción de los servicios de medicina preventiva y curativa del Instituto Nacional de Previsión Social y estableciendo con carácter obligatorio el examen de salud para toda la población dependiente del mismo, es decir, la totalidad de los beneficiarios del sistema nacional de jubilaciones y pensiones.

La polémica se explicita, aunque no se le reconozca ese carácter. Mientras algunos actores, en diferentes escenarios, dedican argumentos —sin aclarar el objeto preciso al que apunta su retórica— a defender la integración de asistencia social y atención médica en función de la necesidad técnica de orientación unitaria de la acción y la necesidad financiera de evitar la dispersión de esfuerzos y recursos, otros, en los mismos o diferentes escenarios, se inclinan por una integración que no necesariamente deja de lado la primera, vinculando asistencia y previsión social.

Todo el plan de acción social, se dice, comprende dos aspectos fundamentales que se complementan: la previsión y la asistencia. A partir del surgimiento de los modernos sistemas de seguridad social, la asistencia al individuo afectado en su capacidad de trabajo y la satisfacción de sus necesidades vitales se ha ido paulatinamente liberando "del añejo principio de la filantropía", y han comenzado a ser jerarquizadas como función estatal.

El seguro social y los sistemas conexos de asistencia, "dentro de su orientación preventiva y su especialización, constituyen la esencia de un programa completo de seguridad colectivo" (70).

Planteando ambos esquemas de cobertura de riesgos como complementarios, la asistencia se propone como el paso preparatorio y el complemento del seguro social, garantizando la extensión de beneficios a la totalidad de la población. El objetivo de futuro es el progresivo desarrollo del campo de la previsión "por la institución integral de los seguros sociales" (71).

La polémica puede aparecer sustentada en bases exclusivamente doctrinarias, alejada del pragmatismo que a veces es necesario imponer a la política social. También puede pensarse como un juego de competencias entre diferentes organismos estatales que pugnan por acrecentar sus esferas de atribuciones y, por consiguiente, su órbita de poder.

Desde la perspectiva del presente, sin embargo, podría plantearse que la disyuntiva habría carecido de importancia si —como todas las estrategias de largo plazo anunciaban— se hubiera finalmente sancionado un sistema de seguro con cobertura universal, o, plausiblemente, se hubiera asegurado un sistema de financiación suficiente y oportuno a los servicios sociales en manos del Estado. Al no producirse ninguna de estas dos condiciones, potencialmente integradoras, se reproduce el esquema de fragmentación y duplicación de esfuerzos que constituía el

"modo inercial" del movimiento de la sociedad argentina en las décadas anteriores a este momento en que se afirma la voluntad de cambio.

Las consecuencias son de diferente índole y acaso no sea posible siquiera enunciarlas en su totalidad. Tal vez la consecuencia más grave en términos de los objetivos declarados del proyecto es que la asistencia social queda finalmente desmembrada, no integrándose a salud pública ni a previsión, y limitando su acción a la reparación del daño producido, abortada su potencialidad de prevención; aunque de manera fugaz pueda adquirir relieve político y social inusitado a través de la obra de la Fundación María Eva Duarte de Perón.

La Dirección Nacional de Asistencia Social

La ley n° 13 341, sancionada en 1948, reglamenta las actividades de la Dirección Nacional de Asistencia Social (DNAS). Las funciones que se le atribuyen pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- asistencia del menor abandonado,
- protección de la madre desamparada,
- amparo y socorro de la vejez desvalida,
- integración y consolidación del núcleo familiar,
- solución del problema de la vivienda para familias de escasos medios económicos,
- recuperación de toda persona caída en el infortunio (art. 2º, inc. a, f).

El enunciado de los fines atribuidos a la institución revela que se seguía considerando la asistencia en función de prácticas dirigidas sobre el individuo, en procura de paliar un daño ya producido. La totalidad de las funciones que se le encomiendan constituyen ejemplos de un modo de pensar la asistencia que, aun cuando se lo declare extraño a las nociones de caridad o beneficencia, retoma las antiguas modalidades de intervención. No se aplicarán, ni en ese momento ni a posteriori, las ambiciosas propuestas formuladas en Trabajo y Previsión, conducentes a integrar previsión y asistencia.

Por la misma ley pasan a integrar la Dirección Nacional de Asistencia Social "la Sociedad de Beneficencia de la Capital y las sociedades y asociaciones de igual carácter existentes en la República, en la forma y manera que determine el Poder Ejecutivo al reglamentar la presente ley, cuyos bienes muebles y/o de cualquier otra naturaleza se transfieren al nuevo organismo, conjuntamente con su personal, créditos de presupuesto, cuentas especiales, derechos y obligaciones" (art. 4º).

Aunque el texto del artículo remite a futura reglamentación las modalidades en que operará la integración de las instituciones de beneficencia, su parte final puede inducir al error de considerar que esas asociaciones perdían su autonomía de gestión.

Sin embargo, el inciso h del artículo 5º rechaza explícitamente esa posibilidad, cuando confiere a la Dirección Nacional de Asistencia Social la facultad de "controlar las sociedades o asociaciones de beneficencia, proponiendo al Poder Ejecutivo los subsidios o subvenciones a recibir del mismo Estado Nacional, o la cance-

lación de los mismos". El mismo inciso aclara de manera inmediata las condiciones que se deben satisfacer para el otorgamiento de tales subsidios: "las instituciones deberán sujetarse a la orientación social y directivas técnicas que les imparta la Dirección Nacional de Asistencia Social".

El tema debió ser conflictivo, aun en el interior del Senado, homogéneamente peronista. El senador Ernesto F. Bavio pregunta, de manera específica, antes de otorgar su voto a la futura ley: "¿Queda entendido, entonces, que pueden subsistir en el país asociaciones de beneficencia controladas por el organismo que se crea y cuyos subsidios también han de estar controlados por el mismo?" (72).

Dos decretos de fecha anterior, sancionados en mayo de 1946 y febrero de 1947, habían intentado ordenar la dependencia de la Sociedad de Beneficencia de la Capital, adecuándola a la reorganización de funciones producida en el interior del aparato estatal. El primero de ellos (nº 15 828 del 31-V-46) determinaba que el funcionamiento de la institución se ajustaría "a las directivas técnicas que para la coordinación de sus servicios le dicten, dentro de sus respectivas atribuciones, la Secretaría de Trabajo y Previsión y la Dirección Nacional de Salud Pública" (art. 1º). El decreto nº 5188 del 26 de febrero de 1947, por su parte, dispone la incorporación de la Sociedad de Beneficencia a la Secretaría de Salud Pública, "con todo su personal y patrimonio" (art. 1º). Nuevamente, el enunciado de la disposición puede inducir al error de creer que se producía una integración. El artículo 2º especifica que dicha Sociedad "subsistirá, en todo lo demás, con su actual estructura, como asimismo sometida a las disposiciones legales y estatutarias que rigen actualmente su funcionamiento".²⁷

Finalmente, la asimilación de la Sociedad de Beneficencia solo se efectivizará con la puesta en marcha de la poderosa organización de ayuda social que responderá al nombre y la actividad política de la esposa del Presidente.

La Fundación María Eva Duarte de Perón

Es difícil precisar el momento en que se inicia la actividad de la Fundación como tal, ya que los actores de la época la señalan como anterior al decreto de julio de 1948, por el cual el Poder Ejecutivo le otorga personería jurídica y aprueba sus estatutos (nº 20 564/48). Se habla, en términos generales, de una actividad primero informal de la esposa del Presidente, que en su despacho de la Secretaría de

²⁷ En 1946, la Cámara de Senadores había aprobado un proyecto presentado por Diego Luis Molinari que disponía la intervención de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. En su fundamentación el proponente aclara: "Ya se está preparando la legislación general, que comprenderá [...] todo lo que a salud pública corresponde, todo lo que a la asistencia social atañe, y en este orden y dentro de este plan general, no habrá institución que se salga del cuadro que se trazó Rivadavia en 1821, cuando dijo que sin la unidad no hay garantía de orden, y sin el orden no puede haber progreso dentro de la ley.

"Un principio de gobierno fundamental, un concepto de Estado organizado suficientemente en función democrática de alcance social, pondrán a las instituciones de la Sociedad de Beneficencia en el lugar que les toque; y así, sus hospitales irán a la Secretaría de Salud Pública y sus hogares de menores a la Dirección de Asistencia Social." (C.S.D.S., 1946, T. I, reunión 14ª, julio 25:972-974, pág. 974.)

Trabajo y Previsión o en sus giras por el interior del país atendía pedidos del más diverso orden.

Hay personas que piden una casa, otras un colchón, otras una pierna postiza; otras piden dinero porque no lo tienen para pagar un pasaje; en fin, una serie de detalles que sería largo enumerar [...]. Esto constituye la asistencia social, cuyo concepto está bien definido, y respecto al cual los señores senadores no tienen ninguna confusión (73).

En 1950 se modifican los estatutos de la entidad, que pasará a denominarse "Fundación Eva Perón", conforme al decreto n° 20 268/50. La ley 12 992, sancionada en setiembre de ese mismo año, ratificará la personería jurídica otorgada, autorizando a la Fundación a desenvolver "su acción en forma independiente del Estado, dentro de los límites establecidos por las disposiciones generales que rigen a las entidades de derecho privado". A continuación se señala: "Las funciones a cargo de la Fundación Eva Perón son de orden público y de interés nacional" (art. 2°).

El artículo 3° de la misma ley refiere a futuras modificaciones del estatuto, señalando que una vez aprobadas por el Poder Ejecutivo se las considerará parte integrante del cuerpo legal.

El régimen jurídico de la Institución creada por Eva Perón es uno de los núcleos más sólidos de la oposición radical a la legislación propuesta por el oficialismo para respaldar sus actividades. "Corresponde al Estado el manejo y la aplicación de la función pública de manera exclusiva", dice el diputado Mercader. "Cuando el Estado delega una función pública en una entidad que él crea, en mi concepto esa entidad tiene características de persona de derecho público. Por lo menos, está sujeta a la responsabilidad del derecho público, y a las exigencias del derecho administrativo". La sanción del artículo 3° se considera como "inexplicable delegación de facultades legislativas" (74).

El oficialismo responde defendiendo el carácter revolucionario de su propuesta, a la vez que señala que la oposición tiene dificultades para "comprender un proyecto de ley de envergadura revolucionaria, que hace a los fines, a los fundamentos y a la base del Estado justicialista".

El diputado Albrieu se apoya en la autoridad de Salvat, y adhiere a su definición de orden público como "conjunto de principios superiores, políticos, económicos, morales y algunas veces religiosos, a los cuales una sociedad considera estrechamente vinculada la existencia y conservación de la organización establecida" (75).

El Estado peronista asume, en esta intervención, la facultad de redefinir los principios de orden superior sobre los que descansa la organización social argentina. Por múltiples vías, a partir de diferentes explicitaciones, es posible reconstruir una propuesta política que demanda legitimación a partir de su capacidad de "modelar" la sociedad con base en determinados valores.

El autoritarismo implícito en esta formulación impregnada de "deber ser" permea, del mismo modo que comprobamos en la propuesta de salud pública, la actividad de asistencia social asignada a la Fundación. Se entrega un "cheque en blanco" —se dice en Diputados— a una persona en quien se confía plenamente. La

centralización de los recursos y las decisiones crea un área relativamente autónoma con gran capacidad de decidir y enorme potencialidad ejecutiva, pero la consecuencia es la fragmentación, la dispersión, la falta de acción planificada, alguna dosis de arbitrariedad en la distribución de los beneficios.

En esas condiciones, y empujada por el espíritu auténticamente comprometido con la causa popular de su Presidenta, la Fundación crece significativamente en recursos, en obras y en poder.

Habiendo comenzado su vida jurídica en 1948, con estatutos que no se dan a publicidad, y un aporte de 10 000 pesos de su fundadora, llega a 1951 manejando 800 millones de pesos anuales, en un momento en que el total del presupuesto del Estado llega a 12 000 millones y el gasto estatal en salud pública y asistencia social a 407 millones de la misma moneda²⁸ (76).

¿De dónde provenían esos recursos?

Durante los primeros años la principal fuente fueron las donaciones. Esto implica una multiplicidad de situaciones: sumas entregadas por grandes y pequeñas empresas, contribuciones de los sindicatos,²⁹ decisiones de la CGT que comprometen el aporte de uno o dos días de salario por parte de todos sus afiliados. Dentro del mismo rubro pueden considerarse también montos específicos entregados por única vez a partir de una decisión estatal, como es el caso de la multa de 97 millones de pesos aplicados a la Fundación Bemberg en 1951.

A partir de 1950 se comienza a legislar de manera orientada a dotar a la Fundación de una fuente regular de recursos. En ese mismo año la ley n° 13 992 le otorga parte de los fondos asignados por el decreto n° 33 302/45 (ley 12 921) al Instituto Nacional de las Remuneraciones, encargándole al mismo tiempo la atención de los fines sociales originariamente atribuidos a ese Instituto.³⁰ Los aportes así transferidos estaban constituidos por 2% del sueldo anual complementario, retenido sobre las remuneraciones de empleados y obreros, y 1% del mismo monto, a cargo del empleador (art. 4° y 5°). Se transfiere también a la Fundación la totali-

²⁸ Con gran escándalo de la oposición el Presidente afirmaba en esos años que su esposa manejaba un presupuesto de 2000 millones de pesos por año, mayor que los recursos asignados a la Presidencia. El diputado Illia se lamenta: "Pensamos que se trata de un Estado dentro de otro Estado" (C.D.D.S., 1950, T. IV reunión 40ª, setiembre 13:2365-2377, pág. 2367).

²⁹ "Cualquiera de los señores diputados y la gente de la barra sabe que a diario esa benemérita entidad recibe sumas millonarias que le donan los obreros, como la Unión Ferroviaria, que le entregó 20 000 millones; los tranviarios, 7000 millones; los empleados del Poder Judicial, que entregaron 1000 millones, etc." (C.D.D.S., 1950, T. III, reunión 24ª, julio 19:1099-1133, pág. 1127).

La oposición habla en un tono muy diferente: "El comercio y la industria se quejan de ser objeto de permanentes requerimientos, en forma imperativa, que adquieren el carácter de exacciones ilegales, para contribuir a la acción social de la Fundación [...] En el ejército de la Nación está documentado que muchos jefes y oficiales han resistido bajo su firma el requerimiento de la Ayuda Social, negándose a autorizar descuentos en sus sueldos con tal finalidad" (C.D.D.S. 1951, T. III, reunión 12ª, julio 14:645-689, pág. 672.)

³⁰ Tales fines sociales estaban especificados en el artículo 49° del decreto n° 33 302 y pueden sintetizarse en: el fomento del turismo social entre empleados y obreros y sus familias; el acondicionamiento y funcionamiento de colonias de vacaciones y lugares de descanso; la adquisición de terrenos, compras, construcción, ampliación y reparación de edificios con destino a la instalación de colonias de vacaciones y lugares de descanso, etcétera.

dad de los fondos disponibles provenientes del aporte de empleados y coreros y destinados a la satisfacción de tales fines (art. 8º).

Por la misma ley se le adjudican los recursos emanados de la aplicación de los artículos 7º inciso b y 8º inciso a del decreto 7867/46, y los saldos disponibles de su aplicación a diciembre de 1950. Se trata en este caso del 10% de los ingresos provenientes de la lotería, que según el referido decreto debían destinarse a "asistencia social", y 50% de los beneficios líquidos de la explotación de casinos y juegos de azar, que hasta ese momento se dividía en 30% para el Ministerio de Salud Pública y 20% para la obra de asistencia social de la Secretaría de Trabajo y Previsión.³¹

Los diputados radicales defienden la concepción subyacente en el régimen del Instituto de las Remuneraciones, aunque reconocen que "es un organismo muerto, que no anda". Se enfatiza su carácter de "organismo técnico", de "instrumento capaz de responder de una manera técnica y despolitizada a los problemas sociales. Asimismo, se condena el recorte de los fondos asignados a Salud Pública: este Ministerio, se indica, está realizando una función social bajo un aspecto "organizado y serio", garantizado en sus aspectos técnicos.³²

El incremento de los recursos regulares de la Fundación María Eva Duarte de Perón, provenientes de aportes laborales y lotería y casinos, produce cambios sustanciales en la distribución de los mismos considerados según su origen. Mientras en 1948 el 100% de los fondos se originaba en donaciones, en 1949 el 99,8% y en 1950 el 82,1%, en 1951 el aporte por este rubro baja a 46,2%. En 1953, solo el 32% provenía de donaciones, mientras los aportes laborales sumaban el 30% y los fondos provenientes de lotería y juegos de azar constituían el 26,9% del total de recursos (77).

Es también muy significativa la observación que en un estudio reciente hace Emilio Tenti (78), relativa a que el gasto anual de la Fundación, a partir de 1949,

³¹ Por el artículo 14 vuelve a configurarse la atribución de facultades discrecionales que tantas críticas despierta entre los diputados de la oposición. Dicho artículo deroga la exigencia de recabar la previa autorización del Poder Ejecutivo que se imponía al Instituto Nacional de las Remuneraciones: "c) Formular y someter al Poder Ejecutivo los planes de inversión en las obras de turismo social [...] d) Contratar, con autorización del Poder Ejecutivo, préstamos destinados a financiar los planes a que se refiere el artículo anterior" (art. 14). El miembro informante en el Senado argumenta: "es lógico, señor Presidente, que se sustituya esta disposición, porque se faculta a la Fundación Eva Perón a efectuar todas estas cosas, y por lo tanto, no necesita pedir autorización al Poder Ejecutivo para realizar su obra social. Ella adquiere la facultad de por sí para administrar y disponer de los fondos, y por lo tanto, como entidad privada no debe ni puede pedir autorización al Poder Ejecutivo para que la faculte a hacer obra, o a invertir fondos" (C.D.D.S., 1950, T. I, reunión 53, setiembre 29:1706-1716, pág. 1709).

³² El énfasis que esta argumentación pone en lo técnico, es otro de los indicadores de la falta de una propuesta social alternativa. "Este Instituto de Remuneraciones que tiene en su estructura un todo orgánico, porque su ley le da carácter técnico a su organización, porque es técnica su función, porque es técnica la manera de encarar las soluciones, este Instituto de Remuneraciones que nunca echó a andar sobre el país —acaso porque era una cosa demasiado seria— recibe —antes de pararse— el golpe definitivo que lo anula, lo borra y lo hace desaparecer de la superficie de la legislación argentina. Se le saca la sangre de sus recursos y el alma de su función asistencial, encarada con criterio técnico y no político". (C.D.D.S., 1950, T. IV, reunión 52ª, setiembre 27:3325-3351, pág. 3331.)

estuvo siempre por debajo de la mitad de sus recursos disponibles. Comparando esta situación con la penuria financiera reiteradamente reconocida por Carrillo, la hipótesis de rivalidad puede alcanzar cierta consistencia.³³

En forma paralela a su reiterada defensa de la discrecionalidad implícita en esa obra personal, el discurso oficialista sigue, sin embargo, nutriéndose de la perspectiva integradora. Así, se afirma: "Nosotros vamos hacia la seguridad social", "a la tranquilidad social, dentro de lo posible, por medio de la legislación laboral". La obra de la Fundación se presenta como superadora de la antigua noción de caridad, de la beneficencia, y todo el pasado cae en una condena que sirve para exaltar el carácter revolucionario del presente.

La oposición, mientras tanto, no tiene más propuesta alternativa que la condena al personalismo, la discrecionalidad, las violaciones del orden jurídico. Pero su alegato se asienta sobre la misma doctrina: "creemos que hay que superar la actividad de la caridad privada [...] y que debe regularse y legislarse sobre la asistencia social [...]. El Estado debe intervenir de manera orgánica y garantizada". No hay, por lo tanto, diferencias claras sobre la concepción del Estado y sus funciones sociales, aunque a renglón seguido se agregue: "no debe delegar esas funciones [...] a entidades u organizaciones por el sistema de cono invertido, que se apoya en la voluntad, en los gustos y en las pasiones exclusivas de una persona" (79).

COMENTARIO FINAL

En el abigarrado conjunto de decisiones relativas al sector que pueden recuperarse en los primeros años del gobierno peronista, nuestra selección se orientó a analizar las contradicciones que conducen desde una unidad proclamada como objetivo racionalizador y garante de eficacia hasta la fragmentación y heterogeneidad finalmente resultantes.

El decurrir de las intenciones a las decisiones y de estas a sus consecuencias, tratándose de temas políticos, supone siempre el trazado de un laberinto, más o menos intrincado. No hemos podido recuperar la totalidad de su dibujo, solo algunos indicios aptos para formular hipótesis ordenadoras.

³³ La distribución de los recursos del Ministerio de Salud Pública y de la Fundación entre 1948 y 1951 sería la siguiente:

año	Ministerio	Fundación
1948	447 180 742	49 580 952
1949	329 538 590	135 086 580
1950	386 071 258	326 172 037
1951	388 442 863	854 561 320
1952		893 043 875
1953		887 252 037

Fuente: Tenti, Emilio. "Políticas de asistencia y promoción social en Argentina". *Boletín Informativo Techint* 248:73-128, julio-agosto de 1987.

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, ese modelado se basa en fundamentos doctrinarios y supuestos técnicos organizativos que se han ido construyendo a nivel internacional por lo menos desde la primera posguerra. Esa experiencia, y algunos resultados ya perceptibles, otorgan legitimidad a la idea de una construcción de lo social desde lo técnico, fundada en una sola decisión política: terminar con el antiguo orden y sus privilegios y crear uno nuevo a partir de la generalización del bienestar.

Sin embargo, a poco andar se descubrirá que no se trabaja sobre una materia inerte. No es el Estado el lugar de la voluntad racionalizadora, ni la sede exclusiva del poder. La sociedad que pretende construir *ex novo* se organizará sobre la base del conflicto entre fuerzas heterogéneas, dotadas de su propia percepción de lo bueno, lo útil, lo justo, lo deseable. Las nuevas y viejas fuerzas a las que se pretende convocar, traen como lastre su experiencia pasada, sus insatisfacciones, sus temores, sus demandas.

Para los técnicos que pretenden el dominio de un conocimiento científico —portador incuestionable del progreso y el bienestar— que los autoriza a operar sobre la realidad sin inútiles demoras, la política se presenta como actividad radicalmente perversa: lugar del desorden, del privilegio, del estímulo a la afirmación de un egoísmo estrecho basado en la defensa de intereses particulares.

La interferencia entre las decisiones aconsejadas por los técnicos y las luchas políticas entabladas en torno del poder, lo que hemos interpretado como interrelación conflictiva entre definiciones técnicas y demandas políticas, presenta dos esferas de explicitación: la lucha interna a los aparatos del Estado, para cubrir espacios, justificar recursos, recomponer clientelas, y la permanente negociación entre los organismos del gobierno y las instituciones de la sociedad que constituyen sus bases de sustentación.

Hay, sin embargo, un tercer espacio de explicitación de la política: el que se ubica en la esfera institucionalizada de la representación democrática. Allí donde el debate debía darse en función de contenidos sustantivos de las diferentes opciones, queda en general limitado a la denuncia escandalizada de la corruptela instalada en el poder. La historia de los referentes ideológicos de las dos grandes corrientes radicales en esta década todavía no ha sido escrita. Cuando ello ocurra seguramente entenderemos con mayor claridad lo que pasa en la discusión en salud en estos años y el abrupto vuelco en contenidos y doctrina que supondrá la instalación del gobierno de Aramburu.

La multiplicación de espacios en el interior de un Estado en expansión, la continua redefinición de patronazgos y clientelas, la negociación de beneficios y apoyos recíprocos, constituyen la base de emergencia del proceso que hemos caracterizado como de fragmentación y heterogeneización de las políticas sociales. En el próximo capítulo encontraremos nuevos fundamentos para ratificar la hipótesis.

Referencias bibliográficas

- (1) *Boletín A.M.P.* (3):6-8, junio de 1942, pág. 8.
- (2) *Boletín A.M.P.* (2):21-22, febrero de 1942, pág. 21.
- (3) *S.M. LI* (35):470, setiembre de 1944.
- (4) "1er. Congreso Nacional de Salud Pública. Discurso inaugural del Dr. Manuel Augusto Vieira". *Rev Fed Med Rep Arg V* (51):10-14, setiembre de 1945, pág. 12.
- (5) La expectativa gremial médica en torno a su creación puede verificarse en: "Creación del Instituto Nacional de Previsión Social". *Rev Fed Med Rep Arg IV* (42):32-36, noviembre de 1944.
- (6) "El decreto ley sobre Medicina Preventiva y Curativa". Conferencia radial pronunciada por el Dr. Luis Tettamanti. *Rev Fed Med Rep Arg V* (45):18-24, feb./mar. 1945.
- (7) Carrillo, Ramón, "Ausentismo por enfermedad". Conferencia pronunciada el 18-IX-1948, *S.M. LV* (2858):894-898, octubre de 1948.
- (8) "Primer Congreso Nacional de Salud Pública. Discurso pronunciado en la sesión de apertura por el Sr. Ministro de Salud Pública y Trabajo de nuestra provincia, Dr. Carlos A. Lambruschini". *Rev San Asist Soc y Trab I* (2):13-16, set.-oct. de 1945, pág. 15.
- (9) Carrillo, Ramón, *Obras Completas* T. IV, Anexo:275-284, pág. 276.
- (10) *Idem*, pág. 275.
- (11) Cf. Pirez, Pedro. *Coparticipación federal y descentralización del Estado*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1986.
- (12) C.S.D.S., 1948, reunión 49ª, setiembre 15:1908-1910, pág. 1908.
- (13) C.D.D.S., 1948, T. VI, reunión 50ª setiembre 28 y 30:4653-4666, pág. 4662.
- (14) *Ibidem*.
- (15) C.S.D.S., 1948, T. IV, reunión 59ª, setiembre 29:2937-2939.
- (16) C.S.D.S., 1946, reunión 85ª, diciembre 19:499-510, pág.499.
- (17) *Idem*, pág. 501.
- (18) *Idem*, pág. 502.
- (19) *Idem*, pág. 504.
- (20) *Idem*, pág. 507.
- (21) *Ibidem*.
- (22) C.D.D.S., 1947, T. IV reunión 30ª, setiembre 4:132-147, pág. 138.
- (23) C.D.D.S., 1947, T. IV reunión 33ª, setiembre 10 y 11:313-359, pág. 325.
- (24) *Idem*, pág. 318.
- (25) *Ibidem*.
- (26) *Ibidem*.
- (27) Carrillo, Ramón. Teoría del Hospital. *Obras Completas*, T. IV, pág. 17.
- (28) *Idem*, pág. 336.
- (29) Carrillo, Ramón. "Política de salud pública". *Obras Completas*, T. II:225-235.
- (30) "Se realizó la Conferencia de la Salud por el Turismo". *La Fraternidad XLVII* 990:12, abril de 1954.
- (31) Carrillo, Ramón. "Sanidad Justicialista". *Obras Completas*, T. II:423-440. Conferencia pronunciada en la Universidad del Litoral el 31 de julio de 1951, pág. 435.
- (32) Carrillo, Ramón. *Obras Completas*, T. II:85-99. Discurso pronunciado en el Congreso Americano de Medicina del Trabajo el 1-XII-1949, pág. 90.
- (33) Carrillo, Ramón, *Obras Completas*. T. I. Introducción, pág. 32.
- (34) Carrillo, Ramón, "¿Qué es un Centro de Salud en Argentina?" *S.M. LVI* 2890:793-798, junio de 1949, pág. 796.
- (35) Carrillo, Ramón. "Recientes conquistas de la sanidad argentina". *Obras Completas*, T. II:345-364. Conferencia pronunciada el 16-II-1951, pág. 360.

- (36) *Idem*, pág. 361-362.
- (37) Carrillo, Ramón. *Obras Completas*, T. I Introducción, pág. 35
- (38) C.S.D.S., 1946, T. IV, reunión 86ª, diciembre 20:517-536, pág. 522.
- (39) *Idem*, pág. 527
- (40) *Idem*, pág. 527
- (41) Carrillo, Ramón. Plan Sintético de Salud Pública (1952-1958). *Obras Completas*, T. IV pág. 180.
- (42) *Idem*, pág. 183.
- (43) *Idem*, pág. 186.
- (44) Carrillo, Ramón. "Financiación de la atención médica". *Obras Completas*, T. II:143-152. Conferencia pronunciada en la Facultad de Ciencias Médicas al inaugurar las Primeras Jornadas Argentinas de Higiene y Medicina Social, el 14 de noviembre de 1950, pág.151.
- (45) Carrillo, Ramón. "Financiación de los servicios de salud pública". *Obras Completas*, T. IV:205-211, pág. 205-206.
- (46) Perón, Juan D. "Discurso en el Hospital Nacional Central pronunciado el 4-III-1947". Perón habla a los médicos, pág. 35-38.
- (47) Carrillo, Ramón. "Consideraciones generales sobre la arquitectura hospitalaria". *Obras Completas*, T. I:68-73. Conferencia pronunciada el 2-IX-1949, pág. 71.
- (48) Palabras de Lloyd George al finalizar la Primera Guerra Mundial, mencionadas por Alfredo Palacios en una conferencia pronunciada en la Universidad Nacional de La Plata el 19-XII-1942. Citada en Desmarás, Carlos "La Seguridad Social", *Rev Fed Med Rep Arg III* (23):10-17, abril de 1943, pág. 16.
- (49) Cf. Belmartino, Susana, *et al. Las instituciones de salud en la Argentina. Desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- (50) Belmartino, Susana, *et al. Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1988.
- (51) Instituto Argentino de Investigaciones y Estudios Económicos. Seguridad Social para Argentina, Buenos Aires, 1945, pág. 6.
- (52) Memeldorf, Francisco. "¿Está justificado el rechazo del Seguro Social?" *Rev Fed Med Rep Arg III* (22):10-14, marzo de 1943.
- (53) Primer Plan Quinquenal, pág. 167.
- (54) Bunge, Augusto. Conferencia dictada en el Colegio Libre de Estudios Superiores. Citado por Ossorio y Florit, Manuel. "Los seguros sociales y las cajas de jubilaciones", *Rev Jur Arg T. 76*:45-51, Buenos Aires, 1941.
- (55) C.S.D.S., 1946, T. III, reunión 59ª, octubre 23:166-171, pág.167.
- (56) *Ibidem*.
- (57) Issuani, Ernesto. *Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1985.
- (58) C.D.D.S., 1946, reunión 24ª, agosto 28:431-444, pág.440.
- (59) Descalzo, José Luis. "El Seguro Social y sus consecuencias para la Caja Ferroviaria". *La Fraternidad XL* (854):34-36, enero de 1947, pág. 3.
- (60) C.S.D.S., 1946, T. III, reunión 59ª, octubre 23, 166-171, pág. 179
- (61) Secretaría de Trabajo y Previsión. Trabajo y Previsión, exposición analítica. Buenos Aires, diciembre de 1946. Capítulo "Seguros Sociales":97-113.
- (62) *Idem*, pág. 104.
- (63) *Ibidem*.
- (64) C.D.D.S., 1941, T. I, reunión 3ª, mayo 20:101-121.
- (65) C.D.D.S., 1941, T. IV, reunión 54ª, setiembre 26:226-247, pág. 227.

- (66) C.D.D.S., 1942, T. I, reunión 5ª, junio 10:781-787.
- (67) C.D.D.S., 1942, T. I, reunión 7ª junio 12:861-867, pág. 864.
- (68) C.D.D.S., 1942, T. III, reunión 24ª, agosto 28:431-444, pág. 441-442.
- (69) C.D.D.S., 1947, T. I, reunión 22ª, julio 25:619-625, pág. 619.
- (70) Secretaría de Trabajo y Previsión. Trabajo y Previsión, cit., pág. 125.
- (71) *Idem*, pág. 127.
- (72) C.S.D.S. 1948, T. III, reunión 57ª, setiembre 28:2759-2761, pág. 2761.
- (73) C.S.D.S. 1946, T. I, reunión 14ª, julio 25:972-974, pág. 974.
- (74) C.D.D.S. 1950, T. IV, reunión 52ª setiembre 27:3325-3355, pág. 3330.
- (75) *Ibidem*.
- (76) Tenti, Emilio. "Políticas de asistencia y promoción social en Argentina". *Boletín Informativo Techint* 248:73-128, jul.-ag. 1987; C.D.D.S., 1950; Discurso del General Juan Perón en el VII Congreso Internacional de Cirugía Inserción solicitada como anexo a la reunión 52ª, setiembre 27:3364-3366.
- (77) Tenti, Emilio. "Políticas de asistencia...", cit.
- (78) *Ibidem*.
- (79) C.D.D.S., 1950, reunión 24, julio 19:1099-1133, pág. 1116.

4. Los orígenes del subsector "obras sociales"

A lo largo de los años cuarenta se va conformando el primer conjunto de instituciones que más tarde serán reconocidas como una fracción de idiosincrasia peculiar dentro del sector salud: las obras sociales. No nacen con ese nombre, que en la época se usa raramente, y en general para designar actividades de asistencia dirigidas a paliar situaciones de carencia de determinados sectores. Podría ser, tal vez, significativo, recuperar las transformaciones de sentido que más tarde convertirían la expresión "obra social" en el referente de instituciones de cobertura de atención médica para diferentes sectores de la producción, el comercio, los servicios, el personal estatal, nucleados según su pertenencia gremial, su inserción en determinadas empresas, o su desempeño en ciertos organismos del Estado.

En otro lugar (1) hemos planteado la hipótesis de continuidad entre las características que asume el movimiento mutualista en la década de 1930 y lo que más tarde se reconocería como "obras sociales": el vínculo asociativo generado a partir de la inserción laboral, la demanda por el aporte patronal, estatal, o ambos, y el reconocimiento de la función reguladora del Estado, considerada indispensable para diferenciar las iniciativas conducentes a reforzar vínculos grupales de previsión y solidaridad de las actividades de tipo empresarial, que se inscriben en la lógica del beneficio privado.

Esta hipótesis de continuidad entre mutualidades y obras sociales, rechazaría la idea comúnmente aceptada del surgimiento de este tipo de instituciones a partir del decreto nº 30 655 del 15 de noviembre de 1944, que crea la Comisión de Servicio Social bajo la presidencia del vicepresidente de la Nación. Dicho organismo tiene a su cargo "la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas" (art. 19º).

La organización de dichos servicios (atención médica gratuita, atención farmacéutica a precios de costo, baños fríos y calientes al término de la jornada, suministro de artículos de consumo a precios de costo, cocina y comedor para uso del personal) se ha asociado tradicionalmente en la literatura especializada con el embrión de lo que serían más tarde las obras sociales sindicales, continuadoras, en otra realidad social y bajo otras condiciones de relación entre Estado y sectores populares, de la "obra social" de las primeras mutualidades (2).

Parece plausible, en este nivel de profundización del conocimiento de las institu-

ciones del período, suponer que ese decreto formó parte de la relativamente abundante legislación promulgada en esos años que no llegó a aplicarse, o solamente alcanzó una efectivización parcial. No hemos recogido en nuestro rastreo documental una sola referencia que supusiera reconocimiento de la existencia de tal disposición.

El aparente juego de palabras: *obra social*, en tanto institución que brinda servicios sociales a sus miembros, y *obra social*, como expresión que resume la actividad asistencial de mutualidades y asociaciones de beneficencia, puede dar pie a una hipótesis explicativa de la generalización de la primera acepción del término y el paulatino abandono de la segunda.

La hipótesis que procuraremos desarrollar en este capítulo se centra 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. Tales instituciones nacen de manera aislada en los años treinta y parecen multiplicarse en los cuarenta. Respondiendo en su origen a una relativamente diversificada gama de riesgos —al igual que las mutualidades—, de modo paulatino van especializándose en la cobertura de atención médica. Originariamente vinculadas de manera preferente a alguna sección del aparato estatal (grandes municipios, reparticiones ministeriales, magisterio) irán aglutinándose en parte sin dejar de constituir un mosaico heterogéneo en cuanto a aportes, derechos y deberes de los beneficiarios, modalidades de cobertura de riesgos, gobierno de las instituciones.

Ha sido muy difícil rastrear los orígenes de este movimiento que solo culminará en 1970 cuando la ley n° 18 610 determine la integración obligatoria al sistema de la totalidad de la población trabajadora con relación de dependencia y sus familiares directos. Parece imposible reconstruir la historia de aquellas instituciones que surgieron de manera independiente a las decisiones tomadas desde el aparato estatal, y que presumiblemente se consolidaron más tarde, a partir de transformaciones reconocibles con posterioridad a la caída del peronismo.

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 harán viables las nuevas organizaciones. Este reconocimiento no supone concluir que fueron "otorgadas", constituyendo concesiones o beneficios que desde el poder político conducen a modelar prácticas sociales basadas en vínculos de solidaridad; por el contrario, parecen asentarse sobre necesidades y demandas previamente explicitadas, sobre organizaciones de los sectores trabajadores que se apoyan en tales vínculos. 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 previo reconocimiento de la cobertura de atención médica como necesidad básica para el conjunto de los trabajadores convierte su otorgamiento en un acto político por medio del cual el Estado instituye nuevas categorías de ciudadanos, portadores de derechos de índole particular que irán a sumarse a los civiles y políticos: los derechos sociales.

Hemos podido recuperar con algún detalle el proceso de construcción de tales ex-

pectativas y necesidades, y de otorgamiento por parte del Estado del nuevo derecho, en uno de los gremios más poderosos del momento: el que nuclea al personal ferroviario. La revista editada por el sindicato de maquinistas y foguistas, *La Fraternidad*, proporciona algunos indicios significativos, útiles para retomar, aunque solo sea parcialmente, algunos de los hitos que jalonan el proceso en cuestión.

LA OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL RIEL: ANTECEDENTES CERCANOS

En algún momento a lo largo de la década de 1920 los ferroviarios que trabajaban en compañías privadas debieron perder la cobertura de salud que les otorgaban las "Cajas ferroviarias". Estas habían constituido, en los primeros años del siglo, las más importantes "mutualidades de empresa", según la clasificación de Bunge, que registra la existencia de tales organismos en el Ferrocarril Sud, el Ferrocarril Pacífico y el Central Argentino (3).

No nos ha sido posible reconstruir en su integridad el movimiento que llevó a la liquidación de tales mutualidades. Conocemos solo algunos hechos vinculados con el cierre de la que administraba la empresa concesionaria del Ferrocarril Sud. No obstante, algunas referencias posteriores, y la falta total de menciones relacionadas con este tipo de cobertura en los años treinta, nos permiten suponer que fue un proceso que alcanzó a la totalidad de las "cajas" correspondientes a los ferrocarriles privados.¹

El cierre de la Caja Mutual del Ferrocarril Sud se produce en 1921, por decisión unilateral de la empresa, si hemos de creer los testimonios posteriores que vinculan esta circunstancia con el comienzo de la actividad mutual autónoma entre los trabajadores de ese ferrocarril. La Caja estaba administrada de forma exclusiva por la empresa, y la cuota, obligatoria para todo el personal, era descontada mensualmente de su salario. Después de denunciar déficit en su balance entre 1916 y 1919, el directorio decide la eliminación del beneficio a partir del 1 de enero de 1921 (4).

De manera inmediata, al parecer, los trabajadores ferroviarios comienzan a organizar sus propias mutualidades, ya no con una orientación centralizada, sino a

¹ Es posible también que las Cajas de Empresa hayan sido reemplazadas, en algunos ferrocarriles al menos, por cláusulas consignadas en los respectivos "escalafones" que obligaban a la empresa a proporcionar determinados "elementos de asistencia" en las localidades de residencia efectiva del personal. Entre tales "elementos" se consignaba, hacia 1930, médico, dentista y partera ("Corta permanencia en Holt F.C.E.R.". *La Fraternidad*, XXII (450):229-231, marzo de 1930).

Arturo Illia recuerda, en un debate en Diputados en 1950, su actuación como médico de los Ferrocarriles del Estado, en Cruz del Eje, hacia 1929. "Poseíamos un modesto hospital, consultorios externos, asistencia a domicilio, médicos que atendían a todos los ferroviarios de la línea, asistencia para los familiares, farmacias, dentistas, laboratoristas, y enviábamos a Córdoba para consultas especializadas e intervenciones quirúrgicas mayores" (C.D.D.S., 1950, T. IV, reunión 43°, setiembre 19:2710-2885, pág. 2723). Es posible que el recuerdo haya estado algo influenciado por el afán polémico, pero no hay duda de que tales servicios —cualquier haya sido su nivel— existieron.

partir de los vínculos que representan una mayor proximidad: en general, el núcleo aglutinante era la respectiva "sección" del sindicato.²

Surge así una pluralidad de pequeñas instituciones que se irán afirmando paulatinamente y cuyo objetivo primordial parece haber sido —en aquellos "tiempos heroicos en los que no existían los beneficios de la jubilación y la pensión"— el subsidio que reemplazaba al salario caído en caso de enfermedad. En efecto, según múltiples testimonios, el impulso para la conformación de una mutual se veía estimulado por el "triste espectáculo" que ofrecían los días de pago los compañeros que organizaban "listas de suscripción" para ayudar a algún trabajador en dificultades (5).

Estas instituciones de ayuda mutua parecen extremadamente débiles en su origen, y no llegan a incorporar el aporte de porcentajes significativos de sus potenciales beneficiarios.³ Los llamados a integrarse y afianzar los vínculos solidarios son muy frecuentes en las páginas de *La Fraternidad*, que también publica los balances de las actividades de estas organizaciones, mostrando lo exiguo de sus presupuestos. Comienzan a multiplicarse, particularmente a lo largo de los años treinta, las referencias a la necesidad de aglutinarse en organizaciones de mayor alcance, mientras se explicita la polémica entre dos opciones posibles: "federación o fusión".

En agosto de 1930 un dirigente ferroviario nos informa: "existen dos formas de centralización", "la una es absoluta, la otra relativa". Para poner en práctica la primera habría que centralizar todos los capitales disponibles en cada sociedad, aprobar un estatuto único y mantener las actuales comisiones directivas como representantes del cuerpo central. "De ese modo las sociedades existentes perderían buena parte de su actual autonomía".

La resistencia que en muchos casos produciría una centralización de ese tipo podría debilitar el logro de la finalidad que se persigue; más factible, y prácticamente sin dificultades, la federalización por ferrocarril permitiría conformar una federación de sociedades de socorros mutuos, en la que cada una conservaría "su autonomía y sus capitales"⁴ (6).

² La Sociedad Mutualista "La Unión", por ejemplo, fue fundada en la localidad de Ayacucho (Ferrocarril Sud) el 21 de febrero de 1921. "Tal vez esta nueva sociedad marcó la cuota más alta en esa época: dos pesos mensuales, pero también debe contarse entre las primeras que establecieron la asistencia amplia, sin exclusiones de enfermedades ni limitaciones en los medicamentos que fueran necesarios, a excepción, naturalmente, de los casos de riñas y alcoholismo. Se acordaban también, subsidios para casos de larga enfermedad, con una modalidad nueva: a mayor número de días imposibilitado, el subsidio diario aumentaba periódicamente" (Ponderoso, Francisco. "Una breve reseña del mutualismo entre los compañeros del Ferrocarril Sud", *La Fraternidad*, XXXVI (763):25-27, marzo de 1943, pág. 26).

La Sociedad de S.M. "La Fraternidad", en Rosario, fue fundada el 23 de agosto de 1920, en una asamblea seccional (*La Fraternidad*, XXXIX (827):19-20, noviembre de 1945).

³ En Mendoza, la Sociedad de Ayuda Mutua entre trabajadores del Ferrocarril Pacífico y Trasandino solo había logrado agrupar, a comienzos de la década de 1930, el 15% del personal de la sección. Para la misma época, en la ciudad de Córdoba, Ferrocarril Central Argentino, algunos trabajadores ferroviarios se negaban a afiliarse a la respectiva Caja porque la sección no poseía, "como otras, médico, hospital y medicamentos propios" (*La Fraternidad*, XXII (449):160, febrero de 1930 y (447):655, junio de 1930).

⁴ "Con un estatuto uniforme, con iguales derechos y deberes, todas las sociedades de cada ferrocarril funcionarían autónomamente de conformidad con el estatuto federal que habría que estudiar y aprobar con el consenso de todos los organismos adherentes.

"El organismo central que se creara, vale decir, la federación, mantendría estrechas relaciones con

Por el mecanismo de "fusión" habían optado, en cambio, los ferroviarios que en diciembre de 1926 reúnen en Remedios de Escalada un Congreso Constitutivo destinado a auspiciar un organismo mutual que centralizara todas las entidades existentes entre los obreros y empleados del Ferrocarril Sud. Nace así la "Confraternidad Mutual", que diez años más tarde continúa todavía su prédica en pos de la adhesión de la totalidad de las mutualidades ferroviarias (7).

La empresa que administraba los ferrocarriles del Estado había conservado, en cambio, el sistema de mutualidad con afiliación obligatoria para todo su personal. En su Memoria correspondiente al año 1934, La Fraternidad celebra como la materialización de una conquista largamente anhelada la incorporación de un representante gremial en el Directorio de dicha Sociedad de Socorros Mutuos. En efecto, la reforma de los estatutos aprobada por resolución del Consejo de Administración de los Ferrocarriles del Estado en julio de 1934 sancionaba la conformación de un Directorio compuesto por tres representantes del Estado, presidente y dos vocales, y dos delegados de las entidades gremiales reconocidas: Unión Ferroviaria y La Fraternidad, elegidos por el voto de sus asociados.

El Hospital Ferroviario, conquista social

En forma paralela al desarrollo de esta preocupación por el afianzamiento de las formas de previsión y solidaridad gremial, comienza a surgir la demanda por una institución que responda a necesidades vinculadas a los cambios técnicos que se gestaban en el interior de la medicina. Al igual que muchos otros organismos mutuales, los ferroviarios comienzan a plantearse la necesidad de contar con un hospital o sanatorio propios.

Treinta y tantos años atrás una mutualidad adquiría los servicios de un médico y este, con el auxilio del hospital vecinal, realizaba verdaderos prodigios. Los socios con una pequeña cuota veían satisfechas sus aspiraciones. Hoy todo ha cambiado y esos primeros pasos del mutualismo y la asistencia social ligados a la medicina de aquellos tiempos son historia antigua.

Honradamente un facultativo no puede cargar tanta responsabilidad y de ahí la diversificación de la ciencia médica.

La especialización ha complicado, como consecuencia, la existencia de una pequeña mutualidad. Estas han debido, en su mayoría por falta de capital y contribución proporcionada, limitarse a ser meras intermediarias entre sus socios, hospitales y médicos de las distintas especialidades (8).

La discusión en torno a la organización de lo que comenzaría a denominarse como el "Hospital Ferroviario" parece haber comenzado en el gremio poco antes de 1930.

las instituciones adherentes, les suministraría toda clase de informaciones que fuesen de interés, se encargaría de atender y orientar a los enfermos que se vieran obligados a bajar a la capital, buscaría la manera de surtir directamente a las sociedades de aquellos remedios o aparatos caros a precios convenientes y, en fin, desarrollaría una función de gran utilidad y eficacia para todos" ("La centralización de las Sociedades de Socorros Mutuos". *La Fraternidad*, XXII (461):854-855, agosto de 1930, pág. 855.)

El Capítulo XXI de la Memoria correspondiente a las actividades del sindicato La Fraternidad durante el año 1929 se refiere a los temas "Orfelinato y Hospital Social". Se menciona en él que las Asambleas Generales del gremio se han preocupado desde tiempo atrás por resolver estos problemas, habiéndose finalmente encargado a la Comisión Directiva la elaboración de un proyecto que lo hiciera factible.

Sin embargo, el anteproyecto de organización del Hospital Ferroviario no se da a publicidad sino hasta 1935, poniéndose en marcha contactos con la Unión Ferroviaria en procura de llegar a un acuerdo que favoreciera a los afiliados de las dos entidades sindicales.

Este primer proyecto de organización nos indica ya que la institución en la que se pensaba no era tan solo un establecimiento asistencial. La idea es poner en práctica un plan de cobertura de atención médica de alcance nacional con un pequeño aporte mensual (un peso) por parte de todo el personal ferroviario. El hospital sería así costeadado por el aporte de diferentes categorías de socios: los afiliados a La Fraternidad y la Unión Ferroviaria, los empleados de las organizaciones obreras, los trabajadores ferroviarios no afiliados por razones estatutarias, los familiares directos de las tres categorías de trabajadores mencionadas, los jubilados que siguieran perteneciendo a las organizaciones y sus familiares, al igual que los familiares del jubilado fallecido (9). Los servicios se proporcionarían a partir de una sede central en la Capital del país, un sanatorio para tuberculosos en Córdoba, y otras filiales en los grandes núcleos de población ferroviaria o en las ciudades del interior.

A partir de esa fecha se multiplican en la revista las menciones a la futura conquista, ya sea convocando a los afiliados a asociarse, detallando múltiples aportes de pequeñas contribuciones destinadas a su concreción, o informando sobre el resultado de gestiones desarrolladas ante el gobierno nacional para lograr su apoyo.

Los contactos del secretario de La Fraternidad, Francisco Agnelli, con funcionarios del Poder Legislativo, estimularon el entusiasmo, dando la impresión de haber fructificado con relativa celeridad. En octubre de 1936, la Cámara de Senadores aprueba un subsidio de 300 000 pesos, y se anuncia que Diputados votará el proyecto en extraordinarias.

La sanción supera las expectativas de los gremialistas: se conceden 900 000 pesos, que se entregarían en cuotas de 150 000 anuales. Suponemos que ese pago nunca se concretó. No hemos recogido ninguna información relativa a su percepción por parte de los sindicatos beneficiados, y en el debate parlamentario sobre la ley 13 980, en 1950, se afirma que el subsidio no se efectivizó (10).

Las gestiones ante el Poder Ejecutivo también tuvieron respuesta favorable. El Ministerio de Obras Públicas promete la entrega de un terreno adecuado para la construcción del hospital, y en marzo de 1937 se promulga un decreto por el que se autoriza a las empresas a retener un peso moneda nacional por mes de salario a todo empleado u obrero que declare su voluntad de asociarse a la institución en marcha. Esta sería la única demanda efectivamente satisfecha por el poder político.

En torno a esta misma fecha se explicitan diferencias entre las dos organizaciones gremiales que constituirán un motivo de fricción durante muchos años y se relacionan con la respectiva representación en el seno del Directorio del Hospital Ferroviario. Mientras la Unión Ferroviaria sostiene la proporcionalidad al número

de asociados de cada sindicato, La Fraternidad defiende la igualdad de representación para ambas entidades (11).

Finalmente, en el año 1940 el Hospital Ferroviario adquiere materialidad. Se concreta en esa fecha la compra de un edificio anteriormente destinado a Sanatorio, ubicado en la intersección de las calles Mendoza y Freyre, en el barrio de Belgrano, en la Capital Federal. El reglamento sancionado al efecto confirma la organización prevista en 1935, aunque incorpora un cambio importante: la definición de la población beneficiaria excluye toda diferenciación entre adherentes y no adherentes de las organizaciones sindicales. "El Hospital y Sanatorio Ferroviario [así se lo denomina], es la organización sanitaria de los obreros y empleados ferroviarios de la Argentina y sus familiares" (12).

Los miembros de la familia del trabajador ferroviario tienen derecho a los beneficios si se inscriben como adherentes, pagando un peso moneda nacional por el cónyuge y cada uno de los hijos menores de 20 años, hasta un máximo de cinco pesos mensuales por familia. Los servicios prestados serían los siguientes:

- internación hospitalaria general para afecciones médico-quirúrgicas, en los establecimientos que al efecto habilite en la Capital Federal y en los principales centros del interior del país;
- internación de enfermos tuberculosos;
- estudio médico-diagnóstico e indicación del tratamiento en consultorios externos para los enfermos en condiciones ambulatorias;
- organización de la medicina preventiva para todos sus asociados;
- "como servicio adicional, el Hospital y Sanatorio proveerá, al precio mínimo indispensable para cubrir su costo, los medicamentos, aparatos y demás elementos indispensables para el tratamiento de los enfermos que concurren a atenderse en los consultorios" (13).

Sobre 150 000 obreros y empleados ferroviarios en todo el país 20 000 habían hecho llegar su adhesión, a comienzos de 1940; en octubre de ese mismo año los socios de la institución llegaban a 30 000. La cifra más alta de beneficiarios que hemos registrado durante el período de adhesión voluntaria alcanza a 50 000 asociados.

El Hospital Ferroviario inicia su actividad el 14 de octubre de 1940, cuenta con 120 camas de internación, sala de operaciones, laboratorio y rayos X, además de "un plantel de calificados clínicos y especialistas". Anexo al hospital, el "Instituto de Diagnóstico" dispondría de un servicio externo completo de consultorios de clínica, cirugía y especialidades.

Dos años más tarde, en agosto de 1942, se anuncia la inauguración de consultorios externos en Rosario, en un acto de proporciones significativas en el que estuvieron presentes las autoridades del ejecutivo provincial, autoridades policiales y dirigentes de La Fraternidad y la Unión Ferroviaria.

Para esa misma fecha, continúan los esfuerzos, concretados a través de la revista, para obtener nuevas adhesiones. Se anuncia que el 31 de julio vence el plazo para el ingreso del personal jubilado, perdiendo a partir de esa fecha todo derecho a ser admitido como socio; a los ferroviarios activos se les recuerda que aquellos que ingresen con posterioridad al 1 de agosto deberán tener seis cuotas abonadas antes de comenzar a utilizar los respectivos servicios.

Nos hemos detenido en estos detalles intentando ilustrar las dificultades que debió enfrentar la organización de la cobertura de salud en el gremio ferroviario: demoras para concretar la instalación de servicios, limitada respuesta de los interesados, actitud ambivalente del poder político, predominio de las autonomías y particularismos locales y grupales.

El Hospital Ferroviario se va construyendo ladrillo a ladrillo, lentamente, por dirigentes que comienzan a acercarse al aparato estatal y creen en el inexorable avance de las instituciones modernas vinculadas a los conceptos de previsión, asistencia y seguridad social.

Sobre este lento engranaje que permite consolidar pequeñas conquistas, solo significativas para quienes se encuentran privados de toda posibilidad de acceso a condiciones de bienestar, se producirá a partir de 1943 una aceleración cuyas consecuencias incidirán de manera perdurable en la historia de los gremios que fueron sus beneficiarios.

La política de previsión de la intervención Mercante

El 23 de agosto de 1943, el Ministerio de Obras Públicas de la Nación decreta la intervención de los sindicatos ferroviarios, Unión Ferroviaria y La Fraternidad, designando a los capitanes de Fragata Raúl Puyol y Andrés Chelle para hacerse cargo del gobierno de esas entidades.

La medida marca el mayor punto de enfrentamiento entre los dirigentes de la CGT N° 1 y el gobierno del general Pedro P. Ramírez. Proscrita la CGT N° 2 e intervenida la Unión Ferroviaria, que continuaba siendo el gremio numéricamente más importante del país y la principal base de sustentación de la central obrera conocida como N° 1, parecía consolidarse el desmantelamiento del movimiento obrero, que había comenzado a mostrar abiertamente su disconformidad con la sanción del decreto N° 2667, reglamentario de la actividad de las Asociaciones Profesionales.

El desempeño de los interventores en los sindicatos ferroviarios no favorece el acercamiento de sus tradicionales dirigentes con las nuevas autoridades. Se cometen arbitrariedades, y no se llega a demostrar la imputación de irregularidades en la administración que fuera utilizada para justificar la intervención. En forma paralela al desempeño de esta, sin embargo, se producirá un movimiento de aproximación conducido por uno de los más estrechos colaboradores de Perón en el interior del Grupo de Oficiales Unidos (GOU), el coronel Domingo Mercante (14), quien inicia una serie de contactos personales con los dirigentes de ambos sindicatos.

Los principales reclamos presentados por el gremio en sus tratativas con el gobierno durante los meses de setiembre y octubre de 1943 se sintetizan en los siguientes puntos:

- libertad de agremiación e independencia sindical,
- creación del Ministerio de Trabajo,
- aumento general del 10% sobre sueldos y salarios,
- una vivienda que permita convivir dignamente a un matrimonio con sus hijos,
- ayuda al Hospital Ferroviario, y
- cambio del interventor (15).

El 26 de octubre, Mercante se hace cargo de la intervención de los gremios ferroviarios, y al día siguiente Perón es nombrado director del Departamento Nacional del Trabajo. Ambas designaciones pueden pensarse como un fortalecimiento de la posición del grupo liderado por el coronel Perón en el interior del gobierno militar, luego de la crisis que llevara a Edelmiro J. Farrell a la vicepresidencia, el día 14 de ese mismo mes.

Poco más tarde, ya como titular de la Secretaría de Trabajo y Previsión, el coronel Perón concurre a una Asamblea Ferroviaria realizada en Rosario el 9 de diciembre de 1943. Enumera una serie de demandas de los trabajadores del riel a las que ha decidido dar satisfacción. Entre ellas se cuentan el otorgamiento de un subsidio de un millón de pesos para el Policlínico de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios, la donación del terreno donde se construiría, y el aporte de 1 peso mensual por cada trabajador ferroviario, realizado por el empleador y destinado al mantenimiento de dicho Policlínico (16).

Poco más tarde, Mercante eleva a la Secretaría de Trabajo y Previsión un proyecto de organización de la "asistencia médico-social" de ambos gremios. Los puntos más relevantes de la propuesta se refieren a la necesidad de imponer la contribución obligatoria de todo el personal ferroviario, la construcción de un sanatorio para tuberculosos en Cosquín,⁵ la subvención de un millón de pesos para la construcción del Policlínico, cuyo costo total se estima en 3 o 4 millones, la instalación de consultorios médicos en el interior del país,⁶ la organización de servicios de farmacia en la Capital Federal y en los establecimientos del interior,⁷ un servicio externo de atención de niños,⁸ un servicio de maternidad, ginecología y cirugía general a instalarse en el local del Hospital Ferroviario tan pronto se inaugurara el Policlínico. En todos los casos, se reitera el control de las entidades gremiales sobre la administración y funcionamiento de los servicios.

Los aportes del personal ferroviario se fijan según una escala conforme al monto del respectivo salario. Se acuerda también el beneficio de la atención a los familiares de primer grado y a los jubilados que efectivicen el respectivo aporte. La contribución patronal será de 1 peso por afiliado activo, equivalente por lo tanto al menor aporte de los trabajadores: 1 peso por salario de hasta 200 pesos m/n⁹ (17).

⁵ Se señala explícitamente que el sanatorio "dependerá de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad, quienes designarán una comisión administradora, la que determinará su estructura orgánica, de acuerdo a los anteproyectos de construcción e instalación que formule la Dirección General de Ingenieros y Dirección General de Sanidad del Ministerio de Guerra" ("Un vasto y fundamental Plan de Asistencia Médico-Social para los ferroviarios elevó a la superioridad el Interventor de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad". *La Fraternidad*, XXXVII (782):9-13, enero de 1944, pág. 10).

⁶ "Estos servicios dependerán administrativamente de las comisiones administrativas de los directorios regionales existentes en la jurisdicción en que se instalen." (*Idem*, pág. 11.)

⁷ "El servicio será autónomo en la sede de la Unión Ferroviaria y dependerá en el interior de los servicios médicos regionales y desde el punto de vista financiero de las comisiones administrativas de los directorios regionales". (*Idem*, pág. 11.)

⁸ "Este servicio será autónomo y dependerá directamente de los directorios de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad". (*Idem*, pág. 12.)

⁹ "Los aportes individuales [...] serán descontados directamente del haber mensual por el empleador y liquidados por este en forma global dentro de los cinco días de finalizados los pagos de sueldos a la Comisión Receptora de Aportes integrada por miembros de las directivas de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad o por personal ferroviario activo, según se reglamentará oportunamente". (*Idem*, pág. 13.)

Dos decretos, sancionados por acuerdo de ministros en los primeros días de 1944, son considerados por el gremio como resultado directo de la gestión de Mercante: el N° 167 dispone el otorgamiento de un subsidio extraordinario de un millón de pesos destinado a la construcción del Policlínico; un segundo decreto, el N° 168, determina la obligatoriedad de la contribución del personal ferroviario comprendido en el régimen de la ley 10 650 para el fondo de asistencia y previsión social de las entidades sindicales reconocidas (art. 1°).

La contribución patronal se limita a los ferrocarriles administrados por el Estado (art. 3°)¹⁰ y la ampliación de los beneficios del programa a familiares y personal jubilado se establece siguiendo los lineamientos de la propuesta elevada por Mercante; el artículo 8° aprueba de manera explícita el proyecto "presentado por la intervención de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad, que se encuentra radicado y hace suyo la Secretaría de Trabajo y Previsión". Los otros aspectos son referidos a la reglamentación que deberá dictarse dentro de los sesenta días (art. 9°). El aporte del personal en condición de retiro se hará obligatorio por un decreto posterior (N° 22 549/44).

Finalmente, el 17 de abril de 1944, el decreto N° 9694 dispone la creación de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios, a la que otorga competencia exclusiva en "la solución de todos los problemas de esa índole que afecten al gremio". En el régimen previsto se introduce una diferencia significativa con la propuesta de Mercante, que mantenía la administración y funcionamiento de los servicios bajo el control de las entidades gremiales. En este caso, se especifica que las actividades de la nueva dirección se desarrollarán "con prescindencia absoluta y al margen de las actividades sindicales de las organizaciones reconocidas a tales fines por el Gobierno de la Nación" (art. 1°).

La administración de la nueva entidad queda en manos de un Director general, representante de la Secretaría de Trabajo y Previsión, y un Consejo de Administración conformado por dos representantes del Estado "en su función patronal", dos por las empresas de capital privado que sean aportantes y uno por cada 15 000 asociados de las organizaciones sindicales reconocidas. Estos representantes sindicales serán nombrados por las respectivas Comisiones Directivas, teniendo en cuenta una serie de condiciones: debían ser argentinos, trabajadores ferroviarios activos con una antigüedad ininterrumpida de diez años, no ser miembros de las comisiones directivas de las organizaciones sindicales, ni dirigentes activos de partidos políticos con función en sus mesas directivas o cargos electivos, y no ser empleados de la repartición (art. 3, inc. III).

Una mención especial merecen, tal vez, las disposiciones relacionadas con los

¹⁰ En un discurso pronunciado por radiotelefonía el 10 de enero de 1944 el coronel Perón anuncia a los ferroviarios las medidas tomadas en su beneficio, y en relación a los aportes patronales señala: "Esperemos que las empresas ferroviarias de capital privado, comprendiendo el problema y siguiendo el ejemplo de los Ferrocarriles del Estado, no tardarán en acogerse a esa iniciativa, ya que su personal merece la atención de sus patrones, por el celo y entusiasmo que aquel pone en sus tareas, como así también por el rendimiento de su trabajo." ("En una alocución por radiotelefonía, el Secretario de Trabajo y Previsión, coronel Juan D. Perón, se dirigió a los trabajadores ferroviarios de todo el país. Les anunció cómo el gobierno había concretado en realidades, proyectos que mejoran el nivel de vida y abordan el problema humano, social y médico del gremio y sus familiares". *La Fraternidad*, XXXVII, (782):16-18, enero de 1944, pág. 16.)

bienes de las organizaciones sindicales afectados a funciones de previsión y asistencia social. El artículo 15 dispone su afectación a la Dirección General para su dirección y administración, reservando el dominio patrimonial a los respectivos sindicatos. Lo mismo estatuye el artículo 16 para todos los bienes muebles e inmuebles que se incorporen en lo sucesivo a la mencionada Dirección. En cumplimiento de tales disposiciones una resolución suscrita por Mercante en su carácter de Interventor de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad dispone en mayo de 1944 la entrega del Hospital Ferroviario y demás servicios sanitarios y colonias de vacaciones.

La expansión de la capacidad instalada

Conforme a las expresiones de Perón, el proyecto produciría 50 millones de pesos en diez años (18). Cualquiera haya sido la suma efectivamente recaudada, es indudable que multiplicó la capacidad de instalación y otorgamiento de servicios. La decisión del Estado de declarar la obligatoriedad del aporte obrero pone en marcha un mecanismo que posibilita la devolución de ese aporte bajo la forma de prestaciones de asistencia, que rápidamente se expanden al interior de la República.

En noviembre de 1943 había comenzado la suscripción de socios con el objeto de dotar de servicios de atención médica a la población ferroviaria de Bahía Blanca. Se había previsto originariamente la instalación de consultorios externos, pero la gestión de Mercante facilitó en mayo de 1944 la compra de un local apropiado para la instalación de un Sanatorio. Un mes más tarde se inaugurarán con la asistencia del Presidente de la Nación, los consultorios de niños y ginecología instalados en el local de la Unión Ferroviaria. En julio se habilita el Hospital Regional Cosquín, en agosto los consultorios de oftalmología y odontología en la sede de La Fraternidad, y un mes más tarde se abre en el mismo lugar la Farmacia Social.

En ese mismo mes (setiembre), se habilita el Hospital Regional Rosario y se coloca la piedra fundamental del Policlínico a construirse sobre terrenos cedidos por el Ministerio de Obras Públicas y ubicados en la zona de Puerto Nuevo, en la Capital Federal. Con ese motivo, en un acto animado por la presencia de la banda del Regimiento 3 de Infantería, el coronel Perón improvisa un discurso en el que anuncia la decisión de las empresas privadas de contribuir, al igual que los ferrocarriles del Estado, con 1 peso por obrero y empleado, "para el mantenimiento de esta obra social" (19).¹¹

¹¹ En paralelo a este crecimiento de los servicios el gremio ferroviario se transforma paulatinamente en uno de los puntales del apoyo político al titular de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Hugo del Campo sintetiza los principales acontecimientos que jalonan este acercamiento, culminando con el banquete que la Unión Ferroviaria y La Fraternidad organizan en homenaje a Farrell y Perón el 3 de junio de 1944. En su transcurso afirma Luis Monzalvo: "Nuestro pueblo ya no toleraría, de ninguna manera, que se volviese nuevamente al estado retrógrado en que ha vivido el país antes del 4 de junio. La nueva conciencia social argentina está en plena marcha. Se desarrolla vigorosamente para bien del pueblo, que está plenamente identificado con la revolución del 4 de junio, porque sabe que ella ha penetrado hondo en la estructura del país, modificando la raíz de sus relaciones sociales para hallar una nueva forma de convivencia humana que realice la justicia distributiva" (Citado por Del Campo, Hugo, *Sindicalismo y peronismo. Los comienzos de un vínculo perdurable*. Buenos Aires, 1983, pág. 174.)

En enero de 1945 la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios incorpora a su dependencia la obra realizada por una institución que constituye un nuevo ejemplo de la fragmentación que caracteriza a las instituciones de previsión en esos años. La Liga Antituberculosa del Ferrocarril Central Argentino había sido fundada el 17 de julio de 1934 con una estructura de tipo mutual, bajo el estímulo de la Liga Antituberculosa Argentina, que presidía Araoz Alfaro. Sus inquietudes se concretaron en el establecimiento de tres clínicas fisiológicas, en Buenos Aires, Rosario y La Banda (Santiago del Estero), que en esta fecha se incorporan al nuevo organismo centralizado.

En 1945 se inaugura el Hospital Regional Bahía Blanca, la Sala de Primeros Auxilios de Mechita (Buenos Aires), y los hospitales zonales de Bragado y Pergamino. También se contratan los servicios del Hospital Belgrano en Humahuaca y del San Cayetano en Jujuy. En 1946 se inauguran hospitales regionales en Salta, Santa Fe, Tucumán, Alta Gracia y Córdoba, se ponen en marcha los consultorios de Villa Diego, Tafi Viejo, Ingeniero White, y se contratan los servicios del Sanatorio Santa Lucía en Laboulaye.

En setiembre de ese mismo año se concreta la compra de una planta industrial destinada a la producción de medicamentos, ubicada en la calle Luzuriaga N° 1550/70 en la Capital Federal, que se dedica a Droguería, Depósito Sanitario Central, y Planta de Elaboración de Productos Farmacéuticos.

El ritmo de construcciones y habilitaciones no se detiene y de ese modo, como resultado de un intenso movimiento de expansión, en enero de 1950 funcionan, además del viejo Hospital Ferroviario de la Capital Federal, 14 hospitales regionales, una maternidad en Rosario, 11 conjuntos de consultorios externos de diferentes especialidades, 5 hospitales zonales, 2 salas de primeros auxilios, algunos servicios contratados y las 3 clínicas fisiológicas ya mencionadas. Actuaban médicos de zona en Villa María, el interior de la provincia de Buenos Aires, Entre Ríos, San Luis, San Juan, Río Negro, Chubut, y en la ciudad de Neuquén. En ese mismo año se entrega a la Dirección General de Asistencia y Previsión Social el edificio del Policlínico de Puerto Nuevo, que se inauguraría en 1954.

Tanto la Unión Ferroviaria como La Fraternidad recuperan su estructura de gobierno en setiembre de 1944, fecha en la que son entregadas a autoridades libremente elegidas. Ambas organizaciones seguirán en el futuro rumbos diferentes: mientras la Unión Ferroviaria continúa apoyando activamente el proyecto peronista, La Fraternidad pasa de la prescindencia a la oposición (20).

Sin embargo, en las páginas del órgano oficial de los maquinistas no se perciben manifestaciones claras de disconformidad con la gestión de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social; solo pueden señalarse algunos indicios de una intención por marcar diferencias o recuperar en alguna medida la antigua autonomía de gestión.¹²

En junio de 1945, por ejemplo, presenta su informe el delegado de la Fraternal-

¹² Hemos recogido también alguna noticia referente a la existencia de una autotitulada Comisión de Recuperación de los Hospitales Ferroviarios, pero sin poder precisar su verdadero poder de convocatoria. El diario *La Prensa* publica el 24 de marzo de 1946 un comunicado de dicha Comisión en el que se pone de relieve la obra realizada por los gremios ferroviarios antes de la creación de la Direc-

dad ante el Consejo de Administración de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social. Se trata de una extensa recapitulación de todo lo actuado, que la revista del sindicato publica íntegramente en tres ediciones sucesivas. Del texto comienzan a desgranarse algunos puntos de desacuerdo.

El primero de ellos, reiterado de continuo, refiere a la distinta representación otorgada a los dos sindicatos, y la situación de inferioridad en que se encuentra La Fraternidad con un solo delegado, frente a los cuatro representantes de la patronal y los cinco de la Unión Ferroviaria. Señala el sindicalista que la representación patronal tiene como finalidad el control de la inversión de los respectivos aportes, que contribuyen "al mantenimiento de la capacidad física de sus trabajadores, con la que se asegura un mayor aporte en el esfuerzo diario que se configura en una mayor y eficiente producción" (21).

Otro de los puntos que preocupan al gremio, si hemos de atenernos al informe mencionado, es la naturaleza de la nueva entidad, a la que se ha otorgado carácter oficial de servicio público por decreto N° 22 540, del 23 de agosto de 1944. El sindicato considera, sin embargo, que sigue siendo la mutualidad que el gremio creó, y que fuera ampliada y perfeccionada por el gobierno. Al respecto coincide la opinión de la totalidad de los delegados gremiales. También para los representantes de la Unión Ferroviaria la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios es "una entidad mutualista autárquica del gremio ferroviario" [énfasis en el original (22)].

La idea se reitera en otras oportunidades, por ejemplo en el siguiente párrafo:

Ante los infundados rumores que circularon en su momento, relativos a que el Gobierno de la Nación tenía el propósito de despojar al gremio de su mutual, y para evitar que se supusiera la intención de hacerle perder ese carácter, escapando por lo tanto al control del mismo, el interventor Mercante y la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios decidieron de común acuerdo instalar los consultorios externos, la farmacia central y la misma sede de la Dirección en los locales sindicales (23).

Como otra manifestación de la decisión gremial de seguir defendiendo su capacidad de manejo autónomo de sus instituciones de previsión, puede señalarse la importancia otorgada a la continuidad de las mutualidades ferroviarias que no solicitaron ser integradas a la nueva Dirección. En el Congreso de La Fraternidad de abril de 1945 se pone de manifiesto el crecimiento experimentado por la Sociedad de Socorros Mutuos entre 1939 y 1945, al mismo tiempo que se insiste en la necesidad de seguir ampliando los servicios médicos y de farmacia, la entrega de medicamentos, la creación de nuevas farmacias, etc. En agosto de ese mismo año se recuerda en Rosario el 25 aniversario de su fundación; todavía en 1947 se celebra la inauguración de un local propio por parte de la "Confraterni-

ción General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios: "los ferroviarios costeaban la obra social que ellos proyectaron, iniciaron y realizaron con ingresos que no pasaban de 40 000 pesos mensuales, mientras que por el decreto de mutualización obligatoria, los ingresos con que contó desde el comienzo la actual dirección general oscilan en 500 000 pesos por mes". En virtud del nuevo ordenamiento, se señala, "los obreros y empleados ferroviarios carecerían de condiciones para administrar sus propios bienes, como ocurre, según el Código Civil, con los menores de edad o con los incapaces".

dad Mutual" que, al decir del cronista, se colocaba así "en el camino de establecer su farmacia social" (24).

En noviembre de ese mismo año, los miembros de la sección Mendoza dan a conocer las aspiraciones vertidas en su Asamblea en relación con el funcionamiento del Hospital Ferroviario. El primer reclamo se refiere a la composición del Consejo de Administración, pero ya no se trata solamente de pedir una representación igualitaria para las dos organizaciones gremiales; la demanda va más allá. Si los empleados y obreros ferroviarios son "los mayores contribuyentes, sostenedores e iniciadores de esta entidad mutual, es muy justo exigir que sea administrada íntegramente por los representantes de los gremios ferroviarios". Son estos, elegidos democráticamente, quienes deberán constituir la parte mayoritaria del Consejo de Administración, junto a dos representantes de las empresas ferroviarias y el director general propuesto por el Poder Ejecutivo, que deberá ser nombrado por el Senado. Además, el Consejo deberá constituir la autoridad máxima, y sus resoluciones serán consideradas irrevocables, abandonando el papel de observador que, según la fuente, habría desempeñado hasta el momento.

La Sección Mendoza exige también la derogación del decreto que reconoce carácter oficial a la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios. De tal decisión no se obtuvo ningún beneficio positivo, se afirma: "lo único que sacamos es que se nos arrebató lo nuestro". Por último, se pide información detallada de gastos y sueldos de los empleados de la administración y dirección, considerando "un porcentaje fantástico" el 9% de los ingresos totales dedicados a ese rubro en el período enero a junio de 1945 (25).

En una oposición mucho más abierta, el Congreso Regional del Ferrocarril Sud, reunido del 11 al 15 de diciembre de 1945, declara su solidaridad con los médicos que fueron dejados cesantes en la Capital Federal, Rosario y Bahía Blanca por razones políticas. El comunicado emitido por el Congreso expresa: "1º. Dar su solidaridad a los médicos desplazados y renunciantes y un voto de aplauso por su digna posición democrática. 2º. Que es aspiración de este congreso que el Hospital Ferroviario debe ser devuelto a sus fundadores, es decir, al auténtico gremio ferroviario" (26).

Un enfrentamiento mucho más sutil, pero no por ello menos persistente o efectivo, se manifiesta en casi todos los actos organizados para la inauguración de los nuevos servicios. En ellos los oradores parecen establecer una suerte de contrapunto: los funcionarios oficiales se hacen cargo de una versión que, por otra parte, constituye una especie de núcleo fuerte en todas las manifestaciones del peronismo en esos años. En ella domina la idea de ruptura, de revolución social gestada por el movimiento de junio de 1943. Conforme con esa lectura, hasta ese momento la poca o ninguna asistencia social existente en el país estaba en manos de la caridad o la beneficencia. En cambio, "la Revolución Nacional se impuso desde su primera hora la clara realización de un plan de justicia social y amparo a los sectores necesitados de la República [...], traducción en hechos de los nuevos tiempos que soplan por el mundo su justicia" (27). Las autoridades de La Fraternidad, en cambio, se hacen eco de la continuidad de las luchas gremiales que permitieron el desarrollo de las entidades de previsión. Insisten en los 30 000 o 40 000 afiliados

voluntarios que tenía su hospital en 1940, y recuperan incluso la supervivencia de aquellas entidades autónomas que siguen practicando el mutualismo en todos sus aspectos.

La Fraternidad, se afirma, hizo del mutualismo su norte, y durante casi sesenta años, "la ayuda mutua entre sus asociados se practicó siempre sin miramientos y con fe en el porvenir". La obra del Hospital, cuya piedra fundamental colocó La Fraternidad espiritualmente, en 1935, permite contemplar ahora "cuán bellos son sus frutos" (28).

En otra oportunidad se señala:

Hace aproximadamente siete años, las decanas de las organizaciones obreras del país, La Fraternidad y Unión Ferroviaria [...] inauguraban [...] nuestro viejo y querido Hospital Ferroviario, hoy Hospital Buenos Aires, esa fue la semilla que con la constante labor de nuestros gremios ha dado sus frutos, y se va extendiendo a pasos agigantados en todos los lugares de la República (29).

Por un lado, se reivindica la acción del Estado como práctica revolucionaria, que a través de la integración de capital y trabajo logra el progreso del conjunto y a la vez el bienestar de los sectores más desposeídos. Por el otro se enfatizan los vínculos solidarios en el interior de la clase obrera, el trabajo firme, disciplinado, constante, que obtiene frutos que pueden haberse visto incrementados en determinadas circunstancias, pero son básicamente el resultado de su esfuerzo.

Los funcionarios estatales hablan a los ferroviarios de un Estado que administra el país como el director de una gran empresa, haciendo producir el esfuerzo de todos. En esa función "debe suavizar diferencias, equiparar derechos, nivelar desigualdades, asegurar justas compensaciones y extender a todos los beneficios resultantes". La cooperación de aportes es lo que engendra los beneficios que el gremio disfruta, ese "milagro de paz y de trabajo". Pero la cooperación no es suficiente si no está acompañada de una "prudente disciplina". "La disciplina es virtud de los elegidos. No creáis cuanto se murmura por ahí en el sentido de que la disciplina restringe peligrosamente vuestra libertad. Todo lo contrario, la refuerza y la fortifica" (30).

Junto a esa expansión, sin precedentes en el país o en el mundo tal como sus mismos protagonistas señalan, de la capacidad instalada asistencial dirigida a dar cobertura de salud a un solo gremio, una novedad igualmente significativa en este proceso de desarrollo de asistencia y previsión de los ferroviarios es la politización del discurso vinculado a las instituciones de salud.

Politización y utilización política de la cuestión asistencial

Las ceremonias de inauguración de los hospitales y consultorios ferroviarios permiten observar cómo se politiza la problemática vinculada a la cobertura de atención médica. Los discursos destinados a inaugurar establecimientos de atención dejan de hablar de salud y comienzan a hablar de política, con tonos y contenidos diferentes.

El primer referente a recuperar es la apropiación directa por el organismo estatal de una problemática que hasta ese momento estaba radicada en la órbita del individuo o de las organizaciones primarias de la sociedad. "El problema de la salud pública no es un problema médico, para nosotros, es un problema de gobierno y organización" (31). Recordemos algunos precedentes: en el mismo tono hablaba Adolfo Rubinstein, concejal socialista de la comuna de Buenos Aires, y también Irigoyen Freyre, ministro de Salud de Santa Fe, pero eran voces aisladas, de auténticos precursores, sin el poder suficiente para demostrar con hechos tan contundentes como un hospital o una sala de primeros auxilios entregados como conquista a una fracción determinada de la sociedad, la auténtica preocupación del poder político por sus integrantes.

Pero hay algo más: esas obras, tan importantes en sí mismas, son solo un reflejo, un indicio de cambios más generalizados, "de una realidad que abarca todos los órdenes de la vida del país", que conduce a renovarla radicalmente, a partir de una "reforma revolucionaria en la forma de vida y en el pensar de los argentinos" (32).

Se trata de un nuevo enfoque de los problemas sociales, "al tenor de los nuevos vientos revolucionarios". El Estado ya no será un mero observador que contempla pasivamente cómo las cuestiones se resuelven "dentro de un juego liberal de intereses"; reclama, por el contrario, un papel activo, y se levanta, "como un celoso padre de familia que tiene el deber y la obligación de proteger, tutelar y amparar por igual a todos sus hijos" (33).

Sin embargo, el hecho político no termina allí, en esta recuperación del rol tutelar y dirigente del poder estatal. Las realizaciones del gremio ferroviario constituyen también la ocasión para sellar una alianza, basada en la identidad de objetivos y valores.

En primer lugar, hay una doble identificación, una identificación recíproca. Las palabras de Domenech, que califican al secretario de Trabajo y Previsión como "el primer trabajador", tienen su contraparte en la identificación entre la organización de los trabajadores y la militar: "dos ejércitos se confunden en uno solo: el ejército que cuida y el que produce". El local del sindicato donde el encuentro se desarrolla es en realidad el cuartel "del ejército de los trabajadores" (34).

Perón retoma la identificación en una metáfora militar que da significado de cruzada a su campaña: "Ellos serán mis hombres, y cuando yo caiga en esa lucha en la que voluntariamente me enrolo, estoy seguro que otro hombre, más joven y mejor dotado, tomará de mis manos la bandera y la llevará al triunfo" (35).

Sin embargo, no todas las similitudes se vinculan a la lucha o a la inmolación en el combate; en otras ocasiones se insiste en la posibilidad de apropiarse de formas organizativas de eficacia probada: "el mejor sindicato, el gremio más poderoso y mejor organizado somos los militares. Nosotros somos los únicos que hemos podido conseguir el sindicalismo perfecto a través de los siglos" (36).

¿Cuáles son los principios que constituyen la base de tal organización? El sentido gremial, basado en la camaradería y la unión, la disciplina, la prudencia en la elección de los dirigentes. Los trabajadores ferroviarios se aproximan a ese ideal alcanzado por el ejército, representan al "gremio modelo" del país, "modelo en su organización, modelo en sus dirigentes y modelo en su patriotismo y en su disciplina gremial" (37).

Junto con la identidad organizativa se reconoce, también, la identidad de obje-

tivos. La Secretaría de Trabajo y Previsión enfrenta dificultades provocadas por elementos que han sido responsables de la división del movimiento obrero, y es la primera interesada en traer al seno de la CGT los organismos que se encuentran fuera. Esos elementos amenazan la cohesión del gremio ferroviario y la única defensa contra ellos es la disciplina. Todo ataque contra la Secretaría, aun el simple panfleto que intenta empañar su gestión, es un acto suicida que pone en peligro la realización de la justicia social, objetivo compartido. Esa apelación a la cohesión, a la unidad, se sigue repitiendo a lo largo de los años: "Esa disciplina debe mantenerse con celo y tenacidad inquebrantable, es menester cerrar filas en forma tan estrecha, tan cerrada, que ni la duda pueda vencer esa muralla" (38).

El desarrollo de la legislación

Paulatinamente se va conformando un cuerpo de legislación que reordena la estructura jurídica de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios sin cambiar radicalmente sus bases organizativas.

A los decretos constitutivos, nº 168/44 y nº 9694/44, se suma el decreto nº 22 549 de agosto de ese mismo año, que dispone la incorporación obligatoria de los jubilados y pensionados ferroviarios. Todos ellos fueron ratificados en 1946 por la ley 12 921.

En setiembre de 1947 la ley nº 13 075 introduce algunas modificaciones relacionadas con el monto de los aportes, los mecanismos de representación ante el Consejo de Administración, y la titularidad de los bienes adquiridos por la Dirección.

En relación a los aportes del personal, se modifica el artículo 2º del decreto 168/44, que establecía una escala que iba desde 1 peso m/n para los sueldos de hasta 200 pesos mensuales, hasta 5 pesos para las remuneraciones superiores a los 450. La nueva escala (art. 4º) supone un aumento de más del 200% en la base, ya que contempla un aporte de 3 pesos para un sueldo de hasta 100 y culmina con un aporte de 12 para sueldos de 801 pesos o más, acentuando el carácter regresivo de la imposición, dado que no solo los sueldos más altos contribuyen con un porcentaje menor, sino que el aumento es también menor para las categorías superiores.

El aporte patronal también se modifica, con un aumento de solo el 50%, según el artículo 5º que establece una contribución fija mensual de \$ 1.50 por cada empleado u obrero (el artículo 3º del decreto 168/44 fijaba 1 peso m/n).

El aumento de los aportes se fundamenta en la intención de suprimir todo tipo de arancel que pueda limitar el acceso a los servicios y la necesidad de ampliar los beneficios de manera que lleguen a la población ferroviaria de la totalidad del país. El artículo 90 concedía al Poder Ejecutivo un plazo de un año para someter al Congreso un régimen financiero que asegurara el eficaz funcionamiento del organismo y la ampliación de los beneficios "hasta liberar de todo otro cargo [...] la asistencia médica hospitalaria y suministros de farmacia, las creaciones de hogares para huérfanos ferroviarios, academias de orientación profesional para los hijos de ferroviarios, colonias de vacaciones, y llegar hasta conceder subsidios por enfermedad, invalidez o fallecimiento".

Los artículos 12 y 15 importaban una significativa modificación del régimen patrimonial de la entidad. El primero determinaba que los bienes ya adquiridos con recursos propios de la Dirección, o con recursos del fisco, y los que se adquirieran en lo sucesivo, formarían parte del patrimonio de la entidad. Este artículo modifica, por consiguiente, con carácter retroactivo, lo dispuesto por el artículo 15 del decreto 9694/44, que establecía que tales bienes serían del "dominio patrimonial de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad".

El artículo 15º, por su parte, regula el destino de los bienes en caso de disolución o extinción de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios, estableciendo que se dividirían entre las entidades gremiales y el Estado "de acuerdo al valor de los respectivos aportes traídos".

En cuanto a la representación gremial en el Consejo de Administración, el artículo 21 fijaba cuatro representantes por la Unión Ferroviaria y dos por La Fraternidad. El sindicato del personal de conducción gana así un representante sobre la distribución original fijada con base en el número de afiliados, de la que resultaban cinco representantes para la Unión Ferroviaria y solo uno para La Fraternidad.

Llevando adelante una política de sostenida ampliación de la capacidad instalada de su sistema asistencial y reconociendo el derecho gremial a participar en la conducción del organismo, se va, sin embargo, diferenciando progresivamente la institución de previsión de los organismos sindicales. El Estado expropia a los ferroviarios su organización mutual como un tributo a pagar por el lugar progresivamente ampliado que les concede en el interior de aparato estatal. La "incorporación controlada" del poder gremial al proyecto político peronista va consolidándose de este modo, no sin generar nuevas áreas de conflicto.

Una de ellas es, seguramente, el creciente déficit de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios, unido a la incidencia cada vez menor del aporte estatal en el total de recursos de la institución. La difícil situación financiera hace necesaria una nueva modificación de la estructura de aportes, sancionada por la ley 13 980 de 1950, que lleva los aportes del personal a 2% del monto del haber mensual, rectificando a la vez la incidencia regresiva del aporte fijo en la escala de salarios sancionada por el decreto 168/44 y acentuada por la ley 13 075.

Conforme a las cifras publicadas con motivo de la discusión del proyecto de ley en Diputados, el aporte total efectivizado por el personal en 1950 sería de 27 502 620 pesos, y la contribución patronal 3 791 760 pesos, equivaliendo por consiguiente a 12% del total de lo recaudado. Con la modificación aprobada, que eleva los aportes de empleados y obreros, ese porcentaje se reduce al 8,67%.

El órgano de prensa del sindicato del personal de conducción se hace cargo de las dificultades financieras de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios a comienzos del año siguiente, recapitulando una situación que la nueva ley no había resuelto. Se habla de un pasivo a corto y mediano plazo de 12 millones de pesos frente a un activo disponible de 4 millones. Se menciona también un activo realizable de 15 millones de pesos, imputable a deudores en mora. El articulista no menciona la identidad de tales deudores, pero pone término a su exposición lamentando que ni siquiera se entregue a la Dirección el aporte

que legítimamente le pertenece, lo que da pie para suponer que la deuda derivaba del incumplimiento de la contribución patronal.

La Fraternidad manifiesta de este modo su oposición al aumento de los aportes del personal sancionado en setiembre de 1950 y la puesta en marcha de lo que considera "planes improvisados", por cuanto, se afirma, "sin la modificación del aporte patronal no puede precisarse plan de previsión alguno" (39).¹³

En 1954, la persistencia de la situación deficitaria obliga a una reconsideración del sistema de aportes que se concreta en la sanción de la ley 14 373, de setiembre de ese mismo año. En este caso se establece un tope porcentual —fijado en 4% del total de la remuneraciones— a los aportes patronales y del personal, y se faculta al Poder Ejecutivo a establecer la proporción aplicable "según lo exija el desenvolvimiento económico financiero de la entidad" (art. 5º). Recién en este momento se equipara el aporte patronal al de los trabajadores, fijándose ambos en 2% del total de las remuneraciones, sin por ello enjugar el déficit de la institución.

La Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios contaba en ese momento con 32 policlínicos, 31 consultorios externos, 2 hospitales para enfermos pulmonares, 2 centros fisiológicos, y 1 centro maternoinfantil, llegando a un total de 3000 camas de internación, a lo que se debe agregar la existencia de 300 profesionales de zona y 48 establecimientos contratados, para comprender la importancia del esfuerzo realizado a lo largo de 10 años.

En abril de ese mismo año, el presidente Perón había concurrido a la inauguración del Policlínico Ferroviario de Puerto Nuevo, majestuoso símbolo de la preocupación del Estado por la salud de los trabajadores. En su discurso pronuncia una frase que podría sintetizar el proyecto político que diera vida a todas estas realizaciones:

queremos que en este policlínico impere el mismo concepto que en los demás policlínicos sindicales que se están levantando en todo el territorio de la República. No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos; queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo ir a pedir albergue a un hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa (40).

La frase parece contener un epitafio al proyecto de Carrillo, que recupera el olvidado concepto de beneficencia en relación con el hospital público, y leída desde la perspectiva que nos da la historia puede señalar el comienzo de la decadencia de la capacidad instalada estatal y del crecimiento posterior del poder sindical en salud.

¹³ Preocupa al sindicato la imposibilidad de adecuar las remuneraciones del personal dependiente de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios a las percibidas por los trabajadores ferroviarios. El Congreso Ordinario de 1950 había aprobado el siguiente despacho: "Considerando que la inmensa mayoría de los médicos internos de los ferrocarriles se hallan con sueldos que no solo no cubren las necesidades propias de la subsistencia, sino que resultan en un menoscabo a la ciencia; que carecen de otros beneficios sociales de que gozamos los obreros y empleados ferroviarios, y si bien no podemos peticionar con derecho de representantes, sugerimos al Congreso, apruebe la siguiente resolución: 'Que la Comisión Directiva, como aspiración de deseos de esta Asamblea General de Delegados, gestione para los médicos de la Empresa un aumento de sueldo a tono con su jerarquía y a su vez también se les conceda beneficios sociales no comprendidos a la fecha.'" (*La Fraternidad* XLIII (929-30):40, agosto de 1950.)

"DIRECCIONES GENERALES" Y MUTUALIDADES ESTATALES

Con una historia parecida y diferente a la vez de la seguramente incompleta crónica que hemos reconstruido para la Dirección General de Previsión y Asistencia Social para Ferroviarios, comenzarán a organizarse en estos años otras Direcciones Generales y algunas mutualidades en organismos del Estado. Hemos recuperado las formas organizativas de algunas de ellas, ya sea porque fueron sancionadas en leyes, ya porque pudimos rastrear las respectivas resoluciones o decretos, o alguna publicación donde se transcribe su reglamentación. En algunos casos conocemos los antecedentes, y entre estos por lo general se registran organismos mutuales previos, en particular si los beneficiarios constituyen un gremio ya consolidado en el interior del movimiento sindical. Sobre estos nucleamientos originales, existentes también en las reparticiones del Estado, y destinados por lo general a financiar gastos de atención médica, subsidios de diferente tipo y beneficios de diversa índole, el poder político incide reglamentando, decretando la obligatoriedad del aporte, interviniendo en la gestión, controlando la inversiones, y, en algunos casos, otorgando un financiamiento previo para establecer algún tipo de capacidad instalada propia.

Dentro de un esquema común, las modalidades organizativas suelen presentar particularidades, más o menos significativas, que pasan por la importancia del aporte patronal, la cobertura a los miembros de la familia, la composición de los consejos de administración, las modalidades de elección de sus vocales, los diferentes grados de autonomía/control en relación con la respectiva dependencia estatal. Aunque la organización definitiva pueda ser similar, los matices diferenciadores no dejan de requerir algún tipo de explicación, independientemente de nuestra capacidad para ofrecerla. La hipótesis en este terreno podría inclinarse hacia diferencias en la relación sindicato-Estado en la coyuntura específica en que la reglamentación se sanciona, diversas tradiciones gremiales, o intervención de diferentes organismos técnico-estatales en la elaboración del respectivo proyecto.

Algunas referencias aisladas nos permitirían suponer que el movimiento fue mucho más amplio de lo que registra la información recogida. Podría incluso pensarse en un estímulo muy grande otorgado al mutualismo sindical, en una modalidad en la que todavía no se registran aportes patronales. Pero se trata de indicaciones o bien muy específicas, o bien excesivamente generales, que no permiten obtener inferencias confiables.

Entre las primeras, podrían citarse como ejemplo los comentarios realizados durante un debate parlamentario en 1951, relativos a un subsidio otorgado al Sindicato de Vendedores de Diarios, Revistas y Afines.

Los dirigentes de dicho sindicato estaban, en la óptica de la oposición, claramente vinculados al partido gobernante, y habían tenido intervención en el conflicto que terminó con la expropiación del matutino *La Prensa*. El subsidio de 1 500 000 pesos se había destinado a la construcción de un policlínico ubicado en la calle Belgrano 2422, en la Capital Federal, lugar donde ya funcionaba una prooveduría y siete consultorios externos de servicio médico. La obra social del sindi-

cato preveía también el otorgamiento de jubilaciones y el envío de los afiliados con enfermedades pulmonares a sanatorios especialmente contratados en la provincia de Córdoba (41).

Otro testimonio, por demás genérico para permitirnos sacar conclusiones sobre los alcances del movimiento previsional en los gremios, es un párrafo del discurso que pronunciara el presidente Perón en el acto de inauguración de la III reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, realizada en Buenos Aires en marzo de 1951. Las manifestaciones del presidente son reproducidas en Diputados por un representante del oficialismo, como síntesis de la obra realizada al respecto:

Todos los trabajadores del país han podido realizar con el apoyo franco y decidido del gobierno y con la colaboración cada vez menos forzada y más comprensible del capital sus propios institutos asistenciales y de ayuda social que protegen al obrero argentino y a su familia contra los riesgos eventuales de la enfermedad, de la maternidad y de la vejez. Ninguno de los miles de sindicatos argentinos que se precian de ser una organización seria y estable ha dejado de realizar en este sentido una extensa tarea constructiva. Yo veo con legítimo orgullo como ellos mismos levantan sus policlínicos y sus consultorios, organizan su asistencia médica y odontológica, crean sus cooperativas y sus "provedurías" (42).

Aun dejando un apreciable margen de posible exageración del fenómeno dirigida a causar buena impresión en una reunión internacional, es necesario suponer algún sustrato de realizaciones que dé pie para la afirmación, especialmente si, repetida en Diputados, no provoca ni el rechazo ni la ironía —tan frecuentes en esos años— de la bancada opositora.

Procuraremos a continuación reconstruir la historia de algunos proyectos legislativos referentes a este tipo de instituciones, utilizando los debates parlamentarios para recuperar concepciones relativas a la cobertura de salud-enfermedad, y los valores sociales implícitos en su organización, a la vez que brindar información sobre los principales esquemas de funcionamiento que se ponen en marcha.

LA DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL PARA EMPLEADOS Y OBREROS DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES

La Dirección que toma a su cargo la cobertura de salud de los obreros del vidrio es una de las primeras que se pone en marcha una vez instalada en el poder la administración peronista. Tiene su origen en el decreto nº 10 115/46, reglamentado por resolución de la Secretaría de Trabajo y Previsión del 30 de abril de ese mismo año.

A primera vista puede parecer relativamente atípica: no se trata de un sindicato con trayectoria pública relevante en el período de conformación del proyecto político peronista, ni tampoco de un gremio vinculado al quehacer estatal, ni *beneficia* a trabajadores de grandes empresas de servicios o pertenecientes a los sectores industriales de mayor peso o dinamismo en la actividad manufacturera

nacional. La primera pregunta que se hace el observador ingenuo que considera el listado de las actividades beneficiadas con la regulación estatal destinada a previsión y asistencia (ferroviarios, bancarios, carne, seguros, empleados estatales, fuerzas armadas, vidrio) es: ¿por qué la industria del vidrio? La respuesta, por excesivamente simple, no deja de ser sugerente: el ministro de Trabajo del primer gobierno peronista, José María Freire, es un dirigente del sindicato de trabajadores de esa industria.

A partir del decreto inicial, la crónica es suficientemente ilustrativa. La nueva Dirección se pone en marcha a partir del 1º de mayo de 1946, y en noviembre de ese año inaugura su primer sanatorio social, en Avellaneda, en un acto que debió alcanzar cierta relevancia ya que la madrina del establecimiento fue María Eva Duarte de Perón. Pocos días más tarde se habilita la farmacia central con laboratorio adjunto y se procede a la conformación del cuerpo médico, distribuido por zonas, en los diferentes puntos del país donde se encontraba radicada la respectiva industria. En 1951 contaba con 44 médicos distribuidos en el conurbano bonaerense, Rosario, San Jorge (Santa Fe), Quilino (Córdoba), Mendoza y Tucumán. En 1943 se construye el laboratorio de análisis y se instalan consultorios y farmacia en Berazategui; en 1949 se adquiere una finca en la Capital Federal, donde se instala la farmacia central y más tarde un consultorio odontológico. A partir de 1947 se construye en el partido de Quilmes un "monumental policlínico", con cuatro pisos y capacidad de hasta 400 camas, que se inauguraría en octubre de 1951 (43).

En octubre de 1949 se aprueba la ley 13 574, que ratifica el decreto original, introduciendo algunas modificaciones al régimen legal de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Empleados y Obreros de la Industria del Vidrio y Afines. Según el miembro informante, el objetivo principal perseguido por tales modificaciones fue instituir a los empleadores como agentes de retención de las contribuciones del personal y las suyas propias, de manera de asegurar un flujo estable y uniforme de recursos. La experiencia en el funcionamiento de la Dirección, que ha hecho aconsejable la reforma, refiere no solo a la existencia de empleadores remisos para efectuar los depósitos correspondientes a las retenciones efectuadas, sino también de empresas que han utilizado los aportes para formar cooperativas de empleados al margen de la institución cuyo régimen se discute.

También instituye la ley 13 574 un aumento de los aportes del personal para las escalas superiores a 500 pesos de sueldo, y de los empleadores en 50% (de 2 a 3 pesos mensuales por trabajador).

En setiembre de 1951 se aprueba un nuevo aumento que lleva la contribución patronal a 5 pesos y aumenta los aportes del personal manteniendo el sistema de escala fija según el salario. En el nuevo régimen se ha agregado a los beneficios anteriormente establecidos (atención médica en general y ayuda mutua), la creación de colonias de vacaciones y casas de reposo, y la institución de un sistema de seguro de accidentes de trabajo. Según la información vertida en ocasión de la discusión de estas reformas, los afiliados sumaban en ese momento alrededor de 19 000 trabajadores.

DIRECCION GENERAL DE SERVICIO SOCIAL PARA BANCARIOS

La ley N° 13 987 del 19 de octubre de 1950 crea la Dirección General de Servicios Sociales para Bancarios en dependencia del Ministerio de Finanzas. El número de beneficiarios cubierto por la institución se estima en alrededor de 225 000 personas, de las cuales 44 000 son bancarios en actividad, 12 000 jubilados y aproximadamente 168 000 familiares directos, a los que también se destinan las prestaciones.

La movilización del gremio en procura de la obtención de beneficios sociales databa de tiempo atrás. La Asociación Bancaria Nacional, entidad gremial constituida en 1924, se había propuesto, en un programa elaborado en 1928, la sanción de una ley de pensiones y jubilaciones, la formación de un centro social y cultural, de una biblioteca, de un centro deportivo, la organización de un sistema de asistencia médica gratuita, y la formalización de convenios con sanatorios para obtener honorarios reducidos en el caso de intervenciones quirúrgicas.

Veinte años más tarde, un proyecto de ley de estatuto bancario, publicado por la misma Asociación, incluye también la organización de la asistencia social interbancaria en una serie de rubros entre los que se cuenta la atención médica, la provisión de medicamentos, la organización de servicios de medicina preventiva y la atención maternoinfantil.

Estas reiteradas aspiraciones del gremio habían tenido algún principio de respuesta en instituciones de previsión organizadas por el Banco de la Nación Argentina, la Caja Nacional de Ahorro Postal, el Banco Hipotecario Nacional, el Banco de la Provincia de Buenos Aires, y el Banco Municipal, en la Capital Federal. Por último, a partir de 1947 las autoridades nacionales deciden poner en marcha, "mediante una rigurosa y bien meditada planificación, un conglomerado orgánico de servicios asistenciales", de cuya administración se hace cargo el Banco Central. Los primeros beneficios se concretan en el establecimiento de planes de vacaciones y la implantación de un régimen de cobertura de salud mediante reembolso de internaciones sanatoriales, intervenciones quirúrgicas y atención obstétrica. Paralelamente, se adquiere un solar de cuatro manzanas en la Capital Federal con el objeto de remodelar las construcciones existentes —originariamente destinadas a sede del Hospital Español— a fin de instalar consultorios externos para todas las especialidades y un servicio de internación con capacidad para 200 camas. En el momento en que se crea la Dirección de Servicio Social para Bancarios se ha invertido en la construcción 14 millones de pesos, considerados como "aporte inicial del Estado" a la nueva institución (44).

Es muy posible que la presentación en Cámara del proyecto de creación de la Dirección de Servicio Social para Bancarios, que significaba en alguna medida una consolidación de esa obra ya iniciada, haya tenido relación con los movimientos huelguísticos registrados en marzo y abril de 1948, severamente reprimidos, y los posteriores de julio y agosto de 1950, que culminaron también con el encarcelamiento y despido de muchos dirigentes. La bancada oficialista considera que estos movimientos estaban claramente vinculados a "razones políticas".

En 1952 se propone una modificación al régimen de la Dirección, orientada a

asegurar recursos suficientes para extender sus beneficios en el interior del país, que se concretaría en la ley N° 14 171/52.

Hasta ese momento, se indica, el presupuesto con que cuenta solo le ha permitido satisfacer las necesidades de atención médica de los afiliados de la Capital Federal y Gran Buenos Aires, limitando la acción en el interior a los reintegros efectuados por intervenciones quirúrgicas o nacimientos.

Con ese objetivo se elevan los aportes del personal y de los empleadores del 1% al 2% del monto de los salarios. En cuanto a los recursos de distinta naturaleza, que la ley originaria sancionaba como aportes especiales, consistentes en el 3% de las utilidades reconocidas por las empresas en su balance anual, se reemplazan por un 2% del total de los ingresos por comisiones e intereses. De ese modo se espera cubrir el presupuesto de 79 millones de pesos, estimado como indispensable para el plan de servicios aprobado. Como beneficio adicional se suprime el aporte exigido a los familiares directos.

La expansión de los servicios se concretaría, según el miembro informante, en un plan de asistencia médica integral para afiliados y familiares de todo el país, que insumiría 40 millones de pesos, y la conclusión de las obras del Policlínico Bancario Presidente Perón, en la Capital Federal, "con capacidad para 250 camas en habitaciones individuales". Para esa fecha estaban ya en funcionamiento los sanatorios Eva Perón, en la ciudad de Córdoba, y 24 de Febrero, en la ciudad de Buenos Aires (45).

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA EL PERSONAL DE SEGUROS, REASEGUROS, CAPITALIZACION Y AHORRO

El régimen de esta nueva dirección se aprueba en setiembre de 1950, sancionando también la financiación excepcional proveniente de recursos de distinta naturaleza. Los beneficiarios de la nueva institución son pocos: se calcula que los afiliados directos serán 10 000 personas, que con sus grupos familiares elevarían el número de beneficiarios a 50 000. De las referencias presentes en la discusión en Diputados no hemos podido conocer las posibles causas por las cuales se propone un régimen especial para estos trabajadores, ni las circunstancias relacionadas con la oportunidad de la sanción.

En términos comparativos los beneficios acordados son excepcionales; no solo el aporte patronal duplica el deducido sobre los salarios, además, el recurso adicional del medio por ciento sobre el valor de los nuevos contratos y sus respectivas prórrogas y renovaciones se calcula en una cifra equivalente al total de los recursos obtenidos por contribución de trabajadores y empresarios.

MUTUALIDAD DEL PERSONAL CIVIL DEL MINISTERIO DE GUERRA

Esta mutualidad fue creada por decreto 11 800 del 29 de mayo de 1945. Según su articulado, se consideran socios activos los empleados y obreros del Ministerio, a sueldo o jornal, que tengan carácter de personal efectivo, en actividad, permanente y transitorio.

Se acordaba a estos socios y sus familiares directos una gama de beneficios entre los que se cuenta atención médica integral, farmacéutica, odontológica, subsidios de diverso tipo, panteón social, colonias de vacaciones, campos de deporte, proveedurías etc., previéndose además la construcción de un policlínico.

Los socios aportaban en concepto de cuota mensual el 1% de su sueldo, y por cada familiar a cargo una cuota equivalente al 50% de su aporte, estableciéndose un tope para las familias con más de tres hijos.

El aporte patronal consiste en una suma fija establecida en el presupuesto anual de gastos del respectivo Ministerio. El decreto constitutivo es ratificado en mayo de 1946 por el decreto 13 500. Ambos serán derogados en setiembre de ese mismo año cuando se apruebe la creación de la "Obra Social del Ministerio de Guerra" definida como "una entidad mutual dependiente directamente del expresado Departamento de Estado, cuya finalidad será el cumplimiento de un plan permanente y progresivo de obras tendientes al mejoramiento moral y material del personal militar y civil afectado a sus distintos servicios, sin distinción de clases ni categorías" (46).

De modo paralelo, se había decretado la creación de la División Obra Social en el Ministerio de Marina, por decreto 12 883/44 y de la Dirección de Ayuda Social de Aeronáutica, dependiente de la respectiva Secretaría por decreto N° 11 757 del 26 de abril de 1946.

DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE, DERIVADOS Y AFINES

En este caso, la institución se origina en una ley de la Provincia de Buenos Aires, N° 5179, de diciembre de 1947.

Entre sus objetivos se menciona "proporcionar asistencia médica, medicamentos, hospitalización y todo lo necesario para el tratamiento de los afiliados y sus familiares; [...] establecer la ayuda mutua entre los socios" (art. 2). Para ello se destina una contribución obligatoria del personal, conforme a una escala fija, y un aporte del Estado, cuyo monto no se especifica (art. 11).

Según referencias gremiales, la Dirección comenzó a desenvolverse de manera precaria pero llegó a desarrollar una cierta capacidad instalada en Avellaneda, Berisso, Zárate y General Cerri, incluyendo el local donde actualmente funciona la administración, ubicado en la Capital Federal.

La extensión de los servicios al ámbito nacional se logra con el Convenio Colectivo de Trabajo firmado el 23 de junio de 1954, por el cual las grandes empresas frigoríficas se obligaban a efectuar un aporte de 36 centavos por hora por trabajador jornalizado y 66 pesos moneda nacional por el personal retribuido por mes, con destino al mantenimiento de la obra social del gremio.

A mediados de 1955 el gobierno de la provincia de Buenos Aires deroga la ley N° 5179. Previamente la Dirección había sido intervenida, al parecer en base a un acuerdo con el gremio, para facilitar el traspaso de la Dirección General de Asistencia Social para el Personal de la Industria de la Carne a la Federación Gremial de la Carne. Sacándola del ámbito del Estado Provincial se la incorpora al respectivo sindicato.

EL MODELO ORGANIZATIVO Y SUS VARIANTES

En el cuadro que presentamos a continuación hemos querido mostrar el esquema organizativo básico utilizado para las instituciones creadas por decisión estatal, incluyendo algunos ejemplos de la diferenciación interna ya mencionada.

Con mayor o menor preocupación reglamentarista, casi todos los estatutos legales mencionan de manera genérica los beneficios a otorgar, especifican el grupo laboral beneficiario, establecen una determinada escala de aportes, y plantean los lineamientos básicos para el gobierno de las entidades. Pero las modalidades particulares que se establecen para cada uno de estos grandes rubros crean un mosaico relativamente heterogéneo.

El sentido de las diferencias a veces se nos escapa, pero en otros casos ellas expresan una orientación más o menos progresiva de los aportes de los trabajadores, la mayor o menor incidencia del aporte patronal o estatal en el total de los recursos, la intención de poner en mejores condiciones a los trabajadores con carga de familia, o, por el contrario, equilibrar el impacto de esa carga sobre las finanzas de la institución asegurando el respectivo aporte.

En lo relacionado con la organización de los cuerpos de gobierno, las diferencias parecen orientadas a una mayor o menor autonomía respecto del organismo estatal de dependencia, tanto en la designación de representantes de trabajadores y empleadores como en el otorgamiento de poder de veto al director general o la atribución de la facultad reglamentadora. En los casos en que se encarga específicamente a un determinado funcionario la presidencia del Consejo de Administración —es el caso del subsecretario del Ministerio de Finanzas para la Dirección General del Servicio Social para Bancarios, o los secretarios administrativos de las Cámaras para el personal del Congreso— la posibilidad de manejo autónomo parece aún menor (véase el cuadro 1 en la página siguiente).

Las diferentes dependencias, que ubican a cada entidad en la órbita de un Ministerio u organismo estatal afín, pueden vincularse con cierto nivel de improvisación que no permite la consolidación de un cuerpo doctrinario que precise su naturaleza, ya sea como instituciones de previsión, ya como organismos dirigidos fundamentalmente a la prestación de servicios de atención médica. Pero también podría remitir directamente al origen de la inquietud o la demanda, y, en ese caso, podría plantearse que los respectivos proyectos se gestaron de manera relativamente independiente en cada uno de los ministerios o reparticiones, llevando, por lo tanto, consigo, esa marca de nacimiento.

Esa posibilidad parece reforzada por la circunstancia de que prácticamente la totalidad de los proyectos discutidos en Cámara son presentados como iniciativas del Poder Ejecutivo.

No es posible dejar de recordar aquí la caracterización de Alberto Ciria, cuando afirma que el Congreso, en el período de gobierno peronista, terminó siendo un simple receptor de proyectos del Poder Ejecutivo, a los que se limitaba a prestar asentimiento (47).

Esa condición proporcionaría un principio de explicación a una dinámica de trabajo parlamentario que supone, por ejemplo, la discusión en una misma sesión

	VIDRIO			BANCARIOS		SEGUROS		CONGRESO		M. GUERRA
	1946	1949	1951	1950	1952	1951	1946/47	1953	1945	
Beneficiarios	trabajadores familiares	idem	idem	trabajadores familiares	idem	trabajadores familiares	trabajadores familiares	idem	trabajadores familiares	
Aporte trabajadores	Escala Iija 1005 1 400 0 - 4	Escala Iija 1005 1 800 0 - 10	Escala Iija 3035 5 1000 0 - 15	1% sueldo cuota faml.	2% sueldo	1% sueldo cuota faml.	Escala Iija 200% 1 1501 0 - 12 cuota faml.	1% sueldo cuota faml.	1% sueldo cuota faml.	
Aporte patronal	25 por trabajador	35 por trabajador	55 por trabajador	1% sueldos	2% sueldos	2% sueldos	Partida presupuestaria	idem	Partida presupuestaria	
Recursos de distinta naturaleza	si	idem	idem	3% benefic.	2% interés y comisión	0.5% de primas o cuotas	no especifica	no	si	
Capacidad instalada	si	idem	idem	si	idem	si	Comisión Administrativa	no	Presidente Vicespresi. Consejeros	
Gobierno	Dirac. Gen. Secr. Gen. Cons. Admin.	Dirac. Gen. Secr. Gen. 8 vocales*	Dirac. Gen. Secr. Gen. 8 vocales	Dirac. Gen. Subdir. Gen. 6 consejeros	idem	Dirac. Gen. Subdirector Sindic. Consejeros	Subsec. Admin. Cámaras	idem	Min. Guerra Of. sup. o Jefe	
Designación	T y p* a prop. Cons. Admin.	PE a propuesta Cons. Admin.	idem	Es el Subsec. Min. Finanzas	idem	3 personal 3 empleadores	8 represent. de secciones	idem	Delegados de reparto	
Consejero	6 Asoc. Prof. 2 empleadores	idem	idem	3 empleadores	idem	PE a propuesta entidad grem. reconocida	Autoridades a propuesta asamblea ssc.	idem	Autoridades reparto	
Designación Represent. trabajadores	Voto directo y secreto aliados	idem	idem	PE a propuesta entidad grem. reconocida	idem	PE a propuesta entidad grem.	no	no	no	
Voto Director General	si**	no	no	si	si	si	no	no	no	
Carácter de la institución	Autárquica	idem	Pers. Jur. der. priv.	Autárquica	idem	Entidad der. pnt.	Organismo Admin. dependiente P. Legislativo	idem	Entidad dependiente Min. Guerra	
Dependencia	T y p	idem	idem	Min. Finanzas	idem	Min. Hacienda	Presidentes Cámaras	idem	Min. Guerra	
Reglamentación	T y p	Cons. Admin.	Cons. Admin.	Cons. Admin.	idem	Dirección	P. Legislativo	idem	P. Ejecutivo	
Beneficios	At. médica Sub. Iallic. Ayuda multia	idem	At. médica Sub. Iallic. Ayuda multia Ac. trabajo	At. médica Cot. vacac. Sub. Iallic. Previdencia Campo deportes Cursos capacit.	idem	At. médica Subsidios Prestamos Cot. vacac. Paríacion Campo deportes	At. médica Subsidios Vivienda Previdencia Cursos perific	idem	At. médica Subsidios Paríacion Campo deportes Previdencia Créditos Hogares inf.	

* Todos los cuales deberán pertenecer a la industria de que se trata.
 ** Trabajo y Previsión.
 *** Por reglamentación (B.O. 33. N.º 59-6).

de proyectos con diferencias que sus defensores no pueden justificar adecuadamente, limitándose a señalar que responden a demandas de los gremios implicados.¹⁴ El 12 de setiembre de 1951 se discuten en Diputados el proyecto de ley modificatorio de la industria del vidrio y afines y el proyecto destinado a crear los Servicios Sociales para el personal de Seguros, Reaseguros, Capitalización y Ahorro. El diputado Mercader señala lo que caracteriza como "gran anarquía" en la legislación propuesta.

Hay un criterio para los ferroviarios, otro distinto para los bancarios; un tercero, también distinto a los anteriores, cuando se organiza la Dirección de Asistencia Social para los obreros del vidrio; toma otro carácter igualmente diferente cuando se trata de instituir la asociación que prestará su concurso a los empleados de seguro y reaseguro.

El legislador radical enfatiza las diferencias existentes en los mecanismos orientados a garantizar a los gremios beneficiados algún control sobre la marcha de la institución, que en ese caso favorece indudablemente a los trabajadores del vidrio. La Asociación Profesional que los nuclea, afirma Mercader, "mantiene la posibilidad del control dentro de la organización porque se reserva seis voluntades representativas de la soberanía de su sector", mientras que los trabajadores de seguros solo cuentan con una representación minoritaria en el Directorio de la entidad a crear, pues "resulta que los patronos tienen cinco votos contra cuatro de los afiliados" (48).

Existe otra diferencia, sin embargo, tal vez más significativa, que no emerge en la discusión en la Cámara, y que opera en sentido contrario: mientras para la entidad destinada a los trabajadores del vidrio el aporte patronal se limita a igualar el del personal de menor salario (5 pesos por obrero), en el caso de seguros la contribución de las empresas duplica el descuento realizado sobre las remuneraciones, añadiéndose como recursos de distinta naturaleza el 0,5% del monto de primas y cuotas.

Todo esto parece reforzar la hipótesis de que la fragmentación y la heterogeneidad interior al sistema que se va conformando por este mecanismo relativamente anárquico responde a una dinámica política de contactos de diferente calidad y tipo entre los organismos del aparato estatal y las asociaciones profesionales más antiguas, mejor organizadas, con mayor capacidad de presión, o simplemente, en mejores condiciones para iniciar algún tipo de diálogo de acercamiento/subordinación/negociación/control. Dinámica que interactuó seguramente, con acercamientos y contactos de índole similar, destinados a lograr el asentimiento de las empresas privadas comprometidas.

Esa hipótesis proporciona también un principio de explicación al hecho de que

¹⁴ En la discusión de la ley que beneficiaría al personal de compañías de Seguros se afirma con relación al aporte del primer mes de sueldo: "el mismo gremio en forma voluntaria ha solicitado realizar este aporte a fin de allegar mayores recursos para que la entidad que se crea empiece a funcionar con las mayores posibilidades", y poco después, en relación con los ferroviarios: "Le quiero recordar al señor diputado que el gremio ferroviario, mediante su congreso anual de delegados, solicitó el aumento de su cuota" (C.D.D.S., 1951, T. III, reunión 31º, setiembre 12:1859-1878, pág. 1867).

no lleguen siquiera a discutirse proyectos de estructura muy similar, que beneficiarían a otros gremios y son presentados al Parlamento por sus representantes, miembros también de la bancada oficial. Tal el caso del diputado Luis Villacorta, obrero del azúcar, que en 1949 presenta un proyecto de creación de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Obreros y Empleados de la Industria Azucarera respaldado, según la fundamentación, por el Primer Congreso de Trabajadores Azucareros reunido en 1947 en la ciudad de Tucumán. O el presentado un año más tarde por el diputado Herman S. Fernández, destinado a la cobertura del personal de los establecimientos educacionales de la Nación (49):

CONCEPCIONES DOCTRINARIAS Y PERSPECTIVAS POLITICAS ASOCIADAS A LAS INSTITUCIONES DE PREVISION

La lectura de los debates parlamentarios producidos a raíz de la sanción de las leyes vinculadas a instituciones de cobertura de atención médica, nos permite dar cuenta de algunas de las concepciones doctrinarias relativas a la asistencia y previsión social que comienzan a alcanzar definición operativa en esos años, y de las perspectivas políticas asociadas a la organización de tales instituciones.

Es precisamente la faceta política relacionada con la base gremial característica de los nuevos organismos la que genera polémica entre la bancada oficialista y la oposición. No parece haber, en cambio, desacuerdos básicos sobre la naturaleza de tales instituciones, ni acerca de la necesidad de sancionar las disposiciones relativas a su funcionamiento, a no ser algunos tímidos intentos por defender la universalización de la cobertura, cuestionando la fragmentación a que conduce la organización por gremio o rama de la producción.

LAS CONCEPCIONES DOCTRINARIAS

El diputado Frondizi, durante el debate de la ley que beneficia a los trabajadores del vidrio, en 1949, señala la conveniencia de que "se prepare inmediatamente un régimen general de asistencia y previsión social que comprenda a todos los asalariados", considerando inoportuno el otorgamiento de mejoras para un gremio, —"por la circunstancia que la Cámara conoce perfectamente"— que son negadas a otros en igualdad de condiciones. De manera inmediata se apresura a aclarar que tal manifestación no significa oposición al proyecto (50).

Esta es la tónica general con que los diputados radicales se ubican en el ambiguo lugar que los obliga a actuar como opositores al proyecto peronista, sin oponerse a las organizaciones gremiales que serán beneficiadas a partir de una dinámica de retribución de apoyos o procura de adhesiones.

El radicalismo termina aceptando el particularismo que resulta de las demandas de los trabajadores. A lo sumo, cuestionará la representatividad de algunas organizaciones, como la Asociación Bancaria, o sugerirá que los ferroviarios conspiran —en actitud suicida— contra la integridad de sus salarios cuando solicitan un au-

mento de las cotizaciones a la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios. Pero siempre se alinea junto a los trabajadores, y esto dificulta en forma significativa su función opositora, orientada doctrinariamente a defender concepciones de aplicación universal.

Dos años más tarde, en un debate semejante, Mercader se pone en el difícil compromiso de valorizar la integración horizontal de los sectores obreros, como modalidad de vinculación "más en consecuencia con la formación social y la conciencia histórica del país" (51).

Tales declaraciones se diluyen ante la necesidad de votar por sí o por no un proyecto que, de todas maneras, tiene ya asegurada la aprobación con el voto favorable del oficialismo. Se formulan, por consiguiente, en un espacio ambiguo, como "voces de alerta" que, sin oponerse a las conquistas parciales, tratan en vano de despertar conciencias que aboguen por esfuerzos sociales dirigidos a "promover la seguridad de la población en sectores amplios, dilatados, unificados en la nacionalidad sobre una superficie horizontal", concretados en una organización "que no cree un funcionalismo societario disgregador, que no perturbe la vocación argentina para la realización de una democracia social armónica y perfectible" (52).

Tampoco se registran diferencias conceptuales nítidas en lo relacionado con la naturaleza de las instituciones a crearse.

No parecen disponer los legisladores de pautas certeras de delimitación que les posibiliten diferenciar si las nuevas instituciones pertenecen al ámbito de la mutualidad o a la esfera del seguro social,¹⁵ aun cuando la oposición rescate como rasgo tradicional del mutualismo el carácter autónomo y la asociación voluntaria, al mismo tiempo que acepta como innovaciones "justas" la obligatoriedad de la afiliación y el aporte proporcional (53).

Se coincide, además, en la intervención reguladora del Estado, proponiendo la creación de una Superintendencia de Mutualidades, a fin de "ejercer a través de ella, sobre todas, la vigilancia necesaria, técnica y administrativa, justificada por los fondos que aportan, por la función social que desempeñan y como garantía para los afiliados" (54).

El cuestionamiento de la oposición se limita, en todos los casos, a la intervención de los organismos estatales en la gestión interna de las instituciones, para las que se pide autonomía y total independencia de la política, tanto "gremial" como "general" (55).

Los diputados oficialistas defienden las conquistas realizadas, y certifican con la opinión de sus colegas de extracción sindical el apoyo de los gremios a la política de previsión adoptada, pero también acuerdan en que se está hablando de mutualidades (56). Y, ocasionalmente, respaldan sus afirmaciones citando discursos del

¹⁵ En el debate sobre ferroviarios en 1949 el diputado radical Zinny señala la disyuntiva y se pronuncia en favor del carácter mutual de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios. Mercader, un año más tarde, se apoya en el discurso de su compañero de bancada para afirmar: "esta institución no está directamente vinculada a un principio mutualista, sino más vale, a una técnica de seguridad social, y [...] la diferencia la realiza el carácter de obligatoriedad que crea el vínculo entre el beneficiario y la institución". El peronista Miel Asquía se limita a asentir: "De acuerdo." (C.D.D.S., 1950, setiembre 19:2717.)

Presidente: "Creo fervorosamente en el mutualismo. Admiro a las mutualidades. Comprendo y valoro a los hombres que se agrupan en organizaciones de diversa índole para derrotar a la soledad y para quebrar el aislamiento", y adhieren a la explícita intención de transformar esas bases asociativas para crear un mutualismo de nuevo tipo: "El gran objetivo que orienta la acción oficial en esta materia lo constituye la implantación de un mutualismo integral, controlado por la Nación y en función subsidiaria del seguro social, como valioso instrumento de ayuda mutua" (57).

El radical Illia acuerda también, en el debate sobre la ley para los bancarios: "Se trata de una entidad mutal, formada exclusivamente por empleados bancarios" (58), respaldado por su compañero Uranga: "Se trata, y se ha dicho que se trata, de una entidad mutualista, no gremial" (59).

La impresión que deja la lectura de los debates es una aceptación generalizada de la necesidad de cambios en las modalidades organizativas de las instituciones de previsión, llámese las mutualidad o seguro social, con acuerdo en que esos cambios deben basarse en un mayor protagonismo del Estado, que asegure contribuciones obligatorias, contribuya con subsidios o préstamos, y garantice el cumplimiento de los fines sociales asignados a las instituciones. Las discrepancias pasan, como ya señalamos, por las implicaciones políticas de las formas organizativas propuestas.

Responsabilidad social, planificación, solidaridad, asistencia, justicia social, se plantean como fundamentos doctrinarios de estas nuevas conquistas gremiales sin despertar contradicciones. El oficialismo diferencia, entre las modalidades de la justicia social, aquella que se orienta a mediar en las relaciones capital/trabajo, de la que concurre a proteger al trabajador a través de la mejora de sus condiciones de vida, ya sea tomándolo en forma individual, ya con su grupo familiar, o en el "conjunto profesional" (60). A esta forma de intervención se la identifica como asistencia social.

El eje de esta política asistencial se pone nítidamente en "el hombre de trabajo" (61), que —se aclara— deja de ser considerado en forma aislada, o como colectivo sujeto a determinadas relaciones laborales, para ser abordado como integrante de un núcleo familiar —centro de su vida íntima y sus afectos— e inserto en un ambiente social que le permite desarrollar la totalidad de sus condiciones de vida y de cultura.

El trabajador se convierte así en el intermediario privilegiado entre la acción asistencial del Estado y los espacios sociales a los que progresivamente se incorpora. Atención médica, recreación, consumo, deportes, capacitación, constituyen vehículos que posibilitan el acceso de los trabajadores y sus familias a bienes de los que anteriormente se encontraban excluidos. Las organizaciones que les aseguran ese acceso, protegidas y supervisadas por el Estado, se convierten en instrumentos de socialización que toman como parámetro un conjunto de valores predefinidos: solidaridad, disciplina, integración funcional, respaldo político a un proyecto gestado para el bienestar de todos. Considerado el trabajador como vehículo a través del cual se canaliza hacia la población el acceso a los bienes que conforman el objeto de las políticas sociales, los respectivos beneficios se asocian al concepto de salario ampliado. Ese adicional al salario efectivamente percibido tendría un neto efecto redistributivo en favor de los sectores más débiles, en razón

de otorgarse en condiciones igualitarias, sin tener en cuenta ciertas variables que en general determinan el monto de las retribuciones, tales como capacidad, o productividad (62). Se trata de un salario "invisible", se afirma, que complementa al "visible", constituyendo ambos el salario integral del trabajador (63).

Ante el discurso triunfalista del oficialismo, que no reconoce la posibilidad de la autocritica, ni considera obstáculos o limitaciones para su proyecto, la oposición toma en ocasiones la representación de los excluidos: dirigentes sindicales encarcelados, trabajadores despedidos, médicos cesanteados, dan cuenta de una parte del país que queda fuera del discurso integrador del oficialismo. El particularismo en la asignación de beneficios se identifica a veces con formas de exclusión relativa: ¿por qué los bancarios se benefician con aportes extraordinarios y los ferroviarios deben sufrir las condiciones deficitarias del servicio público al que responde su trabajo? ¿Por qué se suprime la cuota familiar a cargo de los obreros del vidrio y se implanta para los trabajadores bancarios y los de seguro?¹⁶ ¿Por qué los beneficios de la atención médica se otorgan a los habitantes de la Capital en desmedro de los trabajadores del mismo gremio que residen en el interior del país?

Otras modalidades de exclusión se asocian con las limitaciones que pueden conspirar contra la integridad de la atención, en particular a través de la aplicación de aranceles. La total gratuidad de los servicios se plantea como una exigencia técnica, asociada con los progresos de la medicina.

Dentro de la actual organización de las disciplinas médicas es totalmente imposible que se divida con el viejo criterio la posibilidad de prestarle a un enfermo el auxilio clínico y pararse exigiéndole nuevas contribuciones cuando el discernimiento de un diagnóstico o la confrontación de determinados estados orgánicos para resistir, recibir o excogitar un tratamiento obligue a la realización de exámenes radiográficos o de análisis de laboratorio [...] el examen clínico, el examen radiológico y el examen de laboratorio son trámites inseparables de un solo y unitario proceso de averiguación, en el orden técnico. No puede admitirse que razones económicas o sociales los desintegren, porque en tal caso se malogra el sistema y se sacrifica la posibilidad de una síntesis científica eficaz y correcta (64).

EL DEBATE EN TORNO A LOS MECANISMOS DE LEGITIMACION DE LAS PRACTICAS POLITICAS

Los temas verdaderamente conflictivos emergen, como decíamos, de la discusión de las prácticas políticas asociadas al gobierno de las instituciones. La banca radical insiste en otorgar a los trabajadores el mayor control sobre las institu-

¹⁶ Afirma el diputado Mercader: "La Cámara debe tener en cuenta que esta afiliación es obligatoria y exige desde ya la cuota del 1% para cada afiliado, y me imagino que resultará también obligatoria para todos los familiares, pues no va a ser facultativo del afiliado hacer proteger a uno o más miembros de su familia. Si este régimen se sanciona de la manera como está en el despacho, el resultado puede ser desdichado como expresión de política demográfica. Aunque no se inspire en tal espíritu filosófico, me temo que se traduzca como una consigna de orden malthusiano. Evitará, pienso, que los hogares de los bancarios protegidos por esta ley puedan tener hijos, porque cada hijo va a significar una carga y un descuento mayor..." (C.D.D.S., 1950, T. IV, reunión 45ª, setiembre 21:2830-2902, pág. 2889.)

ciones de previsión, defendiendo como mecanismo de selección de representantes la elección directa por parte de la totalidad de los beneficiarios, y, de manera general, todo lo que pueda estimular la gestión democrática en el interior de tales organismos.

El diputado Mercader llega incluso a recuperar alguna de las formas de participación directa propias del gobierno de las mutualidades cuando propone la realización de una asamblea anual obligatoria para que el Consejo de Administración dé cuenta de su gestión y de las inversiones realizadas (65), olvidando probablemente que el aumento del número de beneficiarios constituía uno de los límites más difíciles de superar a la efectividad de tales formas de democracia directa, fortaleciendo en cambio la tendencia a la centralización y burocratización de las decisiones, natural en una esfera "técnica", como presume ser la administrativa. Las nuevas "Direcciones" se creaban con un número de beneficiarios y una extensión territorial suficientes para dificultar la afirmación de las prácticas participativas que habrían fortalecido a las primeras organizaciones mutuales.

Dentro de la misma orientación se cuestionan aquellas disposiciones que acuerdan al Poder Ejecutivo o a alguno de sus organismos la facultad de designar a los representantes de los beneficiarios en el Consejo de Administración, generalmente "a propuesta de la respectiva organización gremial".

En relación con este tema puede considerarse significativo que el único estatuto que sanciona la elección directa es el correspondiente a los trabajadores del vidrio, para el que es posible suponer una influencia más decisiva de la opinión del gremio, expresada a través del Ministerio de Trabajo. En todas las otras leyes la decisión queda, en última instancia, en manos del gobierno. En el caso de los bancarios la discusión sobre el problema se deriva hacia el conflictivo tema de la libertad sindical, ya que los radicales consideran a la Asociación Bancaria —entidad gremial reconocida— como una institución políticamente afín al peronismo, y a la Dirección General propuesta como un instrumento destinado a reforzar su poder de convocatoria sobre un gremio que ha demostrado una efectiva voluntad de lucha. Por ese motivo se reclama la participación de todos los asociados en la elección de los representantes, y no solo de aquellos nucleados en la entidad favorecida con el reconocimiento oficial.

El diputado demócrata nacional Reynaldo Pastor interviene en el debate para consignar que la ley propuesta "constituye un instrumento de tutela del gobierno sobre el gremio bancario", agregando que este tipo de medidas, al igual que el reconocimiento estatal de los sindicatos, significa el "encadenamiento de esos gremios a los intereses políticos de quienes dan las leyes y crean instituciones, porque pueden sacar una ventaja electoral de cada una de esas leyes e instituciones".

"Gremios tutelados son gremios encadenados al carro del vencedor en las justas políticas", reitera Pastor, incurriendo en el error de considerar al sindicalismo exclusivamente como organización pasiva, capaz de ser manipulada por el poder político. No parecía todavía posible, tal vez, imaginar que pudiera llegar a convertirse en una fuerza con peso político propio y con la autonomía necesaria para poner condiciones u obstaculizar las decisiones de los organismos detentadores del manejo del Estado.

El diputado Lanfossi, que se autodefine como auténtico ferroviario, señala que el gremio ha sancionado en sus propios estatutos las modalidades que considera convenientes para elegir sus representantes, afirmando además que los delegados al Consejo de Administración han sido elegidos por sufragio universal de todas las seccionales ferroviarias. Esta afirmación de democracia y autonomía gremial, se ve sin embargo algo empañada cuando reconoce al Poder Ejecutivo el derecho de control sobre las condiciones personales de los representantes electos: "Se ha dicho como crítica que deben tener el visto bueno del Poder Ejecutivo, para ver si son o no obreros honorables. Eso es perfectamente lógico: en igual forma proceden dentro del partido al que pertenecen los señores diputados" (66).

Su compañero de bancada, el diputado Ulloa, recupera también la significación social de tales instituciones "que se refieren al bienestar de muchos trabajadores argentinos", como justificación de la necesidad de que estén "garantizadas en su funcionamiento por el Estado". Por ello, en el "hipotético caso" de que la organización gremial llegara a cometer un error, "el Estado debe encontrarse en condiciones de objetar la designación, a efectos de lograr el perfecto funcionamiento orgánico de la institución social". En el debate sobre la organización destinada a los bancarios el diputado Beretta agrega un grano de arena a la construcción autoritaria del modelo político, justificándola, como es de regla, en los objetivos superiores que lo animan: "me parece muy lógico, democrático y perfectamente honesto que un movimiento revolucionario que tiene sus directivas claras y definidas en el orden material, intelectual y espiritual, ajuste y reglamente esa actividad sindical de acuerdo con sus directivas y orientaciones" (67).

El debate refleja la sostenida esperanza de la oposición —que se mostrará carente de bases de sustentación a posteriori en virtud de los resultados del proceso de "democratización sindical" puesto en marcha por la autodenominada Revolución Libertadora— de que una auténtica democracia gremial rechazaría el liderazgo peronista en las instituciones sindicales. El diputado Belnicoff, por ejemplo, reclama "un movimiento sindical que tenga libertad de acción, y que cubriendo a toda la masa trabajadora del país le permita realizar su evolución social dentro de la paz, del progreso y del trabajo, y al amparo de los sabios principios que orientan una verdadera emancipación del hombre de las fuerzas disociadoras que acechan y pretenden destruir su espíritu y su destino", haciendo gala de una retórica principista muy generalizada en el discurso opositor en diputados.

Esa propuesta política de democracia interna y autonomía en el manejo de los beneficios proporcionados por las "Direcciones Generales" se recupera también en el cuestionamiento a una excesiva injerencia del Estado en su administración.

En verdad, fuera de toda retórica principista y de cualquier oportunismo electoral, resultaba difícil al oficialismo justificar la naturaleza jurídica de las nuevas instituciones. Aunque se les reconociera "autarquía" o se las definiera como entidades de derecho privado, su régimen jurídico las convertía en dependencias de diferentes reparticiones del Estado.¹⁷

¹⁷ Aunque el Segundo Plan Quinquenal y la ley orgánica de ministerios asignaban al Ministerio de Trabajo y Previsión el contralor de los servicios asistenciales establecidos por las organizaciones gre-

Las principales objeciones de la oposición al sistema de gobierno reglado para estos organismos radicaba en la designación por el Poder Ejecutivo del Director General, el poder de veto conferido a dicho funcionario y el derecho posterior de arbitraje otorgado al Ministerio o Secretaría respectivos. En efecto, casi todos los estatutos aprobados incluyen entre sus atribuciones este poder, reproduciendo una fórmula virtualmente uniforme: "Disconforme el director general con la resolución de la mayoría del consejo, podrá vetarla; si se insistiera por dos tercios de votos, el asunto será sometido a la consideración del Ministerio de Finanzas, que resolverá en definitiva" (ley Nº 13 987, 1950, art. 9º).

Para la Dirección que otorga cobertura al personal de la industria del vidrio el derecho de veto aparece explicitado en la reglamentación sancionada en 1946, pero no figura en el respectivo decreto ni en las reformas posteriores.

Los radicales reclaman que el desenvolvimiento de las entidades se sitúe entre "dos orientaciones precisas: la autonomía y la elección" (68).¹⁸ No solo se objeta el mecanismo de representación de las entidades gremiales como una "ficción de autonomía" (69), la totalidad de la organización propuesta se define como "corporativa y verticalizada", alegándose "que tiende a la fragmentación de los sectores trabajadores y obstaculiza su integración horizontal".

Aunque nuestra interpretación se inclina a rechazar a priori cualquier hipótesis "conspirativa" que suponga pensar en un mecanismo dirigido intencionalmente a la fragmentación del movimiento obrero, y tendamos, en cambio, a pensar en un proceso cuya lógica instala esa fragmentación como resultado de la heterogeneidad del aparato productivo y de la diferente capacidad contributiva y organizativa de los gremios afectados, es indudable que existió una decidida orientación a separar las nuevas instituciones de la actividad política y gremial, a despolitizarlas, sometiéndolas a una tutela que se propone como administrativa y técnica; e incluso a estimular entre los representantes laborales una cierta "especialización" en tareas de administración.

Relacionamos esta lectura con los requisitos establecidos para ser designado representante ante el respectivo Consejo de Administración o Directorio, que en general niegan esa posibilidad a quienes integren "las comisiones directivas de organizaciones gremiales", o "ejerzan funciones en las mesas directivas o cargos electivos de partidos políticos" (ley Nº 13 987, art. 6), repitiendo una disposición sancionada en el primer decreto sobre Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios.

miales, las leyes sancionadas para las Direcciones Generales siguen estableciendo dependencias vinculadas con la índole de la actividad respectiva. La ley sancionada en 1954 para los ferroviarios mantiene en su organismo administrador, ahora llamado Directorio, dos vocales en representación del Ministerio de Transportes y uno por Trabajo y Previsión.

¹⁸ "El organismo que estamos considerando dependerá directamente del Poder Ejecutivo. Todos los problemas van en apelación al Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Trabajo y Previsión. En última instancia todo lo resuelve el Poder Ejecutivo. Es una dependencia estatal; es, en definitiva, una de las tantas formas a que estamos acostumbrados desde la vigencia del gobierno peronista, tendientes a una mayor centralización de todas las funciones que hacen a los servicios que debe prestar el Estado. Es una absorción de la dinámica del país por el Poder Ejecutivo", afirma el diputado Belnicoff en 1954. (C.D.D.S., 1954, T. III, reunión 40ª, setiembre 30:2229-2255, pág. 2242).

PRIMEROS INTENTOS DE COORDINACION EN LA ADMINISTRACION PUBLICA NACIONAL

Hacia 1950 se localiza en el Ministerio de Asuntos Técnicos la preocupación por las condiciones de dispersión predominantes en la cobertura médica del personal que presta servicios en los diferentes ministerios. Una reunión preliminar, realizada en agosto de ese año, congrega a los funcionarios que en el interior de cada uno de ellos tienen a su cargo las "obras sociales" para el personal de los mismos. Se trata de la primera referencia que hemos encontrado de utilización de la expresión "obra social", no ya para designar la actividad que realizaban tales instituciones, sino la institución en sí misma. Referencia relativamente ambigua, porque todavía serían posibles las dos lecturas. La primera indicación que nos permite pensar en un cambio de significado es que las palabras "obra social" comienzan a ser escritas con mayúscula. La idea se precisa más adelante cuando se propone por ejemplo, "racionalizar la estructura de cada obra social" (70).

El Ministerio de Asuntos Técnicos se muestra partidario de la coordinación de tales instituciones, de las que al parecer podían registrarse varias en cada uno de los organismos del Estado, rechazando explícitamente toda idea de centralización. El eje de la preocupación parece radicar en el déficit que registran y el encarecimiento progresivo de los servicios prestados.

Los delegados de los distintos ministerios formulan sugerencias que pasan, en general, por dos niveles:

a) una normatización que establezca prestaciones máximas y mínimas, uniformice aportes, beneficios, aranceles médicos y de instituciones de internación, y los escalafones para el personal técnico y profesional en los servicios propios; y

b) una racionalización en la utilización de los recursos basada en la compra e importación conjunta de drogas y otros materiales, la contratación simultánea de clínicos, especialistas y sanatorios, la reciprocidad de prestaciones y la derivación a los servicios públicos para la realización de determinadas prácticas.

También se propone la creación de capacidad instalada propia suficiente para dar respuesta a la mayor parte de las necesidades, la compra o construcción de establecimientos para enfermos crónicos, infecciosos, mentales y pulmonares, la utilización en conjunto de los sanatorios y clínicas propiedad de algunos ministerios y su extensión a los empleados provinciales y municipales, la coordinación de los servicios de control de ausentismo y atención de la enfermedad. El así conformado Grupo Coordinador de Obras Sociales se reúne desde octubre de 1950 a marzo de 1951, designa una subcomisión médica para evaluar el problema y termina formulando dos proyectos de decreto y un proyecto de ley.

La preocupación por recoger información se extiende a hacer un relevamiento de los servicios provistos por las obras sociales de la administración pública en el interior del país, la existencia de capacidad instalada propia de los diferentes ministerios y la vigencia de convenios de reciprocidad para prestar servicios a agentes de la administración nacional en la respectiva zona, provincia o ciudad.

También se solicita información sobre la existencia de mutualidades en los organismos estatales, aclarándose que se entiende por tales a las asociaciones particulares organizadas por el personal. Con ese carácter, se registran 2 instituciones

en el Ministerio de Comunicaciones, 3 en el de Economía, 3 en el de Educación, 31 en Industria y Comercio, 1 en Salud Pública y 21 en el Ministerio de Transporte, cifras que pueden proporcionar una imagen aproximada del problema relativo a la dispersión de esfuerzos y recursos y superposición de "miniorganismos" con muy escasa capacidad de gestión.

El informe presentado por la subcomisión recomienda la prestación de asistencia médica integral a través de un organismo único, dotado de capacidad instalada propia, integrado por hospitales de zona y un centro de especialización médico-quirúrgico.

Cuando la tarea del Grupo Coordinador entra en la fase resolutive, se elaboran dos decretos dirigidos a unificar los organismos de prestación de servicios de obra social en cada Secretaría de Estado en una Dirección de Obra Social que incorporará la denominación del respectivo ministerio, centralizando el contralor y la administración de dichos servicios, y a sancionar la afiliación obligatoria a las mismas de los agentes civiles de la Nación. Los afiliados contribuirán con un aporte mensual del 1,5% de los haberes computables para jubilación y el Estado con un 3% del mismo monto.¹⁹ También se decide la unificación de todas las partidas afectadas a las obras sociales de los distintos ministerios en carácter de subsidios, préstamos o presupuestos, creando una partida única para cada uno de ellos conforme a la contribución ya mencionada.

Un proyecto de ley proporciona bases organizativas a las nuevas Direcciones, estableciendo el carácter voluntario de la incorporación de los familiares directos del personal y de los jubilados de cada repartición, y encargando la dirección y administración de esas instituciones a un director nombrado por el Poder Ejecutivo a propuesta del respectivo ministerio y un Consejo de Administración cuya composición no se especifica.

Ninguno de estos instrumentos legales fue sancionado, y dos años más tarde, en noviembre de 1953, el Ministerio de Asuntos Técnicos insiste en su empeño racionalizador con un proyecto remitido al Senado y respaldado en las disposiciones de la "Constitución de la Nación y el Segundo Plan Quinquenal" (71).

Por él se dispone que el Poder Ejecutivo deberá promover la organización de servicios sociales para todo el personal de la administración nacional. "A tal fin cada ministerio, o grupo de ministerios cuando así lo disponga el Poder Ejecutivo, dispondrá de un organismo para atender los servicios necesarios de asistencia médica integral, asistencia odontológica, asistencia económica y acción cultural y re-

¹⁹ En la fundamentación del proyecto leemos la siguiente justificación para un mayor aporte estatal: "las Direcciones de Obra Social, como organismos del Estado, cumplen la doble función de fiscalización patronal y de protección social, tutelando, en este caso, el potencial humano que constituyen los servidores de la Nación.

"Que, por las razones precedentemente expuestas y en virtud de su capacidad económica, el Estado debe contribuir con una mayor aportación, para que los servicios de obra social se desenvuelvan en un orden económico ajustado a la realidad de los costos;

"Que, la experiencia acumulada [...] permite establecer una proporcionalidad adecuada, que el Estado contribuya al sostenimiento de las Direcciones de Obra Social con el doble aporte del afiliado obligatorio." (Ministerio de Asuntos Técnicos, 1950/1955, "Primer Decreto". Fundamentación.)

creativa" (art. 1º). Se reitera la afiliación obligatoria del personal y la voluntaria de familiares y jubilados. Se especifica la obligación de los agentes de contribuir por sí mismos y por sus familiares a cargo, sin determinar los montos del aporte. Y se introduce una novedad que puede proporcionar una pista sobre los motivos del fracaso de la propuesta formulada en 1951: la contribución del Estado se acordará por las leyes de presupuesto, "hasta un importe equivalente a la contribución total de los afiliados".²⁰

El mismo cuerpo legal, en su artículo 15º, dispone la creación del Consejo de Coordinación de Obras Sociales, encargado de "coordinar, intercambiar y tipificar servicios", que actuarían en jurisdicción del Ministerio de Asuntos Técnicos.

La necesidad de coordinación sigue siendo reconocida, pero tarda aún dos años en ordenarse el conflicto de jurisdicciones que obstaculizaba la definición del organismo estatal que tendría a su cargo la tarea. La sucesión de disposiciones que lo ponen de manifiesto se puede sintetizar de la siguiente forma:

I) El 4 de noviembre de 1953, el Poder Ejecutivo dicta el decreto N° 21 119, por el cual crea en todas las Secretarías de Estado los servicios de Racionalización y Auditoría. Además de las "funciones permanentes" que se les encarga, deben dictar "las medidas necesarias para el cumplimiento de objetivos concretos e inmediatos", entre los cuales se señala: "Facilitar la coordinación de las obras sociales de los Ministerios, propendiendo a la reducción de sus costos" (art. 5º, inc. 11). Se les acuerda para ello un plazo de noventa días.

II) El 26 de marzo de 1954, teniendo en cuenta tal disposición y los objetivos específicos señalados en el capítulo III del Segundo Plan Quinquenal, se encarga al Ministerio de Trabajo y Previsión, con el asesoramiento de una comisión integrada por funcionarios de cada Ministerio, la coordinación de los distintos servicios sociales de la administración nacional.

III) El 2 de noviembre de 1954 se sanciona el decreto N° 18567, por el cual se dispone: "Art. 1º. La comisión de asesoramiento a que se refiere el artículo 1º del Decreto 4462/54 estará presidida por el funcionario que designe el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, y se integrará, además, con los asesores que dicho Departamento estime necesario". Con esa disposición se da cumplimiento —se aclara expresamente— a las disposiciones de la ley 14 303, orgánica de ministerios, que encomienda al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública "la coordinación general de los servicios de asistencia social del personal del Estado" (art. 4º, cap. V, inc. 14).

IV) Finalmente, el 15 de marzo de 1955 el Ministerio de Acción Social y Salud Pública da a conocer, por resolución N° 3806/55 los nombres de los asesores que integrarán la conflictiva Comisión de Asesoramiento.

²⁰ En un proyecto similar presentado en el mes de enero de 1952 todavía se insistía en el doble aporte a cargo del Estado. Su artículo 5º consigna entre los recursos de cada Obra Social "las sumas asignadas en el presupuesto general de la Nación, que importarán el doble de lo recaudado por afiliación". Por el artículo 7º se incorpora al sistema a las empresas nacionales comprendidas en la ley 13 653, que se integran la obra social del respectivo Ministerio, haciéndose cargo de la contribución patronal con fondos propios de cada empresa. (Ministerio de Asuntos Técnicos 1950/1955. Anteproyecto de ley preparado por la Dirección Nacional de Racionalización en el mes de enero de 1952).

Nos ha parecido importante rescatar con algún detalle este proceso, que probablemente no es más que una anécdota, en primer lugar para mostrar los conflictos provocados por el enfrentamiento de espacios de poder en el interior del mismo aparato estatal, que obstaculizan la racionalización y coordinación que se expresan como objetivos prioritarios. Un indicador adicional de la complejidad de esa trama puede ser el hecho de que los Ministerios que corresponden a las Fuerzas Armadas quedan explícitamente eximidos de la aplicación de todas estas disposiciones. En segundo término, porque revela una temprana preocupación por la eficiencia en la administración de los recursos destinados a la cobertura social, que quedará luego opacada durante algunos años, en medio del énfasis descentralizador que caracterizará a las propuestas políticas elaboradas a la caída del peronismo, para resurgir nuevamente como inquietud significativa en los años sesenta.

Aclaración final

No hemos intentado en este capítulo abarcar la totalidad de las instituciones de cobertura de atención médica basadas en la identidad gremial o la inserción laboral de sus beneficiarios, sino solamente mostrar algunos rasgos generales y ciertos elementos conflictivos con las aspiraciones de utilización eficaz de los recursos y cobertura universal que se expresan como puntales del sistema. Estos elementos se irán rigidizando hasta volver utópicas las propuestas de accesibilidad igualitaria e integralidad de las prestaciones que seguirán defendiendo como propias todos los actores comprendidos en su dinámica.

Sabemos que además de los mencionados gozaban de este tipo de beneficios los trabajadores de Yacimientos Petrolíferos Fiscales, Gas del Estado, Policía Federal, Telefónicos, Correos y Telecomunicaciones, Municipales, Empleados de Comercio, entre otros que seguramente se nos escapan.

Referencias bibliográficas

- (1) Belmartino, Susana, *et al. Las instituciones de salud en la Argentina, desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- (2) Neri, Aldo. *Las obras sociales*, mimeo.
- (3) Bunge, Augusto. Informe presentado a la Cámara de Diputados, año 1919, reunión 26a., 22 de setiembre.
- (4) Ponderoso, Francisco. "Una breve reseña del mutualismo entre los compañeros del F. C. Sud". *La Fraternidad* XXXVI 763: 25-27, marzo de 1943.
- (5) "Asamblea General de Socios de la Sociedad de Ayuda Mutua 25 de setiembre de 1917". *La Fraternidad* XXII 449: 160, febrero de 1930; "Caja de ayuda mutua de la Confraternidad F.C.C.A." *La Fraternidad* XXII 457: 655, junio de 1930.
- (6) "Centralización de las Cajas Mutuales y Sociedades de Socorros Mutuos". *La Fraternidad* XXII 460: 772-774, agosto de 1930, pág. 774.
- (7) "Confraternidad Mutual". *La Fraternidad* XXVII 589: 30, diciembre de 1935.
- (8) "Mutualismo integral y con medios propios". *La Fraternidad* XXXI 672: 1-2, noviembre de 1940, pág. 1.
- (9) "Ante-proyecto de Hospital Ferroviario". *La Fraternidad* XXVII 567: 11-12, enero de 1935.
- (10) C.D.D.S., 1950, reunión 43a, setiembre 19:2710-2885.
- (11) La Fraternidad. Memoria y balance de la Comisión Directiva, período 1936-1937. *La Fraternidad* XXVIII 622: 25-28, mayo de 1937.
- (12) "Hospital Ferroviario. Reglamento". *La Fraternidad* XXXI 670:3-4, agosto de 1940, pág. 3.
- (13) *Ibidem*.
- (14) Cf. del Campo, Hugo. *Sindicalismo y peronismo. Los comienzos de un vínculo perdurable*. Buenos Aires, CLACSO, 1983.
- (15) Cf. Matsushita, Hiroshi. *Movimiento obrero argentino 1930/1945*, Buenos Aires, Ed. Siglo XX, 1983.
- (16) "El Coronel Juan Perón se dirige a los obreros del riel. Manifiesta que vive las inquietudes del Gremio Ferroviario". *La Fraternidad* XXXVII 779-780:1-2, diciembre de 1943.
- (17) "Un vasto y fundamental Plan de Asistencia Médico-Social para los ferroviarios elevó a la superioridad el Interventor de la Unión Ferroviaria y La Fraternidad". *La Fraternidad* XXXVII 782: 9-13, enero de 1944.
- (18) "En una alocución por radiotelefonía, el Secretario de Trabajo y Previsión, Coronel Juan D. Perón, se dirigió a los trabajadores ferroviarios de todo el país. Les anunció cómo el gobierno había concretado en realidades, proyectos que mejoran el nivel de vida y abordan el problema humano, social y médico del gremio y sus familiares". *La Fraternidad* XXXVII 78:16-18, enero de 1944, pág. 18.
- (19) *La Fraternidad* XXXVII 799: 4-8, setiembre de 1944, pág. 8.
- (20) Cf. del Campo, Hugo. *Sindicalismo ...*, cit.
- (21) "Informe de Asistencia y Previsión Social presentado por el representante ante el D.A. de la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios, Santos Luca." *La Fraternidad* XXXVII 821:27-30, agosto de 1945, pág. 27.
- (22) *Idem*, pág. 28.
- (23) *La Fraternidad* XXXVIII 823:26-29, setiembre de 1945.
- (24) "La Confraternidad Mutual inauguró su edificio propio en Remedios de Escalada." *La Fraternidad* XLI 873:7, octubre de 1947.

- (25) "Mendoza (P) trató diversas aspiraciones relativas al Hospital Buenos Aires e instalación de consultorios provisorios. *La Fraternidad* XXXIX 832:22-23, febrero de 1946.
- (26) "Congreso Regional del F.C.Sud". *La Fraternidad* XXXIX 829:6-7, diciembre de 1945, pág. 6.
- (27) Discurso del Mayor Blas Brisoli, Director de la D.G.A.P.S.F. al inaugurarse el Hospital Regional de Córdoba, el 26 de octubre de 1946. *La Fraternidad* XL 850:2-5.
- (28) "Palabras de Hipólito Domínguez en la inauguración de los consultorios externos en San Juan". *La Fraternidad* XL 862:2-9, mayo de 1947, pág. 8.
- (29) "Discurso de Paulino Rodríguez en la inauguración de la Sala de Primeros Auxilios de Volcán". *La Fraternidad* XLI 871: 5-8, setiembre de 1947, pág. 5.
- (30) "Discurso del Mayor Blas Brisoli...*La Fraternidad*, cit.
- (31) El Director de la D.G.A.P.S.F., Blas Brisoli, cita una expresión de Perón en la inauguración de la Sala Hospital de San Nicolás, *La Fraternidad* 889:4-5/25, junio de 1948, pág. 5.
- (32) Discurso del subdirector de la D.G.P.A.S.F. en la inauguración de los consultorios ferroviarios de General Pico. *La Fraternidad* XLI 903:29-31, abril de 1949, pág. 30.
- (33) Discurso del Mayor Brisoli al inaugurarse el Hospital Regional de Córdoba. *La Fraternidad* XL 850: 2-5, pág. 4.
- (34) Discurso del sindicalista Luis González, luego secretario de la D.G.A.P.S.F. en la Asamblea realizada en Rosario en diciembre de 1943. *La Fraternidad* XXXVII 781: 2-8, diciembre de 1943, pág. 4.
- (35) Citado por Mercante, en la Asamblea realizada en Rosario en diciembre de 1943. *La Fraternidad* XXXVII 781: 2-8, diciembre de 1943, pág. 4.
- (36) Discurso del Coronel Perón en Rosario. *Idem*, pág. 8.
- (37) Discurso del Coronel Perón en la inauguración de los consultorios externos ubicados en la sede de La Fraternidad. *La Fraternidad* XXXVII 797:3-5, agosto de 1944, pág. 5.
- (38) "Discurso del mayor Brisoli en Córdoba". *La Fraternidad*, cit.
- (39) *La Fraternidad* XLII 939:1-2, enero de 1951, pág. 2.
- (40) "En brillante acto inauguró el Policlínico Ferroviario Central "Presidente Perón" *La Fraternidad* XLVII 991:3-6, mayo de 1954, pág. 6.
- (41) C.D.D.S., 1951, T. III reunión 31ª, setiembre 12:1841-1958.
- (42) *Idem*, pág. 1865.
- (43) *Idem*, pág. 1841-1858.
- (44) C.D.D.S., 1950, T. IV, reunión 44ª, setiembre 20: 2830-2902 y C.D.D.S., 1950, reunión 52ª, setiembre 28 y 29:1609-1613, pág. 1611.
- (45) C.D.D.S., 1952, T. III, reunión 40a, setiembre 29 y 30:1703-1706, pág. 1705.
- (46) C.D.D.S., 1946, T. IV, reunión 85a, diciembre 19:475-492, pág. 492.
- (47) Ciria, Alberto. *Política y cultura popular: la Argentina peronista, 1946-1955*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor, 1983, pág. 127.
- (48) C.D.D.S., 1951, T. III reunión 31ª, setiembre 12:1859-1878, pág. 1867, pág. 1866.
- (49) C.D.D.S., 1949, T. IV, reunión 33ª, agosto 31:3021-3022 y año 1950, T.I, reunión 10ª, junio 7:330-333.
- (50) C.D.D.S., 1949, T. V, reunión 47ª, setiembre 27:4110-4119, pág. 4115.
- (51) C.D.D.S., 1951, T.III, reunión 31ª, setiembre 12:1841-1877, pág. 1849.
- (52) *Ibidem*.
- (53) C.D.D.S., 1947, T. VI, reunión 49ª, setiembre 28 y 29: 53-71, pág. 66.
- (54) *Idem*, pág. 67.
- (55) *Ibidem*.
- (56) *Idem*, pág. 69.

- (57) C.D.D.S., 1951, T. III, reunión 31ª, setiembre 12:1841-1877, pág. 1849.
- (58) C.D.D.S., 1950, T. IV, reunión 44ª setiembre 20:2830-2882, pág. 2875.
- (59) *β*. pág. 2880.
- (60) C.D.D.S. 1950, T.IV, reunión 44a. setiembre 20: 2830-2882, pág. 2835.
- (61) *Idem* pág. 2837.
- (62) Cf. intervención de Frondizi. C.D.D.S. 1949, T.V, reunión 47a. setiembre 27: 4110-4119.
- (63) C.D.D.S. 1951, T.III, reunión 31a., setiembre 12: 1841-1858, pág. 1841.
- (64) *Idem* pág. 1851.
- (65) C.D.D.S. 1951, T.III, reunión 31a., setiembre 12: 1841-1958.
- (66) C.D.D.S. 1954, T.III, reunión 40a., setiembre 30: 2229-2255, pág. 2243.
- (67) C.D.D.S. 1950, T.IV, reunión 44a, setiembre 20: 2830-2902, pág. 2844.
- (68) *Ibidem*.
- (69) *Ibidem*.
- (70) Nuestro referente en este caso es una serie de documentos mimeografiados, procedentes del Ministerio de Asuntos Técnicos, fechados entre 1950 y 1955, que nos fueron facilitados por Jorge Katz y Alberto Muñoz, investigadores de C.E.P.A.L., y de los que no poseemos otra referencia. Los citaremos bajo el acápite: Ministerio de Asuntos Técnicos.
- (71) Ministerio de Asuntos Técnicos, 1950/55. "Proyecto preparado por el Consejo Nacional de Racionalización y remitido al H. Senado de la Nación en noviembre de 1953, art. 1o.

5. La conflictiva delimitación de un nuevo perfil profesional

I. Inserción política y social. Definición de las condiciones del mercado

Sacudida y fragmentada por un conflicto político de dimensión inédita, la profesión médica se enfrenta a la necesidad de redefinir su inserción en una sociedad que parece cambiar a un ritmo sin precedentes. No solo se ha vuelto difícil la relación con las instituciones asistenciales sino que también parece perdida la posibilidad de influir en una reorganización de los servicios gestada a través de una vinculación privilegiada con los representantes del poder político. El reordenamiento del mercado a partir de figuras como el Seguro o la "Oficialización" deja de ser una opción posible para el horizonte de mediano plazo. La situación es aún más compleja en razón de que los vínculos interprofesionales resultan severamente conmovidos. La posible instancia unificadora representada por el gremialismo se agota prematuramente en función de antagonismos que parecen inconciliables. La profesión se repliega defensivamente, abandona el debate público, parece lamentar el interés y la confianza tardíamente depositados en lo político.

Las revistas profesionales abandonan poco a poco la temática relacionada con los aspectos sociales de la medicina. La epidemiología sigue registrando de forma esporádica las condiciones de salud-enfermedad de la población, pero el debate político-organizativo en torno a las instituciones prestadoras y/o financiadoras de la atención médica queda postergado.¹

El periodismo gremial, que alcanzó su mayor dinamismo en la década precedente, pierde fuerza, llegando incluso a silenciarse durante algunos años. Pese a esa debilidad, se convierte en uno de los escasos medios de difusión del pensamiento médico social, el único instrumento de que disponemos para recuperar la visión de sí misma que la profesión construye en ese período señalado por el conflicto.

¹ Los sectores más politizados tienen conciencia de ese cambio, con el que no acuerdan. Se señala en un editorial de la Confederación Médica de la República Argentina, en 1954: "En nuestro país, por un fenómeno disgregante [...] se ha separado lo científico de lo gremial, y las principales revistas se dedican a la ciencia pura o aplicada, como si las cuestiones gremiales o de la profesión no fueran tanto o más científicas que las otras, y de no menor importancia para la colectividad." Se propone el ejemplo del *British Medical Journal*, "cuyas páginas están por igual dedicadas a lo gremial como a lo científico" ("Algunos Puntos de Vista". *Rev Conf Med Rep Arg VIII* (65):3-4, ene./febr. de 1954, pág. 4).

Ese es un primer límite para la caracterización de la perspectiva profesional que intentaremos diseñar en este capítulo. La construcción de un nuevo perfil para la práctica médica, la confrontación de opiniones a que da lugar, nos llega fundamentalmente mediatizada por el gremio. Y aunque este sigue siendo un lugar de confluencia de diferentes orientaciones ideológicas, no puede considerarse representativo de la totalidad. Algunos documentos de origen académico sirven como referentes del pensamiento de otros sectores, pero el congelamiento del vigoroso debate desarrollado en los años treinta nos obliga a ser cautelosos en cuanto a la posibilidad de recuperar la totalidad del espectro.

Un segundo límite refiere a los escasos testimonios producidos por el sector oficialista. La medicina peronista tiene un vocero altamente calificado en Carrillo, y algunos corifeos que, en tono menor, defienden sus propuestas en los organismos legislativos. Pero las instituciones gremiales que reivindican esa filiación política resultan prácticamente mudas ante nuestra indagación. Solo la Asociación de Médicos Municipales, a través de los números de su revista, nos permite acercarnos a esa perspectiva de los problemas profesionales.

Relativamente acallada por la censura, la autocensura, o el verticalismo, la profesión no resurgirá inmune de la confrontación ideológica del momento. La percepción de su función social y de su vinculación con el poder político, la cuota de control sobre su práctica, que está dispuesta a resignar o a compartir, la visión de las posibles alianzas y arenas de debate, quedarán sin duda señaladas por la experiencia resultante de la puesta en marcha del proyecto político peronista.

LA REDEFINICION DE LOS VINCULOS ENTRE LO TECNICO Y LO POLITICO

Carecemos de cualquier testimonio directo que refleje el enfrentamiento entre gobierno y profesión médica bajo el peronismo. Solo podemos registrar el conflicto a través de manifestaciones anteriores al acceso de Perón a la presidencia o bien contemporáneas a su caída.

En otro lugar (1) hemos referido el episodio que dividió a la dirigencia de la Confederación Médica de la República Argentina a fines de 1945, alineando por un lado a los gremialistas que habían trabajado en estrecha colaboración con el coronel Perón en la Secretaría de Trabajo y Previsión, y por el otro a quienes se identificaban con el clima de agitación opositora que culminaría en el 17 de octubre. Entre estos últimos, algunos censuraban muy duramente lo que caracterizaban como "colaboracionismo" de sus colegas. Al menos un sector de la profesión tendría un rol significativo en la movilización que, bajo el lema de "recuperación de las instituciones y vigencia de la democracia", convocó a buena parte de la clase dirigente tradicional en el cuestionamiento a la figura del nuevo líder militar.

En ese momento algunas revistas gremiales (en particular el *Boletín de la Agrupación Médica Platense*) se refieren con dureza a la situación política por la que atraviesa el país, sin permitir ambigüedades en cuanto a su posición ante el gobierno. Pero tales manifestaciones tendrán corta vida. Una vez afirmado el

peronismo en el poder, lo que predomina es el distanciamiento o la alusión velada. A lo sumo se formulan críticas genéricas, o se utilizan términos que llegarán a convertirse en "palabras clave", en tanto remiten, sin necesaria mención expresa, a los contenidos centrales de la oposición a la política oficial en salud: centralización, predominio de lo político, desconocimiento de la experiencia de los técnicos, etcétera.

Hacia 1952-1953 se produce un cierto descongelamiento entre las filas opositoras y el silencio es roto para dar lugar a un debate, tibio y relativamente circunscrito, en el que se discute, desde diferentes registros, la problemática de las "libertades", tanto individuales como profesionales, y sus implicaciones en la relación entre los médicos y las esferas de poder, en las posibles opciones abiertas para la reorganización de los servicios, y en una relectura de las antiguas propuestas de "socialización".

La insistencia en la necesidad de desempeñar una función técnico-política, que comenzaba a adquirir centralidad en el discurso de la profesión médica a comienzos de los años cuarenta, se transforma, una década más tarde, en reivindicación técnico-corporativa.

El epílogo de los años treinta había encontrado a la dirigencia profesional —aquella que se expresa a través de las revistas especializadas, la prensa, el gremio, los organismos de gobierno— adscripta a la demanda generalizada de una mayor intervención del Estado dirigida a superar la crisis que sacude a la sociedad argentina. La profesión se reconocía en condiciones de ejercer un rol 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" autoridad para conducir las actividades de gobierno de 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 lo técnico sigue autorizando el desempeño de una función social trascendente, la política ha desnaturalizado la búsqueda del bien común y restado 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 desestimando su verdadero valor. La eficacia técnica se convierte en fundamento de la demanda corporativa.

Quedan todavía algunas voces que procuran la redefinición de lo sectorial como parte de una totalidad más amplia, a la que es indispensable integrarse. Pero se trata de voces aisladas, que no despiertan ecos. Las cuestiones verdaderamente relevantes se ubican en otra esfera: a partir de la defensa de condiciones de trabajo, de la negociación de honorarios, de la formulación de pautas de vinculación con instituciones financiadoras, de la reivindicación del derecho de los profesionales a inte-

grarse como beneficiarios —no ya como conductores— de un posible Estado de Bienestar, se va construyendo poco a poco un nuevo perfil profesional.

Los antiguos valores con los que la profesión médica se sigue identificando se reformulan en la confrontación con condiciones sociales inéditas y comienzan a preparar el camino para una lógica privada de regulación de la práctica médica. Lo privado/corporativo se delimita en oposición a los público/estatal, preparando el camino para la futura modalidad hegemónica de ejercicio. En el mismo movimiento se definen los límites y las reglas de funcionamiento internas de lo que pasaría claramente a identificarse como "subsector privado". La paulatina imbricación de vínculos intrasectoriales —múltiples, fragmentarios y gobernados por "lógicas" diferentes— sería el origen de la posterior consolidación de los tres subsectores.

LA INSERCIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN EL CONJUNTO SOCIAL

Representamos ideológicamente las libertades gremiales, pues nos hemos formado en asambleas públicas, donde los médicos iban a discutir y plantear las cuestiones candentes del ejercicio de la profesión: económicas y de organización.

La afirmación sintetiza toda una perspectiva: en ella lo *público* puede leerse en oposición al silencio y la autocensura, conductas que la profesión rechaza como contrarias a las "libertades" propias de su tradición. Las *cuestiones candentes* se vinculan al ejercicio profesional: problemas económicos y organizativos, no ya cuestiones políticas ligadas al interés general, con las que el gremio se hubiera claramente identificado una década atrás (2).

Aun las perspectivas más progresistas —las que siguen afirmando la prioridad de lo social— recuperan en estos años la apelación tradicional de vinculación estrecha entre el "libre" ejercicio y la eficacia de la intervención. Los médicos enfrentan el dolor y la angustia humana mediante una práctica que no es solo aplicación de una técnica, sino a la vez arte, ciencia, conducta y palabra, señala Juan Lazarte hacia 1953. Nada más importante que su ejercicio libre de las "taras", impuestas por la naturaleza, o "coacciones externas" derivadas de la sociedad. La autorregulación, la organización espontánea, la primacía de una voluntad cuyo único principio rector es la conciencia individual, se oponen así a la insoportable coacción devenida del Estado y su burocracia (3).

También en función de la "libertad de ejercicio", de "la relación médico-paciente libre de toda intervención", defiende Nerio Rojas lo que caracteriza como medicina liberal o individual, en oposición a los posibles equívocos o sofismas incorporados al concepto de medicina social,² "máscara tras la cual se esconde la intención totalitaria del Estado" (4).

² Es indudable que el significado otorgado al concepto dista de tener aceptación unánime. Las diferentes interpretaciones siguen siendo objeto de aclaraciones y debates. F. Escardó, por ejemplo, afirma que es necesario distinguir entre la socialización de la asistencia médica individual, a la que considera solo una parte mínima y accesoria del problema, y el concepto mucho más amplio de medicina social.

Rojas reconoce entre los adversarios de su perspectiva individualista tres grandes grupos: a) los que "propician soluciones radicales" (comunistas o colectivistas), b) quienes ubican el énfasis en lo organizativo y defienden la agremiación y el equipo de trabajo profesional, y c) quienes, encandilados por lo "social", utilizan la palabra para "adjetivar engañosamente" tanto la medicina como el seguro. Únicamente en los primeros identifica coherencia: la propuesta de socialización de la medicina solo puede considerarse auténtica cuando se asocia con un régimen comunista, fascista o nazi, es decir, con una concepción totalitaria del Estado. Los profesionales enrolados en las otras alternativas olvidan que habrá una relación necesaria entre la posición que se propugne como solución profesional y otras soluciones, "de alcance social y político", sobre la organización y poder del Estado frente al individuo (5).

El anarquista Lazarte y el "liberal" Rojas se unen en la defensa de las formas tradicionales de ejercicio, aliados en la oposición a la pretensión centralizadora del Estado. Ambos invitan a sus colegas a no dejarse engañar, sacrificando su primogenitura por un elemental "plato de lentejas".

El principio aglutinante es la oposición a la organización en manos del Estado, aunque para algunos cualquier "organización" resulte superflua y para otros sea indispensable en función de objetivos superiores de eficacia social (6). Según Lazarte, el enemigo no aparece bajo la advocación socializante, sino en el registro burocrático. Instrumento del Estado totalitario, la burocracia no solo amenaza la libertad personal, individual, sino también la creatividad científica, que resultará estéril si se la pretende subordinar a una doctrina. Si bien la organización burocrática ha facilitado el acceso de las masas a la medicina preventiva y curativa, esto ha sido en desmedro de la calidad de los servicios. El papeleo, el apego a la rutina, la dilución de la responsabilidad, la jerarquía de funcionarios que obstaculiza la toma de decisiones, no constituyen el ambiente adecuado para la correcta aplicación del conocimiento científico sustentada por el criterio individual.

Tras ese tipo de razonamiento, son finalmente los valores adscriptos a la práctica privada de la medicina los que aparecen reivindicados, y prácticamente convertidos en principios absolutos, formas "naturales" del ejercicio profesional. La libre elección del médico por el paciente, la libertad de prescripción, el secreto, constituyen valores que no deben perderse. Es necesario por lo tanto incorporarlos a la nueva modalidad organizativa que la evolución social hace indispensable (7).

"Medicina Social es la aplicación de la medicina al conjunto social merced a los grandes mecanismos que regulan el juego de la sociedad. Así, por ejemplo, es medicina social proveer a toda la población de lecha sana y barata; es medicina social dotar a todo el pueblo de agua potable; es medicina social vender alimentos limpios y envasados; es medicina social liberar de derechos y asegurar la venta sin lucro de los antibióticos, de las películas radiográficas, de los aparatos de diagnóstico y tratamiento; es medicina social formar médicos bien preparados, en Facultades bien equipadas y merced a una selección moral e intelectual justa y libre de otro pensamiento que el de dotar al pueblo de buenos profesionales." (Escardó, Florencio. "El médico, la socialización y otras definiciones". *Rev Fed Med Entre Ríos* II (6):66-68, diciembre de 1952, pág. 67.)

UN CATALOGO DE LOGROS

La organización definitiva del sistema de servicios, sin embargo, no devendría de una planificación racional que compatibilizara recursos y necesidades y definiera prioridades y valores. De manera espontánea y gradual parece haberse ido conformando a partir de tomas de posición y confrontaciones entre los diferentes actores con presencia en el sector. A lo largo de estos años la profesión va definiendo de forma paulatina algunas pautas para sus relaciones de mercado. Cualquiera sea el nivel de autenticidad de su adhesión a los preceptos de la medicina liberal, el cerrado individualismo de las primeras décadas ha ido cediendo paso a posiciones concertadas. Se acuerda en torno a honorarios, a contratación con mutualidades y compañías de seguro. Se avanza en la aceptación de las instituciones de gobierno de la profesión y en la regulación del acceso a especialidades.

Lo que es aún más significativo: el médico se reconoce como un trabajador y aspira a la protección que la sociedad otorga a otros trabajadores. "El médico, siendo puntal de muchas iniciativas de seguridad social, no está protegido por las principales conquistas que brindan bienestar y tranquilidad a otros grupos sociales", afirma una nota editorial de la Federación Médica de Córdoba en diciembre de 1954 (8). Las demandas por un régimen jubilatorio que satisfaga ese anhelo de "seguridad", que es una de las aspiraciones sociales más arraigadas en la época, constituyen un ítem importante en la agenda gremial de esos años.

Muchos de estos avances son rescatados como logros, obtenidos a pesar de la situación relativamente desfavorable en la que el gremio se reconoce. Como parte de esos logros se identifica el desarrollo de capacidades técnicas de gestión: "Estamos preparados para una organización racional de los servicios de la salud pública" (9), señala una nota editorial de la revista de la COMRA poco después del golpe militar que termina con el gobierno peronista. Los años de "resistencia" han servido no solo para fortalecer la unidad gremial, sino también para analizar soluciones aplicables a los problemas de la profesión: "Lo más importante que nos ha pasado en la última década es el instrumento de la organización y la calificación de ideas tocantes a nuestro trabajo" (10).

DISTRIBUCION Y NUMERO DE PROFESIONALES. LUGARES DE TRABAJO

La preocupación por el número y distribución de los médicos en el interior del país aparece tempranamente, asociada al concepto de plétora y como parte de la alternativa que significa el énfasis en la mala distribución. También tempranamente se canaliza como demanda hacia el Estado, bajo el supuesto de que son las políticas estatales las encargadas de encauzar el flujo de profesionales hacia las zonas de menor radicación.

De manera también relativamente temprana la profesión intenta hacerse cargo del problema, al menos en lo relacionado con la actualización de la información respectiva. Con ese fin, la Federación Médica de la República Argentina reglamenta en 1941 el funcionamiento de la Oficina de Estadística y Bolsa de Trabajo.

Se consideran funciones de la Sección Estadística mantener un censo actualizado de todos los médicos que ejercen en el país, los centros asistenciales, y las condiciones sanitarias de la población. La Sección Bolsa de Trabajo, por su parte, se ocuparía de mantener al día un registro de plazas vacantes de médicos en instituciones estatales, de beneficencia y privadas (11).

La tarea no se concreta, pero la preocupación sigue vigente y a partir de 1946 comienza a rescatarse información adecuada para un diagnóstico de situación en diferentes provincias interiores. Su publicación en la revista de la COMRA parece orientada a dotar a los profesionales de información fidedigna sobre condiciones de ejercicio en el interior.

Para esa fecha, el gobierno había tomado a su cargo la tarea de registrar la cantidad de médicos en ejercicio. En 1944 se decreta una nueva matriculación en el ámbito federal (decreto 6212/44) y se declara obligatoria la renovación de la inscripción. Más tarde la decisión se extendió a las provincias: por decreto 90/52 se estableció el Registro Nacional de Profesionales Auxiliares de la Medicina. El esfuerzo por depurar la matrícula, dando de baja a los fallecidos y evitando superposiciones por matriculación en más de una jurisdicción, permite contar con información actualizada, susceptible de confrontación con la proporcionada por los Censos de 1914 y 1947 (12).

Ya iniciada la década de 1960 la colaboración del gremio con organismos gubernamentales permite la elaboración del informe CONADE sobre Distribución de médicos en la República Argentina por Provincias y Departamentos, uno de cuyos autores, Sergio Provenzano, aportó la colaboración de las federaciones gremiales médicas y odontológicas del interior y de las Cajas de Jubilaciones de Profesionales de Córdoba y Santa Fe (13).

Esta preocupación por cuantificar la población médica se inscribe en dos registros: el primero, en términos cronológicos, se basa en consideraciones de mercado: "los médicos procuran establecerse dondequiera que la demanda de sus servicios se sienta todavía insatisfecha, y porque la seguridad social, a medida que se va generalizando, crea tal demanda en nuevas regiones o en nuevos sectores de la población" (14); el segundo se inscribe ya en el auge del movimiento planificador que llega a nuestro país a comienzos de los años sesenta, pero tiene antecedentes previos significativos, al menos en lo relacionado con salud.

La preocupación sigue vinculada en los años cincuenta a la idea de plétora, que recupera nuevamente apariencia amenazante cuando se confronta con el aumento de la matrícula en las Facultades de Medicina. En el I Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, reunido en Buenos Aires en noviembre-diciembre de 1957, se coloca sobre la mesa de discusión el problema del ingreso y la posibilidad de restricciones, basadas ya sea en criterios cuantitativos o bien en una cuidadosa selección de los aspirantes. El Congreso discute cantidad y distribución de médicos y estudia las cifras de ingresos y egresos en las diferentes facultades del país. Uno de los ponentes más entusiasmados con la posibilidad de realizar un diagnóstico de las condiciones de la población que permita planificar una adecuada distribución de servicios y profesionales, concluye que las distorsiones detectadas se deben "a una medici-

na desorganizada". Y formula una advertencia: "Como expresa el profesor Dr. B. A. Houssay, son los médicos quienes han de organizarla, de no ser así, la organizará el Estado" (15).

Había sido efectivamente Houssay quien, en un artículo de *El Día Médico* de mayo de ese mismo año había alertado sobre el número de estudiantes de medicina. Para graficar el problema señalaba que en el año 1956 hubo 30 881 alumnos en las facultades de Medicina del país y 28 110 en las respectivas Escuelas de los Estados Unidos, y subrayaba el hecho de que la población argentina era en ese momento nueve veces menor que la estadounidense.

Independientemente de la cantidad de alumnos, que, sin duda, conspiraba contra la calidad de la enseñanza, la relación entre ingresos y egresos parecía adecuada para calmar la ansiedad profesional en función de consideraciones de mercado. Si bien el número de ingresos había aumentado en un 415% entre 1934 y 1956 (con el agregado de nuevas facultades en La Plata, Mendoza y Tucumán), el número de egresados en el mismo lapso solo se había duplicado.

Se sigue registrando la referencia a médicos sin pacientes y enfermos sin médicos cuando se habla de la necesidad de instrumentar sistemas de cobertura para la atención, y se afirma que solo en la Capital Federal hay 3000 profesionales desocupados. Pero las menciones al problema no registran la frecuencia ni la reiteración que adquirieran en los años treinta. La concentración de médicos en las grandes ciudades y la tragedia social expresada por las defunciones sin diagnóstico estimulan la preocupación por las orientaciones de la enseñanza y la búsqueda de estrategias que estimulen una mejor distribución. Entre las recomendaciones del I Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina llama la atención el reclamo referente a que los procedimientos de selección para el ingreso a las Facultades —que se consideran de "imperiosa necesidad"— no deben obstruir la formación del número de médicos indispensable, y sí contribuir a proporcionarles una mayor "eficiencia técnica" de acuerdo con las necesidades médico-asistenciales del país (16).

La falta de especialistas es también mencionada como problema, discutiéndose además las condiciones de formación, la escasez de estudios sistemáticos de posgrado y las formas de reconocimiento de la especialidad.³

Hacia 1965, Sergio Provenzano analiza la distribución urbana y rural de los médicos en el país, afirmando que en las zonas urbanas se requiere una relación médico-habitantes muy superior a la adecuada para las zonas rurales. Considerando que se necesitará un profesional por cada 600 habitantes en la Capital Federal, y uno cada 3000 en las poblaciones rurales dispersas, concluye que existiría en ese momento un déficit en la cantidad total de médicos.

³ "En nuestro medio se observa, con relativa frecuencia que médicos recién recibidos, sin tener aún experiencia clínica o quirúrgica, por el hecho de contar con un aparato, ya sea un electrocardiógrafo, un tubo de endoscopia, un oftalmoscopio, etc., se titulan especialistas de cardiología, gastroenterología, oftalmología, etc. Otro inconveniente frecuente es la orientación hacia una especialidad sin el conocimiento previo de las clínicas madres: médica y quirúrgica." (Podestá, Luis. "Especialización y graduados". *Rev. A.M.A.* 71 (11-12):506-507, nov./dic. 1957, pág. 506.)

LA RELACION CON LAS MUTUALIDADES

Un buen ejemplo de los desafíos que enfrenta la profesión en estos años y de sus intentos de construcción de nuevos modelos de inserción en el mercado de atención médica, es el proceso que conduce a la definición de nuevas pautas para la relación médico-mutual. En su desarrollo puede percibirse la conformación de una percepción distintas de la función de las mutualidades en el campo de la atención de salud y una diferente toma de posición de los profesionales frente a dichas instituciones.

Ese proceso no es, sin duda, lineal, ni tiene una salida clara, un resultado totalmente exitoso. Sin embargo, muestra cómo se superponen viejas y nuevas perspectivas, cómo se capitalizan experiencias y se intenta implantar nuevas reglas de juego que eliminen, al menos en parte, el azar y el riesgo derivados de las estrategias de inserción individual en un mercado que se fragmenta y se torna crecientemente heterogéneo.

A fines de los años cuarenta y comienzos de los cincuenta, la relación entre médicos y mutualidades tenía ya una larga historia de acuerdos y conflictos que hemos analizado en otro lugar (17). Una lectura superficial de los documentos de este período podría llevar a afirmar que el problema se planteaba en los mismos términos que veinte años antes, que los actores seguían repitiendo los mismos libretos, congelados en el interior de un escenario inmutable. No es así, sin embargo, y en este párrafo intentaremos señalar algunos cambios que estimamos significativos.

Seguían existiendo profesionales que defendían la institución mutual sin reparos y se manifestaban como celosos defensores del *statu quo*, apoyando incluso el reconocimiento de la autonomía de tales asociaciones para decidir su política de aportes y beneficios.⁴ Se trata de un contingente relativamente silencioso, de importancia imposible de cuantificar, cuya existencia solo puede ser registrada muy ocasionalmente. Muy "ruidosos", en cambio, los detractores del sistema —o al menos de algunas de sus características más irritativas para la autonomía profesional— conforman un conjunto de perspectivas en el que sería necesario diferenciar al menos tres grandes grupos.

En el primero incluiríamos todas aquellas visiones que consideran la existencia de contradicciones casi insalvables entre las formas de práctica impuestas por la organización mutual y las exigencias que constituyen garantía de eficacia para el acto médico; en esta consideración, las mutualidades constituirían aberraciones que ninguna organización racional de la medicina podría mantener.

Un segundo grupo, sigue abogando por una mayor presencia del Estado en la regulación del funcionamiento de las organizaciones de socorro mutuo; aquí convergen la perspectiva de quienes consideran al mutualismo como un mal inevita-

⁴ En 1958 Luis Boffi, diputado radical, defiende el derecho de los beneficiarios de mutualidades de afiliación obligatoria —las constituidas para la administración pública, por ejemplo— de quedar eximidos de la obligación de cotizar a las mismas en función de "la simple voluntad del agente de optar por una mutualidad privada". (C.D.D.S., 1958, T. VI, reunión 50ª, setiembre 18:3973-74, pág. 3973).

ble, al menos hasta que se logre una organización integral de los servicios de salud, y aquella que recupera valores positivos y orientaciones progresistas en ese tipo de instituciones, al mismo tiempo que expresa la necesidad de encauzar sus actividades eliminando los aspectos que desvirtúan su auténtica función social.

Por último, un tercer grupo de propuestas no siempre diferenciable del anterior pone en manos de las organizaciones profesionales la definición de nuevas pautas de vinculación con las entidades mutualistas; la negociación de condiciones de trabajo, remuneración, políticas de cobertura, son los ingredientes principales de esta perspectiva. Buena parte de la misma se agota, sin duda, en la mera expresión de deseos, pero esporádicamente se registran algunos éxitos que estimulan a la continuación del esfuerzo.

El diagnóstico de las falencias

El listado de falencias de la organización mutual que leemos en estos años es muy similar al que había comenzado a reiterarse por lo menos desde los años veinte. Existe un núcleo "duro" de cuestiones, vinculado a condiciones que perturban la relación médico-paciente. La idea del coloquio singular, entre el profesional y el enfermo, de un vínculo privilegiado y personal que vehiculiza la eficacia terapéutica, sigue esgrimiéndose como argumento de fondo para cuestionar toda interferencia "lega" en la organización de la práctica. Se habla en ese sentido de una cierta "industrialización" de los servicios médicos, "donde los problemas financieros son encarados y resueltos por organizaciones que se interponen entre el médico y el paciente", de tal modo que la actividad profesional y las necesidades de los enfermos son "controladas por elementos ajenos a la profesión". Como consecuencia "el diálogo, o sea la relación directa, íntima y comprensiva entre médico y paciente, sufre demasiadas interferencias para no perder mucho de su significación y de su trascendente valor" (18).⁵ En términos más llanos, pero que en última instancia remiten al mismo fundamento conceptual, se cuestionan las restricciones impuestas por las comisiones directivas a la prescripción de medicamentos y a la utilización de estudios complementarios, y la falta de asesoramiento técnico para la selección de profesionales cuando se trata de cubrir nuevos cargos.

⁵ Las nuevas condiciones organizativas se sintetizan de la siguiente manera: "1º El enfermo que acude no es un 'cliente' del profesional, en el sentido clásico que suele utilizarse el término, sino un asociado o cliente de la organización.

2º Interponiéndose entre la acción médica y el paciente aparece una especie de burocracia controladora que debe velar fundamentalmente por los intereses de la organización, en primer lugar, que se ocupa por los asociados después, y, en último término, por los intereses del profesional.

3º El control administrativo incluye una tácita sospecha contra la posibilidad de abuso por parte del asociado y de extralimitación antieconómica en las indicaciones terapéuticas, por parte del médico.

4º De su conducta ética y competencia el médico responde ya no solo ante sus colegas sino también ante individuos no pertenecientes a la profesión, que se atribuyen facultades críticas 'per se'." ("Diálogo entre médico y enfermo interferido". *Rev Med Ros* V (44):73-76, abril/junio de 1954, pág. 76).

Un segundo conjunto de problemas se refiere más específicamente a las condiciones de trabajo: malas retribuciones, tanto cuando se trata de salarios como de pagos por consulta, excesiva cantidad de pacientes, falta de reconocimiento de derechos laborales del profesional (cobertura social, vacaciones, jubilación, etc.) (19).

Por último, tiene todavía vigencia el cuestionamiento a la mutualización de personas de relativa solvencia: "pudientes" que usufructúan indebidamente el trabajo que el profesional otorga, sacrificando una porción sustantiva de sus honorarios, bajo el supuesto de que trata con instituciones destinadas a proporcionar atención médica a los sectores de escasos recursos. Para la delimitación de la situación socioeconómica de los beneficiarios legítimos se utilizaban generalmente esquemas basados en una combinación de ingreso familiar y número de miembros. En estos años se propone utilizar como criterio la capacidad contributiva para el impuesto a las ganancias. El sacrificio —real o supuesto— de sus honorarios que el médico que trabaja en una mutualidad reconoce como necesario acto de solidaridad social, lo autoriza también a cuestionar el destino que las asociaciones de socorros mutuos dan a sus recursos y la capacidad de acumulación que muchas de ellas muestran a través de la adquisición de inmuebles, panteones, etcétera.

Nada en este cuestionamiento es novedoso, y viene formulándose desde tiempo atrás, en diferentes tonos y con distinto grado de distanciamiento de las instituciones implicadas. En algunos casos se mezcla con descripciones —en parte pintorescas, en parte trágicas— del trabajo de los mismos profesionales comprometidos en el relato, en condiciones que se acercan al grotesco.⁶ Tales testimonios no solo sirven para verificar las lamentables condiciones de la atención en algunas de estas instituciones; también permiten comprobar cuánto se ha avanzado desde entonces en el respeto de la condición humana de los pacientes, aun en un sistema tan fuertemente no igualitario y careciente como el nuestro.

El mismo catálogo de cuestiones se superpone a diferentes perspectivas de la función social del mutualismo. Está presente en el reclamo de quienes consideran a la mutualidad como "una formación societaria ya superada" (20);⁷ a la par

⁶ En la revista de la COMRA se publica en 1955 un artículo que describe en tono satírico el trabajo de un dermatólogo en "la mutualidad de un importantísimo gremio de la Capital Federal". De allí extraemos el siguiente párrafo: "El hecho es que en 4 minutos escasos se debe interrogar, escuchar, anotar, diagnosticar y recetar, con el agravante de que siendo el examen colectivo —de cinco en cinco los enfermos exhiben sus lesiones, que no siempre están en los miembros o en el busto, lo que es causa de ocultamiento de dolencias graves y contagiosas. Tal es el caso de dos hombres jóvenes que confesaron su chancro cuando las espiroquetas denunciaban su presencia a la distancia." (Delacroix, Agustín (h). "El trabajo forzado en las mutualidades". *Rev Conf Med Rep Arg IX* (71):31-32, ene./feb. 1955, pág. 31). La publicación estimula la vena literaria de un colega oculista, que poco tiempo después describe así su tarea: "Allí me hice prestísimo a la fuerza, pues atendiendo como era necesario para conformar a todo el mundo, tres o cuatro enfermos a la vez, sacaba probines del cuenco de la mano, de la solapa y de la botamanga, y al tiempo que prescribía con la diestra, probaba la visión del feligrés siguiente con la siniestra e interrogaba a un tercero acerca de los motivos que le impulsaban a consultarme" (Lando, Mario. "Yo fui oculista de una mutualidad". *Rev Conf Med Rep Arg IX* (75):15-16, may./jun., 1955, pág. 15).

⁷ "El progreso terminó devorando aquel mutualismo de vecinos con buena voluntad o inmigrantes

que se expresa en las consideraciones de quienes afirman que tales asociaciones seguirán creciendo porque constituyen "el rumbo obligado de la asistencia de la población" (21).⁸

El problema de la atención para mutualidades cobra creciente importancia en los congresos gremiales. Ya el III Congreso Médico Gremial Nacional, reunido en Córdoba en 1950, le había dedicado un espacio significativo. El V Congreso, que sesiona en Mar del Plata en 1954, aprueba una "Declaración sobre Mutualidades" que establece bases para la relación médico-mutual (22).

En ese mismo año, la Federación Médica Gremial de la Provincia de Córdoba decide convocar un congreso provincial dedicado exclusivamente a la consideración del problema. Este congreso se reúne en Río Cuarto en el mes de mayo, mientras que los médicos de la provincia de Buenos Aires lo hacen en San Fernando. Ambos congresos deciden elevar a la Confederación Médica su inquietud en torno a la necesidad de que el problema sea considerado en el nivel nacional. En el orden nacional el VI Congreso, realizado en San Luis entre el 19 y 21 de abril de 1957, está dedicado específicamente al tratamiento del tema Mutualidades (23).

La discusión se orientaba, de manera no necesariamente excluyente, hacia el análisis de los contenidos de una legislación que regulara en forma definitiva el funcionamiento de tales instituciones y hacia la difusión de experiencias locales, basadas en la acción gremial, de movimientos canalizados hacia la obtención de convenios que regularan el trabajo médico en las mismas.

En el congreso reunido en San Luis en 1957 los representantes de la Agreración Médica Platense presentan un informe en el que se sintetiza el estado de la cuestión en torno al tema. Señala el mismo que el decreto 24 499/45, ratificado por la ley 12 921 aún no ha sido reglamentado, y que en el momento de realizarse el Congreso la Dirección General de Mutualidades está preparando un proyecto que podría ser analizado por "las otras partes en juego", es decir, la Confederación de Entidades Mutualistas y Confederación Médica de la República Argentina (24). Entre los aspectos que debería incorporar la legislación sobre mutualidades se indican:

- delimitación precisa de las características que deben tener las instituciones con derecho a ser consideradas mutualidades,

deseosos de ayudarse", se afirma a fines de los años cincuenta. (De Pierris, Carlos Alberto. "Empresarios de nuestras propias obras". *Rev Conf Med Rep Arg* XI (85):8-11, abr./may. 1958, pág. 8)

⁸ "Este sistema va tomando incremento, no solo por el estímulo que le da el Estado por medio de las obras sociales de sus ministerios, donde el ingreso es obligatorio para los empleados, sino también porque la mayor parte de la población encuentra en este planteo colectivo la forma de satisfacer sus necesidades sanitarias, servicio que ya no puede afrontar en forma individual, lo que se revela en el aumento de los afiliados de las mutualidades privadas y los voluntarios de las oficiales. La población que utiliza esta asistencia va en aumento aceleradamente, son ampliados los beneficios de las mutualidades existentes a mayor cantidad de afiliados, se reorganizan perfeccionando su estructuración y se crean nuevas, ya no solo es el personal del Estado y unas pequeñas mutuales de obreros o por nacionalidades, sino que lo están considerando, seriamente, para darle una solución a breve plazo los grandes gremios obreros y empleados de comercio." (Podio, Carlos. "Estudio biosocial-médico-estadístico e integral del Departamento Castellanos de la Provincia de Santa Fe", *Rev Conf Med Rep Arg* VIII (68):28-34, jul./ag. 1954, pág. 32.)

- determinación de las condiciones economicosociales de las personas que serán sus beneficiarios,
- número mínimo de asociados para el otorgamiento de servicios de asistencia médica,
- importe de cuotas proporcional a los servicios ofrecidos,
- los servicios médico-farmacéuticos se ajustarán a las normas dictadas por el Ministerio de Salud Pública de la Nación u organismos provinciales respectivos,
- participación de dos médicos del cuerpo asistencial en el órgano de conducción de la mutualidad,
- los aspectos técnicos de la gestión estarán a cargo de una Dirección Médica elegida por el voto directo de los profesionales,
- las retribuciones de los profesionales se fijarán por tratativas entre representantes de las asociaciones mutualistas y entidades médico-gremiales provinciales, zonales o locales,
- obligatoriedad de la aplicación de medicina preventiva.

¿VINO NUEVO EN ODRES VIEJOS?

El listado de normas que los gremialistas platenses desean ver incorporadas a la legislación sobre mutualismo reitera sin duda antiguas aspiraciones gremiales. Podría considerarse, por consiguiente, como una más entre múltiples demandas renovadas a lo largo de muchos años. Sin embargo, algunos contenidos nuevos han sido incorporados al viejo debate.

En primer lugar, en lo relativo a la delimitación jurídica de la institución mutual, son otras las instituciones a las que se procura diferenciar, con el objeto de excluirlas de los beneficios tradicionalmente acordados a tales asociaciones. No se habla ya de las sociedades que otorgaban atención médica por un sistema de abonos, organizadas por particulares con propósitos lucrativos y que rozaban los límites de la estafa. Sus prácticas, el sistema de engaños de que se servían para atraer clientes, y la actividad de sus "corredores" constituyó un capítulo significativo de la demanda gremial ante el Estado a lo largo de la década de 1930. En los años cincuenta se han retirado de la escena, dominada ahora por dos conjuntos de instituciones, de mayor importancia y peso en términos de mercado.

El primero de ellos es también un antiguo objeto de preocupación del gremialismo. Los hospitales de colectividades —que tempranamente parecen haber abandonado en forma gradual su primitiva función de apoyo solidario a sus connacionales para convertirse en instituciones de prepago, sin fines de lucro, pero con grandes posibilidades de capitalización— se colocan a menudo en la mira de las instituciones gremiales en función de los bajos salarios que pagan a su personal y la escasa autonomía otorgada a la práctica médica por parte de sus directores.

Como en tantos otros aspectos vinculados a las instituciones de salud, las referencias nos llegan como enfrentamientos puntuales, de manera que es imposible discernir si se trata de condiciones generalizadas o de conflictos más circunscritos, de orden local o particular. Lo más probable es que en este tema se produzca tam-

bién la heterogeneidad de condiciones que define a la práctica mutualista, de manera que las caracterizaciones puntuales sean solo representativas de una franja de instituciones, de diferente importancia según tiempos y lugares.

La ambigua caracterización de los hospitales de colectividades preocupaba a comienzos de los años cuarenta a los dirigentes de la Agrupación Médica Platense, en virtud de una resolución del gobierno provincial que establecía la nomenclatura a aplicar a establecimientos asistenciales en función de la proporción de camas destinadas a asistencia gratuita. Tal tipificación tenía consecuencias en el otorgamiento de subsidios y exenciones de carácter impositivo. El contenido de la campaña de denuncia desarrollada en la publicación de la sociedad gremial refleja dos puntos de conflicto: las retribuciones percibidas por el personal médico, que se consideran incompatibles con la respectiva carga de trabajo, y la "competencia desleal" entablada por las instituciones públicas y de beneficencia en perjuicio de la empresa médica privada (25).⁹ Una expresión de esa forma de competencia, en este caso entre el hospital de colectividad y el consultorio aislado, son los contratos de exclusividad o "preferenciales" que estos hospitales obtenían de las compañías de seguros (26).

La crónica gremial registra tempranamente la constitución de entidades gremiales que agrupan a médicos de instituciones de beneficencia y hospitales de colectividades, y los enfrentamientos entre profesionales y cuerpos directivos solucionados muchas veces con participación de las entidades gremiales primarias, de las federaciones médicas provinciales o de la Confederación Médica de la República Argentina. Hospitales como el Español de Buenos Aires, el Italiano de La Plata o Santa Fe, en tanto poderosas instituciones con importante contingente de médicos a sueldo protagonizan conflictos que logran relativa difusión. En los diagnósticos relacionados con la caracterización del movimiento mutual, estos hospitales suelen ser catalogados como "mutuales poderosas", calificación a la que se añade: "mal llamadas de beneficencia".¹⁰

Un segundo conjunto de instituciones que los gremialistas consideran necesario

⁹ La resolución del gobierno provincial, de fecha 16 de febrero de 1935 establecía:

"Art. 1. Los establecimientos sanitarios existentes en la provincia o los que se instalen en lo sucesivo, deberán ser designados de acuerdo con la siguiente nomenclatura oficial: a) Hospital: el establecimiento gratuito destinado a la intervención y tratamiento de enfermos. b) Hospital Pensionado: el establecimiento hospitalario que destine hasta un 25% de su dotación de camas instaladas a pensionistas. c) Sanatorio: el que hospitalice enfermos pagos en una proporción mayor que la fijada en el párrafo anterior."

¹⁰ La caracterización puede ser bastante precisa: "Estas mutualidades, que han alcanzado gran poderío económico, obtienen gran parte de sus ingresos de la explotación del ejercicio de la medicina. Tienen socios; algunos, como el Hospital Italiano de la ciudad de Santa Fe, cuentan con 60 000 abonados. Poseen hospitales propios, donde atienden los socios derivados de las mutualidades pequeñas. Se gobiernan por comisiones integradas por elementos representativos social y económicamente. Muchas veces estos "benefactores" también integran direcciones de Compañías de Seguros y de establecimientos industriales y comerciales, que persiguen una medicina a bajo costo [...] Sabotean y desdennan las Sociedades Médicas de sus propios hospitales. Por supuesto, quieren ignorar la existencia de las instituciones médico-gremiales, públicamente reconocidas." (Ostrovsky, David; De Vita, Antonio. "Relación médico mutual, régimen de prestación de servicios: libre, sanatorial, etc. Carrera médico mutual. Aranceles". *Rev Conf Med Rep Arg X* (84):4-7, jul. 1957/mar. 1958, pág. 5.)

diferenciar de las mutualidades remite a un nuevo campo de posibles enfrentamientos: se trata de aquellas para las que comienza a generalizarse la denominación de obras sociales.¹¹

"Trataremos de precisar las características diferenciales de las llamadas obras sociales con las mutualidades, para que los médicos salgamos del error de dejarlos arrastrar con ellas por las mismas debilidades y concesiones que hemos venido otorgando hasta el presente a estas últimas", afirmaba el párrafo introductorio de una de las ponencias presentadas en el Congreso Médico Gremial reunido en San Luis en 1957 (27).

¿Cuáles son los rasgos que caracterizan este nuevo tipo de institución dedicada a la cobertura de atención médica?

- Son organizaciones oficiales, cuyas autoridades no son elegidas por sus afiliados, sino nombradas discrecionalmente por el Estado.
- En lo económico, cuentan con contribución obligatoria del afiliado, que puede ser acrecentada por decretos y solo es facultativa la incorporación de sus familiares. El importe de su cuota se descuenta automáticamente con la liquidación de los sueldos mensuales y, por consiguiente, no hay deudores, ni morosos. Una parte menor aporta el mismo Estado, quien periódicamente enjuga sus déficit. Por consiguiente, son instituciones poderosas por el número de sus afiliados y por los recursos con que cuentan, que son los propios del Estado.¹²
- Del mismo fondo económico destinan ingentes sumas en actividades ajenas a la sanidad, como: colonias de vacaciones, centros deportivos, suministro de artículos de consumo.
- Emplean una frondosa burocracia cuyos emolumentos están ajustados a las aspiraciones actuales, respondiendo sus cifras al valor adquisitivo de la moneda.
- Inclusive en el orden técnico médico, se dan casos [...] en que las Direcciones Generales suelen estar a cargo de legos en la materia, y aquellas que recaen en médicos, lo son por factores ajenos a sus merecimientos y antecedentes en la práctica (28).

Nuevos personajes han aparecido en el escenario de la atención médica, rápidamente identificados —al menos en el imaginario de la profesión— con la discrecionalidad y el desprecio por lo técnico que se asocian frecuentemente con la acti-

¹¹ Todavía en 1954 se habla en algunas publicaciones de "mutualidades oficiales", utilizándose la expresión obras sociales para caracterizar la función cumplida por dichas instituciones. Por ejemplo en una circular del Círculo Médico Regional del Departamento General López, provincia de Santa Fe, se afirmaba: "Las mutuales oficiales que más utilizan servicios médicos en el interior pertenecen a las obras sociales de los Ministerios de Finanzas, Correos y Telecomunicaciones, Teléfonos del Estado..." ("Honorarios médicos de los servicios sociales de las mutualidades oficiales". *Rev Conf Med Rep Arg VIII* (65):26-35).

¹² Otros diagnósticos coinciden con asignar mejor desempeño financiero a las "mutualidades oficiales". "Las oficiales cuentan con más afiliados que las privadas (más de las dos terceras partes del total), están mejor organizadas y conceden más beneficios, esto se debe a que las primeras forman parte de organizaciones oficiales que además de tener un subsidio oficial tienen el aporte de un gran número de mutualizados." (Podio, Carlos. "Estudio Biosocial-Médico-Estadístico e Integral del Departamento Castellanos de la Provincia de Santa Fe. *Rev Fed Med Rep Arg VIII* (68):28-34, jul./ag. 1954, pág. 32).

vidad de los organismos del Estado. Lo político sigue rodeado de sospechas. ¿Cómo entonces confiar en la sanción legal que permite delimitar jurídicamente la identidad de réprobos e inocentes? Aunque se siga reclamando una presencia corporativa en la esfera de las decisiones estatales, la corporación inicia una actividad paralela creando un ámbito de negociación con otras entidades intermedias. La solución no pasa ya por el enfrentamiento directo y la apelación al arbitraje del Estado. La unidad gremial no se invoca solo como prenda de presión ante el poder público, sino también como mecanismo de negociación en el marco de las instituciones privadas. Algunas experiencias exitosas marcan el camino.

LA PROFESION SE PREPARA PARA NEGOCIAR SUS CONDICIONES DE TRABAJO

Un significativo proceso de cambios tiene que haber afectado, en dos o tres décadas, la percepción que la profesión tiene de sí misma, de su función social, de las características y contenidos de su práctica. En el inicio de ese proceso encontramos la defensa de una completa autonomía para el individuo-médico, capaz de aplicar su ciencia en la solución de problemas de enfermedad en condiciones que rechazan cualquier interferencia, aun la de otros profesionales, cuando no se adscribe a ciertas pautas; también único evaluador legítimo del beneficio recibido por el paciente y del valor —material y ético— asociado a su práctica. Paulatinamente se insertan otras apelaciones, se habla de equipo, de organización, de socialización, de médico-funcionario. Pero si bien todas ellas rechazan el individualismo originario, prácticamente ninguna abandona la reivindicación de autonomía. Por el contrario, el reconocimiento de una dimensión social de la enfermedad se aborda legítimamente como una extensión de la función técnica, no como subordinación a otras esferas, ni como aceptación de la necesidad de resignar una parte de la autonomía profesional de manera de hacer posible el encuadre intersectorial.

Hacia fines de la década de 1930 algunos profesionales aislados defienden la necesidad de plantear al profesional como trabajador, a su práctica como trabajo. Son los que reniegan de la apelación al apostolado, rechazan considerarse portadores de una función social de excelencia, más allá de toda valoración material, y se inclinan por el realismo que los coloca como parte de un mercado.

Su número parece haber crecido considerablemente en el transcurso de dos décadas. Además, el gremio se ha convertido en uno de los espacios de confluencia. Una significativa distancia separa a estos médicos del modelo antes hegemónico. Se reconocen como trabajadores que necesitan organizarse, identifican gremialismo con sindicalismo, comienzan a pensar en convenciones colectivas.¹³

¹³ El V Congreso Médico Gremial, realizado en la ciudad de Mar del Plata entre los días 9, 10 y 11 de julio de 1954 produce una "Declaración sobre mutualidades" en cuyo articulado leemos: "Tercero: Que las relaciones médico-mutuales han de establecerse por medio de contratos colectivos de trabajo entre las entidades profesionales y las mutualidades y que los mismos deben contemplar los derechos gremiales y ciudadanos de los médicos y las condiciones de trabajo, justas y equitativas, necesarias pa-

Es indudable que esta nueva manera de definir la relación del profesional con sus "clientes" que conduce en última instancia a pensarla en términos de mercado —oferta de fuerza de trabajo médica, demanda de servicios por parte de la población o las instituciones financiadoras— puede no ser mayoritaria para el conjunto de la población médica, menos aún hegemónica. Pero aparece como una perspectiva en ascenso y con la suficiente fuerza para quebrar la anterior hegemonía.

En sus explicitaciones más directas se hace referencia a la libre contratación de los servicios del médico como un "recurso divisionista", utilizado por la mutualidad, que "actúa como patronal con sus trabajadores no organizados" (29). El médico ingresa en el sistema como un "eslabón inconexo", entre miles de profesionales que "sienten las mismas ansias de dignificación y mejoramiento, y el mismo miedo a rechazar, a plantarse ante la oferta de tarifas que se toleran o se aceptan a regañadientes" (30). Se propone, en cambio, la mediación de representantes de las instituciones, es decir, "personas ajenas a la vinculación con la Mutualidad por el trabajo, evitándose así debilidades y compromisos" (31).

La profesión ha acumulado experiencia en la materia, en particular en el terreno de la contratación de la asistencia de accidentes de trabajo y peones rurales, y ha comenzado a incursionar en la administración de servicios mutualizados, abriendo una "perspectiva insospechada" para el porvenir de la organización de la atención médica (32).

Se han acumulado también antecedentes que se vuelcan en la regulación del trabajo médico en relación de dependencia para mutualidades: "remuneraciones aceptables, tranquilidad en el ejercicio profesional, escalafón y estabilidad, vacaciones pagas, licencias para viajes de estudio, y el más absoluto respeto por lo que piensan, expresan y sienten". Un conjunto de reivindicaciones, de pautas y reglamentaciones "elaboradas en los muchos congresos gremiales realizados" toman cuerpo en convenios que se acuerdan con instituciones mutuales (33).

Algunos de estos convenios constituyen auténticas regulaciones de "carrera médica", con complejos articulados que seguramente se inspiran en los antecedentes de la legislación orientada a amparar el trabajo médico en el sector público, reproduciendo los grandes capítulos de su contenido: ingreso, escalafón, estabilidad, licencias, régimen de trabajo, etc.¹⁴

A comienzos de 1954 se difunde a través de la prensa gremial un convenio suscrito entre la Mutualidad del Hospital Italiano de Santa Fe y la Sociedad de Medicina del establecimiento. Entre las aspiraciones concretadas se señala:

ra la práctica de una medicina integral, científica y humana." (*Rev Conf Med Arg* VIII (68):15-16, jul./ag. 1954, pág. 16).

¹⁴ En la provincia de Santa Fe la ley 4144 de octubre de 1951 regulaba el trabajo de los profesionales del arte de curar que fueran retribuidos por sueldo, y se debía aplicar tanto en el caso de empleados oficiales como particulares (art. 2º). La disposición, sin embargo, parece no haberse cumplido en el ámbito privado debiendo ser objeto de negociaciones particulares o exigirse por vía judicial. El Boletín del Colegio de Médicos de la 2ª Circunscripción hace referencia en 1954 a la "recalcitrante negativa de las mutualidades a dar cumplimiento a la ley 4144" dando lugar a los primeros litigios judiciales entre dichas instituciones y los médicos ("Mutualidades, un problema candente". *Boletín del Colegio Médico* 2ª Circunscripción II (4):1-7, junio de 1954, pág. 5).

régimen de ingreso por concurso con actuación en el jurado de un representante de la Sociedad de Médicos, régimen proporcional de trabajo, límite de horario y de prestaciones, estabilidad, escalafón, licencias ordinarias, especiales y extraordinarias, descanso dominical y en feriados oficiales, medidas disciplinarias con sumario previo, derecho de defensa con procedimiento reglamentado, seguro de vida colectivo, condiciones ambientales adecuadas, derecho a cobro íntegro de honorarios por atención a pacientes no comprendidos en el sistema mutual que se asistan en el hospital, etc. (34).

El convenio se ubica en jurisdicción de la Secretaría de Trabajo y Previsión, y se inscribe en el marco jurídico de la legislación laboral.¹⁵ Al respecto, no hay unanimidad de criterios en el ámbito gremial médico, donde algunos sectores rechazan el reconocimiento de una función de control en manos del Estado, abogando por el establecimiento de organismos mixtos integrados con representantes de las partes junto a los funcionarios estatales.

Hay asimismo opiniones divididas cuando se discute el tipo de relación de trabajo a establecer en los convenios con mutualidades, en los que parece ganar progresivamente terreno el principio de libre elección del profesional. La aplicación a la relación con mutualidades de este principio tradicional de la práctica privada aparece en estos años como logro particular de las organizaciones gremiales del interior. Un gremialismo "más evolucionado" habría permitido a los médicos de diferentes provincias obtener organizaciones que no parecen posibles en la metrópoli: "libre elección del médico por el enfermo, en la organización mutual, así como el desarrollo de la misma dentro del sistema de aranceles, y no a sueldo fijo como ocurre en la Capital Federal" (35).

EL ESTIMULO PROVENIENTE DE EXPERIENCIAS EXITOSAS

En el Congreso Médico Gremial reunido en San Luis en 1957, orientado al tratamiento del tema "Mutualidades", el Colegio Médico de San Juan hace un pormenorizado relato de su experiencia reciente de contratación con obras sociales y mutualidades.

El gremialismo sanjuanino se había fortalecido, con posterioridad a la Revolución Libertadora, en un movimiento que parece haber surgido de la convergencia entre los médicos nucleados en la Confederación General de Profesionales, de militancia peronista, y el autodenominado "sector democrático", reunido en la Asociación Médica.

Según el relato de sus delegados al Congreso de San Luis, la conveniencia de formar una entidad gremial única se había puesto de manifiesto en las postrimerías del gobierno peronista, llegándose a confeccionar un plan de acción orientado

¹⁵ Sanciona el art. 61: "El control del cumplimiento de las cláusulas de esta convención estará a cargo de la Delegación Regional Santa Fe del Ministerio de Trabajo y Previsión, cuyos inspectores, en caso de constatar infracción, labrarán el acta que se sustanciará de conformidad con el procedimiento que establece la Ley de Imperio Provincial N° 21 877/44" (ley 12 921).

a defender las reivindicaciones "materiales y espirituales" de los médicos de la provincia. Sin embargo, la resistencia opuesta a la unidad por parte de algún sector del oficialismo había dificultado la consolidación del proyecto hasta setiembre de 1955.

La falta de unidad gremial se esgrime como explicación del trato injusto que soportaban por parte de las mutualidades, que habían conseguido establecer entre médicos y sanatorios una competencia de precios traducida en una abrupta caída de los aranceles.

El movimiento gremial unificado en el Colegio logra conformar un frente que nuclea, junto a los médicos socios, 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.

La reacción de los dirigentes de obras sociales y mutualidades, según el relato, se orientó a intentar acciones judiciales, acusando al Colegio por prácticas monopólicas, a procurar romper la unidad profesional ofreciendo contratos ventajosos a algún sanatorio, a amenazar con la construcción de policlínicos atendidos con médicos traídos de fuera de la provincia, etc. Los profesionales declararon su intención de cesar toda atención por cuenta de las instituciones financiadoras y aplicar a su clientela de mutualizados los aranceles de la práctica privada (36).

El convenio firmado entre todos los médicos socios del Colegio y los Sanatorios de la Provincia regulaba las relaciones recíprocas en la atención de los beneficiarios de obras sociales y mutualidades. Entre sus cláusulas más significativas figuran:

a) Los honorarios mínimos para mutualidades establecidos por el Colegio Médico de San Juan tendrán carácter obligatorio para todos sus socios y los Sanatorios de la Provincia que suscriban el convenio;

b) los sanatorios permitirán a los médicos socios del Colegio el uso de sus instalaciones para la atención clínica o quirúrgica de sus pacientes, reteniendo de los honorarios profesionales un porcentaje equivalente al 20%;

c) los Sanatorios aportarán mensualmente al Colegio Médico de San Juan el 2% del importe bruto de las facturas que por todo concepto se eleven a las mutualidades;

d) hasta tanto se organice la oficina de cobranzas del Colegio los médicos elevarán sus facturas de asistencia a mutualizados por intermedio de cualquier sanatorio, debiendo ceder a estos 10% de sus honorarios en concepto de gastos administrativos y de cobranza;

e) los médicos que internen a sus pacientes mutualizados en algún sanatorio deberán utilizar todos los servicios del mismo (ayudantes de cirugía, anestesia, transfusiones, laboratorio, radiología, etc.) de acuerdo con las reglamentaciones vigentes en cada institución (37).

Una circular del Colegio Médico, dirigida a sus socios en octubre de 1957, da cuenta de la flexibilidad puesta en práctica en los acuerdos con diferentes obras sociales y mutualidades, registrándose cuatro modalidades de acceso a la atención:

1) Los beneficiarios son atendidos a la sola presentación de su carnet, cobrándoseles en forma directa el arancel vigente.

2) Los beneficiarios son atendidos a la presentación del carnet y firman una constancia por la atención médica recibida, que el médico tratante elevará para su posterior cobro.

3) Los beneficiarios son atendidos a la presentación de su carnet y de una boleta-orden que acredita atención de consultas médicas. Para otras prácticas el pago corre por cuenta del afiliado.

4) Los beneficiarios son atendidos a la presentación del carnet y boleta-orden, sin discriminación de prácticas.

La circular que mencionamos contiene además un listado de obras sociales y mutualidades radicadas en la provincia que no habían suscrito convenios con el Colegio. En caso de otorgar atención a sus beneficiarios, se debían cobrar los aranceles vigentes para la clientela particular (38).

No es este el único caso en que los médicos convienen que la competencia por la atención de mutualizados termina por convertirse en perjudicial. También en Salta, 120 profesionales, reunidos en el Círculo Médico, acuerdan una nómina de honorarios que se comprometen a defender en la atención a mutualidades. El compromiso incluye la delimitación de las asociaciones que se consideran legítimamente comprendidas en la denominación de "Mutualidad", y la exigencia de que las cotizaciones se adecuen al costo previsto para la atención médica de los beneficiarios. A falta de acción estatal reguladora, es el acuerdo corporativo el que establece las condiciones para que las instituciones de previsión social se conviertan en beneficiarias del "impulso solidario" de los profesionales.

Al igual que en San Juan, los miembros del Círculo Médico de Salta habían acordado una acción común con el sector sanatorial. Este "convenio de honor" suscripto en 1957, es conocido como Pacto Intermédico, y logra imponer sus condiciones a gran parte del mutualismo local. 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 trabajar a sueldo y la sanción de aquellos que no acataron la disciplina gremial. Una asamblea general extraordinaria, realizada el 7 de abril de 1961, decide la expulsión de cuatro médicos que, siendo firmantes del Pacto Intermédico, habían aceptado cargos en el Sanatorio, y declara su repudio a los colegas venidos desde la Capital Federal con el objeto de debilitar la posición de los profesionales locales (39).

Otras experiencias exitosas se registran en diferentes lugares más o menos en la misma época. La Asociación de Médicos del Departamento 9 de Julio consigue aplicar una tarifa "relativamente adecuada"; en la provincia de Santa Fe se registra una situación de "movilización general". Rosario, Santa Fe, Carmen, Rafaela, San Genaro, Carlos Pellegrini, son descritas como "bastiones donde se concentra el esfuerzo de los colegas más decididos y entregados en las luchas gremiales" (40). Médicos agremiados en Mendoza y Córdoba han pactado aranceles con Correos y Telecomunicaciones, bancarios, magisterio y otros grupos mutualizados (41). Las editoriales de la revista de la COMRA ponen de manifiesto estas experiencias, estimulando su emulación. También se registran movimientos en la ciudad de Mar

del Plata, en localidades de la provincia de Entre Ríos, y en la provincia de Buenos Aires con relación a la contratación con el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA). Hacia comienzos de la década de 1960 la COMRA aspira a lograr convenios y aranceles de orden nacional (42).

En un Consejo Confederal reunido en marzo de 1960 el problema se plantea en toda su complejidad. En primer lugar, existen diferentes situaciones locales y provinciales; así, en Mar del Plata y San Juan las condiciones son muy favorables, en cambio en Córdoba las dificultades traban cualquier progreso. En esta última provincia no se llegó "a firmar ningún convenio que permita la libre elección [...] existen muchos médicos a sueldo y no hay entendimiento con Clínicas y Sanatorios" (43); instituciones médicas comerciales lograron contratos con obras sociales importantes, DOSME, por ejemplo, y se ocupan de la atención de sus beneficiarios.

En segundo término, las múltiples formas de contratación complejizan la administración de los contratos por parte de las entidades gremiales. Se discuten las dificultades del sistema de reintegro, que favorecen prácticas corruptas, por una parte, y en las poblaciones pequeñas se pone al médico en situación de tener que hacerse cargo de las dificultades económicas de sus pacientes "en un pueblo pequeño la relación de dinero entre médico y enfermos repercute siempre en perjuicio del médico" (44). Tampoco existe acuerdo respecto a cómo deben manejarse los coseguos, que no son pensados como instrumentos para desalentar el consumo o asegurar viabilidad financiera a la entidad contratante, sino que expresan la diferencia entre los aranceles establecidos por el gremio y aquellos que fija la respectiva obra social. Por consiguiente, la disyuntiva pasa entre la percepción directa por el profesional o el cobro por parte de la entidad financiadora. Se reconoce como indispensable la elaboración de una nomenclatura uniforme a nivel nacional, pero se discute la conveniencia de publicitar los aranceles mínimos fijados por la Confederación. Estos solo deben ser "de uso interno", se argumenta, convertirse en una "guía" de los distintos aranceles a fijar localmente (45).

Algunos delegados piden negociaciones a nivel nacional y "solidaridad" para el caso en que una obra social rechace los convenios en alguna jurisdicción. Se señala la decisión tomada en el Congreso reunido en Mar del Plata, en el que se estableció que en caso de verificarse esa situación todas las federaciones debían apoyar a la entidad afectada, negando la asistencia. Otros son muy escépticos en cuanto a la viabilidad de cualquier estrategia de conjunto. "Que se deponga la ilusión de firmar un convenio nacional con ninguna obra social", señala el delegado santafesino, aunque más tarde afirma: "a las obras sociales hay que tomarlas una a una y separadamente. Hacer la huelga a una de ellas en todo el territorio, luego con otra"¹⁶ (46).

¹⁶ Finalmente, se aprueban por unanimidad las siguientes "aspiraciones mínimas": a) nomenclatura uniforme, b) arancel mínimo, c) convenio tipo, d) normas en la percepción de honorarios con intervención de las entidades médico-gremiales, e) acción solidaria.

LA NEGOCIACION DE LOS CONVENIOS CON COMPAÑIAS DE SEGUROS

El tradicional enfrentamiento con las compañías de seguros sigue siendo motivo de unión y de confluencia para un sector de la profesión, al mismo tiempo que indicador de la debilidad organizativa y de la fragmentación interna, que restan fuerzas a su capacidad negociadora.

El logro relativamente temprano que significó la conformación de convenios de alcance nacional entre la Confederación Médica y las asociaciones de compañías aseguradoras en jurisdicción de la Superintendencia de Seguros aparece cuestionado y relativizado en los años que van de 1945 a 1960, poniendo de manifiesto una serie de factores que actúan en desmedro de la capacidad del organismo gremial médico para erigirse en representante del conjunto de la profesión.

A lo largo de esos años, la inflación es un grave factor de inestabilidad que obliga a difíciles negociaciones en el momento de vencimiento de los convenios, que se pactaban con periodicidad bianual. No obstante, el ritmo de la negociación se ve también entorpecido por diferentes circunstancias, algunas internas a la profesión, derivadas de las modalidades de organización de los servicios, otras de índole política, relacionadas con las modalidades del régimen de gobierno, otras, finalmente vinculadas con el necesario proceso de consolidación del organismo corporativo y fortalecimiento de la eficacia de su gestión, indispensable para el reconocimiento de la legitimidad de su función mediadora.

La lectura de las fuentes de origen gremial nos permite introducirnos tentativamente en el problema, sin dejar de tener en cuenta que se trata de una de las lecturas posibles. A los fines de "volver a construir" nuestro objeto de trabajo, eludiendo el relato meramente cronológico de las alternativas del conflicto, hemos considerado conveniente ordenarlo en tres grandes ítems. El primero refiere a las dificultades que enfrenta la profesión para llevar adelante una acción unitaria, el segundo, al rol cumplido por los organismos estatales en el desarrollo del conflicto, y, finalmente, un tercer nudo problemático intenta recuperar aspectos vinculados a la percepción que tienen los profesionales y el gremio de su ubicación en el conjunto social, a partir de sus consideraciones acerca de la legitimidad de las posiciones enfrentadas.

DIFICULTADES PARA UNA ACCION CONSOLIDADA: UNIDAD Y FRAGMENTACION DEL INTERES PROFESIONAL

Parte de las dificultades que los dirigentes gremiales deben enfrentar para obtener éxito en el movimiento de confrontación con las compañías derivan de la misma naturaleza del trabajo médico. Se trata por lo general de profesionales aislados que trabajan en un consultorio individual, que en los momentos de agudización del conflicto deben negarse a asistir a los accidentados por cuenta de los aseguradores, cobrando sus honorarios por adelantado al empleador. Esta es, en efecto, la modalidad que asume la resistencia médica frente a la negativa de las compañías a aumentar los aranceles, y esta modalidad se implementa a nivel nacional durante

lapsos considerables (los períodos más prolongados de interrupción de las negociaciones se extendieron entre el 16 de julio de 1951 y el 1 de enero de 1953, y luego desde abril de 1960 al mismo mes de 1961) a lo que se debe añadir conflictos regionales que se suscitan en el ínterin.

En esos períodos, los médicos deben negar todo tipo de información a las compañías de seguros y a sus agentes, deben "cobrar al patrón" los aranceles actualizados por el gremio. Están sometidos, por consiguiente, a las presiones de posibles clientes a los que su movimiento perjudica, a la necesidad de poner en la balanza el interés del paciente, que no siempre sale beneficiado, y, por supuesto, a la competencia de colegas con menor conciencia gremial. Por añadidura, también sufren el impacto de las versiones que hacen circular las compañías,¹⁷ con muchos más recursos para difundir información que los dirigentes gremiales, quienes todavía no parecen haber logrado conformar una organización burocrática en todo el sentido de la expresión, es decir, con una fuente de recursos permanente y capaz de responder a los requerimientos organizativos de la función.

Las dificultades económicas de la Confederación Médica en tanto obstáculos para hacer llegar a los profesionales información confiable no se reflejan solo a nivel de la "queja", que podría ser susceptible de otra lectura. También se ponen de manifiesto cuando se trata de centralizar la información. En noviembre de 1950, por ejemplo, se plantea la necesidad de unificar las reivindicaciones de las filiales a fin de presentar una posición unificada y de establecer un sistema ágil de consultas para poder dar respuestas inmediatas a las propuestas formuladas por el árbitro oficial, la Superintendencia de Seguros; sin embargo, se señala que la Confederación "no tiene empleados suficientes ni los fondos necesarios para centralizar el trabajo a realizarse" (47).

La dispersión de los profesionales y las dificultades de la información facilitan también el acatamiento solo parcial por parte de las compañías de los convenios finalmente suscritos, pues tienen la posibilidad de tratar honorarios menores con médicos o clínicas interesados en recibir un flujo mayor de pacientes, resignando parte de los honorarios pactados.

Sin embargo, auténticas dificultades para una acción concertada surgen, además, de la misma conformación del sistema de servicios. A lo largo de todo el conflicto se ponen de manifiesto diferentes cadenas de negociación: las de los sanatorios y clínicas de las grandes ciudades, que pueden aceptar honorarios menores y recibir "convenios de exclusividad", la de una parte de los médicos agremiados en las filiales de la Confederación, que son reconocidos como "médicos rurales",¹⁸ y la del sector de médicos de grandes ciudades, que suele quedar ex-

¹⁷ Una de las publicaciones que reitera las modalidades de la lucha recomienda: "5º No confiar en ninguna información proveniente de las compañías o de sus agentes. Estas disponen de grandes sumas para remitir circulares tendenciosas. Una de ellas, acompañadas de un arancel que se acerca al aumento que pretendemos —como resultado de un forcejeo que ya dura un año— es una prueba de la mañosa dialéctica que no dice nada de ofrecimientos anteriores inaceptables." ("Conflicto con las compañías de seguros". *Rev Conf Med Rep Arg XIII* (90):contratapa, enero/junio de 1960.)

¹⁸ En noviembre de 1950, cuando se discuten las dificultades para centralizar la información, se propone la organización de dos secretarías, una en Córdoba, "para los médicos de la campaña", y otra

cluido de la posibilidad de entrar en convenio, precisamente por la competencia de sanatorios y clínicas.

La Confederación Médica parece fracasar en todos sus intentos de integrar a la negociación a la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la ciudad de Buenos Aires, que reconoce como parte de su esquema organizativo una "Cámara de Accidentes de Trabajo" (48).¹⁹ En Avellaneda, Córdoba y Rosario también se realizan esfuerzos por integrar a la negociación al sector sanatorial —casi todos fútiles o transitorios en virtud de la vigencia del cuestionado art. 36^o, presente, con leves modificaciones, en todos los Convenios hasta 1961—.

En efecto, aunque dicho artículo, en la versión pactada a fines de 1952, establece que el arancel convenido se aplicará a todos los médicos del país y asegura que "no se concederá exclusividades ni contratos preferenciales", al mismo tiempo consigna que no tendrá vigencia en la Capital Federal y pueblos suburbanos comprendidos dentro de un radio de 30 kilómetros desde la Plaza del Congreso, ni en el ejido de Rosario, Santa Fe, Paraná, Corrientes, Córdoba, Tucumán, La Rioja, Catamarca, Salta, Jujuy, San Juan, Mendoza, Eva Perón, San Luis y Santiago del Estero (49).

En el arancel aprobado en abril de 1956 la exclusión se limita a Capital Federal, estableciéndose para Rosario y las capitales de provincia una quita de 20% en el rubro comprendido en el artículo 1^o (que presumiblemente comprendía las lesiones más frecuentes). Solo en 1961 el gremio reconoce como un triunfo significativo la inclusión de Capital Federal y el Gran Buenos Aires en el convenio suscrita con las compañías aseguradoras (50).

La falta de uniformidad en la aplicación del convenio y las dificultades para un control efectivo de su cumplimiento volvían ilusorias cláusulas como la que prohibía toda derivación no autorizada por el médico tratante (art. 36 arancel de 1956) o la que consagra la vigencia del principio de libre elección (art. 27 arancel de 1953, art. 32/1956, 32/1961). Como manera de implementar alguna forma de control, la Confederación Médica exigía a las compañías aseguradoras el envío de copia de todas las denuncias de accidentes (51).

La fragmentación de intereses derivada de la diferente inserción en el sistema de servicios produce también liderazgos alternativos. En la muy pequeña población de Carmen, Departamento de General López, provincia de Santa Fe, que en 1960 tenía 1500 habitantes, se organiza entre 1948 y 1953 una entidad que responde al apelativo de "asociaciones médicas" y se convierte en representante de los "médicos rurales" de la zona, y líder indiscutido del conflicto que los enfrenta con las compañías aseguradoras.

en la provincia de Buenos Aires, "para los médicos de las ciudades" (COMRA. *Actas Consejo Federal*, Asamblea Ordinaria del 11-XI-1950. Tomo I:248-256, pág. 250).

¹⁹ A las conversaciones informales o las notas formales dirigidas a buscar un entendimiento suelen suceder las declaraciones condenatorias como la que pronuncia la Asamblea reunida el 7-X-1951: "11o. Solicitar a la Federación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina su apoyo a la Confederación Médica en el conflicto que esta mantiene con las Compañías de Seguros, rama de accidentes de trabajo, y que desista de propiciar actitudes o de efectuar convenios por separado y al margen de esta Confederación" (COMRA. *Actas Mesa Ejecutiva*. Reunión del 16-X-1951. Tomo II:164-169, pág. 166).

Las asociaciones médicas nucleadas en Carmen habían iniciado en setiembre de 1948 un movimiento dirigido a revisar los aranceles vigentes en las compañías de seguros. En esa oportunidad, el nuevo convenio se firma sin llegar a producirse un enfrentamiento (52). Para ubicar este movimiento en el largo plazo conviene recordar que las entidades gremiales del sur de Santa Fe y el sudeste de Córdoba habían tenido un papel relevante en los conflictos con compañías de seguros y mutualidades en la década precedente.

También surge de Santa Fe la iniciativa en el conflicto que se desata en oportunidad de renovarse el convenio, a comienzos de 1950 (53). Aunque la Confederación asume de manera inmediata las negociaciones con la Cámara de Aseguradores, a medida que el conflicto se prolonga adquiere mayor protagonismo el grupo de Carmen. Prácticamente todas las asambleas que evalúan el desenvolvimiento de las negociaciones se efectúan en Rosario, develando la importancia del eje regional en el desarrollo de las medidas de fuerza. En la Asamblea Plenaria del 7 de octubre de 1951 se aprueba una declaración en la que se señala que "la Confederación Médica de la República Argentina mantiene la dirección del movimiento y asume la coordinación del mismo en todo el país" (54). Sin embargo, de la lectura pormenorizada de las actas puede deducirse que ni la Federación de Santa Fe ni la misma Confederación se hacen cargo de lo que los dirigentes denominan "dirección activa" del movimiento, que queda en manos de las filiales más combativas. En el Consejo Federal del 22 de setiembre de 1951 se resuelve por unanimidad hacer pública la siguiente declaración: "La Confederación asume la dirección activa del movimiento y determinará todas las actitudes y conducta a asumir en lo sucesivo". En algún momento del conflicto que no hemos podido precisar, Asociaciones Médicas de Carmen ofrece disolver su organización para no entorpecer la acción concertada a nivel nacional. En julio de 1952, una de las coyunturas más difíciles, las actas pierden —en mínima medida, es cierto— la cuidadosa composición que las caracteriza en estos años y se cruzan recriminaciones que revelan una rivalidad que en otras oportunidades solo puede intuirse.²⁰

La gravedad particular de las condiciones imperantes en 1952 deriva de la situación producida a partir de comienzos de ese año, cuando tercia en la negociación con los aseguradores una segunda entidad que reivindica representación de los médicos a nivel nacional: la Corporación de Médicos de la República Argentina, de reconocida filiación peronista.

En febrero de 1952, la COMRA dirige a sus filiales una circular en la que reconoce haber sido sorprendida por la firma de un convenio para la atención de accidentados del trabajo entre la Corporación de Médicos de la República Argentina y la Cámara de Aseguradores. En el acuerdo alcanzado se pacta un aumento de aranceles de 50% sobre los vigentes desde 1948. El movimiento gremial condu-

²⁰ Entre otras cosas se señala: "Que en un principio el movimiento para la firma de convenios no era de carácter nacional sino de diversas regiones zonales del país; ahora bien, Asociaciones Médicas quiso disolverse y él mismo pidió que no se disolviera (dice el Dr. Paz, delegado por Santa Fe), lo cierto es que Asociaciones Médicas en una forma indirecta o interesada ha desconocido a la Confederación" (COMRA. *Actas Consejo Federal*, Reunión del 7-VII-1952, T. III:21-31, pág. 30).

cido por la Confederación llevaba ya un año y medio de denuncia de convenios y seis meses de interrupción de la atención por cuenta de las compañías en reclamo de un aumento de 150% (55).

De esta lectura de los entretelones de un conflicto puede recuperarse el nivel de dificultades que enfrentaba la profesión para reconocerse como unida, para que todos sus miembros se sientan identificados entre sí. No solo la diversidad de intereses profesionales, la necesidad de conciliar posturas relativamente contrapuestas, jaquea los intentos de configurar una organización de nivel nacional; los conflictos políticos, el temor de las persecuciones, la ambivalente posición en relación con el aparato estatal constituyen nuevas fisuras, tan difíciles de superar como las primeras.

EL ROL CUMPLIDO POR LOS ORGANISMOS DEL ESTADO: FRAGMENTACION Y CLIENTELAS

El desarrollo de la rivalidad entre Confederación Médica y Corporación de Médicos por la representación de los médicos del país en los convenios con la Cámara de Aseguradores constituye un buen "caso" para conocer algo más sobre las formas que asume la intermediación entre aparatos del Estado y organizaciones intermedias y la compleja trama de relaciones de poder que resulta de la fragmentación de políticas públicas y la diferenciación de clientelas.

En los últimos años de la década de 1940 se había establecido una excelente relación tanto de la Confederación Médica como de la Cámara de Aseguradores con los funcionarios de la Superintendencia de Seguros.

En las agotadoras sesiones de discusión del nuevo convenio producidas a lo largo de tres jornadas a partir del 15 de febrero de 1951, médicos y aseguradores convienen aceptar de antemano la solución que sugiera el superintendente de Seguros de la Nación para cualquier punto sobre el que no se llegara a acuerdo completo. Ambas partes declaran su plena confianza en la equidad del funcionario, y acuerdan reconocer a su dictamen carácter inapelable. Independientemente de que más tarde este acuerdo previo no se cumple, declaraciones de ese tipo son frecuentes y de las Actas surge con claridad la existencia de una relación fluida entre la Confederación y el organismo estatal encargado de la regulación del seguro (56).

Cuando un año después aparece en escena la Corporación de Médicos, lo hace respaldada por la Secretaría de Trabajo y Previsión. Ante los reclamos interpuestos por la Confederación, el organismo se limita a informar que "la entidad sindical denominada Corporación de Médicos de la República Argentina, con sede en la calle Bernardo de Irigoyen N° 118 de esta Capital, es la entidad gremial que goza de personería legalmente reconocida conforme a los términos que dispone la ley en la materia" (57).

El episodio pone de manifiesto la terrible ambivalencia de las relaciones entre la COMRA y el Estado, que tiene una de sus explicaciones más claras en las sucesivas marchas y contramarchas con respecto a la personería gremial. Resignada a partir del triunfo peronista por temor a que la entidad quedara "enganchada" en las

políticas del gobierno, más tarde se transformaría en anhelado logro, único capaz de asegurar el ejercicio del rol de representación de la profesión médica en contratos colectivos.

Si bien el conflicto desencadenado a lo largo de 1952 terminó con el reconocimiento por parte de las compañías de seguros de la mayor representatividad alcanzada por la Confederación, y la lucha de dieciocho meses culminó con la firma de un nuevo convenio que entraría en vigor el 1 de enero de 1953, la situación del gremio se encuentra considerablemente debilitada. El aumento finalmente obtenido se reduce a 100% sobre el convenio denunciado a mediados de 1950, y el arreglo deja pendiente mucha insatisfacción. Pocos meses más tarde los dirigentes de la COMRA instan a hacer lo posible para evitar amenazas y no provocar otro conflicto, aclarando: "si bien nuestra intención es asustar a las compañías, nosotros hemos comprobado que los médicos también se asustan de la resistencia" (58).

En agosto de 1954 los delegados de la Cámara de Aseguradores informan al presidente de la Confederación que el Ministerio de Trabajo y Previsión los obliga a firmar con la Corporación de Médicos, por ser la entidad que detenta la personería gremial (59). La aclaración se produce en razón de que en junio de ese año la Confederación había denunciado el convenio vigente, solicitando aumento de aranceles. El 17 de abril de 1955 la entidad gremial deja en libertad a sus filiales para negociar por separado los aranceles que estimen más convenientes (60).²¹

Producido el golpe militar de setiembre de 1955, los dirigentes gremiales consideran llegado el momento de "poner fin al largo y enervante *statu quo* mantenido con las compañías de seguros" (61). Un nuevo conflicto se desencadenará pocos meses más tarde y en él el aparato estatal definirá su rol de manera diferente. El funcionario a cargo de la Superintendencia de Seguros bajo el gobierno de la Revolución Libertadora manifiesta a la dirigencia gremial que su organismo "no tiene jurisdicción real sobre el asunto". El Estado renuncia a su función de arbitraje, entendiéndose que el problema "debe debatirse directamente entre las partes, como relación entre trabajadores y sus patronos" (62).

Consecuencias en la conformación de la identidad profesional

¿Acepta la profesión médica ese lugar que le asigna un sector del aparato estatal, el de conjunto de trabajadores negociando con sus patronos?

Si tomáramos como parámetro de referencia la negociación con mutualidades podría pensarse que, en cierto modo, es así como se propone el vínculo, al menos

²¹ El Consejo Federal reunido en Mendoza en esa fecha había aprobado la siguiente declaración: "En virtud de la imposibilidad momentánea de realizar nuevos convenios generales con las compañías de seguros se aconseja a las filiales que en cada zona y de acuerdo a sus características, traten de obtener los aranceles más convenientes, en lo posible no inferiores al aprobado en esta asamblea, poniendo en conocimiento de la Confederación Médica de la República Argentina las tratativas realizadas. Esta continuará sus gestiones para obtener los convenios generales." ("Reunión del Consejo Federal de la Confederación el 17-IV- 1955 en Mendoza". *Rev Conf Med Rep Arg IX* (75), mayo/junio de 1955:26).

para la relación establecida en el interior de las grandes instituciones. Tal conclusión podría resultar apuntalada por los proyectos de regulación de carrera para los médicos asalariados que trabajan en hospitales de colectividades.

Sin embargo, la relación con las compañías aseguradoras se construye sobre otros parámetros, aunque tempranamente se introduzca el vocabulario generalizado en las convenciones colectivas entre empleadores y empleados. Las comisiones paritarias, por ejemplo, encargadas de resolver las dificultades que se produjeran en la aplicación del arancel, se pactan en el convenio suscrito en abril de 1956, y se mantiene en los sucesivos (63).

En las formulaciones más duras, las compañías son presentadas como intermediarias no legítimas en la relación entre el enfermo y el médico.²² La situación parece haberse deteriorado considerablemente a fines de la década de 1950, momento en que la profesión no solo cuestiona los aspectos financieros de la relación con las compañías, sino la misma índole de la vinculación con ellas establecida.

Se considera que la actividad de las compañías en lo concerniente a la atención del asegurado se funda en una interpretación errónea de la ley N° 9688, afirmándose que la dinámica mercantil impuesta al sistema desalienta medidas de seguridad industrial, prevención de accidentes y atención integral del lesionado. Se propicia la aprobación de un Código de Servicios Médicos que proteja las prestaciones médicas "con garantías similares a las que se otorgan a la indemnización monetaria" (64).

La existencia de un pago diferenciado por servicios médicos en el monto total de la prima del seguro alienta la percepción del profesional de una explotación de su trabajo por parte de los aseguradores, ya que los aumentos otorgados en ese rubro no guardan relación con el incremento de los aranceles asignados al pago de las prestaciones. Por otra parte, los médicos insisten, en esta esfera como en tantas otras, en reclamar el reconocimiento de su incumbencia técnica sobre todas las condiciones de trabajo que puedan configurar un riesgo para la salud. Se reitera la necesidad de tomar conciencia de la existencia de un proceso que se inicia como consecuencia de una "injuria física" y del cual "la medicina gobierna toda la evolución" (65). No solo tiene el médico prerrogativas técnicas que lo habilitan para dar cuenta de la totalidad del proceso que conduce a la enfermedad o el accidente laboral, también es consciente de los avances de su práctica que reducen considerablemente las cargas financieras que soportan las compañías de seguros. La aparición de medicamentos nuevos y más costosos ha abreviado el tiempo de evolución de las afecciones; también se ha producido una "gran disminución de secuelas con incapacidades permanentes, parciales y totales, y muertes". No solo se benefician los aseguradores por la administración del rubro servicio médico, sino también por la disminución del pago de jornales por enfermedad e indemnizaciones por incapacidad y muerte (66).

²² "Las compañías explotan una actividad que es específicamente médica: la prestación de servicio médico. Las compañías son intermediarias entre el patrón y el obrero por la responsabilidad legal ante posibles indemnizaciones; esto no nos atañe. Pero, también se han hecho intermediarias entre el enfermo y el médico. ¿Lo debemos tolerar? ¿No es acaso una explotación comercial de la Medicina y por gente ajena a la misma?" (Federación Gremial Médica de Santa Fe, Circular del 28-XI-1955.)

La ofensiva que los profesionales realizan en los últimos años de la década de 1950 parece alentada por la generalización del movimiento, que comprende en ese momento también a las reticentes organizaciones de la Capital Federal, y por el rol significativo cumplido por los colegios médicos en su dilucidación.

Tanto la Federación Médica de la Capital Federal como la Asociación de Médicos Municipales participan en el movimiento de resistencia que culmina en abril de 1961. En una intensa campaña orientada a través de los medios de difusión masiva se alerta a Gobierno, empresarios y trabajadores sobre la gestión de las compañías. Por primera vez el movimiento sale del ámbito limitado del consultorio y gana los espacios donde se expresa la opinión pública (67).

También a partir de ese momento la federación gremial capitalina implanta el Registro de médicos dispuestos a atender accidentes de trabajo. De esta manera, la reserva de mercado que los organismos gremiales garantizan a sus asociados se completa con el control gremial de la gestión del profesional, avalado por el reconocimiento de su representatividad.

Otro avance indudable en las posibilidades de control en manos de los organismos gremiales reside en la canalización de los pagos a través de las federaciones médicas provinciales. Este procedimiento, autorizado por los colegios en las provincias en que estos se establecen, o por los profesionales individualmente en los demás casos, pone en manos de los representantes de la profesión médica información indispensable para eliminar abusos y desalentar las prácticas que eluden la aplicación del principio de libre elección (68).

LA ORGANIZACION DE "BOLSAS DE TRABAJO"

La organización de sistemas de libre elección basados en cualquier tipo de contrato colectivo —con mutualidades, obras sociales, compañías de seguros o sindicatos— obliga 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 las mismas. Más tarde —probablemente a partir de que el sistema se difunde— la relación comienza a formalizarse. 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. 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. Por ese camino se llega a la organización de las "bolsas de trabajo".

Puede encontrarse en la expresión al menos dos sentidos portadores de significado. El primero deviene del uso de la misma expresión —bolsa de trabajo— con sentidos diferentes en el lapso de una década. A mediados de los años cuarenta la expresión se utiliza para vincular profesionales con cargos vacantes en relación de dependencia en el sector público o en instituciones paraestatales o

privadas. En ese sentido se pensaba la "bolsa de trabajo" instituida por la Secretaría de Salud Pública a partir de 1946 y la oficina gremial del mismo nombre. Como "Bases" para ese tipo de organización publican las revistas gremiales en la misma época la información referida a la distribución de los médicos en el interior del país. Es decir, se trata de una intermediación directa, cuando se refiere a lugares de trabajo —cargos—, o una función informativa que puede facilitar la formación de un diagnóstico sobre posibilidades de trabajo en determinados lugares del país.

Diez años más tarde —mediados de los años cincuenta— la expresión adquiere otro sentido. Remite en este momento a un sector de la organización gremial, dirigido a vincular al profesional con un mercado donde rigen los dos principios ordenadores de la práctica de aceptación generalizada: la libre elección y el pago por acto médico. El cambio producido en la orientación de la función puede ser un reflejo del cambio en la manera como la profesión percibe su inserción en el mercado de servicios.

Otra significación puede atribuirse a la expresión "bolsa de trabajo", en el contexto de las relaciones internas al sector, tal como pueden "leerse" a través de las manifestaciones del gremialismo. Es una organización gestada y controlada por la profesión, por el gremio, el que se convierte en dador de trabajo. Ya no se atribuyen ese rol las organizaciones administradas por legos, en cuyas manos quedan solo los aspectos financieros de la función intermediadora. Los aspectos técnicos, y el control, pasan progresivamente a formar parte de una esfera de decisiones dotada de autonomía y donde imperan criterios rectores de la práctica establecidos por los mismos médicos. Bajo el amparo de organizaciones profesionales —gremios y colegios— los médicos toman la iniciativa en su vinculación con el mercado. A cambio de una accesibilidad igualitaria a las fuentes de trabajo, otorgan reconocimiento a la función de representación ejercida por tales instituciones y se someten voluntariamente a su control.

Las formas operativas

Podemos conocer en detalle la operatoria de una de estas bolsas de trabajo, la organizada por la Federación Médica de la Provincia de Santa Fe, a través de la circular dirigida a los profesionales en el momento de su reglamentación. La institución gestora considera que el sistema debe entrar a funcionar con su organización definitiva y convoca a la reinscripción de profesionales y sanatorios.²³ La organización originaria se había gestado al margen de la federación, por iniciativa

²³ Los objetivos asignados al sistema se sintetizan de la siguiente manera: "Dada la extraordinaria trascendencia que para los profesionales tiene el sistema de prestaciones médicas para colectividades, permitiendo la correcta relación del binomio médico-paciente, sin interferencias extrañas, tendiendo a evitar que se desnaturalice la misión del primero y las aspiraciones del segundo, no dudamos que Ud. participará de esta metódica organización, dirigida y controlada por los técnicos, a través de sus Instituciones Gremiales". (Federación Médica de la Provincia de Santa Fe, Circular del 26-IV-1961.)

de la comisión intergremial que en 1958 toma a su cargo la negociación con mutualidades y obras sociales. En esa oportunidad se le encomienda la oferta de servicios asistenciales a las instituciones prestatarias de servicios médicos que practiquen el régimen de libre elección, el contralor del cumplimiento de los aranceles convenidos y la percepción de los honorarios respectivos (69).

Los propósitos de la "bolsa de trabajo médico" se explicitan en los artículos 2º a 4º de su reglamento: promover la prestación de servicios médicos de alcance colectivo, que practiquen el régimen de "libre elección del profesional" (énfasis en el original); controlar el cumplimiento de aranceles de los convenios colectivos; representar a los profesionales ante las instituciones contratantes (70).

En el registro habilitado al efecto podrían inscribirse todos los profesionales en ejercicio activo, fueran o no socios de las entidades gremiales primarias. El registro se hace en base a una clasificación por rubros de práctica: Clínica, Cirugía y Especialidades (art. 6º). También se prevé la inscripción de sanatorios y hospitales privados, que deberán adoptar el régimen de "puertas abiertas" en un plazo máximo de dos años a partir de la aprobación del Reglamento (art. 11º).

La bolsa de trabajo también toma a su cargo las liquidaciones y facturaciones correspondientes a las prácticas efectuadas, pagando los honorarios al profesional o institución dentro de los treinta días siguientes a la presentación de las planillas correspondientes. La deducción para gastos administrativos no podrá superar el 5% de lo facturado (arts. 14º y 15º).

Se establece además un sistema de deducciones proporcionales al monto de la facturación y destinado a conformar un fondo común que se distribuirá anualmente entre todos los profesionales inscriptos (arts. 16º y 18º).

El capítulo de las obligaciones de los profesionales remite a un conjunto de orientaciones que se identifican con pautas específicas de conformación de un ideal ético, propio del gremialismo en esa coyuntura: obligación de llevar historia clínica actualizada; aceptación de proporcionar la información relativa al enfermo cuando fuera requerida por la administración de la bolsa de trabajo; prohibición de derivar al paciente a otros colegas, limitándose a indicarle el tipo de especialidad requerida; estimación de un promedio de consultas, por mes y por paciente; incompatibilidad entre el desempeño de funciones en las instituciones prestatarias y la atención de sus beneficiarios por el sistema de Bolsa de Trabajo (arts. 20º a 25º).

Los directivos de las bolsas de trabajo asumían ante las entidades contratantes la responsabilidad de verificar la condición de especialista entre los médicos inscriptos, que autorizaba la percepción de un honorario diferencial. En la provincia de Santa Fe contaban con el respaldo del Colegio de Médicos que tenía a su cargo la aplicación de las leyes provinciales que regulaban la materia.

La organización de la bolsa de trabajo permite la contratación de la atención con entidades que no tienen como objetivo específico el otorgamiento de prestaciones de salud. En Rosario se realiza en 1959 un convenio con el sindicato de madereros, con 7000 afiliados que serán atendidos bajo el régimen de libre elección por los 800 médicos inscriptos en la bolsa de trabajo, beneficiándose de los honorarios preferenciales que se acuerdan para este modelo organizativo.

FORMAS ALTERNATIVAS DE ORGANIZACION

En los medios gremiales no se descarta del todo la posibilidad de poner en marcha organizaciones con financiación propia, rescatando una experiencia de cierta difusión en los años treinta, centrada en los prepagos gremiales o cooperativos.

El estímulo puede venir, a fines de los años cincuenta, de dos frentes relativamente independientes. Por un lado, la actitud ambivalente de la profesión médica ante los proyectos de seguro de salud que se están debatiendo a nivel del aparato estatal. La lectura de la prensa gremial permite afirmar que al menos una parte de quienes expresaban sus opiniones por ese medio tenían una fuerte reticencia en volver a otorgar su confianza a la gestión del Estado. Un segundo frente, sin duda, radica en las dificultades que hemos intentado reseñar, presentes en la negociación con las entidades financiadoras que actuaban en el mercado.

A mediados de 1955, un suelto publicado en la revista de la Confederación anuncia una reunión en la que se tratarán los problemas de los médicos que actúan en las mutualidades, privadas y oficiales, y en los servicios sociales. A renglón seguido se recoge la siguiente apelación:

Colegas: Auspicien el seguro de enfermedad privado hecho por los médicos. Unanse a otros colegas y en pueblos y ciudades constituyan asociaciones de asistencia. Estudien planes propios de seguros para cuidados de enfermos.

Dar cuidados médicos sobre base de prepago. La profesión médica lo patrocina y lo declara de urgencia (71).

En diciembre de ese mismo año el Colegio Médico Regional de Río Cuarto publica la organización de un sistema de prepago que se ofrece a la población como Plan de Seguro de Salud. Sus fundamentos son los que ya se han hecho tradicionales: participación de todos los miembros del Colegio, libre elección del médico y sanatorio, introducción de prácticas supuestamente preventivas (abreugrafía y análisis de sangre y orina anuales, sin cargo, para todos los asegurados), ausencia de finalidad de lucro, cuotas fijas y suficientes para asegurar la efectividad de las prestaciones (72).

La explicitación de las formas operativas del sistema realizada por uno de sus organizadores insiste en diferenciar entre las dos modalidades de prepago, el abono y el seguro. El abono, que constituía la forma más difundida de prepago reunía las siguientes características:

- es promovido por núcleos muy limitados organizados competitivamente, por consiguiente sacrifica la libertad del enfermo para elegir médico,
- perjudica los intereses de otros colegas porque produce una "canalización de la clientela en beneficio particular de algunos pocos", y
- crea "zonas de influencia" y provoca "la disputa del enfermo" (73).

Los beneficios del "seguro" son evidentes por contraposición: respeta la libre elección del médico y está respaldado por la totalidad de los profesionales del medio o por la gran mayoría de los mismos; sus beneficios se extienden a contingentes numerosos de la comunidad; no hay disputa por el paciente; el asegurado "es-

tará protegido en sus intereses económicos y en su salud mediante servicios eficientes de bajo costo y una profilaxis actualmente inexcusable (74).

Los balances que en estos años se realizan sobre el funcionamiento del sistema de prepagos parecieran arrojar resultados positivos. En general las dificultades que se señalan no provienen de las características del sistema sino de causas externas vinculadas a circunstancias macroeconómicas, por ejemplo, la presión impositiva o las regulaciones laborales aplicables al personal no médico.²⁴

LA DEMANDA POR OBTENCION DE BENEFICIOS DE CARACTER PREVISIONAL

Un ejemplo posible del repliegue corporativo que creemos percibir en la actividad de la profesión médica como consecuencia de los conflictivos años cuarenta es el listado de inquietudes que la Confederación Médica eleva al gobierno de la Nación con motivo de la formulación del Segundo Plan Quinquenal.

En la reunión de la Mesa Ejecutiva de la COMRA realizada el 6 de diciembre de 1951 se decide responder a la invitación realizada por el presidente Perón para colaborar en la estructuración del nuevo Plan de Gobierno, "sugiriendo soluciones a darse a problemas latentes relacionados con la salud pública" (75).

La nota finalmente enviada al presidente de la Nación contiene 12 puntos suficientemente expresivos de la transformación sufrida por las inquietudes de la dirigencia gremial, que diez años antes reclamaba la creación de un organismo técnico y apolítico encargado de la conducción de la sanidad nacional. Son los siguientes:

1º Creación de un Policlínico para la atención exclusiva de los profesionales del arte de curar.

2º Creación de la Casa del Médico: "suprema aspiración no cristalizada hasta la fecha por falta de medios económicos".

3º Retiro médico. Casa de reposo para médicos ancianos y su familia.

4º Estabilidad en los cargos profesionales.

5º Cargos técnicos por concurso de oposición, con participación en los jurados de un delegado gremial.

6º Facilidades en la adquisición de automotores, considerados estos como indispensables elementos de trabajo.

²⁴ José Martorelli sintetiza la experiencia en la que participó de la siguiente manera: "En la experiencia que realizamos desde 1939 a 1951 con otros colegas, comenzamos sin adicionales de ninguna clase, ni siquiera para la consulta del especialista de piel que venía periódicamente desde Buenos Aires y al que retribuíamos mediante una suma mensual fija. Los abonados no pagaban adicionales por derecho de operación, internado, ni consultas domiciliarias. Después de un tiempo se decidió que los internados pagarían \$ 1 por día y por cama. Ciertamente que esto ocurría en 1942 o 1943, pero un peso por día significó que un buen número de ancianos con enfermedades crónicas que periódicamente se internaban, dejaron de hacerlo prefiriendo tratarse en consultorio externo [...] Llegamos a tener abonadas unas 7000 personas, para atender a las cuales éramos 10 o 12 profesionales, con unos 70 empleados y 120 a 140 camas disponibles." (Martorelli, José. *¿Socializar la Medicina?* Ediciones Populares Argentinas, Rosario 1957, pág. 33.)

7º Pases libres para los viajes de los delegados gremiales, exclusivamente en función oficial.

8º Liberación de impuestos aduaneros sobre los libros técnicos, instrumentos y aparatos médicos.

9º Creación de un panteón para médicos.

10º Una beca anual para viaje de estudio al extranjero, sobre problemas gremiales y sociales. "El becario propuesto por esta Confederación".

11º Nombramiento de representantes gremiales por la Confederación Médica de la República Argentina, para colaborar con el Ministerio de Salud Pública sobre problemas asistenciales y sanitarios.

12º Incremento de las remuneraciones de los médicos en un nivel equitativo con las delicadas funciones de bien público que desarrolla en la sociedad (76).

Se trata, sin duda, de antiguas demandas del gremio, auténticas reivindicaciones cuya falta de satisfacción provocaba sentimientos de injusticia, no solo de índole política, sino también atribuible al terreno social. No se trataba únicamente de un gobierno que desconocía los derechos de la profesión; otros sectores sociales se beneficiaban de su esfuerzo sin reconocer la excelencia de la función a su cargo.

Entre esas reivindicaciones en las que la profesión médica se reconocía injustamente postergada, la demanda por la obtención de beneficios previsionales y la preocupación por la organización de sistemas de protección mutua para suplir su falta tenían una larga tradición de frustraciones y fracasos.

En 1951 se sanciona una ley de jubilaciones para profesionales liberales, la Nº 14 094, que presenta como característica más saliente un aporte a cargo del profesional del 25% de sus ingresos brutos.²⁵ La crónica gremial relacionará posteriormente la no aplicación de la ley con "un movimiento de resistencia pasiva y espontánea [...] de la totalidad de los afectados" que desalentó su puesta en práctica (77).

Es imposible, por supuesto, verificar qué nivel de credibilidad se puede otorgar a la expresión "la totalidad de los afectados". La ley tuvo trámite rápido en Diputados, urgido por el interés particular en su sanción demostrado por la CGT y la Sra. Eva Perón. Se podría suponer que el sector peronista de los médicos la consideraba como una auténtica conquista (78).

Tres años más tarde, sin embargo, en el seno de la Confederación General de Profesionales se organiza una comisión especial para elaborar un nuevo proyecto. La preocupación surge, según una publicación del gremialismo médico peronista,

²⁵ Las objeciones al régimen jubilatorio sancionado son sintetizadas en una publicación de la COMRA en los siguientes términos: "a) la ley promulgada es únicamente jubilatoria. b) el médico aporta el 24%, es decir, realiza a la vez contribución de empleado y empleador. c) el aporte del 24% más las otras cargas impositivas (réditos, actividades lucrativas, etc.) es confiscatorio. d) no contempla la función social que el médico cumple en beneficio de la colectividad. e) no contempla que moral y legalmente (Código Penal art. 108) el médico está obligado a prodigarse gratuitamente. f) el porcentaje se aplica sobre las entradas brutas del consultorio y no sobre las entradas netas. g) La limitación del aporte máximo es injusta. h) el retiro no es optativo" ("Jubilación para médicos". *Rev Conf Med Rep Arg VII* (64):18/22-23, nov./dic. 1943, pág. 18).

de la necesidad de dar respuesta "a los requerimientos que, de una u otra manera, le formuló un vasto sector de nuestro pueblo" (79).

A fines de 1954 se sanciona la ley N° 14 397, de Jubilaciones para Profesionales, Empresarios y Trabajadores Particulares, por la cual los aportes se reducen al 10% de las entradas declaradas voluntariamente por el profesional.

La revista de la Asociación de Médicos Municipales recomienda a sus asociados realizar los aportes correspondientes, reclamando el apoyo de todos los profesionales para lo que considera una "conquista de la previsión social argentina" (80). En el flanco opositor registramos a mediados de 1955 el pronunciamiento de los dirigentes de la COMRA quienes, alentados probablemente por el clima creciente de oposición al gobierno, deciden iniciar un movimiento para solicitar su reforma en base a estudios actuariales que establecían la falta de viabilidad financiera del régimen estatuido. Conforme con los mismos, se decidió que la Caja respectiva "debería quebrar irremediamente a los cinco o seis meses de comenzar a pagar los primeros aportes jubilatorios", lo que sucedería a partir del 1 de enero de 1957.

La Revolución Libertadora defrauda, al menos en este aspecto, las expectativas puestas en ella por el gremio, sancionando el decreto ley 23 391 del 31 de diciembre de 1956, modificatorio de la ley cuestionada, que tampoco satisface a la dirigencia nucleada en la Confederación.²⁶ La caja continuará intervenida y en 1958 la profesión vuelve a enterarse, con la alarma consiguiente, de que un nuevo proyecto está a punto de ser presentado al Congreso.

LAS RAICES DEL DESACUERDO

No hay razón para discurrir aquí sobre las dificultades que entrañaba la elaboración de un sistema previsional que diera respuesta satisfactoria a la gran diversificación de ingresos propia del sector profesional, aun cuando se fijaran topes máximos. Tampoco nos detendremos en la necesidad de conciliar las expectativas de profesionales que se estaban acercando a la edad jubilatoria y percibían cualquier demora en la puesta en marcha de las prestaciones como una

²⁶ Según el vocero gremial (Mathov, Enrique). "¿Por qué se aconseja no aportar a la Caja Nacional de Previsión para profesionales". *Mundo Hospitalario* 172:20-23, octubre de 1957) la decisión se toma sin consultar a los interesados. Sin embargo, a comienzos de ese mismo año se informa sobre la realización de varias reuniones del interventor de la Caja Nacional de Previsión para Profesionales con los gremios afectados. Es probable que no se haya llegado a acuerdo ("Ley de jubilaciones para profesionales N° 14 297. Informe presentado al Consejo Federal el 4-3-1956". *Rev Conf Med Rep Arg X* (77):33-34, ene./feb. 1956). El proyecto modificatorio, al parecer, fue presentado en una reunión realizada en la sede de la Confederación en abril de 1956, y "mereció las más acerbas críticas, sin haberse intercalado ninguna de las modificaciones y sugerencias que se votaron en aquella asamblea y que esas mismas autoridades aceptaron en aquel entonces como sumamente factibles y sensatas, prometiendo, en colaboración con las autoridades gremiales de los profesionales, elaborar otro proyecto que satisficiera ampliamente las aspiraciones y deseos de esa asamblea". (Elkin, Benjamín. "Consideraciones al Anteproyecto de Decreto Ley modificatorio del Régimen de Previsión para Profesionales" *Rev Conf Med Rep Arg X* (80):7-23 jul./ag. de 1956.)

defraudación a sus derechos. Todo esto, muy discutido en estos años, forma seguramente parte de la anécdota.

Otras dificultades se centraban en la resistencia a aceptar la obligatoriedad de presentar documentación probatoria sobre el ingreso efectivamente percibido (el imaginario profesional representa al médico como un ser esencialmente antiburocrático, incapaz de ordenar su contabilidad, de guardar comprobantes de pago o entregar recibos, de otorgar importancia al papeleo que puede distraerlo de su especulación creativa)²⁷ y en la obligatoriedad de abandonar el ejercicio profesional en el momento de comenzar a percibir los haberes.

La resistencia al retiro obligatorio se vincula también a la percepción de una identidad entre individuo y función. En el momento de percibir el haber jubilatorio, se alega, "debe abandonar por completo su condición de médico y convertirse en un ciudadano no médico. En una palabra, queda convertido, desde el punto de vista profesional, en un muerto civil" (81). Otro punto de fricción es que se reclaman beneficios integrales, que comprendan seguro de enfermedad y otras prestaciones sociales. Sin embargo, los puntos realmente duros en la negociación pasan por la necesidad de suplementar el aporte del profesional con recursos extraordinarios, para asegurar la viabilidad financiera de las Cajas. El profesional no tiene un "patrón" que esté obligado a realizar un aporte proporcional al suyo, como sucede con los otros trabajadores. Pero esto no significa que se apropie de la totalidad del valor producido por su trabajo. Hay una cuota de trabajo gratuito, no remunerado, que el profesional entrega sin percibir remuneración. Parte de ese trabajo se condensa en valores sociales a los que el profesional adscribe, dado que se vinculan directamente a la índole de su función; por esta porción no espera más reconocimiento que la consideración debida a su lugar prominente en la jerarquía social. Otra parte, no obstante, se traduce en la valorización indirecta de otras actividades económicas, se condensa en un valor económico, susceptible, además, de aprobación privada. Por esa porción no retribuida de su práctica la profesión reclama aportes especiales a su sistema previsional.²⁸

El proyecto aprobado por el IV Congreso Médico Gremial, reunido en Paraná

²⁷ "El médico es por antonomasia un alérgico al expediente y al papeleo oficinesco. Su formación cultural, su criterio pragmático y su enfoque realista de la vida lo hacen efectivo en sus decisiones y rápido en sus soluciones [...] a la larga el profesional cansado lleva imcompleta memoria de cuentas y facturas, omitidas muchas, incorrectamente elaboradas otras, lo que origina reiteración de trámites, devoluciones, correspondencia cargosa." (De Pierris, Carlos Alberto. "Empresarios de nuestras propias obras". *Rev Conf Med Rep Arg* XI (85):8-11, abr./may. 1958, pág. 10.)

²⁸ El antecedente directo de esa demanda, esgrimido por los profesionales como prueba de la antigüedad de su reclamo y la reiterada experiencia de sus frustraciones, es un proyecto de ley de jubilaciones médicas presentado al Congreso de la Nación en julio de 1933 por el diputado Marcial Zarazaga (C.D.D.S., 1933, T. II, reunión 28:544-547).

Según ese proyecto los recursos de la Caja de Jubilación y Pensión Médica provendrían de aportes de diferente índole:

- una estampilla de 50 centavos que el médico deberá adherir a toda receta que emita (salvo las formuladas en hospitales, asistencia pública, sociedades de beneficencia y sociedades de socorros mutuos),
- las sociedades de socorros mutuos que ofrezcan asistencia médica aportarán anualmente el importe de una mensualidad por cada socio que figure en su registros,

en julio de 1952, preveía la organización de una "Sección para Médicos" dentro de la Caja de Previsión Social para las Profesiones Liberales, cuyos recursos se incrementarían con aportes provenientes de diferentes porcentajes percibidos sobre honorarios judiciales, productos medicinales, ventas de aparatos, instrumentos y útiles de aplicación terapéutica, los gastos en propaganda comercial de fármacos y otros productos de uso medicinal, las primas de seguros de vida y accidentes, y el producido del papel sellado obligatorio para certificados médicos, con excepción de los certificados de vacunación y los otorgados a escolares.²⁹

Hacia 1960 se insiste en el fundamento doctrinario: "no cabe otra solución [para el equilibrio financiero de la Caja] que solicitar esos aportes extras a todos aquellos sectores que, vinculados a la profesión del arte de curar, se benefician económicamente, en forma directa o indirecta, de esa vinculación" (82).

Los médicos disponen de argumentos sólidos: no se trata de medidas sin precedentes:

La Caja para el personal de Luz y Fuerza gravando la energía eléctrica, la Caja para el personal marítimo gravando el Cabotaje, la Caja para periodistas gravando la propaganda en los órganos de publicidad o las Cajas de los Bancarios las operaciones bancarias, son otros tantos ejemplos de esa forma de obtener los fondos necesario (83).

El conflicto marca otro punto de separación entre Corporación Médica y Estado. Entre la percepción corporativa de la trascendencia social de su función y la dinámica política de definición de prioridades y equilibrios. En una entrevista realizada a Sergio Provenzano en mayo de 1961 el líder gremial señala:

Los médicos no pretenden pagar poco y cobrar mucho, como ha manifestado la Caja en nota dirigida a la Confederación. Únicamente piden que se haga justicia, y que no se invoquen razones políticas que harían desaconsejable la implantación de nuevos gravámenes para financiar su Caja. La función social que cumplen los médicos merece algún sacrificio de todos los sectores. ¿No se acaba de manifestar que cualquier mejora que se otorgue al gremio ferroviario deberá incidir automáticamente sobre las tarifas, o sea sobre el usuario? ¿Significa eso que no habrá mejoras, si estas son necesarias?

La definición del enfrentamiento es clara: "*Si la Caja ejecuta a un solo médico, todos los médicos del país harán abandono de sus actividades*" (énfasis en el original) (84).

- toda especialidad médica pagará un impuesto adicional de 5 centavos,
- todo consultorio, clínica, instituto u hospital particular atendido por dos o más médicos "que publiquen avisos con el precio de la consulta o abonos", pagará un derecho de 500 \$ mensuales.

La propuesta de Zarazaga es, sin duda, una primera elaboración del problema, que se irá enriqueciendo considerablemente con el paso del tiempo.

²⁹ El Consejo Federal de la Corporación Médica, reunido en junio de 1956, reitera la necesidad de sancionar el aporte de los "grandes consorcios financieros de medicamentos y drogas, cuyas fabulosas ganancias están vinculadas a la profesión" y de "los fabricantes de aparatos e instrumental médico". Señala, además, la responsabilidad del Estado, "deudor permanente del médico por la asistencia gratuita o semigratuita que presta a la sanidad del país" ("Frente al Anteproyecto de Régimen de Previsión para Profesionales". *Mundo Hospitalario* 161:18, octubre de 1956).

Las organizaciones de ayuda mutua

En esta como en otras reivindicaciones corporativas, la percepción de la indiferencia o incompreensión del poder público conduce a un movimiento de repliegue en la búsqueda de organizaciones propias que cubran al menos parte de las necesidades que no obtienen satisfacción. Se continúa por esa vía una larga tradición de organismos de autoayuda, a los que se procura incorporar a miembros de otras profesiones. La III Reunión Médico Gremial de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, en 1953, recomienda a las filiales que consideren "la posibilidad de fundar en su distrito o radio de acción cajas de ayuda mutua, a las que podrían incorporar a los profesionales universitarios afines a la medicina" (85).

La iniciativa se concreta en varios partidos de esa provincia, y más o menos en la misma época se registran inquietudes en el mismo sentido en Santa Fe y Entre Ríos. Se trata en general de cajas que otorgan prestaciones por enfermedad o accidente, y en caso de fallecimiento un subsidio financiado en parte con los fondos propios de la institución, en parte con una contribución extraordinaria de cada uno de los adherentes.

Referencias bibliográficas

- (1) Belmartino, Susana, et al. *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1988.
- (2) "Editorial". *Rev Conf Med* VIII (63):3-5, setiembre de 1953, pág. 3.
- (3) Lazarte, Juan. "El médico y las libertades". *Rev Conf Med Rep Arg* VII (64):6-7, nov./dic. de 1953, pág. 6.
- (4) Rojas, Nerio. "El médico ante el Estado". *Rev Conf Med Rep Arg* VII (66):7-9, mar./abr. de 1954.
- (5) *Idem*, pág. 7.
- (6) Cf. también Lazarte, Juan. "Evolución y destino de la profesión médica". *Rev Conf Med Rep Arg* VIII (67):18-19, mayo/junio de 1954.
- (7) Lazarte, Juan. "¿Conviene transformar la profesión médica en burocracia?" *Rev Conf Med Rep Arg* IX, (75):34-38, junio de 1955.
- (8) "10 de diciembre: día del médico". *Rev Conf Med Rep Arg* VIII (65):24, ene./feb. de 1954.
- (9) "Estamos preparados". *Rev Conf Med Rep Arg* X (80):5, jul./ag. de 1956.
- (10) *Ibidem*.
- (11) Actas COMRA, Tomo I, Acta N° 6, del 1-VIII-1941, págs. 31-33.
- (12) De Pablo, Vicente. "Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina". *S.M.* LXII (3200):597-609, mayo de 1955.
- (13) Quesada, Enrique y Fontana, Francisco. "Análisis y perspectivas de la distribución de médicos en Argentina, *Revista de Salud Pública* 11/12, julio 1967/junio 1968. Ministerio de Salud Pública de Buenos Aires.
- (14) "Repartición geográfica de los médicos". *Rev Fed Med Rep Arg* VIII (67):36-37, mayo/junio de 1954, pág. 36.
- (15) Lazarte, Juan. "Número de profesionales existentes por especialidades y necesidades del país". *Rev. A.M.A.* 71, 11/12:510-519, nov./dic. de 1957, pág. 519.
- (16) I Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina. Buenos Aires, 11-16 de noviembre de 1957. *Rev. A.M.A.* 71, 11-12:379-535, nov./dic. de 1957.
- (17) Belmartino, Susana, et al. *Las instituciones de salud en la Argentina. Desarrollo y crisis*. Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- (18) "Diálogo entre médico y enfermo interferido". *Rev Med Rosario* V (44)A/6:73-76, abr./jun. de 1954, pág. 75/75.
- (19) Federación Médica Gremial de la Provincia de Córdoba. "Comunicación enviada con motivo de la organización del Congreso Provincial para tratar el problema de las mutualidades". *Rev Fed Med Rep Arg* VIII (65):35-36, ene./feb. de 1954.
- (20) "Médicos y mutualidades". *Rev Conf Med Rep Arg* VII 64:29, nov./dic. de 1953.
- (21) Abad, Andrés. "Enfoques médico mutuales". *Rev Conf Med Rep Arg* VIII (66):35-38, mar./abr. de 1954, pág. 36.
- (22) "Extraordinario lucimiento adquirió el V Congreso Médico Gremial realizado en la ciudad de Mar del Plata". *Rev Conf Med Rep Arg* VIII (68):11-16, jul./ag. de 1954.
- (23) *Rev Conf Med Rep Arg* X (83), ene./jun. de 1957.
- (24) Sbarra, Noel y Pezzati, Guido. "Mutualidades, legislación y aspectos legales". *Rev Conf Med Rep Arg* X (84):20-22, julio de 1957/marzo de 1958, pág. 21.
- (25) Cf. "La jeringa. Verdades con aguja". *Boletín A.M.P.* (3):38-39, junio de 1942; "Micrófono". *Boletín A.M.P.* (4):28-30, noviembre de 1942; "Sanatorios y no Hospitales deben llamarse el Español y el Italiano". *Boletín A.M.P.* (4):15, noviembre de 1942; Barros Hurtado, Amador. "Seudomutualidades. ¿Hospitales Sanatorios?" *Boletín A.M.P.* (4):16-18,

- noviembre de 1942; "El dedo en la llaga" *Boletín A.M.P.* (5):30-32, setiembre de 1943.
- (26) Cf. COMRA. *Actas Consejo Federal*. Reunión del 5-IX-1954. T. III:102.
- (27) Ostrovsky, David; De Vita, Antonio. "Relación médico mutua, régimen de prestación de servicios: libre, sanatorial, etc. Carrera médico mutua. Aranceles". *Rev Conf Med Rep Arg X* (84):4/7, jul. 1957/mar. 1958, pág. 4.
- (28) *Idem*, pág. 4/5.
- (29) *Idem*, pág. 5.
- (30) De Pierris, Carlos Alberto. "Empresarios de nuestras propias obras". *Rev Conf Med Rep Arg XI* (85):8-11, abr./may. de 1958, pág. 9.
- (31) Ostrovsky, David, De Vita, Antonio. "Relación médico-mutual...", cit. nota 27, pág. 6.
- (32) *Idem*, pág. 6.
- (33) "Médicos y mutualidades". *Rev Conf Med Rep Arg VII* (64):29, nov./dic. de 1953.
- (34) "Médicos y mutualidades". *Rev Conf Med Rep Arg VIII*, (65):5-12, ene./ feb. de 1954, pág. 5.
- (35) Bence, Alvaro. "El VI Congreso Médico Gremial de la Confederación Médica de la República Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg X* (83):3-4, ene./ jun. de 1957, pág. 3.
- (36) "El Colegio Médico de San Juan frente a las Mutualidades". *Rev Conf Med Rep Arg X* (84):8-10, jul.1957/mar. 1958.
- (37) "Convenio entre el Colegio Médico de San Juan y los Sanatorios de la Provincia". *Rev Conf Med Rep Arg X* (84):10-11, jul. 1957/mar. 1958.
- (38) Colegio Médico de San Juan. "Circular N° 11, 1 de octubre de 1957". *Rev Conf Med Rep Arg X* (84):19-20, jul. 1957/mar. 1958.
- (39) "Médicos sancionados en Salta". *Rev Conf Med Rep Arg XIV* (91):9-10, jul. 1960/jul. 1961.
- (40) "Honorarios médicos de los servicios sociales de las mutualidades oficiales". *Rev Conf Med Rep Arg VIII* (65):26-35, ene./feb. de 1954, pág. 26.
- (41) "Algunos puntos de vista". *Rev Conf Med Rep Arg VIII* (65):3-4, ene./feb. de 1954.
- (42) "Obras Sociales". *Rev Conf Med Rep Arg XV* (92):40-41, ag. 1961/mar. 1962.
- (43) COMRA. *Actas Consejo Federal*. T. IV, 16-III-1960:55-82, pág.65
- (44) *Idem*, pág. 62.
- (45) *Idem*, pág. 63.
- (46) *Idem*, pág. 70.
- (47) COMRA. *Actas Consejo Federal*. Asamblea Ordinaria del 11-XI-1950. Tomo I:248-256, pág. 252.
- (48) COMRA. *Actas Mesa Ejecutiva*. Reunión del 5-III-1951:129-131.
- (49) "Arancel para la prestación de servicios médicos para accidentados del trabajo por cuenta de las compañías de seguros afiliadas a la Cámara de Aseguradores". *Rev Conf Med Rep Arg VII* (63):19-22, setiembre de 1953, pág. 22.
- (50) Kandel, Bernardo. "Objetivos del convenio de accidentados de trabajo". *Mundo Hospitalario*, ed. 25 aniversario:14-16, 1961.
- (51) Colegio de Médicos, 1ª Circunscripción, Santa Fe, Circular dirigida a los colegiados, setiembre de 1953.
- (52) COMRA. *Actas Mesa Ejecutiva*. Sesión del 7-IX-1948, T. II:3-8).
- (53) COMRA. *Actas Consejo Federal*. Reunión especial del 19-I-1950. T. I:244-246.
- (54) COMRA, *Actas Mesa Ejecutiva*. 16-X-1951, T. II:164-169, pág. 165.
- (55) COMRA. *Actas Mesa Ejecutiva*. Sesión del 28-II-1951. T. II:198-200.
- (56) COMRA. *Actas Consejo Federal*. Asamblea Ordinaria del 17-II-1951. T. I:257-276.
- (57) COMRA. *Actas Mesa Ejecutiva*. Sesión del 24-VI-1952, T. II:230-236, pág. 236.

- (58) COMRA. *Actas Consejo Federal*. Reunión del 16-V-1953, T. III:55-72, pág. 65.
- (59) COMRA. Comunicación dirigida a las filiales el 26 de agosto de 1954.
- (60) Circular de la Federación Médica Gremial de Santa Fe del 28-XI-1955.
- (61) "Diferendo con las Compañías de Seguros". *Rev Conf Med Rep Arg X* (77):38-39, ene./feb. de 1956, pág. 38.
- (62) Federación Gremial Médica de Santa Fe. Circular del 28-XI-55.
- (63) "Arancel para prestación de servicios médicos suscripto entre la Confederación Médica de la República Argentina y la Cámara de Aseguradores". *Rev Conf Med Rep Arg X* (78):12-15, mar./abr. 1956, art. 39º.
- (64) "El acuerdo". *Rev Conf Med Rep Arg XIV* (91):1-3, jul 1960/jul. 1961, pág. 1.
- (65) *Ibidem*.
- (66) COMRA. *Actas Consejo Federal*. Asamblea Ordinaria del 17-II-1951, T. I:257-276, pág. 265.
- (67) "El acuerdo", cit., nota 60.
- (68) "Arancel nacional para la prestación de servicios médicos para accidentados del trabajo convenido entre la Asociación Argentina de Compañías de Seguros y la Confederación Médica de la República Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg XIV* (91):4-8, jul. 1961, art. 33º.
- (69) "Bolsa de Trabajo". *Boletín del Colegio de Médicos*, 2ª Circunscripción, 9:4, noviembre de 1958.
- (70) Federación Médica de la Provincia de Santa Fe. *Reglamento de la Bolsa de Trabajo Médico*, marzo de 1961.
- (71) *Rev Conf Med Rep Arg IX* (75):33, mayo/jun. de 1955.
- (72) "Seguro de Salud y Servicios Médicos Sociales". *Rev Conf Med Rep Arg X* (77):36-37, ene./feb. de 1956.
- (73) Martorelli, Ricardo. "El seguro de salud en Río Cuarto", Informe al Colegio Médico Regional, 1956, en Matorelli, José. *¿Socializar la medicina?*, cit., pág. 37.
- (74) *Ibidem*.
- (75) COMRA. *Actas Mesa Ejecutiva*. Sesión del 6-XII-1951. T. II:177-183, pág. 180.
- (76) COMRA. *Actas Mesa Ejecutiva*. Sesión del 30-I-1952, T. I:191-195, pág. 193.
- (77) Mathov, Enrique. "Por qué se aconseja no aportar a la Caja Nacional de Previsión para Profesionales". *Mundo Hospitalario* 1721:20-23, octubre de 1957, pág. 20.
- (78) C.D.D.S., 1951, T. III, reunión 36 y 37, setiembre 28 y 29:2206-2207 y 2214-2218.
- (79) "Una comisión especial estudiará el proyecto de jubilaciones". *Mundo Hospitalario* 140:16, junio de 1954.
- (80) *Mundo Hospitalario* 146:4, abril de 1955.
- (81) Mathov, Enrique. "Comentarios a algunos artículos del Anteproyecto". *Rev Conf Med Rep Arg XIII* (90):29-35, ene./jun. de 1960, pág. 34.
- (82) Mathov, Enrique. "Comentarios a algunos artículos...", cit., nota 75, pág. 31.
- (83) *Ibidem*.
- (84) "El conflicto de la Caja de jubilaciones para Profesionales. Habla el Dr. Sergio Provenzano." Reportaje publicado el 26-V-61 en "Orientación Médica". *Rev Conf Med Rep Arg XIV* (91):10-12, jul. 1960/jul. 1961, pág. 12.
- (85) "Previsión para médicos". *Boletín A.M.P.* 1, 2ª época:13-14, abril de 1957, pág. 14.

6. La conflictiva delimitación de un nuevo perfil profesional

II. Las instituciones de autogobierno

Como vimos en el capítulo precedente, para los organismos gremiales resulta de importancia vital el reconocimiento de su capacidad de contratación colectiva, tanto por parte del Estado, cuando la negociación se lleva a cabo en alguno de sus organismos, como de los mismos profesionales, que tendrán a su cargo el cumplimiento de las obligaciones pactadas y deberán conformar sus expectativas a los beneficios obtenidos. De mucha mayor significación, dado que afecta el ejercicio profesional mismo y, por ende, a todos los médicos, cualquiera sea su modalidad de inserción en el mercado, es la delegación por parte del Estado del poder de controlar la matrícula, con las facultades de policía que garantizan la efectivización de ese poder. Cuando el Estado resigna esa facultad, otorgando la gestión de la matrícula a alguna institución que se supone representativa de la profesión médica, es indispensable el reconocimiento de la legitimidad de esa cesión por parte de los posibles afectados por sus decisiones.

Si bien el reconocimiento de la validez de los títulos habilitantes para el ejercicio de las profesiones liberales, el otorgamiento de la respectiva matrícula, y el dictado y aplicación de las normas que regulan la práctica son atribuciones otorgadas por la Constitución al poder político, y, más específicamente, a los gobiernos provinciales, la medicina tiene una larga tradición de reconocimiento de autonomía en el ejercicio del poder de disciplina sobre sus miembros. Entre las prerrogativas que la profesión ha reclamado a los poderes públicos en virtud de la trascendencia de su función social, tienen lugar privilegiado la formulación de sus propios códigos de ética y la capacidad de sancionar su incumplimiento.

En nuestro país, después de las convulsiones de la primera posguerra, y más tarde, cuando reconoce las consecuencias de la crisis de los años treinta, la profesión percibe la necesidad de disciplinar sus filas. En esas circunstancias, los antecedentes ingleses y franceses de organización de colegios o consejos médicos se presentan como modelos a adaptar (1).

Sin embargo, en un sistema político inestable como el argentino, en un momento de redefinición de las relaciones de poder a nivel de la sociedad global, cuando la medicina necesita otorgar nuevos contenidos a los vínculos que la hacen parte

del conjunto, el otorgamiento del poder disciplinario sobre la profesión a un organismo intermedio tenía fuertes posibilidades de volverse conflictivo.

Varios son los temas que parecen necesitar consenso: en primer lugar, y de manera relativamente fundante, el reconocimiento de la existencia de necesidades superiores que legitimen las restricciones impuestas sobre las libertades individuales.¹ En segundo término, la potestad de la profesión para dictar normas restrictivas de actividades que no están en su órbita de competencia directa aunque afectan a su función, como la comercialización de fármacos, por ejemplo, y las respectivas prácticas publicitarias. También, seguramente, las limitaciones constitucionales y jurídicas a la facultad de juzgar y establecer sanciones de manera relativamente independiente de los tribunales instituidos por el Estado. Tratándose de aspectos con fuerte carga ideológica, que remitan a diferentes maneras de concebir las relaciones entre individuo y sociedad, entre sociedad y Estado, parece indudable que los acuerdos no podrían establecerse a partir de un consenso generalizado, solo cabría esperar el logro de una hegemonía relativamente estable.

En la conflictiva situación política argentina existían factores adicionales que obstaculizaban la definición de reglas de juego permanentes. La desconfianza recíproca desalienta el diálogo, la confrontación de ideas. La censura o el temor obstaculizan la pugna franca en la definición de opciones. El posible juego democrático entre los diferentes actores aparece clausurado, ya sea como resultado del autoritarismo o de la desconfianza. Para evaluar el enfrentamiento que se produce en el interior de la profesión no es indispensable sacar conclusiones sobre los límites de la propuesta democrática del peronismo. La reticencia de sus antagonistas a aceptar cualquier tipo de convivencia parece suficiente para mostrar la imposibilidad de un acuerdo. No hay condiciones para establecer un pacto, para coincidir en reglas de juego básicas. Lo que puede parecer legítimo y aceptable en organizaciones propias, se torna amenazante en los organismos gestados desde el poder.

También hay zonas de conflicto en el interior de la profesión, acuerdos difíciles de establecer aun entre aliados, posiblemente porque las alianzas no se cimentan sobre un proyecto común, sino en la común definición de un enemigo.

Una de las líneas de fricción pasa por la relación entre organismo de gobierno de la profesión y gremio. ¿Una sola institución? ¿Organizaciones diferentes? En este último caso, ¿aceptación de algún tipo de sujeción al poder estatal?, ¿legiti-

¹ Incluso en el interior mismo del movimiento gremial hemos registrado posiciones francamente adversas: en la revista de la Confederación en enero de 1942 se publica un artículo en el que se habla de "una larga historia de intereses menudos y locales". Más adelante se señala: "Esta Orden de los médicos, que ha tenido realización en Francia, por ejemplo, es en realidad un tribunal de excepción que pretende que se le entregue el manejo de toda la profesión. Dice que defenderá al enfermo, dice que establecerá precios equitativos, y sobre todo impondrá penalidades a los médicos que en el ejercicio profesional se aparten de las normas que ella dicte. Es decir, que es una institución que pretende manejar una jurisdicción de excepción que entre nosotros no podría existir, porque según una cláusula constitucional nadie puede ser sacado de sus jueces naturales [...]. Se ha dicho (Vincent) que la Orden de los médicos es tan solo una manifestación de corporativismo" ("Asistencia Médica". Apuntes taquigráficos de las clases dictadas por el Prof. Carlos Carreno en el Curso Superior de Higiene de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. *Rev Fed Med Rep Arg* III (20):37-42, enero de 1942, pág. 39).

mación de la influencia de la conducción gremial en su organigrama? Las propuestas institucionales provenientes del peronismo aparecen teñidas del verticalismo propio de su modalidad de conducción política, pero también en el autodenominado "gremialismo libre" la perspectiva unificadora puede captar seguidores, al menos en los casos en que se espera obtener la conducción del sistema.

Aunque se acepte la conformación de instituciones diferenciadas —colegio o consejo— la polémica vuelve a abrirse a partir de la definición de esferas de competencia. Un poco de historia tal vez sea útil para explicitar mejor los términos del problema.

REGULACION DEL EJERCICIO Y CONTROL DE LA MATRICULA

LOS ANTECEDENTES CERCANOS

Como en tantos otros aspectos de la organización sanitaria y la movilización gremial médica, la provincia de Santa Fe fue precursora en la conformación de entidades autónomas para el gobierno de las profesiones de salud. En 1932, la ley 2287, que sería reconocida luego como ley Fianza, además de actualizar la organización sanitaria de la provincia sanciona la delegación del poder de policía sobre las profesiones de salud en organismos específicos, los Consejos Médicos, elegidos por el voto de los profesionales inscritos en las respectivas matrículas; poco más tarde, en 1939, la ley 2858 cambia su denominación, y pasan a llamarse Consejos Deontológicos, al mismo tiempo que mantienen la estructura y facultades originarias. Estas pueden sintetizarse del siguiente modo: existencia de dos Consejos, uno para cada una de las circunscripciones en que se divide la provincia, institución única para el gobierno de todas las profesiones de salud, elección de las autoridades por los profesionales, sin obligatoriedad del voto, recursos oficiales y competencia en los sumarios de prevención por curanderismo. En materia de economía médica sus atribuciones se limitaban a la justipreciación de honorarios a pedido de partes interesadas. Disponían también de facultades de vigilancia legal y ética de las profesiones.

Se trata, por consiguiente, de organismos cuyas funciones se limitan al cumplimiento del derecho disciplinario de la profesión, sin intervención en aspectos de tipo económico, considerados de competencia de las instituciones gremiales (2).

En el orden nacional, el antecedente más cercano a la conflictiva situación que se produce en los años cincuenta se relaciona con los proyectos de ley de organización de la profesión médica elaborados en la Secretaría de Trabajo y Previsión, con participación de directivos de la Confederación Médica, entre 1944 y 1945.

Tales proyectos no llegan a sancionarse, presumiblemente por haber perdido su valor político después del fracaso de ese primer intento de cooptación de la profesión médica por parte del futuro líder del movimiento peronista. Solo el Estatuto del Trabajo Médico logra sanción legislativa, para luego ser paulatinamente olvidado por falta de reglamentación. La decidida oposición del sector gremial adverso a la política de Trabajo y Previsión terminó de forma abrupta con la fugaz luna

de miel entre los dirigentes de la Confederación Médica y el poder político, y estuvo a punto de terminar con la existencia misma de la entidad gremial (3).

Hemos podido recuperar, sin embargo, dos versiones del proyecto de decreto ley de Ejercicio de las Profesiones Médicas elaborado en esa instancia, y aunque los contenidos de la discusión que generaron se hayan perdido para la memoria histórica, algunas de las modificaciones introducidas en la segunda versión pueden aclarar el estado de la cuestión que nos ocupa (4).

El primer proyecto sanciona el principio de agremiación obligatoria. En su artículo 12º establece: "Declárase obligatoria la agremiación de todos los profesionales en las distintas ramas médicas universitarias del arte de curar en sus respectivas asociaciones regionales, filiales de las entidades profesionales reconocidas por este decreto ley". Las entidades gremiales que se reconocen como "representativas" son la Confederación Médica de la República Argentina, la Federación Odontológica Argentina y la Confederación Farmacéutica y Bioquímica Argentina (art. 13º). El artículo 14 dispone la inscripción en la matrícula como requisito indispensable para el ejercicio, que se efectivizaría por intermedio de las entidades previamente reconocidas.

Este primer proyecto, por consiguiente, hacía descansar la organización de las profesiones médicas en instituciones que tomaban a su cargo la doble función: gobierno de la profesión y representación gremial. Aunque se creaban organismos específicos dedicados a la vigilancia y control del ejercicio, los Consejos Profesionales, estos dependían de las federaciones gremiales reconocidas.²

El proyecto habría superado, al parecer, la prueba de su estudio por los organismos gremiales —tenemos referencias específicas de su tratamiento en la Federación Gremial de la Capital y la Asociación de Médicos Municipales— sin que la disposición de agremiación obligatoria resultara cuestionada. Más aún, el Consejo Federal capitalino resuelve "aprobar y auspiciar la agremiación obligatoria de los médicos", siempre que se respetara a las entidades con personería jurídica ya existentes, "en su forma y modo de agremiación actual" (5).

Sin embargo, según información proveniente también del ámbito gremial, algunas resoluciones adoptadas por la Suprema Corte de Justicia con respecto a la agremiación obligatoria sancionada por otras leyes en vigencia, habrían inducido a los autores del proyecto a modificar el concepto así cuestionado, sustituyéndolo por el de matriculación.

Esta modificación hace necesaria la redacción de la segunda versión del proyecto, cuyo artículo 11º crea la matrícula profesional y establece que la inscripción en la misma será requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones comprendidas en la ley. Respecto a los Consejos Profesionales establece, de ma-

² Según el artículo 19º se consideraban deberes y atribuciones de los Consejos Profesionales: "1) Vigilar el cumplimiento de los Códigos de ética profesional sancionados por las instituciones profesionales reconocidas; 2) reprimir las faltas o abusos cometidos por los agremiados en el ejercicio de su profesión; 3) aplicar las correcciones disciplinarias por violación a las leyes, estatutos, reglamentos, código de ética profesional y aranceles previstos en los mismos; 4) querellar en los casos previstos en las leyes, estatutos, reglamentos, códigos de ética profesional y [...] en los casos de uso indebido de títulos y ejercicio ilegal de las profesiones."

nera relativamente ambigua, que serán creados por "cada una de las profesiones comprendidas", de acuerdo con lo dispuesto por "este decreto ley y sus reglamentaciones, las que establecerán normas de constitución, funcionamiento y sistemas electivos" (art. 16º). Por el artículo 20º se reconoce a las entidades gremiales profesionales el carácter de "órganos a los cuales compete la representación gremial ante los poderes públicos".

A renglón seguido, el artículo 21 dice textualmente:

Si las instituciones mencionadas en el artículo anterior (Confederación Médica, Federación Odontológica y Confederación Farmacéutica y Bioquímica) y cada una de sus filiales regionales, modificaran sus estatutos en la parte pertinente, de modo que aseguren: el nombramiento y constitución de sus comisiones directivas, el número de sus miembros; condiciones de elegibilidad, sistema electoral y demás requisitos exigidos por este decreto ley y su reglamentación para la constitución y funcionamiento de los Consejos Profesionales, las funciones de estos últimos las asumirán las Comisiones Directivas de las expresadas entidades y sus filiales.

Tales los antecedentes del problema que nos ha sido posible recuperar con anterioridad a los años cincuenta: en la provincia de Santa Fe, la organización de Consejos como instituciones independientes de la actividad gremial, en un contexto —buena parte de los años treinta y los primeros de la década de 1940— de muy buena relación entre dirigentes gremiales y poder político; en el orden nacional, un proyecto de decreto que vincula el gobierno de las profesiones a las organizaciones gremiales preexistentes, otorgando basamento jurídico a un acuerdo que terminará en el fracaso.

Veamos ahora cómo se define la vinculación entre profesión médica y poder estatal en los años subsiguientes.

LA LOGICA POLITICA DE LOS AÑOS CINCUENTA

Tres esferas de conflicto pueden recuperarse en torno a la cuestión del gobierno de la profesión médica en los años cincuenta. Dos son regionales, ubicándose en la provincia de Santa Fe y la de Entre Ríos; la tercera remite al orden nacional. Pese a la limitada información de que disponemos no parece posible considerar a las tres como producto de una misma lógica política, aunque en los tres casos se registra un enfrentamiento entre el autodenominado "gremialismo libre" y los representantes del proyecto político peronista.

El caso de la provincia de Santa Fe. El conflicto entre gremio y poder político asume perfiles muy duros en la provincia, como veremos en el capítulo destinado a analizar las cuestiones específicamente gremiales. En lo atinente a la actividad de los Consejos Deontológicos los desacuerdos se tradujeron en intervenciones que no consiguieron modificar la condición básicamente opositora de los representantes de la profesión.

En 1950 la Legislatura provincial aprueba la ley N° 3950, de creación de los

Colegios de Profesionales en el Arte de Curar. El régimen establecido no difiere de forma sustancial del que sustentaba la actividad de los antiguos Consejos, aunque en este caso se instituyen organismos independientes para médicos, bioquímicos, odontólogos, farmacéuticos, obstetras, veterinarios y kinesiólogos (art. 2º). Vuelve a establecerse un régimen electivo, otorgándose al voto carácter secreto y obligatorio.

La conformación de los colegios médicos se ve demorada al anularse las primeras elecciones, ganadas por el gremialismo opositor. Un año más tarde, después de un nuevo proceso eleccionario, se reconoce la legitimidad de su triunfo, poniéndose en funcionamiento los colegios en mayo de 1952.

Sus autoridades debían, por disposición de la ley 3950, elaborar un estatuto que reglamentara su actividad futura. La aprobación del mismo, por decreto N° 13 128, de noviembre de 1952, sanciona el triunfo de la corriente que sus oponentes llamarían "heterodoxa", por permitir la filtración de inquietudes gremiales en un organismo que, según los "ortodoxos", debía ser solamente rector del ejercicio profesional: "establecer eficaz resguardo de la actividad del arte de curar, un contralor superior en sus disciplinas, y el máximo control en su ejercicio" (6).

El autodenominado "dogmatismo deontológico" considera que la actividad de los colegios debe limitarse a "un trabajo estricto de deberes". Pretender una codificación de derechos o, más aún, de derechos económicos del médico, constituía una herejía a ese dogmatismo.³

Las inquietudes gremiales proyectadas en el estatuto amplían las atribuciones de los colegios, facultándolos para intervenir en la elaboración de las leyes, reglamentos y ordenanzas que favorezcan la salud pública, y encargándoles la promoción de leyes y medidas que aseguren mejoras en las condiciones de trabajo profesional en cuanto a retribuciones, régimen de concursos, estabilidad, escalafón, y "toda otra conquista dentro del derecho y la legislación social" (art. 2º, inc. b y c). Se les encomienda además la aprobación de los aranceles que se aplicarán a la prestación de servicios médicos a particulares, mutualidades y compañías de seguros en general. Señalándose a continuación: "Su observancia por parte de los colegiados será obligatoria y su transgresión motivo de aplicación de sanciones de acuerdo al código que oportunamente dictará el consejo asesor" (art. 2º, inc. b). La integración entre colegiación y gremialismo convierte en transgresión ética la indisciplina gremial.

Se producirá todavía un ineficaz intento de control estatal sobre el organismo corporativo provincial a través de la presentación a la Legislatura de un proyecto de reforma del régimen de la ley 3950. Las modificaciones propuestas estaban orientadas en lo fundamental a reformar el sistema de gobierno de los colegios. La mesa

³ "Si revisamos el espíritu de las instituciones médicas corporativas, a través de la historia, todas ellas han sido tribunales de conducta para resguardo de la moral médica y la administración de las penalidades con que deben castigarse sus extravíos. Los colegios médicos han sido y son instituciones de carácter corporativo encargadas de la función tutiva de la ética profesional. En algunos casos tienen carácter oficial; pero las más de las veces han sido creadas por naturales tendencias del cuerpo médico, quien por sí se ha abrogado la facultad de establecer esas judicaturas para contener los excesos de la calidad moral o los abusos del mercantilismo" (Nápoli, José. "La colegiación médica..." cit., pág. 8).

directiva de los mismos se formaría con dos delegados designados por el Poder Ejecutivo provincial, un delegado de la CGT y dos delegados designados del organismo gremial médico adherido a la misma. De no existir entidad gremial del ramo adherida a la CGT, la mesa directiva se constituiría con tres delegados del Poder Ejecutivo y dos de la CGT local. La fundamentación de la propuesta se vincula en cierto sentido con la extensión de las atribuciones de los colegios a actividades del campo gremial, en particular la regulación de aranceles: "tienen funciones que repercuten sobre los intereses de la población", se señala, sobre "los gremios, que representan a la masa trabajadora". Deben constituirse, por lo tanto, "con representantes genuinos de las partes interesadas [...] la masa laboriosa por medio de la CGT y los profesionales del arte de curar por sus sindicatos" (7).

La iniciativa no prospera, detenida tal vez por la movilización gremial que genera la noticia de su presentación, tal vez por carecer de consenso efectivo en el interior del partido gobernante.

El caso de Entre Ríos. El episodio entrerriano parece inscribirse en una lógica política diferente. En primer lugar, porque en la provincia no existía un organismo autónomo encargado de la matrícula, estando esa función radicada en el Ministerio de Salud Pública; en segundo término, porque con pocos meses de antelación el Poder Legislativo provincial había aprobado una ley de ejercicio profesional sin que se hubiera suscitado oposición de la dirigencia médica; por último, en virtud de los fundamentos doctrinarios de la propuesta, que la distinguen como un claro e indiscutible exponente del pensamiento totalitario,⁴ avalando la hipótesis de que el episodio es generado por algunos de los sectores ubicados en la extrema derecha del espectro peronista.

Los hechos que conocemos son relativamente simples y no permiten excesivas especulaciones. La legislatura entrerriana había aprobado en julio de 1953 una ley que regulaba el ejercicio de la medicina; solo tres meses más tarde, en octubre de ese mismo año, se presenta a la Cámara de Senadores un proyecto de ley de "Ordenamiento y Disciplina del Ejercicio de las Profesiones Sanitarias". Después de la inmediata sanción en la Cámara Alta pasa a Diputados, donde se aprueba a libro cerrado a pesar de un pedido de postergación elevado por la Federación Médica de la Provincia de Entre Ríos y las protestas de la bançada minoritaria.

La protesta gremial, que tiene repercusiones inmediatas a nivel nacional, obtiene respuesta del Poder Ejecutivo provincial. El Ministerio de Salud invita al Sindicato Médico —probablemente el organismo gremial de filiación peronista— y a la Federación Médica de Entre Ríos —filial de la COMRA— a realizar un análisis exhaustivo de la ley y sugerir propuestas para su "perfeccionamiento" (8).

⁴ Para introducir un solo ejemplo transcribimos un párrafo de los considerandos: "El Justicialismo reconoce la libertad como esencial a la personalidad humana, pero no entiende que el Estado deba tolerar en función del respeto a la libertad un uso nocivo o antisocial de esta, ya que eso sería desnaturalizarla en sus fines, que moralmente deben ser bienes. De ahí que el Justicialismo contemple y respete esa libertad, como potencia concreta para escoger el bien y que a ese título la robustezca, estructúrala jurídicamente." ("Texto de la ley Nº 3875. Ordenamiento y disciplina del Ejercicio de las Profesiones Sanitarias". *Rev Fed Med Entre Ríos* II (6):3-38, diciembre de 1952, pág. 3.)

La Federación Médica rechaza toda tratativa y pide directamente la derogación de la ley. En forma prácticamente inmediata interviene el presidente de la República, quien, a través de su ministro del Interior, hace saber en comunicado oficial su deseo de "que sean tenidas en cuenta las opiniones de los médicos que se sienten afectados por dicha ley" (9). En diciembre de ese mismo año la norma es derogada.

LOS ACONTECIMIENTOS A NIVEL NACIONAL. LA CONFEDERACION GENERAL DE PROFESIONALES

Con algún esfuerzo —y seguramente algunas lagunas—, es posible recuperar el movimiento iniciado hacia 1953 por las entidades gremiales médicas de filiación peronista y cuya aspiración es llegar a una organización unitaria.

Mundo Hospitalario, publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Capital Federal, se hace eco de la iniciativa en el mes de mayo de 1953 señalando que participaban también del movimiento —cohesionado al conjuro de "la palabra rectora del general Perón"— la Agrupación de Médicos Peronistas, la Corporación de Médicos de la República Argentina y el Sindicato Argentino de Médicos (10).⁵

De manera prácticamente simultánea los directivos de la Confederación Médica son invitados a una reunión en dependencias de la Cámara de Diputados, promovida por el diputado Degreef, a la que concurren también los presidentes de los círculos médicos gremiales de la Capital Federal. El objetivo de la convocatoria radica en hacerles saber el interés del gobierno por constituir la Federación Argentina de Médicos (FADEM) que agruparía a "todas las entidades médicas, gremiales, científicas, sociales y facilitaría igualmente las adhesiones individuales para los que así lo desearan". Posteriormente, con la unión de las demás profesiones liberales se constituiría la Confederación General de Profesionales "que marcharía paralela a la CGT" (11).

Tales los primeros antecedentes que hemos podido recuperar de la confusa situación que se produce cuando se conforman dos instituciones de igual denominación: Confederación General de Profesionales; ambas reivindican su condición de peronistas, una de ellas tiene su sede en Callao 1415, y está afiliada a la CGT, y la otra, ubicada en Santa Fe 1145, parece haber recibido finalmente la anuencia oficial.

Los acontecimientos se vuelven preocupantes para los dirigentes de la Confederación Médica un año más tarde, cuando se presenta en Senadores un proyecto sobre Régimen Legal de las Asociaciones Profesionales. El senador Graziano, autor de la iniciativa, los invita a ponerse en contacto con la Confederación General

⁵ En otro lugar la revista señala: "Por la conjunción de esas cuatro instituciones son muchos los miles de médicos que se unen a los efectos de constituirse en una entidad gremial única y fuerte; tantos médicos se unen así que jamás fue dado constatarse en el país un movimiento médico gremial semejante" ("Por la unidad médica". *Mundo Hospitalario* 129:7, mayo de 1953.)

de Profesionales de calle Santa Fe. Anteriormente, en enero de ese mismo año, habían sido invitados a adherir a la organización instalada en la calle Callao⁶ (12).

El V Congreso Médico Gremial reunido en Mar del Plata en junio de 1954 rechaza la legitimidad de tales organizaciones y la posible eficacia de su accionar gremial. Sus resoluciones solo contienen críticas relacionadas con aspectos secundarios de la ley presentada al Parlamento. Es finalmente el Congreso Federal reunido en Córdoba en setiembre de 1954 el que analiza los aspectos de fondo del proyecto, que considera atentatorios contra la libertad de agremiación.

La ley en discusión diferenciaba tres tipos de Asociaciones de Profesionales: a) de primer grado, o colegios; b) de segundo grado, federaciones, y c) de tercer grado, confederación. Los dos primeros agrupaban profesionales de la misma profesión o profesiones análogas o conexas; la Confederación constituía la máxima representación de todos los profesionales de la República. Las asociaciones de primero y segundo grado debían gozar de *personalidad profesional* para poder actuar y ejercer los derechos que la ley reconocía (art. 12). Esa personalidad especial era otorgada por el Ministerio de Educación a la entidad que revistiera carácter más representativo (art. 20).

Según la disposición del artículo 36 la asociación o colegio con personalidad profesional tendría a su cargo el otorgamiento de la matrícula. Le correspondería además el "conocimiento y juzgamiento" de la responsabilidad emergente del incumplimiento de leyes y reglamentos que regulen las actividades específicas en tanto afectaran "los principios de ética profesional, los servicios que le son propios o el decoro del cuerpo" (art. 37).

El modelo organizativo de la actividad profesional propuesto remitía a lo que hemos rescatado como concepción "heterodoxa", sancionando la unificación de las actividades específicamente gremiales con el gobierno de la profesión y la salvaguardia de sus principios éticos. No estaba excesivamente alejada del desarrollo que más o menos contemporáneamente habían tenido los colegios médicos santafesinos ni de los proyectos aceptados por el gremio en 1945. La única objeción jurídicamente consistente que se le formula es la creación de tribunales especiales para el juzgamiento de las faltas vinculadas a la conducta ética, que podían acarrear suspensión o retiro definitivo de la autorización de ejercicio. Los colegios actuaban para esos fines como tribunales de primera instancia y la confederación como tribunal de alzada.

⁶ La Confederación Médica había decidido no adherir a estas propuestas de unificación gremial aduciendo en apoyo de su actitud los artículos 26 y 27 de la Constitución Nacional, y dos instrumentos legales aprobados por el mismo régimen al que se oponían: el decreto sobre asociaciones profesionales, Nº 23 852/45, ratificado por la ley 12 921, y las directivas contenidas en el Segundo Plan Quinquenal. El decreto mencionado grantizaba el derecho de libre asociación para aquellas entidades que de modo exclusivo "se constituyan para la defensa de los intereses profesionales" (art. 20) y el objetivo general I.G. 1 del Segundo Plan Quinquenal expresaba: "La organización social del pueblo ha de representar a los trabajadores manuales, intelectuales y artísticos mediante sus asociaciones profesionales y en relación con el ejercicio de sus funciones sociales. El Estado auspicia el desarrollo del sindicalismo, que habrá de organizarse libremente, con la sola condición de que concurra, mediante su acción nacional o internacional, a la consolidación y defensa de la justicia social, la independencia económica y la soberanía política."

Las objeciones de más peso pasaban por lo político. Así lo manifiesta la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, cuando afirma:

los médicos queremos una sólida y propia unidad profesional al margen de toda eventualidad política [...] queremos estabilidad en los empleos, sin interferencia de móviles extraños a nuestra tarea específica [...] que no se tenga exigencias de afiliación política para el ingreso a los cargos rentados; que se reparen las injusticias cometidas sobre la base de la intemperancia en materia política (13).

Intentemos reconstruir una historia hipotética: la Confederación Médica se había mantenido cuidadosamente alejada del conflicto político —y por consiguiente del poder— desde la ruptura de su anterior unidad producida entre 1945 y 1946. Ese alejamiento le había posibilitado subsistir sin inconvenientes, pero al mismo tiempo le había restado eficacia como agente del interés gremial. Si se leen las actas de sus reuniones a lo largo de esos años se encuentra el tratamiento de problemas minúsculos, como los vinculados al alquiler del local, a los sublocatarios, a algún empleado administrativo, o las dificultades para mantener la revista. La única auténtica reivindicación que la confederación *maneja* efectivamente en esos años es la negociación con las compañías aseguradoras, único punto, significativamente, en el que tiene un contacto permanente con el aparato estatal. Una de sus rivales peronistas le reprocha en 1953 sus escasos logros, haciendo un listado de lo no obtenido. Y no podemos decir que el reproche haya sido injusto.⁷

Sin embargo, pese a esa debilidad manifiesta, sigue manteniendo su capacidad de convocatoria. En 1953 afirma contar con 15 filiales y la adhesión de 10 000 médicos. Efectiva o teórica, esa fuerza se pone de manifiesto en los conflictos con compañías de seguros, y le permitirá ganar la puja con la Corporación Médica cuando esta pretende arrebatárselo el liderazgo.

¿Estamos ante una situación contradictoria? No necesariamente; hay por lo menos dos clientelas posibles para su convocatoria, entre las que puede haber superposición de individuos. Los médicos dispersos o agremiados en pequeñas organizaciones en el interior, que veían su fuerza potenciada al contar con un organismo negociador al nivel nacional y, no menos importante, el núcleo opositor al peronismo, que desde diferentes vertientes ideológicas, podía verla como uno de los puntos de confluencia, como eje de una alianza que se definía solo por la oposición al proyecto político en el poder.

⁷ "¿Qué otra cosa podemos decir teniendo en cuenta que existen instituciones médico gremiales con varios años de actuación y que no han llevado a la práctica ni siquiera un programa mínimo en materia gremial, social, mutual o científica? A quienes duden de lo que acabamos de expresar les preguntamos qué consiguieron tales agrupaciones en el sentido de establecer aranceles, gestionar una remuneración digna de acuerdo a la jerarquía del trabajo en organizaciones estatales y privadas, lograr el aporte estatal con fines jubilatorios por los años trabajados ad honorem, reconocimiento del automóvil como elemento de trabajo y prioridad al médico para su adquisición, estatuto del médico según sus diversas actividades, sanatorios para médicos y sus familiares, colonias de vacaciones, Casa del Médico, cooperativas para artículos de primera necesidad y medicamentos, libros, seguros colectivos, etc. etc." ("Nuestra actual situación médico gremial y la necesidad imperiosa de modificarla". *Mundo Hospitalario* 133:3-4, setiembre de 1953, pág. 4.)

Cuando hacia 1953 comienza a hablarse de unidad gremial, la Confederación Médica concurre a las primeras reuniones, deja sentada su convicción de ser entidad mayoritaria, y se vuelve a retirar en un aislamiento orgulloso, convencida de que sus oponentes —divididos, enfrentados por el usufructo del poder a partir de camarillas y clientelas— no constituyen un auténtico desafío.⁸

Sin embargo, se subvaloró posiblemente la capacidad para manejar la situación desde el poder. Basta la presentación de una ley que otorgue la capacidad representativa a la institución mayoritaria para que la desconfianza anterior se torne, tal vez, en convivencia forzosa. La Confederación teme perder su carácter mayoritario, sabe que no podrá seguir representando al gremio en sus acuerdos colectivos solo le queda la oposición, confiando en el desgaste previsible del régimen y en el mantenimiento del poder convocante de su énfasis sobre la política.

EXPERIENCIAS POSTERIORES DE COLEGIACION

En dos provincias se crearán organismos de gestión de la matrícula profesional en los últimos años de la década del cincuenta. En ambos casos la iniciativa surge de las respectivas federaciones gremiales, inscribiéndose, sin embargo, en corrientes doctrinarias diferentes. Buenos Aires decide la creación de los colegios de médicos de distrito por el decreto ley n° 5413 de abril de 1958; Córdoba aprobará la constitución del Consejo de Médicos de la Provincia por el decreto ley n° 47 de 1961, ratificado más tarde por ley n° 4853 de 1965.⁹

La circunstancia de que la creación haya sido decidida por gobiernos militares, inmediatamente antes y después de un período constitucional, añadida al hecho de que la Federación Médica de la Provincia de Córdoba hubiera respaldado sin éxito la aprobación de su proyecto en las cámaras respectivas, permite suponer que la resolución presentaba aspectos políticamente conflictivos.

El Consejo instituido en Córdoba limita sus atribuciones al gobierno de la profesión, en sus dos aspectos ya señalados, gestión de la matrícula y dictado y aplicación del código de ética. Al menos eso es lo que surge del articulado que señala sus atribuciones en el decreto original. Sigue la línea doctrinaria que inspirara los primeros consejos santafesinos, tal como se organizaron en la década del

⁸ Ese diagnóstico surge del mismo testimonio de una de las instituciones implicadas: "En realidad la necesidad de unirse no era desconocida por nadie. Y si bien en el ámbito de las instituciones médicas mayoritarias, el frío con que inicialmente se recibió la invitación a la unión se atenuaba, para la definitiva unión aún faltaba mucho [...] fue ¡cuándo no! la palabra rectora del general Perón que invitó a la unión de las instituciones médicas [...] Al conjuro de tan autorizada palabra se limaron las asperezas, la frialdad primera se trocó en cordialidad". ("Por la Unión de todos los médicos en una sola entidad gremial". *Mundo Hospitalario* 129 3/5, mayo de 1953.)

⁹ Según uno de sus inspiradores, el proyecto original había sido elaborado en 1956 en el Departamento de Planificación del Ministerio de Salud Pública de la provincia; desde allí fue remitido al gremio que lo discutió en diferentes reuniones, formó una comisión para incorporar modificaciones y lo aprobó en una reunión del Consejo de Delegados de la Federación. Presentado a la Legislatura, no obtuvo sanción (Bergoglio, Remo. "Consejo de Médicos", en *Federación Médica de Entre Ríos*, Jornadas Médico-Gremiales, Paraná, mayo de 1960:19-24).

treinta. La modificación sancionada en 1965 añade entre las atribuciones de la Junta Directiva la capacidad de fijar los aranceles profesionales mínimos y sus modificaciones, señalando que tales aranceles "serán de observancia obligatoria" (ley 4853, art. 19 inc. i). Podría pensarse que se produce aquí una incorporación de inquietudes gremiales que se mantiene, sin embargo dentro de los límites de la "ortodoxia".

Uno de los profesionales comprometidos en la elaboración de proyecto lo señala expresamente en las Jornadas sobre Colegiación que se realizan en Paraná en mayo de 1960:

el Consejo de Médicos proyectado [...] no contiene ninguna interferencia con los fines del gremialismo libre de defensa de las remuneraciones, lucha gremial para obtener convenios, defensa en los cargos, remuneraciones, etc. Esta delimitación surgió en los amplios y prolongados debates en el seno de la Federación y es una de las más sobresalientes características del proyecto que *lo hace diferir totalmente* de otras colegiaciones existentes en el país" (énfasis en el original) (14).

La colegiación implementada en la provincia de Buenos Aires, en cambio, se inscribía claramente en la corriente que hemos llamado "heterodoxa" por defender la intromisión de reivindicaciones de tipo gremial en un organismo que actúa por delegación del Estado. Las atribuciones detalladas en el artículo 5º del respectivo decreto son explícitas al respecto: defender el legítimo interés profesional, establecer aranceles para prestaciones de salud, procurar la defensa y protección de los médicos en su trabajo y remuneraciones, etcétera.

REPERCUSION EN ESFERAS EXTRAMEDICAS

Cuando la facultad reguladora de los colegios avanza sobre intereses de otros sectores, de inmediato se produce el cuestionamiento de la constitucionalidad de tales instituciones. Y esa situación se vuelve prácticamente inevitable cuando se produce el traslado que señalaba José Nápoli, de exclusiva regulación de deberes a reivindicación de derechos, con mayor razón si los derechos reivindicados son de tipo económico.

Uno de los puntos claramente conflictivos es la atribución de fijar aranceles para prestaciones a beneficiarios de obras sociales y mutualidades. En la provincia de Santa Fe se registran antecedentes del problema prácticamente desde el inicio de la gestión de los colegios luego de su reordenamiento por la ley 3950. El 24 de setiembre de 1953 las autoridades del Colegio Médico de la 2ª circunscripción son citadas a una reunión con el bloque único de senadores provinciales, un grupo de diputados y tres representantes del Sindicato Médico, que pedían la derogación de los aranceles establecidos para la contratación con mutualidades.

El senador Galimberti hace saber al presidente del Colegio, Dr. Paz, que dichos aranceles perjudicaban a entidades que nucleaban 50 000 mutualizados y por lo tanto, siendo deber de los legisladores proteger a la mayoría, se había resuelto

"hacer uso de todas las facultades a su alcance para obtener la supresión de los mismos". Ante la posibilidad de una intervención, el Colegio decide suspender la aplicación de los aranceles previstos (15).

Una vez superadas las condiciones de relativa exclusión que los dirigentes gremiales santafesinos viven bajo el gobierno peronista, el Colegio comenzará a intervenir como mediador en los convenios celebrados entre los organismos gremiales y las mutualidades.¹⁰ La situación volverá a tornarse conflictiva a comienzos de los años sesenta y la Federación de Entidades Mutualistas llegará a objetar la constitucionalidad de la ley 3950, alegando, entre otros argumentos, que la intervención del Colegio como árbitro en el caso de discrepancias en la formalización de convenios, implica la asunción del doble rol de "juez y parte".

Las autoridades del organismo médico alegan en esa oportunidad que su actuación se produce por expresa delegación de poderes, refirmando con argumentos técnicos la legitimidad de su rol y señalando las condiciones particulares que lo convierten —a su juicio— en el árbitro más calificado, "dadas las características especiales del arancel médico, por la complejidad de especificaciones y la terminología técnica" (16).

A este tipo de problemas se refería sin duda el representante de Córdoba en las Jornadas de Paraná, cuando definía el rol que se atribuía en ese tipo de negociaciones a los consejos de médicos de su provincia: "un convenio colectivo de trabajo debe obtenerlo el gremio libremente asociado, mediante sus luchas propias: si el convenio ha sido *aceptado por las partes* puede el consejo declararlo de cumplimiento obligatorio para todos los médicos, pero no puede entrar en tratativas de ninguna índole" (17).

¿Por qué, entonces, la presunción de que la ley cordobesa no fue aprobada por las cámaras provinciales en función de algún tipo de oposición política? En función de que tanto este proyecto como el bonaerense contenían cláusulas que podían afectar los intereses de las empresas productoras y comercializadoras de fármacos. Las atribuciones de los colegios en ese sentido seguían una tradición que se había mostrado fuertemente conflictiva en la provincia de Santa Fe en los años treinta, otorgándoles la facultad de reglamentar la publicidad de productos de uso terapéutico (art. 5º, inc. 11, decreto ley 5413/48 y art. 12º, inc. g, decreto 47/61).

Se va conformando en esa esfera otro núcleo "duro" de poder dentro del sector salud, que no realiza manifestaciones públicas en defensa de sus intereses pero cuya presencia se registra de forma esporádica en declaraciones de legisladores, políticos y gremialistas. Las cuestiones vinculadas a medicamentos constituyeron sin duda una de las esferas de preocupación del gobierno del presidente Frondizi.

¹⁰ El boletín del Colegio de Médicos de Rosario conserva un acta redactada en oportunidad de producirse una de estas mediaciones: "En Rosario, a los nueve días del mes de agosto de mil novecientos cincuenta y ocho, en la sede de la Casa del Médico, se reúnen en convención conciliadora los representantes de la Federación de Entidades Mutualistas de Rosario y de la comisión Intergremial Médica de la 2ª Circunscripción, aceptan de común acuerdo la mediación del Sr. presidente del Colegio de Médicos de la 2ª Circunscripción, Dr. Augusto R. Mercau, para diferir al mismo el dictado de un laudo que sirva de contrato laboral por prestación de servicios médicos asistenciales." (*Bol Col Med* 2ª C. 9:3, Rosario, noviembre de 1958.)

LA CODIFICACION DE NORMAS ETICAS

El reconocimiento de la existencia de un conjunto de valores asociados a la práctica y definidos específicamente en función de sus peculiaridades tenían ya una larga tradición en la medicina argentina. En principio se lo pensaba como una parte no diferenciada de ese conjunto de condiciones intelectuales y morales que hacían del médico un individuo superior. Tales condiciones no podían aprehenderse, ni mucho menos ser impuestas, a lo largo de una carrera universitaria o en el interior de las instituciones de salud. Formaban parte del bagaje cultural del que cada individuo era portador en función de su experiencia vital. De ahí que la condición de médico se definía efectivamente fuera del sector, en la experiencia familiar, educativa y social de cada uno. Esa "condición originaria" formaba el sustrato en el que se apoyaba la formación otorgada por la Universidad. Formulado de maneras relativamente diferentes, este era el fundamento conceptual sobre el que apoyaban todas las propuestas de selección para el ingreso a la carrera.

Cuando la profesión asiste al ensanchamiento de sus filas que se produce contemporáneamente a la democratización de los claustros, comienza a manifestarse la necesidad de un disciplinamiento capaz de contener y encauzar los desbordes de aquellos que no se reconocen como portadores del ideal ético de la medicina. Cualquiera sea la relación causal que se establezca con el desorden en las condiciones de mercado y la conflictividad política que se manifiesta de manera prácticamente simultánea, la demanda por un ordenamiento de las filas profesionales que garantice el ejercicio del poder disciplinario sobre los transgresores tiene expresión generalizada.

La idea de acordar en torno a reglas que orienten la conducta de los profesionales es estimulada seguramente por el movimiento hacia la codificación de esa normativa que se expresa a nivel internacional. Las principales organizaciones gremiales encaran la tarea, y la discusión en torno a los valores y la ética de la profesión cubre un significativo espacio en las revistas destinadas a difundir sus inquietudes. Sin embargo, la sanción legislativa que garantiza un ejercicio efectivo del poder disciplinario solo se alcanzará de manera tardía y fragmentada, pues no todas las provincias delegan su poder de policía sobre las actividades de atención a la salud. La primera referencia que poseemos de un acto específico del poder político destinado a refrendar jurídicamente un código de ética corresponde también a la provincia de Santa Fe. En abril de 1945 el interventor federal en la provincia aprueba el proyecto preparado por los Consejos Deontológicos conforme a las directivas explícitas de su ley orgánica.

LOS CONTENIDOS DE LA PREOCUPACION ETICA EN LOS AÑOS CINCUENTA

El movimiento codificador parece haber encontrado nuevos estímulos en los años cincuenta, al mismo tiempo que incorpora contenidos originales a las pautas prescriptivas conservadas por la tradición.

Nuevamente recogemos la preocupación en el ámbito gremial, aunque también hay registros de su presencia en la esfera académica. El Congreso de Etica Médica

reunido en 1958 por la Asociación Médica Argentina podría considerarse un punto de confluencia entre la perspectiva académica y la gremial. Académicos y gremialistas comparten la palestra y, aunque es evidente que no se puede obtener una conclusión generalizada al respecto, al menos en este caso la inquietud por la codificación se expresa exclusivamente a través de estos últimos. En la voz de los académicos sigue enfatizándose el rol jugado por la tradición, recuperada a partir de la experiencia y la conciencia individual (18).

Tanto en el IV Congreso Médico Gremial reunido en Paraná en 1952, como en el V Congreso, que sesionó en Mar del Plata dos años más tarde, la Federación Médica Gremial de Córdoba presentó su proyecto de código de ética. La discusión gestada en torno al mismo le otorgó respaldo suficiente como para servir de base a elaboraciones posteriores, tanto de la Confederación como de otras federaciones provinciales.

Los doctores Remo Bergoglio y Andrés Degoy, autores del proyecto presentado por Córdoba (19), hacen una recapitulación de los antecedentes utilizados para su trabajo que puede considerarse representativa del "estado de la cuestión" en el nivel nacional a comienzos de los años cincuenta. El primer antecedente sistemático que se reconoce es el Código de Moral Médica, aprobado originariamente en 1918 por la Academia de Medicina de Caracas y luego, con modificaciones, por el IV Congreso Médico Nacional de Colombia, el Círculo Médico Peruano, y el IV Congreso Latinoamericano, reunido en La Habana en noviembre de 1922.

Ese texto se difunde en nuestro país en los años subsiguientes. Fue adoptado como propio por el Sindicato Médico Nacional organizado en esa época, luego por la Sociedad Médica de Santa Fe, en julio de 1930. Una versión inspirada en su articulado fue aprobada por el I Congreso Gremial Argentino, por iniciativa del Colegio de Médicos de la Capital Federal (20).

En este punto parece romperse —al menos en nuestra reconstrucción— una cierta línea de continuidad que recoge versiones de un mismo texto. Cuando volvamos a encontrar un código de ética médica el contenido habrá cambiado sustancialmente, pudiéndose rastrear en su articulado la huella de nuevas inquietudes y nuevas necesidades reconocidas por la profesión. El primer texto de esta nueva serie de intentos de codificación puede haber sido el redactado por Lazarte a fines de la década de 1940, que no hemos recuperado. Fue, sin embargo, una de las fuentes que consultaron los gremialistas cordobeses para elaborar su proyecto, junto al Código Francés de Deontología de 1945, y otros textos nacionales y extranjeros.¹¹

¹¹ El prefacio al Código de Ética Médica aprobado por el V Congreso Médico Gremial en Mar del Plata reconoce como antecedentes utilizados para su elaboración: los códigos de ética aprobados por la Academia de Medicina de Caracas en 1918, por el IV Congreso Latinoamericano, por la provincia de Santa Fe, en 1945, el anteproyecto del Dr. Lazarte, el anteproyecto presentado al IV Congreso Médico Gremial en 1952, la modificación del mismo propuesta por el Colegio de Médicos de la Primera Circunscripción, en Santa Fe, el Código Francés de Deontología de 1945, el anteproyecto de Código de Salud Pública de 1953, y el anteproyecto presentado por el Círculo Médico del Noroeste al Congreso Médico Gremial de la Capital Federal en 1944 ("Prefacio del Código de Ética Médica". *Rev Conf Med Rep Arg* IX 71:36, ene./feb. de 1955).

Luis Portes, presidente de la Orden de los Médicos en Francia y autor del prefacio de su Código de Deontología, destaca la necesidad constante de actualización de las normas éticas para adaptarlas a "las nuevas circunstancias de la evolución social" (21). Otras autoridades de nivel internacional son también citadas en respaldo de una perspectiva que considera a la ética como desarrollo histórico, aun cuando la conclusión definitiva sea ecléctica: "hay una base de fundamentos morales inmutables que deben adecuarse a la realidad social de los pueblos" (22).

Los códigos resultan, finalmente, un indicador más de los cambios percibidos por la profesión médica en sus relaciones internas y en sus vínculos con el medio social. Aunque la fundamentación doctrinaria de su derecho a establecer sus propias recopilaciones normativas permanezca inalterada, los preceptos —más por adición que por supresión o cambio— reflejan nuevas cuestiones de las que debe hacerse cargo para afianzar las bases sociales de su práctica.

Hay un conjunto de normas de conducta que son "peculiarísimas" del arte médico, se nos indica; "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". 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" (23).

Es imposible vincular fórmulas como las que acabamos de transcribir con algún período específico en la historia de la medicina. Imposible fecharlas, otorgándoles carácter histórico. Forman parte de una tradición discursiva que se reproduce sin temor al anacronismo. Para recuperar la sucesión cronológica de las cuestiones que la profesión toma a su cargo en diferentes momentos es necesario acercarse a la perceptiva específica que va incorporando a su deontología.

Entre 1955 y 1965 hemos podido recuperar tres códigos, aprobados luego de la conformación de colegios o consejos, en las tres provincias argentinas en las que tal institucionalización se produjo.¹² Los tres pertenecen a un mismo tronco, reproduciendo con variantes el articulado discutido en los congresos gremiales de 1952 y 1954 y adoptado como propio por la Confederación. No es nuestro objetivo en este momento un análisis comparativo detallado; solo nos interesa destacar algunos de los ítems que reflejan la nueva perspectiva de sí mismo que había ido construyendo en esos años el sector profesional vinculado a la actividad del gremialismo.

En primer lugar, los tres códigos sancionan como deber moral la cooperación con la Administración Pública en la vigilancia, prevención, protección y mejoramiento de la salud individual y colectiva. También se institucionaliza con rango de "deber" la lucha contra la "industrialización" de la profesión, el charlatanismo y el curanderismo. El cambio en la formulación es aquí significativo: no se trata solo

¹² La provincia de Santa Fe aprueba el "Código de Ética de los Profesionales del Arte de Curar y sus Ramas Auxiliares" por decreto ley N° 3648 del 20 de marzo de 1956. En la provincia de Buenos Aires la sanción se produce en mayo de 1961, y en la de Córdoba más tardíamente, como parte de la Reglamentación de la ley 4853 de 1965, aunque la preceptiva recupera íntegramente los proyectos elaborados en la década anterior.

del cumplimiento individual de la normativa ética es indispensable también asumir una posición activa en la vigilancia de la conducta de los colegas y en la denuncia de las prácticas transgresoras. La versión santafesina agrega "con la intervención de su entidad gremial" (art. 7º).¹³

La actitud combativa alcanzará también la actividad irregular de otros sectores: el profesional se abstendrá de recetar medicamentos cuyos productores efectúen "propaganda charlatanesca", ni tampoco "aquellos que traten de imponerse mediante obsequios o retribuciones de cualquier clase" (art. 16º del código de ética de Santa Fe y 19º del bonaerense).

En segundo término, se adjudica rango de normativa ética al derecho de los pacientes a la libre elección del profesional, "ya sea en el ejercicio privado, en la atención por entidades particulares, o por el Estado" (art. 8º de los códigos de Santa Fe y Córdoba, 2º del código de ética de Buenos Aires). La presencia de esta prescripción taxativa no hace más que reforzar la inquietud manifestada en múltiples oportunidades, que en última instancia puede leerse como actitud de rechazo a la generalización de la modalidad de retribución por salario.

Como tercera preocupación significativa, es posible registrar la transformación en categoría ética del sometimiento a la disciplina gremial, presente con matices en las versiones de Santa Fe y Córdoba. Ambas son taxativas: "Toda relación con el Estado, con las compañías de seguro, mutualidades, sociedades de beneficencia, debe ser regulada mediante la asociación gremial a la que pertenece [...] El profesional no podrá firmar ningún contrato que no sea visado por la entidad gremial" (art. 30, inc. g y h del código santafesino, art. 35 de la versión cordobesa).

La normativa santafesina va, sin embargo, más allá, adjudicando connotación de "deber moral" al derecho de libre afiliación a entidades gremiales (art. 30, inc. f).

Otro indicador de preocupaciones que se van agregando a la normativa profesional en función de la complejización de la práctica es el capítulo referido al ejercicio de especialidades. Este tema puede pensarse como un último capítulo del esfuerzo por la definición de un espacio de eficacia técnica que se hace evidente a partir de los años treinta (24). Las relaciones intraprofesionales vinculadas a los aspectos técnicos de la práctica terminarán de pautarse cuando se establezcan taxativamente las condiciones que autorizan el ejercicio de una especialidad. La redacción aprobada en Santa Fe es todavía relativamente ambigua. Después de definir conceptualmente al especialista¹⁴ agrega: "La especialización es más seriamente reconocida cuando se hace con intervención de una sociedad científica o gremial" (art. 68º).

¹³ Los códigos no hablan de "vigilar", sino del "deber de combatir", pero "vigilancia" es la expresión utilizada en la discusión doctrinaria, por ejemplo: "Esto contribuye a que sea necesaria la vigilancia, más que en ninguna otra profesión, de todas las actividades relacionadas directa o indirectamente con el ejercicio de la medicina y que, por lo tanto, exista un régimen disciplinario que evite transgresiones en el ejercicio profesional" (Invaldi, Angel. "Colegiación. Fondo Médico de Solidaridad." *Rev. A.M.A.* 72 (12):596-601, diciembre de 1958, pág. 597/8.)

¹⁴ "Especialista es quien se ha consagrado particularmente a una de las ramas de las ciencias médicas, realizando estudios especiales en facultades, hospitales u otras instituciones que están en condiciones de certificar dicha especialización con toda seriedad, ya sea en el país o en el extranjero y luego de haber cumplido dos años, como mínimo, en el ejercicio profesional."

Córdoba y Buenos Aires, por el contrario, coinciden en una mayor precisión: "Será considerado especialista solo quien tenga certificado otorgado o reconocido por el consejo de médicos" (art. 58º del código de ética aprobado en Córdoba. La versión bonaerense se orienta en el mismo sentido: "Art. 60º: Será considerado especialista el que se hallare encuadrado dentro de la reglamentación correspondiente del Colegio de Médicos").

Un último ítem merece tratamiento particular, en parte porque se encuentra más extensamente problematizado en la discusión de la época, pero también porque en su análisis es posible verificar la articulación entre los avances organizativos de la relación con entidades financiadoras vehiculizados a través del gremio, la superación de las pautas tradicionales centradas en el vínculo singular entre médico y paciente, y la incorporación de los nuevos contenidos en la normativa ética.

LA REGULACION DE HONORARIOS: TECNICA ORGANIZATIVA Y NORMATIVA ETICA

Una parte importante en el desarrollo de técnicas organizativas para el ejercicio profesional que caracteriza a los años cincuenta se relaciona con la regulación de honorarios.

La preocupación por estimar el precio del trabajo médico en los casos donde la *relación singular* médico-paciente no se producía, o resultaba perturbada, tenía ya una larga vigencia. En los medios profesionales se lamentaba la falta de pautas normativas que orientaran la estimación de honorarios por pericias judiciales, el trabajo en instituciones, los casos controvertidos de aplicación de honorarios privados, la regulación judicial en los casos en que se produce una quiebra o los herederos del paciente fallecido no aceptan la estimación del profesional.

En el orden nacional se disponía de un arancel establecido en 1902 por el Departamento Nacional de Higiene, destinado a orientar las decisiones de los jueces en caso de litigios. Ese arancel se aplicó en causas judiciales hasta 1919, fecha en que las Cámaras Civiles acordaron que serían los jueces los responsables de fijar el precio de los servicios médicos reconocidos por sentencia.¹⁵ Sin embargo, algunos jueces siguieron aplicando el arancel del Departamento Nacional de Higiene con carácter orientativo (25).

¹⁵ Las dificultades para establecer el valor de la práctica en las profesiones liberales, en función de las características peculiares de la respectiva función, se señalan en un fallo producido en 1920, que puede considerarse indicativo del estado de la cuestión a comienzos de siglo: "En las profesiones liberales, lo que prima en primer lugar es la inteligencia, la preparación científica o artística, y esa concepción superior del espíritu que permite al intelectual llevar a buen fin su misión humanitaria y cultural. No es el bisturí, el pincel o el buril, lo que aprecia y estima, sino el conjunto de facultades superiores de la inteligencia, factores todos ellos que nacen de la idea, y que no pueden apreciarse ni por el volumen, ni por la extensión, ni por el peso; lo que vale y es susceptible de apreciación pecuniaria no es la mano que opera, sino el cerebro que concibe y dirige la mano [...]. De ahí que esas compensaciones de servicios intelectuales no pueden ser calificadas y definidos taxativamente por leyes de fondo, que rigen la generalidad de las transacciones y operaciones de la vida civil, deben serlo *por otras leyes especiales* de que carecemos en general" (énfasis en el original). (*Gaceta del Foro*, IV, 1.148:9-14, 1930, pág. 10).

A partir de los años cuarenta, al generalizarse la negociación de convenios con las Compañías de Seguros de la Rama Accidentes, el gremio comenzó a trabajar sistemáticamente en la elaboración de aranceles. A ello se sumó la aplicación del Estatuto del Peón, que motivaba convenios especiales, al igual que los que se realizaban con las compañías especializadas en seguros de vida.

En los años cincuenta se reconoce como inquietud manifestada en diferentes esferas de la actividad profesional la preocupación por la elaboración de aranceles. Mientras el gremio los incorpora en los acuerdos bilaterales con mutualidades y obras sociales, se reconocen por lo menos otras tres iniciativas relacionadas con el tema:

1) La comisión designada por el Ministerio de Salud Pública para actualizar el arancel elaborado por el Departamento Nacional de Higiene (26).

2) El proyecto de arancel para médicos legistas y peritos, redactado por el respectivo colegio en 1957, que establecía valores mínimos.

3) El proyecto de arancel de honorarios médicos aplicables a la práctica privada, elaborados por el Colegio de Médicos de la 1ª Circunscripción, en la provincia de Santa Fe.

No hemos podido acceder a las conclusiones elaboradas por la comisión nombrada en Salud Pública, ni sabemos si efectivamente produjo algún resultado. Tanto el proyecto de los médicos legistas como el elaborado por el Colegio de Médicos santafesino nos permiten recuperar una parte de la doctrina generalizada en cuanto a fijación de honorarios, que sigue defendiendo la perspectiva propia de la práctica tradicional: a) para la fijación de honorarios relacionados con la actividad de los médicos legistas se utilizan parámetros semejantes a los generalizados en otras profesiones liberales, y por consiguiente se hace depender la estimación de honorarios de los valores comprometidos en la controversia judicial;¹⁶ b) para los casos en que los honorarios devengados devienen de asistencia médica prestada a pacientes en práctica privada, sean o no contenciosos, se reclama una evaluación que contemple la condición económica del paciente, la posición personal del médico, y la actividad desarrollada por este en razón de las características particulares de la dolencia.¹⁷

En los convenios pactados con compañías de seguros de vida, la Confederación Médica había impuesto el primer criterio, regulándose el arancel por el monto del seguro contratado.

¹⁶ El artículo 2º del arancel aprobado por el Colegio de Médicos Legistas estipulaba: "Se tomará como base para la regulación de los honorarios: a) el monto de la demanda, en juicios en que se reclame suma líquida; b) el haber del presunto insano, en juicios de insanía; c) el acervo hereditario, en los casos de sucesiones; d) la cifra regulada en la sentencia, correspondiente a cinco años, en los juicios de alimentos o desalojos; d) en otros casos, no enumerados, los señores jueces tendrán en cuenta la naturaleza y complejidad del asunto, tipo de diligencias periciales practicadas (exposición a contagios o peligros) y el mérito de la pericia, apreciado por el valor ilustrativo, científico, extensión e importancia del trabajo médico legal realizado." (Asociación Médica Argentina. "Congreso de Ética Médica", cit., nota pág. 523).

¹⁷ El artículo 4º del arancel aprobado por el Colegio de Médicos de Santa Fe establecía: "Los colegios de médicos justipreciarán los honorarios subordinándose a los siguientes elementos de juicio: a) condiciones emanadas del médico. b) condiciones emanadas del paciente. c) condiciones que derivan de la importancia de los servicios prestados".

En lo relacionado con el triple componente de estimación de honorarios por atención prestada a pacientes, todavía en el Congreso de Ética Médica reunido por la Asociación Médica Argentina en 1958 se defiende el criterio que sustentaba la profesión a lo largo de varias décadas.¹⁸ Sin embargo, y sin reconocer la existencia de alguna contradicción en el planteo, se enfatiza la necesidad de terminar con la disparidad de los aranceles vigentes:

para visitas en consultorio las cifras oscilan entre \$ 36 y \$ 60; para visitas a domicilio se va desde \$ 33 a \$ 75; para una hernia simple operada, se pide entre \$ 600 y \$ 1200. Es esta una cuestión capital para los momentos que vivimos y que debe ser resuelta en primera línea. Los aranceles deben presentar cifras básicas, uniformes para toda la República, a las que habrá de agregarse un suplemento móvil (siempre en más, nunca en menos) según sea la zona geográfica de vigencia.

A renglón seguido se aclara la supuesta contradicción en el siguiente planteo: "estas cantidades serán siempre valores mínimos, susceptibles de ser aumentados en virtud de circunstancias calificativas, profesionales o del enfermo" (27).

La preocupación por establecer honorarios mínimos, cuyo cumplimiento se vincula con valores indeclinables de ética profesional, parece claramente asociada con las preocupaciones de la época. La profesión percibe con alarma la tendencia a subvalorar el trabajo médico, utilizada como reclamo para la captación de pacientes. Habiendo consenso sobre diferentes capacidades financieras de las instituciones contratantes, una de las preocupaciones del gremio será la elaboración de honorarios mínimos a aplicar en cada oportunidad, o para cada nivel de la demanda. Abundan en las publicaciones de estos años menciones relacionadas con las dificultades de la tarea: se trata de compatibilizar cifras entre regiones diferentes, de nombrar prácticas específicas, de adecuar el conjunto a una apreciación del poder adquisitivo de los sectores que en última instancia se harán cargo del costo de la atención.

Tanto el código de ética aprobado en Santa Fe como el que rige para la provincia de Córdoba sancionan la obligación moral de ajustarse al honorario mínimo. Ambos reconocen, sin embargo, la posibilidad de ajustar cifras por encima de ese monto, que correspondan "a la jerarquía, condiciones científicas y especialización del profesional, posición económica y social del enfermo y a la importancia y demás circunstancias que rodean el servicio prestado" (28).

Aunque en ningún caso se reconozca la limitación explícitamente, los convenios colectivos celebrados con entidades financiadoras significarán una primera negación del triple componente vinculado tradicionalmente a la regulación del precio de

¹⁸ Según la ponencia oficial elaborada para el tema "honorarios médicos" se puede distinguir tres capítulos entre los elementos que integran la valoración de honorarios: *a) personalidad del profesional, b) personalidad del enfermo, c) circunstancias calificativas*. En el primero se tiene en cuenta: jerarquía, condición científica, grado de técnica profesional, posición en la emergencia, grado de parentesco con el enfermo y grado de vinculación afectiva con el enfermo; en el segundo: naturaleza de la enfermedad, situación económica, situación social, y en el último capítulo distancia recorrida, modo del viaje, zona geográfica, condiciones en que se prestó la asistencia médica, importancia de los cuidados, horas de las visitas, número de visitas, naturaleza de la atención médica, costo actual de vida, pericias (*Rev. A.M.A.*, 72 (12):521-529, diciembre de 1958, pág. 525).

la atención. Si bien el principio aplicado es reconocer quitas que respondan a diferente capacidad financiera, el sistema supone una igualación de las condiciones de la oferta. Todos los profesionales perciben el mismo honorario, con la única excepción de la distinción realizada en algunos casos entre especialistas y clínicos.

COMENTARIO FINAL

Del mismo modo que hablamos de "la conflictiva delimitación de un nuevo perfil profesional", podríamos referirnos a "la constitución de la profesión como actor social relativamente unificado". Tal es, en realidad, nuestra lectura del proceso que hemos intentado describir en estos capítulos.

A partir de diferentes experiencias: con el poder político, con otros actores sociales, con sus propios colegas en posiciones político-ideológicas contrapuestas, los médicos van paulatinamente construyendo los referentes de una nueva identidad profesional. Aunque siguen discutiendo en torno a los fundamentos doctrinarios de una organización de los servicios a nivel nacional, como veremos inmediatamente, aunque responden a adscripciones partidarias diferentes, la práctica cotidiana los pone en condiciones de participar de experiencias comunes, les adjudica oponentes y adversarios que refuerzan la idea de su pertenencia a un grupo social de características peculiares.

Si la identidad de un grupo se define a partir de la contraposición con otro u otros, los valores asociados con esa identidad se fortalecen o reformulan a partir de experiencias dotadas de signo positivo. La práctica gremial de negociación de condiciones de trabajo en ámbitos particulares —la provincia, las ciudades, las instituciones, los consultorios— no solo acumula pequeños éxitos que parecen indicar que ese es el camino adecuado para el fortalecimiento de los intereses comunes, también recrea las condiciones de fragmentación que constituyen la característica más significativa —pasada y futura— del sistema.

La negociación en esferas particulares da lugar a la emergencia de identidades fragmentarias —médicos rurales, médicos de las ciudades, grandes instituciones— que en algunos casos terminarán siendo subordinadas, en otros configuran actores diferenciados. En este caso, hablar de identidad profesional puede parecer abusivo, ya que no toda la profesión adscribe a los mismos referentes. Los propietarios de las grandes instituciones de internación, por ejemplo, tomarán a poco andar una senda paralela pero diferente.

El referente a la identidad gremial, por el contrario, parece excesivamente limitado. No es el gremio, no son los gremialistas, son los médicos, en tanto sujetos individuales, quienes a partir de la delimitación del perfil de su práctica construyen identidades con suficientes puntos de contacto como para permitir una acción unificada. Independientemente del reconocimiento de intereses específicos y de la adopción de estrategias particulares, la profesión construye una esfera de representaciones que la coloca como un actor social particular, ante otros actores portadores de intereses relativamente contrapuestos. Los éxitos y los fracasos sirven para acumular experiencias en relación a los caminos más adecuados para lograr una inserción social conforme a la imagen que la profesión ha construido de sí misma.

Referencias bibliográficas

- (1) Cf. García, Lorenzo. *El gobierno médico profesional*. Santa Fe, Ed. Colmegna, 1942.
- (2) Así al menos lo entiende uno de los defensores de la propuesta de separación de funciones. Nápoli, José A. "La colegiación médica en sus relaciones con el gremialismo y la legislación de la provincia de Santa Fe", en Federación Médica de Entre Ríos. *Jornadas Médico-Gremiales*, Paraná, mayo de 1960: 8-17.
- (3) Belmartino, Susana, *et al.*, *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1925*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1988.
- (4) Ambas versiones se publicaron bajo el título de "Ley Básica del Ejercicio de las Profesiones Universitarias del Arte de Curar". *Rev Conf Med Rep Arg V (50):9-24*, agosto de 1945.
- (5) "Acerca del Estatuto Médico y la Agrupación Obligatoria". *Mundo Hospitalario* 61:5, noviembre de 1944.
- (6) Nápoli, José. "Colegiación médica...", cit.
- (7) "La ley de agrupación de los profesionales del arte de curar, 3950. Se ha proyectado nuevas reformas a la misma". *El Litoral*, Santa Fe, 29 de julio de 1953.
- (8) Ministerio de Salud Pública. Resolución 161. *Rev Fed Med Entre Ríos II 6*, diciembre de 1952, pág. 46.
- (9) *Idem*, pág. 47.
- (10) "Por la unión de todos los médicos en una sola entidad gremial". *Mundo Hospitalario* 129:3/5, mayo de 1953, pág. 5.
- (11) "Proyecto de constitución de la Federación Argentina de Profesionales". *Rev Conf Med Rep Arg VII 63:30-31*, setiembre de 1953, pág. 30.
- (12) "Nuevos intentos para organizar la Confederación General de Profesionales. *Rev Conf Med Rep Arg VIII (65):40*, ene./feb. de 1954; "Intensa repercusión tuvo el proyecto de ley sobre Régimen de las Asociaciones Profesionales". *Idem*, VIII (68):7-9, jul./ag. de 1954.
- (13) "La CGP por ley o la desdicha de ser profesional", artículo publicado en el Boletín N° 32 de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y reproducido en *Rev Conf Med Rep Arg VIII 69:12-17*, set./oct. de 1954, pág. 16.
- (14) Bergoglio, Remo. "Consejo de Médicos". Federación Médica de Entre Ríos. *Jornadas...*, cit., 19-24, pág. 21.
- (15) "Aranceles". *Boletín del Colegio de Médicos*, 2ª Circunscripción I (2): 4-5, Rosario, diciembre de 1953, pág. 4.
- (16) "Mutualidades. Carta al Señor Ministro". *Boletín del Colegio de Médicos*, 2ª Circunscripción 13:10, Rosario, octubre de 1964.
- (17) Bergoglio, Remo, "Consejo de Médicos...", cit., nota 94, pág. 21.
- (18) Asociación Médica Argentina. "Congreso de Ética Médica". Buenos Aires, 12 al 15 de noviembre de 1958. *Rev. A.M.A.* 72(12):489-604, diciembre de 1958.
- (19) "Código de Ética Médica". Presentado por la Federación Médica Gremial y el Colegio de Médico de la Provincia de Córdoba. *Rev Fed Med Entre Ríos II (7):31-41*, marzo de 1953.
- (20) Degoy, Andrés. "Relato sobre ética médica, V Congreso Médico Gremial de la República Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg IX (71):33-36*.
- (21) *Idem*, pág. 34.
- (22) *Ibidem*.
- (23) Nápoli, José. "Colegiación médica...", cit., pág. 8.

- (24) Belmartino, Susana, *et al. Corporación médica...*, cit.
- (25) Cf. *La Ley*. T. 48:561-567, 1947.
- (26) Ministerio de Salud Pública. Expediente Nº 15473/56.
- (27) Bonnet, Emilio F. "Honorarios Médicos". *Rev. A.M.A.* 72, 12: 521-529, diciembre 1958, pág. 525/26.
- (28) *Código de Ética de Santa Fe*, art. 97.

7. La discusión en torno al seguro

Tal como ya lo señalamos, en la última mitad de la década del treinta y los primeros años de la del cuarenta la posibilidad de implantación de un sistema de seguridad social gana terreno en la opinión pública argentina.

En la búsqueda de explicaciones sobre el aparente consenso generalizado en torno a la idea del seguro social no puede desdarse la influencia de referentes internacionales. Las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, la difusión del Plan Beveridge, las repercusiones de la política llevada adelante por Roosevelt en los Estados Unidos, el Plan March en Canadá, son referentes obligados cuando se discuten las políticas sociales del futuro.

La generalizada referencia a la institución del seguro no significa, sin embargo, homogeneidad en las representaciones que cada sector, o cada grupo, construye en relación a los significados asociados a la palabra.

El problema no solo se manifiesta en la lectura de los comentarios, propuestas, elaboraciones más o menos complejas o técnicas en torno al tema; también surge espontáneamente de las adjetivaciones que complementan el sentido otorgado al concepto. Seguros sociales, seguro nacional, seguro libre, obligatorio, integral, de enfermedad: cada sector defiende una perspectiva del problema y el abigarrado panorama resultante brinda una primera imagen, impresionista, de las dificultades para lograr consenso en torno a su institucionalización.

En este capítulo nos preocuparemos por sintetizar las visiones que construye la profesión en torno al tema, independientemente de su concreción en leyes, o de la puesta en marcha de organizaciones que recuperen algunas de las fórmulas operativas asociadas a la dinámica del seguro: previsión individual, previsión social, sistemas de pago previo, regímenes por abono, etcétera.

Aunque es indispensable reiterar la advertencia ya formulada en el capítulo anterior, en relación con las dificultades existentes para medir la representatividad de nuestras fuentes, entendemos que el objetivo de nuestro trabajo justifica la utilización realizada. No nos preocupa saber si las propuestas que analizamos tenían o no consenso mayoritario; es más, su relativa diversidad y frecuente reiteración harían pensar en una situación de "empate", no resuelta. Nuestra hipótesis de trabajo se orienta fundamentalmente a considerar su carácter público, su difusión en diferentes espacios del quehacer profesional, la situación de liderazgo alcanzada por

sus autores en ámbitos gremiales, académicos, universitarios, institucionales, condiciones todas que permiten suponer su influencia en la construcción de un "imaginario" social de la profesión médica que parece conformarse en estos años. No necesariamente homogénea, fragmentada y en ocasiones contradictoria, esta imagen que la profesión construye de sí misma y de su relación con la sociedad en la que se inserta pautará su toma de posición en las diferentes áreas de conflicto que esa inserción genera.

LA PROBLEMATIZACIÓN DEL SEGURO EN LOS AÑOS CUARENTA

Si se intenta delimitar los ejes ordenadores de la polémica en torno a la idea de seguro en los primeros años de la década del cuarenta, la primera evidencia a registrar es la reiteración de las opciones presentes en otras áreas de la política de salud. Aquí también el debate se centra en oposiciones como centralización/descentralización, organización/libertad, integración/autonomía, fragmentación/sistema. Si las cajas de seguro deben ser una o múltiples, si la organización regional o centralizada, si la cobertura del riesgo de enfermar debe estar asociada —en términos organizativos, financieros o ambos— a la referida al conjunto de los riesgos vitales, qué sectores de la población deben estar cubiertos, quiénes deben tomar a su cargo los aportes, sobre qué principios se organizarán las prestaciones, cómo se asegurará la viabilidad del esquema financiero, qué repercusiones tendrá sobre el conjunto del sistema económico; las propuestas se multiplican a partir de posibles combinaciones entre las opciones disponibles para dar respuesta a cada interrogante.

Hay algunas ideas matrices, sin embargo, que paulatinamente actúan como ordenadoras del debate. La fuerza que tiene en estos años la idea del carácter insoslayable de los cambios, el peso que adquieren la racionalidad y la organización como vehículos indispensables en el tránsito hacia la modernización y el consiguiente bienestar, terminan por orientar la elección de posibles opciones. Cualesquiera sean las concesiones que se hagan a intereses preexistentes, a culturas políticas, a ritmos sociales que se estima contraproducente alterar, los modelos construidos con perspectivas de futuro confluyen por lo general en la idea de un *sistema*.

En materia de salud, el sistema se piensa en clave sectorial. Aun si se insiste en la necesidad de unificar previsión, asistencia social y prestación de servicios, la integralidad se circunscribe a la problemática de salud/enfermedad, cualquiera sea la amplitud del campo de referencia al que se la adscriba.

Si combinamos organización y racionalidad, y colocamos el resultado bajo un comando único que garantice el cumplimiento de los objetivos preestablecidos, el resultado es fácilmente previsible: un servicio único, de cobertura universal, que asegure la atención en su triple aspecto de prevención, cura y recuperación. ¿Cuál es, en ese contexto, la función del seguro?

Si bien puede pensarse que el recurso al seguro se orienta fundamentalmente a la obtención de una base financiera estable, continua y suficiente, que garantice el

normal desenvolvimiento de los servicios, el contexto en el que la idea se problematiza puede definirse con mayor amplitud. En primer lugar, adscribe al ejercicio de la responsabilidad individual por la cobertura de posibles riesgos, y la cotización que se exige a todos en proporción a la capacidad contributiva de cada uno se plantea como un instrumento de educación popular. En segundo término, el beneficio recibido se percibe como contraprestación, como derecho adquirido, superando las concepciones vinculadas a la caridad o la beneficencia. Por último, hay un principio de justicia que gobierna la distribución de cargas y beneficios. El mantenimiento de la capacidad laboral —eje orientador de la política social de la época— beneficia sin duda al individuo que la utilizará para asegurar su subsistencia, pero también a los empleadores, en función de garantizar productividad a sus capitales, y a la sociedad toda, que aprovechará la riqueza producida (1). Tal el fundamento de la triple contribución, trabajadores, empleadores, Estado, y el principio que ordena la cobertura de las nuevas generaciones —portadoras de la capacidad laboral futura— y la de aquellos que ya han entregado su esfuerzo para asegurar el bienestar del conjunto.

Desde este punto de vista, el relacionado con la confrontación de valores sociales, el sistema de seguro se beneficia con un balance favorable en comparación con el crédito otorgado a su oponente: la propuesta de financiación a partir del impuesto, ya se trate de la aplicación de un gravamen específico, o bien del recurso a las rentas generales del Estado.

¿Cuáles son los temores? ¿En qué se basan las reservas de la profesión ante el modelo?

El sacrificio de la práctica individual, la aceptación del ámbito institucional de ejercicio, la resignación de las tradicionales libertades pesan, sin duda, significativamente, al menos para un sector. Pero hay una cuestión adicional, que alarma aun a los más decididos promotores del cambio: los cálculos no cierran.

Todas las evaluaciones disponibles a nivel internacional parecen coincidir en que la implantación de los seguros obligatorios constituyeron experiencias "poco alentadoras para la clase médica" (2). Aun cuando se reconocen ventajas indudables para la aplicación de una medicina integral, que dé énfasis a las prácticas preventivas y que sea capaz de proporcionar una respuesta eficaz a problemas de fuerte connotación social como la tuberculosis y las cardiopatías (3), existe consenso respecto a las bajas remuneraciones percibidas por los profesionales. Pese a las expectativas originadas en torno a su implantación los seguros no han contribuido a solucionar el problema económico de los médicos, se afirma; por el contrario, lo han agravado, restando clientela de sus consultorios privados, sin ofrecerles una retribución adecuada en la función pública. Para verificar estas afirmaciones es suficiente considerar cuál ha sido la posición de los médicos frente a los seguros sociales: "desde 1883 hasta nuestros días [...] siempre fue de franca oposición. Alemania, Francia e Inglaterra, y Chile y Perú en América sirven de ejemplo" (4).

Las causas del problema parecen claras para los médicos argentinos: la insuficiencia de los recursos que pueden obtenerse de las contribuciones sobre el salario. Si se adopta el sistema que integra en la cobertura del seguro exclusivamente a la población trabajadora de medianos y bajos ingresos, aun cuando se incorpore

el aporte patronal y la contribución del Estado, y se elaboren mecanismos destinados a asegurar las prestaciones a trabajadores que, como el peón de campo, se caracterizan por la inestabilidad o estacionalidad de su ocupación, el cálculo de recursos resulta insuficiente para asegurar las prestaciones. La técnica actuarial, con la que Bunge había familiarizado a sus compatriotas a lo largo de más de veinte años convirtiéndola en auxiliar indispensable de una medicina "científica" —basada en la racionalidad del cálculo y no en impulsos emocionales sin sustento efectivo—, demostraba la necesidad de porcentuales tan significativos en función del nivel de salarios general, que el sistema se mostraba impracticable.

La solución propiciada era el seguro nacional que comprendiera a la totalidad de la población, con cotizaciones universales, calculadas sobre el monto de los ingresos, y progresivas, de manera de constituir un mecanismo solidario con efectiva redistribución de la renta.¹

La solución no era del agrado de todos. Buena parte de la profesión aspiraba a seguir convocando a sus consultorios a los sectores de mayores recursos, manteniendo la autonomía técnica y financiera que consideraba una prerrogativa indeclinable de su función.

Muchos de ellos, sin embargo, participan de la polémica, y acatan, al menos en sus manifestaciones públicas, las decisiones mayoritarias. Los congresos médicos, tanto los académicos como los gremiales, se transforman en estos años en arena de debate.

Hemos recuperado la crónica de uno de ellos, convocado en Santa Fe en 1946 por la Federación de Sanidad de la Provincia. Habiendo consenso en la conveniencia de la aplicación de seguros sociales destinados a la cobertura de los principales riesgos reconocidos, se plantean posiciones contrapuestas en dos áreas de importancia, que afectarían radicalmente las formas organizativas. La primera de ellas remite a los alcances de la cobertura del sistema, la segunda, de más difícil dilucidación, se relaciona con la conveniencia o necesidad de sacrificar a los requerimientos de la organización uno de los principios más caros al ejercicio profesional: el reconocimiento del derecho a la libre elección del médico por parte del paciente. Médico funcionario o libre elección se plantean como propuestas antinómicas, la discusión absorbe la sesión plenaria a lo largo de toda la jornada, y finalmente se llega a una solución acordada (5).

Las conclusiones del Congreso relativas al tema "Organización de los servicios médicos" revelan el nivel de compromiso a que se había llegado en la articulación entre las directivas de las más avanzadas teorías de planificación sanitaria, el interés gremial por controlar la organización del sistema, y la preocupación por aglutinar la mayor cantidad de voluntades tras una propuesta elaborada por consenso.

¹ "Personalmente (y esta será la tesis que defienda en el Congreso) creo que debemos orientarnos hacia el seguro nacional. En él se contempla a la población entera, sin distinción de posición económica, y presupone la contribución de todos los habitantes de acuerdo a sus entradas mensuales y en forma proporcional y progresiva", afirma Luis Tettamanti, secretario general de la Federación Médica de la República Argentina, en un reportaje radial previo a la reunión del Primer Congreso Médico Gremial de la Capital. ("R.A.D.E.S. reportaje al doctor Luis V. Tettamanti". *Rev Fed Med Rep Arg* II (19):36-40, diciembre de 1942, pág. 38).

Se recomienda la inclusión del Seguro Integral de Enfermedad dentro del Seguro Social, con Caja y Administración unificada para todo el país, y dirigida por un organismo autárquico, constituido por representantes del Estado, contribuyentes y gremios de la Sanidad.

En dependencias del Seguro se organizarán servicios médicos de asistencia y previsión, sometidos "al asesoramiento periódico de los profesionales del arte de curar y técnicos de la Sanidad y a la crítica de los beneficiarios".

Los servicios estarán regionalizados, conforme a un "plan sanitario general", y garantizarán a los asegurados "un servicio médico curativo y preventivo completo". Todos los servicios actuarán bajo una "dirección técnica unificada y descentralizada al mismo tiempo", y los distintos institutos y establecimientos, así como los diferentes técnicos, actuarán coordinadamente entre sí y con instituciones no dependientes del Seguro.

"Habrá libre elección del médico, odontólogo u otro técnico dentro de la zona que corresponda". Los profesionales serán contratados a través de la asociación gremial mayoritaria y "tendrán un emolumento que les permita una vida decorosa, ajustado cada año al efectuarse el cálculo general de gastos y entradas del Seguro". El régimen de trabajo comprenderá: ingreso por concurso, ascensos por escalafón, retribución proporcional por consulta, visitas y camas, régimen de previsión completa, estabilidad y régimen de incompatibilidades (6).

La argumentación sigue la línea que podría considerarse hegemónica en los años cuarenta: unidad de conducción bajo la directiva del Estado, supeditación del técnico en un proyecto político que lo incluye, reconociendo la importancia de su función y otorgándole predominio en su esfera y condiciones laborales acordes con la responsabilidad asumida.

No significa esto suponer características ideológicas homogéneas en la población médica; por el contrario, algunas diferencias significativas pueden percibirse en los contenidos del debate. Sin embargo, la posición que hemos llamado no intervencionista aparece en retroceso, se abroquela tal vez en posiciones defensivas, esperando una mejor oportunidad favorecida por cambios en el contexto global.

LOS CONTENIDOS DE LA POLEMICA EN LOS AÑOS CINCUENTA

La preocupación por la posible implementación de algún sistema de seguro se agudiza en la segunda mitad de los años cincuenta, canalizándose en un movimiento de discusión técnico-doctrinaria, con fuerte carga ideológica.

El impulso no parece provenir de la profesión. La impresión que produce la lectura de los documentos relacionados con las pautas organizativas del seguro es de una cierta reticencia, una aceptación obligada del problema, un "hacerse cargo" de cuestiones de difícil resolución. La discusión de alternativas parece haber quedado limitada a un grupo de dirigentes, sin llegar a conmover a las bases gremiales: se organizan mesas redondas y congresos, pero no asambleas, ni se registra cualquier otro tipo de explicitación pública de apoyo a alguno de los proyectos en debate.

La problematización del tema parece haber ido *in crescendo*, hasta culminar en la primera mitad de los años sesenta, fuera de los límites cronológicos de este trabajo. Sin embargo, ya en esta primera etapa de debate se puede recuperar una variedad de registros suficientemente representativos, que dan pie a la hipótesis de que en este período se conforman las diferentes corrientes ideológicas que todavía hoy pueden reconocerse en las propuestas de organización de los servicios de salud.

La iniciativa parece haber nacido en el seno del aparato estatal y se vincula cronológicamente a la autodenominada Revolución Libertadora. El 6 de febrero de 1956 se aprueba el decreto ley N° 2245, que crea la "Comisión Nacional del Seguro Social de Enfermedad". Se decide la dependencia conjunta de los Ministerios de Trabajo y Previsión y Salud Pública y la participación de representantes de Hacienda, Finanzas, Comercio, Industria y Agricultura y Ganadería.

No significa seguramente presunción excesiva inscribir la iniciativa dentro de la política dirigida a la cooptación del movimiento sindical. La hipótesis se refuerza al considerar los fundamentos del proyecto finalmente elaborado: se le otorga valor de "poderoso y decisivo instrumento de paz social", confiando en su eficacia para "neutralizar los factores, ficticios o artificiales, internos y exteriores, promovidos por fuerzas interesadas en crear un clima de turbulencia propicio a la peligrosa agitación de las masas, en beneficio de una tendencia malevolente de resentidos sociales". Se cita incluso como ejemplo la estrategia política llevada adelante por Bismarck cuando decidió la creación del primer sistema de seguro social para calmar la agitación social en la Alemania de fines de siglo XIX (7).

Una lectura superficial del problema podría ubicar a los dirigentes del "gremialismo libre" en el apoyo a la iniciativa, no solo porque recibieron el golpe de setiembre de 1955 como una liberación, también por su historia de enfrentamientos con las organizaciones mutuales y sus tradicionales reclamos de una organización sanitaria que superara la anarquía existente.

No parece ser así, sin embargo, y la posición del gremio no permite una lectura simplista. El debate que se irá construyendo progresivamente en torno al tema lo muestra penetrado de tendencias fuertemente contradictorias, que no remiten a una línea de alianzas claramente definida. Es más: es posible preguntarse si la profesión se encontraba en estos años preparada para tejer alianzas.

El proyecto elaborado por la Comisión Interministerial excede en alguna medida los términos de su mandato, ya que propone la creación del "Instituto Nacional de Seguridad Social", recuperando la propuesta doctrinaria de régimen único, con cobertura de la totalidad de los riesgos vitales.² No nos ha sido posible registrar repercusiones a nivel político o social, que expliquen la falta de sanción o, peor aún, la caída en el olvido de la propuesta publicada en 1957, pero un año más tarde el gobierno desarrollista reiterará el intento.

² En la fundamentación se señala: "un organismo único con competencia exclusiva para el conjunto de riesgos, representa dentro de los regímenes más evolucionados un intento de simplificación, una concepción particular de la política económica y una adecuación más rápida al progreso social" (Comisión Nacional del Seguro de Enfermedad. Proyecto de Decreto ley Nacional de Seguridad Social (Decreto leyes Nos. 2245/56 y 1641/57), Buenos Aires, 1957, pág. 9).

En diciembre de 1958, y por resolución del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación se conforma una Comisión Nacional para el estudio del Seguro de Salud,³ integrada por representantes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, de las confederaciones médica, odontológica, farmacéutica y bioquímica, de mutualidades, obras sociales, y gobiernos provinciales. La mayor presencia sectorial diferencia nítidamente esta Comisión de su precedente. La conformación del grupo encargado de elaborar el proyecto parece revelar una estrategia diferente y, con seguridad, influyó en el resultado. En lo que respecta a nuestro interés específico —su repercusión en el interior de la profesión—, no cabe duda de que generó expectativas y temores. La polémica se expande y las propuestas alternativas se multiplican. Procuraremos retomar algunos de sus ejes.

EL DEBATE DOCTRINARIO A NIVEL INTERNACIONAL: SEGURIDAD SOCIAL Y MEDICINA

En el debate en torno al seguro la profesión no solo debe considerar el "frente interno". Se está produciendo, además, un debate a nivel internacional que contribuye a complejizar la perspectiva, y a ideologizar aún más contenidos que se pretenden técnicos. La orientación del debate se separa de los contenidos organizativos y pasa a reflejar un enfrentamiento político en el interior de la corporación.

En el debate internacional relativo a la organización de sistemas de seguridad social la Carta Médica de La Habana, aprobada en la primera Asamblea General de la Confederación Médica Panamericana en febrero de 1949 parece haber sido estandarte de las reivindicaciones profesionales.

El sustrato ideológico de la posición está condensado en el artículo 3º y las reivindicaciones a las que da origen en los subsiguientes.

El artículo que podemos considerar "fundante" se limita a sintetizar la tradicional concepción de las "libertades médicas":

Todo médico de América tiene derecho a que se respete la libertad en el ejercicio de la profesión, para lo cual deberá tenerse en consideración la trascendental función del médico; la necesidad social de favorecer su superación científica en forma constante, la libertad del ejercicio profesional, en cualquier sistema de protección social que el Estado adopte; la garantía frente a los riesgos a que su función lo expone; la mantención de los principios hipocráticos y de la relación paciente-médico, libre de toda intervención.⁴

De él se deducen una serie de pautas prescriptivas que pierden ese carácter intemporal para reflejar problemas contemporáneos que se asocian con la "crisis" de la profesión. Intentaremos una síntesis:

- es obligación fundamental de todas las organizaciones de médicos mantener

³ Se trata de la Resolución 1957 publicada en el Boletín del Día del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública del 5 de diciembre de 1958.

⁴ Una formulación contemporánea y muy utilizada también en el respaldo interno a las propuestas de plena autonomía profesional son los Doce Principios de Seguridad Social aprobados por la Tercera

como punto de su programa el derecho a la libertad en el ejercicio profesional (art. 4º),

- toda institución de carácter médico-social deber ser dirigida y gobernada por médicos,
- es obligación ineludible de todas las organizaciones de médicos obtener la dirección y el gobierno de los organismos médico-sociales (art. 6º),
- todo nuevo sistema de protección de servicios médico-sociales deberá realizarse de acuerdo con las organizaciones médicas (art. 7º),
- es obligación de los gobiernos el conceder a las organizaciones médicas la participación en la estructuración de los proyectos de nuevos sistemas de prestación de servicios médico-sociales (art. 8º) (8).

La hipótesis explicativa que quisiéramos incorporar a esta descripción de demandas profesionales que trascienden el ámbito nacional es relativamente sencilla. La crisis, la relativa plétora, la democratización de los claustros, la necesaria redefinición del mercado, la diferenciada posibilidad de diálogo con las instancias de poder, que ubican en un lugar relativamente privilegiado a la tecnocracia y a las organizaciones sindicales, han puesto a la profesión en una actitud defensiva. Las viejas tradiciones, relacionadas con la trascendencia de su función, su competencia específica, su capacidad de orientación en terrenos donde la conflictividad social se hace más aguda, conforman una suerte de muralla defensiva, donde la profesión se parapeta ante el hostigamiento de sectores que aparecen como enemigos potenciales, frente a las convulsiones y la inseguridad derivadas del cambio.

La tendencia defensiva, "reaccionaria" en este caso, ya que va contra movimientos sociales de indudable carácter "progresivo", no impacta a toda la profesión en la misma medida, pero se percibe en el discurso de todos los sectores, aun

Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Londres, el 12 de octubre de 1949. Los encontraremos reiteradamente en el curso de la siguiente década:

- I. Libertad de elección del médico por el paciente, libertad del médico para elegir a sus pacientes, excepto en casos de urgencia o humanitarios.
- II. Ninguna intervención de terceros en las relaciones entre médico y paciente.
- III. Cuando el servicio haya de someterse a control, este control deberá ser ejercido por médicos.
- IV. Libertad de elección del hospital por el paciente.
- V. Libertad del médico para elegir su especialidad y lugar donde ejercer.
- VI. Ninguna restricción en la medicación o en el tratamiento médico, excepto en caso de abuso.
- VII. Representación adecuada de la profesión médica en todos los departamentos oficiales relacionados con el cuidado médico.
- VIII. No redundar en interés del público que los médicos sean servidores asalariados (*full-time*) del gobierno o de departamentos de Seguridad Social.
- IX. La remuneración de los servicios médicos no debe depender directamente del estado financiero de la organización aseguradora.
- X. Cualquier plan de Seguridad Social o de seguro debe estar abierto a todo médico, sin que ninguno pueda estar obligado a participar en el mismo si no lo desea.
- XI. Los planes de seguro de enfermedad obligatorio deben cubrir tan solo a aquellas personas que no pueden conseguir por medios propios los cuidados médicos necesarios.
- XII. No debe existir explotación del médico, de sus servicios o del público por ninguna persona u organización. ("Código Internacional de Ética Médica." *Rev Conf Med Rep Arg VIII* (70):16-17, nov./dic. 1954, pág. 17).

en aquellos más pretendidamente "avanzados". ¿Qué circunstancias sirven de emergentes?

La existencia de una "posible esfera de conflicto" entre las organizaciones profesionales médicas y las instituciones de la seguridad social se pone de manifiesto en la VIII Asamblea General de la Asociación Internacional de Seguridad Social, celebrada en Ginebra en 1957, reiterándose en la XI Asamblea, reunida en París en setiembre de 1953. La cuestión se define en tales instancias como un problema de adecuación entre las necesidades derivadas de la organización de servicios de asistencia médica y las exigencias de los profesionales. En la perspectiva de estos últimos la dificultad radica en que los organismos de seguridad social se ubican ante el problema asumiendo la posición de administradores de la economía social. La atención prioritaria otorgada a los aspectos financieros les hace olvidar que la función del médico constituye la "esencia misma" del beneficio social que se procura otorgar.

De esa disyuntiva marcada entre administración y servicios, entre finanzas y medicina, parece derivar el omnipresente reclamo de necesaria independencia entre la planificación técnica de los servicios a otorgar por los sistemas de seguro y las posibilidades financieras del respectivo organismo, que encontraremos en prácticamente todas las posiciones en debate cuando analicemos los contenidos de la cuestión en nuestro país.

La profesión considera el problema como una cuestión deontológica: hay contradicciones difícilmente superables entre los "nuevos" principios de la seguridad social y los que tradicionalmente han orientado su práctica. Las posibilidades de adecuación entre unos y otros constituyen "materia de estudio y deliberación del cuerpo médico" (9).⁵

Analizando los elementos componentes del problema, las deliberaciones del Congreso Médico de San Luis proporcionan algunos indicadores de la forma en que la profesión percibía su vinculación con las instituciones del seguro. Se señala que el cuerpo médico argentino podría aceptar, con restricciones, la extensión de los beneficios del sistema a la totalidad de la población postulada por las recomendaciones de la VIII Asamblea de la Asociación Internacional de Seguridad Social, e incluso estaría dispuesto a destacar el acierto de otras propuestas de su articulado, como ser la inexistencia de límites en la duración de la asistencia, la colaboración de los médicos, "en el marco de una política nacional de sanidad",

⁵ Rodolfo Vaccarezza, relator del tema en el Congreso Médico Gremial reunido en San Luis en 1957, plantea el problema en los siguientes términos: "El carácter irreductible de ambos planteamientos, parapetado el uno tras la defensa de una economía necesaria al normal desempeño de una organización, obligada al cumplimiento de su función de administradora de servicios previstos; la otra, dispuesta a resistirse a todo propósito que intente lesionar principios que estima inseparables del ejercicio de su profesión, parece reclamar de esta Asamblea un examen sereno de la cuestión, con el objeto de establecer a la luz de los argumentos expuestos, la legitimidad real de los principios destinados a definir en el cuerpo médico argentino una posición clara frente al reclamo de las nuevas exigencias, celosa de la dignidad y nobleza de su misión y decidida en la defensa de sus inalienables prerrogativas." (Vaccarezza, Rodolfo. "Relaciones entre las instituciones de Seguridad Social y el cuerpo médico". *Rev Conf Med Rep Arg* X (83):24-30, ene./jun. 1957, pág 25).

con los poderes públicos y los servicios de prevención y recuperación, su participación en la búsqueda de los mejores métodos para la prestación de servicios de sanidad, y, "muy especialmente", la recomendación contenida en el punto X cuando expresa que cada beneficiario debería tener derecho a la asistencia médica permanente por un médico de familia.

Más conflictivas, sin duda, resultan las resoluciones de la XI Asamblea, comenzando por el enunciado contenido en el punto II: "Los organismos de seguridad social son conscientes de la importancia que reviste la colaboración de los médicos. Esta colaboración, necesaria al progreso social y médico, solo es posible si el médico hace suyos los principios en que se basa la seguridad social" (10).

La modificación de las formas tradicionales de práctica es considerada por los dirigentes de las instituciones de seguridad social como consecuencia lógica de la colaboración recíproca indispensable para dar respuesta a las nuevas necesidades médicas y sanitarias de la población. La palabra "colaboración" se vuelve inaceptable para sus interlocutores. No podrá hablarse de colaboración, aun cuando se la califique de importante; es necesario un acuerdo que desemboque en la "participación en el desempeño de una labor común". Y para regular dicha participación será necesario pensar "en términos de importancia comparada" de las respectivas funciones (11). Se recuerda, de paso, que las prestaciones sanitarias y de asistencia representan el 60% del total de los ingresos.

El punto III profundiza las diferencias. Los profesionales no encuentran reparos al enunciado que señala que la actividad del médico dentro de la seguridad social es un servicio social, debiendo por lo tanto ser prestado en interés de las personas protegidas y de la salud pública en general, pero no entienden la necesidad ni la intención del agregado que expresa: "A este efecto, el cuerpo médico deberá adoptar normas de conducta conforme a este principio" (12).

El desacuerdo se hace total en relación con lo consignado en el punto IV que reconoce la libertad del médico en el ejercicio de su profesión para agregar de inmediato: "Esta libertad del médico no podrá, sin embargo, justificar abusos eventuales y supondrá para el médico el deber de hallar una economía compatible con la mayor eficacia terapéutica" (13).

Los médicos, por su parte, están en condiciones de formular una larga lista de deficiencias propias de los regímenes de seguridad social, que dificultan el ejercicio de su función. La burocracia en primer lugar, la falta de flexibilidad y consiguiente rutinización, la complejidad de procedimientos que se constituye en obstáculo a la accesibilidad, la heterogeneidad de prestaciones según categorías de asegurados, tienen un lugar importante entre sus quejas. Pero son fundamentalmente tres las áreas donde la incompatibilidad entre principios irrenunciables—dado que son los garantes de la eficacia en la intervención— y exigencias de modernización—según la óptica institucional— parece alcanzar su nivel máximo. Se trata de las cuestiones vinculadas con el secreto profesional, la prescripción de prácticas y medicamentos y las relaciones de confianza entre médico y enfermo.

Los acuerdos no parecen tan difíciles en lo vinculado con el secreto, dado que las instituciones de seguridad social han flexibilizado posiciones al respecto. La controversia se hace más dura en torno a la prescripción de fármacos, ya que los

administradores del seguro no solo pretenden reducir el costo limitando la utilización o la gratuidad de medicamentos particularmente caros; también asumen una misión de salvaguardia del enfermo, considerando "esencial" protegerlo para que no sea utilizado como animal de experimentación. En este caso la ofensa inferida a la honorabilidad profesional es tan grave que se prefiere no dar respuesta, y limitarse a señalar que de ese modo se obstaculizan los progresos de la medicina.

En relación con el último punto, referido al carácter particular del vínculo entre médico y enfermo, el relator aconseja no aceptar modificaciones en la naturaleza de la práctica, ya que esta representa "la fortaleza más inexpugnable contra la medicina controlada" (14).

Con estos argumentos y este énfasis los médicos argentinos se sienten obligados a defender las prerrogativas más tradicionales de su práctica. Puede alegarse que no se trata de la opinión del conjunto, ni siquiera tal vez de la mayoría. Sin embargo, la necesidad de defenderse contra este tipo de presiones que se perciben como amenazas impregna incluso las propuestas de aquellos más proclives a aceptar que los cambios sociales reclaman de manera ineludible modificaciones en la organización de los servicios, llegando a sugerir que es mejor aceptarlos de buen grado que tener que someterse a ellos por imposición de las circunstancias. La defensa de las libertades se convierte en reclamo generalizado, presente en todas las propuestas, a veces en relativa contradicción con los fundamentos doctrinarios y organizativos que las sustentan.⁶

LAS DIFERENCIAS EN EL FRENTE INTERNO

En el transcurso de 1959 el Ministerio de Salud Pública y la COMRA hacen conocer, por diferentes vías, el proyecto elaborado por la Comisión constituida a fines del año anterior. La Confederación se preocupa por aclarar que se trata solo de una "hipótesis de trabajo", aunque señala que el texto finalmente aprobado recoge buena parte de la argumentación aportada por sus representantes (15).

En una nota editorial en que hacen referencia al tema, los dirigentes gremiales señalan que la posibilidad de un ordenamiento del sistema asistencial ha sido discutida en mesas redondas, encuestas periodísticas y tribunas populares, coincidiéndose en la necesidad de superar las condiciones que determinen la existencia de médicos sin trabajo y enfermos que no reciben atención. En las mismas páginas se transparenta la existencia de una oposición "dura". Se habla de "deseo inconfeable de perturbación", de "críticas ambiguas", que en algunos casos llegan a ser "groseras y de mal gusto" (16).

El debate generado por el proyecto de Servicio Nacional de Salud nos permite

⁶ Angel Invaldi, por ejemplo dirigente de la Federación Gremial santafesina y miembro por lo tanto de uno de los grupos más preocupados por el impacto social de las formas organizativas de la atención médica, recapitula en 1954 la real o supuesta contradicción de principios con la Seguridad Social y, aunque se muestra proclive a la colaboración y el acuerdo afirma: "siempre nos hemos opuesto y nos oponemos [...] a que se nos vulnere en nuestras tradiciones y en nuestra libertad" (Invaldi, Angel. "El médico y la seguridad social". *Bol Col Med.* 2^º Circunscripción II (4):15, junio de 1954).

conocer el rango de las diferencias existentes en el frente interno en lo relacionado con la organización y financiación de las prestaciones de atención médica. En algunos casos se trata de proyectos alternativos, en otros de la enunciación de los principios a los que debería adecuarse una organización de ese tipo.

Del conjunto de propuestas hemos seleccionado seis, que parecen suficientemente representativas del universo ideológico en el que la discusión se enmarca. Se trata de cuatro expresiones individuales provenientes de dirigentes médico-gremiales y dos manifestaciones sectoriales: un partido político y una organización católica. Tres de las primeras, sin embargo, se pueden vincular también, aunque no haya manifestaciones oficiales de aprobación, a tres organismos gremiales en los que indudablemente tienen consenso: el Colegio de Médicos de Punilla, la Federación Médica de la Capital Federal, y la dirigencia nacional de la COMRA.

Las seis pueden fácilmente ubicarse en un eje que se oriente según el nivel de aceptación de la presencia y capacidad reguladora del Estado. La disyuntiva medicina estatal-medicina privada, en algunos casos oculta, en otros acompaña explícitamente, una triple opción que tiene también presencia significativa: la que se inclina por la supremacía del Estado, la que opta por entregarla a las organizaciones intermedias o aquella que rescata las prerrogativas del individuo.

Intentaremos sintetizarlas en un orden reglado por la disyuntiva estatización-privatización.

La propuesta del Partido Comunista. Con el respaldo de la Comisión Médica del partido se publica en 1960 un folleto titulado "Sanidad y Seguro de Salud", que no solamente contiene una toma de posición frente al proyecto de Salud Pública sino que incluye también una propuesta doctrinaria y organizativa.

Comienzan los médicos comunistas por reconocer la justicia del generalizado sentimiento de desconfianza frente al Estado. Los profesionales lo consideran enemigo de sus derechos y reivindicaciones, y esto es justo en la medida en que no cumple el rol que le corresponde en la organización sanitaria y no contempla "la justicia de las demandas de quienes trabajan bajo su dependencia" (17).

Sin embargo, afirman que no es legítimo extender esa crítica a la acción estatal considerada independientemente de "un contenido concreto y determinado" de su organización. Vale decir, es indispensable no confundir Estado con gobierno.

El Estado tiene como misión intransferible la responsabilidad por el bienestar y la salud del pueblo, garantizarla es una de sus actividades esenciales, y es "falsa e ilusoria" la idea de que su acción puede suplantarse mediante la medicina privada.

El germen de la práctica del futuro radica en la medicina hospitalaria, superadora de la "vieja y clásica" actividad médica, cuyos contenidos han dejado de adecuarse a los avances de la medicina científica moderna, altamente tecnificada, diversificada y extendida a todos los campos de la vida social (18).

El proyecto de Salud Pública es considerado "antirracional, insuficiente e inaceptable", ubicado al margen de la sanidad del país. Sin considerar una elemental planificación, tampoco garantiza un nivel de vida y seguridad adecuado a los profesionales en general y a los médicos en particular.

El Partido Comunista considera indispensable una Ley Nacional de Salud Pú-

blica que asegure "mediante un ordenamiento básico, la unificación, coordinación y descentralización de los servicios existentes, que permita el aprovechamiento racional, invalidado en la actualidad por la anarquía y desorganización del dispositivo sanitario" (19).

Parece recuperarse pues, la parcialmente olvidada demanda de unidad de comando, bajo el imperativo de un Estado que transforme sus opciones mediante la acción de las fuerzas sociales representativas. Subsisten, sin embargo, algunas ambigüedades: en primer lugar, aunque se estima equivocado hacer girar el debate sobre el eje de la libre elección, hay una aceptación relativizada del principio. Se dice: "nosotros consideramos esta reivindicación como justa", y se añade: "en cierta medida y determinadas circunstancias", para luego hacerse cargo de lo que constituye demanda generalizada: "debe ser contemplada dentro de las posibilidades y necesidades en cualquier estructura del servicio de salud" (20). En segundo término, se incluye en la organización futura la integración sin exclusiones de todos los sectores interesados, "sobre la base de una acción de normalización y dirección centralizada", de manera de armonizar "la actividad de mutuales, obras sociales, clínicas, sanatorios, maternidades" (21).

Una lectura posible de la propuesta es el compromiso por armonizar demandas gremiales y perspectiva racionalizadora, en una orientación que suprima los elementos de mayor distorsión asociados con la práctica tradicional.

La posición de Herrou Baigorri. Aunque políticamente afín a la posición del Partido Comunista, el dirigente gremial cordobés se ubica mucho más cerca de las inquietudes del gremialismo que la Comisión Médica de su partido. Sigue, sin embargo, sus orientaciones cuando rescata a nivel doctrinario la consideración de la salud como derecho y reclama la garantía irrenunciable derivada de la intervención del Estado. Define también la necesidad de cambiar el enfoque asistencial e individualista de la medicina por un "enfoque de salud pública, integral y social" (22).

Su preocupación de gremialista lo lleva a hilar más fino en cuanto a la posible conflictividad entre interés social e intereses profesionales, y encara decididamente la cuestión comprendida en el punto IV de la XI Asamblea de la Asociación Internacional de Seguridad Social. Fundamenta en esa inquietud la necesidad de tomar como "base doctrinaria de organización un sistema que asegure la armonía entre el interés social por la salud y los intereses reivindicativos de los profesionales encargados de su custodia" y agrega: "nuestra misión ha sido consagrada por nuestros organismos superiores como la de custodios de la salud pública, y nuestro derecho no debe ir más allá que el exigir un régimen justo de trabajo y remuneración acorde con esa trascendental función" (23). Al hablar de la función gremial reivindicativa añade una afirmación esclarecedora: "La tranquilidad económica del profesional es de interés de la salud pública" (24).

Mucho menos importancia otorga, dentro del posible conflicto de intereses, a la cuestión de las "libertades". Parece reivindicar la excelencia de la medicina privada cuando afirma que la libre elección significa "extender a amplios sectores de la población los beneficios de una medicina que hoy es privilegio de una minoría" (25), señalando, sin embargo, que al mismo tiempo alentará el proceso de concen-

tración favorecido por los avances de la técnica y conducirá "en forma inexorable" al monopolio de la atención médica por los grandes institutos, en condiciones de ofrecer "una atención de calidad muy superior, más completa, más efectiva y hasta más barata". Se muestra mucho más duro en la consideración de las otras libertades. Así, afirma: "el tan mentado liberalismo es la túnica con que cubrimos la miseria de un trabajo deshumanizado y esclavizante (26)".

Las bases organizativas propuestas para el Servicio Nacional de Salud incluyen un ente autárquico (en lo administrativo y financiero) descentralizado de la Administración Pública, con conducción tripartita, por partes iguales, entre el Estado, los empresarios y los beneficiarios. La dirección técnica, en todos sus niveles, debe estar a cargo de médicos especializados. Bajo el control de este organismo estarán el examen médico periódico, las inmunizaciones, la profilaxis por el tratamiento, la higiene maternoinfantil, y, en todo lo relativo a estas acciones, la educación sanitaria.

La planificación comprenderá también la actividad privada. Según su caracterización del "Principio de la salubridad integrada", todas las acciones vinculadas a salud, "sean ellas de fomento protección o reparación [...], sean cumplidas por organismos nacionales, provinciales o comunales (oficiales, privados o semiprivados), deben integrarse en 'Programas de salubridad'" (27).⁷ El órgano de aplicación de las acciones de salud y la "unidad de descentralización" debe ser el centro de salud regional. Señala Herrou Baigorri: "cabe oponerse a todo régimen de prestaciones que independice en lo ejecutivo la atención del enfermo de las otras acciones de salud pública". Es legítimo suponer que la integración de la actividad privada a ese sistema regionalizado y normatizado responde a un compromiso político indispensable en la primera etapa de su organización.

También se considera la posibilidad de incorporar al sistema las organizaciones mutuales y obras sociales, "dentro de un régimen de completa independencia administrativa, financiera y técnica, pero ajustando su acción a las previsiones de la planificación sanitaria y respetando el régimen de trabajo y remuneraciones para los profesionales y auxiliares" (28).

No acuerda con la cobertura universal. Considera imposible la implantación de un sistema de esas características "sin provocar un quebranto dramático en la vida profesional". El mecanismo a adoptar deberá destinarse a cubrir los sectores que no pueden proveerse una atención eficiente a su propia costa.

El profesional tendrá derecho a elegir entre la carrera de funcionario o el ejercicio privado, en este caso se le garantizará la libre elección del médico por el paciente y un arancel básico de carácter móvil. Existirá incompatibilidad entre ambas funciones en lo referente a la cobertura del seguro, no así para la atención privada de sectores no comprendidos en la organización.

Las relaciones entre los profesionales y la administración del sistema se esta-

⁷ "Los programas de salubridad deben estar asentados en las siguientes bases: a) normatización y dirección centralizada; b) ejecución descentralizada en regiones, provincias, distritos, comunas; c) planificación ascendente; d) evaluación a todo nivel; e) funcionamiento del trípode sanitario a todo nivel (Estado, pueblo, trabajadores de Salud Pública)." (Herrou Baigorri, José. "Aportes para un nuevo régimen de protección integral de la salud en la República Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg XII* (89):21-25, oct./dic. 1959, pág. 22.)

blecerán mediante convenios colectivos de trabajo. No podrá inscribirse como prestadora ninguna entidad médica privada que persiga fines de lucro. Las entidades sanatoriales inscriptas deberán tener carácter "abierto".

En cuanto a las formas de pago, Herrou incorpora al sueldo y arancel la posibilidad del sistema capitado, de aplicación, a su criterio, exitosa en países como Inglaterra y Holanda. Al respecto comenta: "el médico adquiere interés por mantener sanos a los inscriptos en su lista, y de ese modo es un eficaz colaborador de los programas de sancamiento, medicina preventiva y fomento a la salud" (29).

Se hace cargo, por último, de la fuerte presencia en el interior del gremio de corrientes que auspician una separación entre entes financiadores y organismos encargados de las prestaciones. Considera que, de triunfar este criterio, toda la organización se estructurará sobre la base exclusiva de la medicina privada, con enfoque netamente asistencial, sin apoyarse en la organización sanitaria del país y ofreciendo atención médica en forma independiente de las otras acciones de salud pública.

Rescata en apoyo de su posición la tradicional preocupación de la COMRA por los temas de organización y planificación sanitarias. Postular un enfoque asistencial para los servicios médicos significaría, afirma, "renunciar a nuestra tradición médico-gremial, y en todo caso, la revisión de una conducción que se confunde con la historia misma de la Confederación" (30).

Es probable que esta última cita marque los límites del compromiso entre la tradición gremial partidaria de una organización de la salud pública conducida por el Estado y las tendencias "privatistas" que comienzan a manifestarse hegemónicas.

El pensamiento de Lazarte. La difícil delimitación entre lo estatal y lo público, todavía compleja hoy, cuando han transcurrido más de treinta años, obstaculiza la lectura del pensamiento de Lazarte.

Para interpretar su propuesta es necesario hacerse cargo de una contradicción que la traspasa, al menos para la lectura contemporánea del problema. Convencido de la necesidad de que las instituciones de salud se inscriban en el ámbito de lo público, en función de la importancia que otorgaba a la organización, planificación, normalización, sostiene al mismo tiempo la plena vigencia de las libertades del médico, reivindicación que solo parece posible efectivizar manteniendo la práctica en el ámbito de lo privado.

La profunda desconfianza frente a la acción centralizadora y absorbente del Estado lo impulsa a reclamar la autonomía técnica administrativa para la organización de los servicios. Defiende, por lo tanto, la existencia de una Caja autónoma, y no acepta la fragmentación entre organismo financiador y entidades encargadas de las prestaciones. Sigue alineado en la perspectiva que reclama unidad de métodos y de acción. De allí el carácter necesariamente público que corresponde imprimir a la función.

Se trata de asegurar la coordinación con otras instituciones sanitarias que se encuentran dispersas e inconexas. Para asegurar la eficacia de la medicina colectiva, de la medicina de masas, no pueden permanecer separados los servicios de atención y prevención. "Todos han de estar planificados, coordinados y racionalizados de ser posible. Solo una medicina coordinada es económica y al tener este carácter puede ganar en extensión" (31).

Analizando el panorama internacional señala como tendencias negativas el aumento del control gubernamental burocrático de la práctica médica, que a su vez produce "el inevitable deterioro en la calidad de los servicios médicos, impone restricciones onerosas en la aceptación de pacientes y coloca una gran parte de la carga de los costos en el médico y el paciente" (32).

Al control burocrático, generador de todos los males, opone Lazarte la orientación de los técnicos.

¿Qué reclaman los médicos?

1º Que la dirección y administración técnicas sean ejercidas por los técnicos.

2º Que el ejercicio médico se cumpla:

- a) sin intrusionismo entre el médico y el paciente
- b) con libre elección del médico
- c) con libertad de prescripción por el médico
- d) con respeto del secreto médico.

3º Que el monto de la remuneración de los médicos sea convenido entre sus representantes y la dirección económica del seguro de salud, guardando una adecuada relación con el monto de los honorarios en la práctica privada.

4º Que se facilite al médico por el Seguro de Salud la adquisición de ciertos bienes de trabajo y de consumo fundamentales, como consultorio, instrumental, libros científicos, vivienda y medios de locomoción adecuados" (33).

En su presentación en las Jornadas de Paraná en 1960, Lazarte exhorta a los médicos a utilizar energías y razonamiento lógico para el logro de dos objetivos: "1º) Comprender el momento social en que vivimos, en el orden colectivo de la solidaridad. 2º) En la defensa de los intereses vitales del ejercicio de nuestra profesión en esta sociedad en transición" (34).

En la difícil compatibilización de ambos anhelos, el dirigente gremial se apoya en los principios defendidos por la Carta Médica de La Habana y la Asociación Médica Mundial, utilizados también como baluarte defensivo por los sectores más rígidamente aferrados a los valores de la práctica tradicional.

El pragmatismo de Provenzano. Dirigente de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y *alma mater* del proyecto elaborado por Salud Pública, Provenzano expresa en su perspectiva doctrinaria las mismas disyuntivas que la sociedad argentina se formula en los años treinta: la necesidad de encontrar una alternativa entre "el liberalismo absoluto y el socialismo integral". Desde la posguerra del 18, dice, la sociedad occidental se vio abocada a la necesidad imposterizable de suavizar el dilema y por ese camino surgió una posición equidistante: la democracia social, el intervencionismo del Estado. "El Estado conserva su estructura liberal-capitalista, pero interviene regulando, organizando y controlando las relaciones entre capital y trabajo".

Superado el contractualismo liberal, se reconoce la supremacía de lo social sobre el individuo. Un ente social, "plenamente formado y que nos trasciende, tiene derechos que son de todos y que, por eso mismo, no pertenecen a ninguno". No

falta la consabida metáfora organicista: "integramos ese ente social con el mismo título —y la misma razón de dependencia— con que una célula epidérmica forma parte de la piel" (35).

Los derechos sociales expresan objetivos irrenunciables de la democracia social así concebida, "la sociedad ejerce un *derecho* al exigir condiciones dignas de subsistencia. Y el Estado está *obligado* a procurárselas" (énfasis en el original) (36). Tales derechos se expresan en las normas jurídicas que integran los sistemas de Seguridad Social.⁸

En la historia de tales sistemas hay una etapa bien definida —y, según Provenzano, ya superada— en que el Estado asume toda la responsabilidad en las prestaciones vinculadas con la salud. Todo habitante de un país, cualquiera sea su situación económica, puede solicitar atención médica en establecimientos que financia el Estado con fondos que extrae de su presupuesto general.

En las condiciones imperantes en la Argentina, el sistema es insostenible. Las razones alegadas son de diferente tipo. En primer lugar, financieras, ya que la organización de servicios adecuados insumiría más de la mitad del presupuesto general de la Nación. A ello se añade la ineficiencia del personal administrativo, las trabas y demoras resultantes de la burocracia. Razones de otro orden se vinculan con el carácter de la asistencia: la gratuidad, el sentido caritativo que se da a la prestación, son "moralmente deprimentes". Por último, es necesario registrar la falta de estímulo para el perfeccionamiento del profesional. La perspectiva de la práctica hospitalaria que plantea Provenzano contradice la de sus colegas ubicados a la izquierda del sistema político. En los hospitales se frustra "el deseo natural de perfeccionamiento técnico en un centro adecuado". Profesionales jóvenes que concurren a ellos "repletos de conocimientos modernos", deben conformarse con la clásica rutina, "impuesta —muchas veces— por el enfermero" (37).

En cuanto a la definición de los niveles de excelencia de la práctica, Provenzano, pese a su defensa de la necesidad de la intervención estatal, se orienta hacia una posición claramente privatista. "Hemos dicho que el mejor sistema es extender los beneficios de la medicina privada a toda la población. En otros términos: *el mejor sistema es socializar la medicina privada*" (énfasis en el original) (38).

Para hacer de la mejor medicina un "bien social" existen tres caminos: la estatización, dejar todo librado a la iniciativa privada, o bien un procedimiento intermedio que supone la colaboración de Estado y usuarios en una obra común.

Cuando rechaza la estatización, Provenzano recupera la tradicional concepción de la medicina individualista, la defensa de la eficacia terapéutica del *coloquio singular*. Bajo el predominio del Estado, "a la larga o a la corta lo que se logra es la

⁸ "El hombre, no ya como individuo, sino como valor bioeconómico, forma parte indisoluble de la sociedad en que actúa, es un engranaje indispensable para el funcionamiento armónico de la misma. Es la sociedad la que se resiente cuando un individuo sufre un estado de carencia; por lo tanto, incumbe a la sociedad —en último término al Estado, que es su representante— asegurar al individuo un bienestar mínimo indispensable [...] Esta es la esencia misma de la democracia social: la libertad del hombre —la gran libertad espiritual— solo se consigue cuando se le pone a cubierto de asechanzas biológicas y económicas." (Provenzano, Sergio. "Fundamentos y bases para un Servicio Nacional de Salud". *Rev Conf Med Rep Arg XII* (89):16-25, oct./dic. 1959, pág. 23.)

peor medicina [...] porque ni los médicos ni los enfermos gozan de esa libertad espiritual que es condición ineludible en la formulación del tácito acto de fe, de simpatía y de respeto mutuo que debe ser la relación de un médico con su enfermo" (39).

Cuando analiza la posibilidad de confiar la cobertura de salud a organizaciones gestadas a partir de la iniciativa privada, toma como modelo el estadounidense. En los Estados Unidos, nos dice, la medicina privada se ha puesto al alcance de enormes núcleos de población, merced a un sistema de seguros "que cada cual contrata en organizaciones creadas a esos efectos (como la Blue Cross) o en cualquier compañía de seguros generales" (40). No respalda, sin embargo, el sistema, pues considera que para lograr sus objetivos requiere un sentido de la previsión suficientemente desarrollado y un elevado nivel de cultura popular.

La tercera opción, un sistema intermedio logrado a partir de la colaboración entre Estado y beneficiarios, es la base de su propuesta de Servicio Nacional de Salud: "un sistema planificado que asegure atención médica integral a aquellos sectores de la población incapacitados de procurársela integralmente a sus costas" (41).

La primera aclaración indispensable es la utilización de la palabra "servicio" en reemplazo de la común referencia a "seguro". Según Provenzano, un Seguro de Salud cubre prestaciones en dinero a la vez que en especie. El "servicio" que propone, supone exclusivamente prestaciones de este último tipo, "servicios" de atención médica, odontológica, farmacológica, etc. Hay una segunda razón, de índole financiera. En su opinión no puede organizarse un sistema de prestaciones médicas con criterio estricto de "seguro" porque los riesgos a cubrir escapan a todo posible cálculo actuarial, necesario para establecer el monto de la prima.

Esta consideración resulta un tanto anacrónica, en particular si se recuerdan los esfuerzos, realizados a lo largo de décadas, por sistematizar la información relacionada con el costo de los servicios de manera de hacer viable algún modelo de planificación. No puede pensarse que Provenzano desconociera esa experiencia, ni menos que negara su valor. La imposibilidad de estimar costos por anticipado puede vincularse más fácilmente a la reivindicación de las "libertades" médicas y a la oposición entre lo "administrativo" y lo técnico. El mismo autor se extiende sobre el tema: en el caso de las prestaciones en dinero la relación entre el organismo financiador y el beneficiario es "puramente administrativa"; en caso de enfermedad, entre ambos se ubica el médico, "que es quien otorga el beneficio según su ciencia y su conciencia".

¿Cuáles serían las bases organizativas del servicio propuesto?

1) Debe cubrir todos los riesgos biológicos incluidos en el concepto de enfermedad. "El beneficio debe ser *integral* y su disponibilidad *ilimitada* [...] no puede haber más limitaciones en la asistencia que las que imponga el criterio técnico del profesional-tratante" (42).

2) Debe ser obligatorio.

3) La cotización debe ser universal, alcanzando a todo habitante del país económicamente activo. Pero no todos los cotizantes tendrán derecho al beneficio. Los núcleos en condiciones de asumir íntegramente el gasto de la atención médica privada se benefician indirectamente con un elevado nivel sanitario del resto de la

población, a través de la disminución del ausentismo, el aumento de la capacidad de trabajo, etc. No será por lo tanto injusto que destinen una parte de sus ingresos para la obra de bien común.

4) Debe extender sus prestaciones al núcleo familiar del beneficiario directo.

5) Se diferencian tres categorías de beneficiarios: a) obligatorios: todo trabajador asalariado, jubilado y familiares a cargo; b) forzosos: individuos sin ingresos propios; c) voluntarios: todo individuo que ejerza una actividad libre, siempre que resulte incluido en las condiciones que se establezcan para su admisión.

6) Financiación tripartita: a) aporte de los trabajadores: proporcionado a sus ingresos totales, de cualquier naturaleza; b) aporte patronal: proporcional al número de trabajadores en relación de dependencia, tomando para cada salario una suma tope que se considera como salario mínimo estándar; c) aporte del Estado: suma equivalente al doble de la que ingresen los afiliados obligatorios. Deberá, además, sufragar las prestaciones otorgadas a los beneficiarios forzosos, reintegrando la Caja de Servicio las sumas correspondientes.

7) Libre elección del médico por parte de los beneficiarios. Rechaza Provenzano la "funcionarización" de la actividad profesional, pero reconoce la necesidad de organización y planificación, que deberán limitar de algún modo la libertad del profesional en cuanto a la índole y extensión de sus funciones. Los derechos y obligaciones del médico surgirán de una relación contractual que deberá adecuarse a las condiciones ambientales y sociales de cada región del país. La Federación Médica Gremial de cada provincia asumirá la responsabilidad por las prestaciones, conforme al siguiente procedimiento: a) inscripción en el registro de prestadores; b) contrato entre la Federación y el Servicio Nacional con especificación de aranceles y derechos y obligaciones de las partes; c) la entidad médico-gremial controlará la actividad profesional en su aspecto ético.

8) El Servicio Nacional de Salud deberá organizarse como entidad autárquica de derecho público.

9) La administración será compartida por los distintos intereses en juego: Estado, empleadores, profesionales y beneficiarios.

10) El Servicio Nacional de Salud actuará como entidad centralizadora en el aspecto normativo de su gestión. La acción ejecutiva será delegada en servicios provinciales, con las mismas características de autarquía y administración compartida.

La consideración de la existencia de "intereses legítimos" que serían afectados por la implantación del servicio mueve a Provenzano a proponer una implementación por etapas. Su enumeración de lo que considera "escollos más importantes" para la aplicación de la idea, puede proporcionar una primera explicación del "vacío social" que rodea la discusión profesional en torno al Seguro.⁹

Es aquí donde la propuesta se flexibiliza y se vuelve pragmática. Se defiende la necesidad de proceder por etapas, "comenzando por aquella que ofrezca menos dificultades en el momento actual". Más adelante retomaremos la idea.

⁹ "A primera vista, las dificultades son enormes: los 'legítimos intereses' de una burocracia bien remunerada, que prospera a la sombra de obras sociales estatales y semiestatales; la situación de gran nú-

La perspectiva de los médicos católicos. En mayo de 1960 el Círculo de Universitarios de Medicina de la Acción Católica Argentina y el Consorcio de Médicos Católicos organizan una mesa redonda sobre "Medicina comunitaria. Seguro de salud". De las diferentes intervenciones puede obtenerse alguna aproximación a la idea que tenían los católicos sobre el problema de la financiación de la atención médica. La enunciación misma del tema es de por sí sugerente, ya que la expresión "medicina comunitaria" cobra contenidos diferentes de los que más tarde se le asociarán, vinculados a la atención de comunidades rurales o sectores urbanos de escasos recursos. En el contexto de la mesa redonda que comentamos "comunidad" remite a la idea de organizaciones supraindividuales que actúan como mecanismos de intermediación entre individuo y sociedad, o incluso entre individuo o Estado, representando una perspectiva antiestatista muy significativa en el pensamiento católico de la época, y base de la orientación que en nuestro país se conocerá como "integracionista", de fundamentos corporativos.

Al igual que Provenzano, los médicos católicos parten de la necesidad de encontrar mecanismos de compatibilización entre derechos sociales y derechos individuales, y aunque los fundamentos filosóficos de la solución propuesta difieran, las formas organizativas no se encontrarán demasiado distantes. Provenzano sigue defendiendo los postulados de la democracia liberal, mientras que los católicos parecen ubicarse más cerca de los presupuestos corporativos de la *Rerum Novarum*.¹⁰

El punto de partida doctrinario es el fundamento común de todas las propuestas: el derecho a la salud es un derecho inalienable de todas las personas. Las diferencias emergen cuando comienzan a desgranarse los fundamentos ideológicos y las bases organizativas defendidas por cada una.

Todos los países del mundo están organizando una *medicina comunitaria*. Participarán de ella quienes no se opongan al derecho a la salud de la sociedad toda. En la medida en que renunciemos a nuestras responsabilidades sociales seremos culpables de la *subversión materialista* (liberal, individualista o comunista)" (énfasis en el original) (43).

Cada persona singular, cada persona humana, es respecto de la comunidad como la parte respecto del todo. Esa es la característica que obliga a diferenciar per-

mero de profesionales a sueldo, a los 'que falta pocos años para jubilarse' o que 'ya tienen su vida hecha'; la desorganización caótica de los establecimientos asistenciales existentes, que obliga a una reestructuración total previa; el espíritu cerrado y excluyente de algunos gremios obreros, que se niegan a admitir la posibilidad de compartir o de desprenderse de algún servicio que consideran una "conquista" social privada; el desamparo un poco injusto en que quedarían las instituciones mutuales —sobre todo de colectividades— al cabo de tantos años de labor desinteresada y socialmente útil en su época" (Provenzano, Sergio. "Fundamentos y bases para un Servicio Nacional de Salud". *Rev Conf Med Rep Arg* 88: 16-25, may./set. 1959, pág. 23).

¹⁰ La diferencia no es totalmente nítida, sin embargo, ya que algunos escritos de Provenzano recuperan la noción de persona, oponiéndola a la de *individuo*, y señalando que el reemplazo del segundo término por el primero es resultado de una evaluación en la concepción del ser humano que ha llevado a valorizar su integración en la comunidad. "La persona adquiere un valor cuando participa en cierta medida en la evolución de la vida comunitaria", nos aclara. (Provenzano, Sergio. "Aspectos económicos del seguro de enfermedad", en Federación Médica de Entre Ríos. *Jornadas Médico Gremiales*. Paraná, mayo de 1960:51-62, pág. 52).

sonalismo de individualismo, aunque ambos reclaman la liberación del ser humano de la opresión por parte del Estado, "el personalismo cristiano está tan lejos del individualismo liberal como del colectivismo estatizante" (44).

El acento se pone sobre las obligaciones de los médicos. Siendo la medicina una función social, se señala, "el profesional médico tiene *el deber* de estar supeditado al bien común en mayor medida que un ciudadano cualquiera" (45). Sin embargo, el ejercicio de ese deber solo es posible en el marco de las libertades tradicionales: "Todo acto médico normal no es [...] más que *una confianza que se une libremente a una conciencia*" (énfasis en el original) (46). Es, por consiguiente, indispensable garantizar el derecho a la libre elección, el entendimiento directo, la libertad terapéutica y el secreto profesional, además de "la tranquilidad espiritual y material para el estudio y la investigación creadora".

Utilizando las palabras de Pío XII, se reconoce la capacidad del Estado para llevar adelante "una acción más universal, más concertada y por consecuencia de una eficacia más segura y más rápida" (47). Sin embargo, se define su acción como "supletoria", encargándole la coordinación de los servicios existentes, el asesoramiento y apoyo económico de las instituciones y la creación de nuevos servicios, que entregará a la autoridad local o a las organizaciones privadas.

En lo relacionado específicamente con el tema del seguro, se propone la formación de un organismo privado, o bien la sanción de una ley que decrete la obligatoriedad de la cobertura y permita la contratación libre dentro de diferentes opciones: "en una entidad católica, protestante, masónica o azul, y del grado 10, 20, 30, 40, es decir, el seguro que cada uno quiera". "El Estado debe nombrar una comisión para controlar, coordinar y fijar las normas a que deben sujetarse esas entidades" (48).

El individualismo privatista de Bernardo Kandel. Cuando Bernardo Kandel, dirigente de la Federación Médica de la Capital Federal, pasa revista a los diferentes sistemas de seguridad social, no cabe duda de que sus preferencias se inclinan hacia la organización implantada en Francia en 1947. El sistema de cajas autónomas y descentralizadas, la organización financiera específica para las prestaciones vinculadas a enfermedad, maternidad y accidentes, el carácter privado de las cajas y la posibilidad de autogobierno por parte de sus afiliados que eligen periódicamente a sus directores, el sistema de libre elección del médico y el pago directo de las prestaciones con derecho a reembolso son algunos de los rasgos que justifican esa aprobación.

Por otra parte, las Cajas del Seguro francés no se limitan al otorgamiento de beneficios. Contribuyen, además, para obras de instituciones o centros de estudios cuyos objetivos se alinean con los principios definidos por el seguro. Hospitales, dispensarios, clínicas, públicos o privados, han sido erigidos o reconstruidos gracias a la financiación total o parcial del seguro; también dedica importantes sumas a la investigación científica.

En su evaluación, otorga especial importancia a la política asistencial orientada a la contratación de servicios. El objetivo, señala, es evitar el profesional funcionario: "Consideran que la actividad privada y la libre competencia son el estimu-

lante más poderoso para brindar el mejor servicio". Todos los profesionales legalmente habilitados para ejercer las diversas ramas de la medicina pueden trabajar automáticamente y sin necesidad de inscripción previa. Las leyes establecen severas sanciones para quienes pretendan coartar el derecho a la libre elección. "El profesional actúa libremente y cuida con celo a su clientela" (49).

Relativamente diferente es la descripción de la trayectoria del Servicio de Salud inglés. Kandel no solo reseña la oposición de los profesionales por las restricciones a su práctica derivadas de la implantación del sistema. También utiliza testimonios que enfatizan algunas deficiencias que contradicen los objetivos mismos del modelo.

Los resultados en términos de salud-enfermedad de la población son favorables si solo consideran los aspectos "físicos", señala, pero los "resultados mentales" parecen negativos. "La gratuidad y facilidad con que se brindan los servicios médicos han multiplicado la legión de los 'mentalmente enfermos' quienes, en vez de ayudar a su curación, estimulan su enfermedad real o imaginaria" (50).

También registra experiencias negativas sobre el sistema de listas. Los pacientes son estudiados en forma sumaria; a la menor duda o dificultad el paciente es transferido a otra sección del servicio sanitario. Como el arancel no reconoce extras por trabajos especiales que puede realizar en su clínica, "deriva al paciente sin más trámite". Aunque el médico general puede pedir consulta al especialista en el domicilio del enfermo, y en muchas partes tiene acceso a los servicios radiológicos y de laboratorio en los hospitales, no tiene, sin embargo "mayor interés en hacer uso de estas franquicias".¹¹ La conclusión es reveladora: "Ya se percibe nítidamente la ruptura del sutil vínculo de confianza que en todos los tiempos constituyó la garantía más segura del trabajo médico" (51).

Hay otros precedentes que pueden tomarse en cuenta; por ejemplo, los argumentos de la Asociación Médica Australiana, que defiende la independencia del plan de seguro médico respecto de las otras prestaciones de los seguros sociales. Kandel cita textualmente:

la acumulación promiscua de tantos objetivos incompatibles, como son seguro de enfermedad, de desocupación y médico, cada uno de ellos regido por diferentes principios en lo referente a la inversión de los fondos públicos y todos fiscalizados por funcionarios del Tesoro, desconocedores de la práctica médica, indudablemente llevará a la repetición de los inconvenientes que ofrece el plan británico actualmente en vigor, a saber: frondosa organización burocrática, dirección médica subordinada a funcionarios no médicos, complejidad en la relación médico-paciente, contralor de las prescripciones, penalidades, comisiones sin fin, mezquino pago per cápita, en resumen la intromisión de los no capacitados en el trabajo de los médicos (52).

¹¹ Ese desinterés potencia la internación y produce aumento de costos y baja de la calidad de la atención. Algo similar sucede con los medicamentos y explica su creciente importancia como componente del gasto total. "Por culpa de la deshumanización de estos sistemas se debilita la responsabilidad individual de pacientes y médicos. El medicamento prescrito con generosidad constituye el expediente ordinario que oculta el estudio deficiente del caso y la despreocupación." (Kandel, Bernardo. *Servicio Nacional de Salud*. Discusión del anteproyecto editado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Federación Médica Gremial de la Capital Federal. Buenos Aires, 1959, pág. 10.)

¿Cuál es la doctrina correcta? "El dinero es recolectado por una organización que es el Seguro, quien a su vez lo pone a disposición de otra organización competente: la de Salud, para que lo invierta en su cuidado. Ninguna de ellas puede ocupar el lugar de la otra" (53).

Tampoco puede esperarse que la organización encargada de las prestaciones de salud se haga cargo de posibles dificultades financieras del seguro. "Cualquier intento de someter la actividad médica a la regimentación económica legalizada resulta [...] discriminatorio en perjuicio de una profesión liberal."

El posible conflicto entre interés social e interés profesional es superado resueltamente: el análisis del panorama mundial revela que el punto de vista médico coincide siempre con los intereses generales: "allí donde surgen conflictos entre médicos y organizaciones o Estado, el error está en estos últimos" (54). No se trata de que los médicos se consideren infalibles. Su acierto es "producto del conocimiento íntimo de las necesidades humanas" y de "una experiencia que no está al alcance del lego" (55).

Pese a ello, y en contraposición con lo que sucede en los países adelantados, la situación nacional revela una situación de desconsideración hacia la medicina y hacia el médico. Esto se vincula a la declinación científica y la consiguiente pérdida de categoría del profesional. Las escuelas médicas sobresaturadas de alumnos, la falta de programas de posgrado, el no reconocimiento de la especialización, la pobreza de los centros hospitalarios justifican la desconfianza de la población.

Cualquier sistema asistencial centralizado que se pretenda implantar y que de un modo u otro esté bajo la influencia del Estado caerá inevitablemente en los mismos vicios: politización, burocratización y corrupción; "la línea oficial gira alrededor de estas tres calamidades"¹² (56).

La posición del gremialista capitalino frente al proyecto de Servicio Nacional de Salud es fuertemente crítica. En primer lugar, rechaza el concepto mismo de Servicio. Identifica esta denominación con los sistemas implantados en Nueva Zelanda, Chile, Suecia, la Unión Soviética, que garantizan "la prestación médica gratuita e igualitaria a toda la población". Una auténtica política de seguridad conformada sobre tales bases es un "lujo social" que solo los países ricos pueden afrontar. En los países pobres, la carga del sistema recae sobre los profesionales, la relación de dependencia es inevitable, se impone el control de la actividad médica.

El proyecto en discusión no puede considerarse servicio porque no otorga cobertura universal, aunque en otras características pueda asimilarse a esa concepción. Se trata de un órgano "centralizador y ejecutivo", que se hará cargo "de todas las entidades asistenciales existentes en el país" (57). Un Directorio, de concepción totalitaria, tiene poderes absolutos sobre el sistema. Aunque los médicos solo

¹² La política oficial se orientó tradicionalmente a disminuir la responsabilidad y cercenar la autoridad del profesional. "La profesión médica nunca gozó de franquicias para organizar la asistencia. El fracaso de los servicios oficiales y el justo afán de los obreros por obtener atención médica a costo moderado, los impulsó a exigir a gobiernos y empresarios fondos y facilidades para erigir clínicas propias. Los obreros, de receptores de beneficios, se transformaron en dadores de trabajo a los médicos. En sus relaciones con estos actúan como patronal y tratan de obtener las mayores ventajas. Muchas de sus clínicas brindan servicios que no están a la altura de los fastuosos edificios de que disponen. El médico no tiene la conducción, es simple ejecutor". (Kandel, Bernardo. *Servicio...* cit., pág. 21 y 22).

controlan el 25% de sus cargos, el Directorio es el encargado de planificar, dirigir, fiscalizar y coordinar todos los servicios en el orden técnico y administrativo.

Se hable de "servicio" o de "seguro", cualquier opción unitaria encontrará la oposición del dirigente. En las Jornadas de Paraná, en mayo de 1960, se vinculará el problema con el debate entre la Asociación Internacional de Seguridad Social y los organismos médicos internacionales:

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 a subordinación de los beneficiarios y de los servidores del Seguro (58).

Según la lectura de Kandel habría contradicciones entre el principio de libre elección que se declara y la existencia de contratos que estipulan regímenes de trabajo, obligaciones y derechos; a ello se suma el artículo 32, "más peligroso aún", que establece registros de inscripción para los profesionales. "Cuando se postula libre elección, no se pueden aceptar ni contratos de trabajo ni reglamentaciones. Mientras no se reforme el ejercicio profesional, el título habilitante es la única credencial aceptada" (59). La existencia de registros y contratos define la existencia de una relación de dependencia entre el profesional y el Servicio. Presupuesto que confirma el artículo 30, cuando señala que el Servicio abonará directamente a los profesionales. "Los objetivos son manejarlos a voluntad, tenerlos sujetos y dependientes" (60).

¿Cuáles son las bases organizativas propuestas?

1) Una legislación que facilite el seguro médico. La extensión del país y la heterogeneidad de condiciones exigen flexibilidad en el mecanismo de cobertura. El Estado debe acudir en ayuda de los indigentes, costeadando su curación.

2) Asegurar la calidad y la eficiencia de los servicios asistenciales. Mediante la reglamentación y con el control de entidades médico-gremiales y organismos de salud pública se asegurará el mínimo de beneficios, la forma de brindarlos y la contribución oficial en obras y financiación para los servicios.

3) La protección de intereses económicos y profesionales del médico y demás personal de salud. El trabajo profesional debe remunerarse conforme al concepto de "honorario por servicio prestado".

4) Evitar la comercialización de la medicina. En la prestación de servicios asistenciales deben ser eliminadas las organizaciones con finalidad lucrativa.

5) Establecer la responsabilidad económica del usuario y de quienes se considera que deben participar en la financiación a través de sus aportes: trabajadores, empleadores, Estado. "La fórmula ajustada para eliminar la dependencia del profesional es precisar el monto de los aportes y establecer su destino sin obligar al profesional a aceptar el aporte como remuneración completa e inamovible por su trabajo" (61).

6) Los planes tienen que establecerse sobre la idea de acceso directo del paciente al médico o servicio de su elección. Reconocimiento y protección de la medicina privada como fuente principal de provisión de servicios y eliminación de la competencia oficial y similares.

COMENTARIO FINAL

Solo algunos señalamientos, para cerrar este capítulo tan ilustrativo en lo referente a la significativa complejización de la ideología profesional. Parece indudable, a través de la lectura de los testimonios presentados, que el problema de la organización del Seguro no puede ya ser propuesto como eminentemente "técnico", como se lo solía plantear en los años treinta. La carga ideológica presente en el debate no solo refiere a la particular visión que tienen los profesionales de su inscripción social, de la posición y privilegios asociados con la relevancia de su función y los contenidos científico-normativos que la respaldan. En las diferentes propuestas organizativas subyacen, además, diferentes concepciones en torno a las relaciones entre individuo y sociedad, sociedad y Estado, individuo e instituciones intermedias, instituciones intermedias y Estado.

Esa lectura permite afirmar que en ese momento ya estaban contruidos, como referentes ideológicos de diferentes sectores profesionales, los modelos organizativos que seguirán debatiéndose en el interior del sector en las décadas sucesivas, dibujando un abanico de opciones que todavía no ha podido ser clausurado. Por otra parte, tales modelos no resultan instrumentales solo en términos de la organización de un sistema de seguro, en tanto reproducen concepciones más generales, también se adecuan al debate en torno a la organización de los servicios de salud, sus modalidades de financiamiento, el rol del Estado y las organizaciones intermedias, de permanente vigencia en el interior del sector.

Referencias bibliográficas

- (1) Cf. "Concepto de servicio médico". *Rev Fed Med Rep Arg* V, (45):37-42, feb./mar. 1945.
- (2) Tettamanti, Luis. "La acción mutual privada y sus consecuencias sociales y profesionales". *Rev Fed Med Rep Arg* I (5):8-11, octubre de 1941, pág. 11.
- (3) Baztarrica, Juan M. "Impresiones sobre los seguros sociales en Chile". *Boletín A.M.P.* 4:23-24, noviembre de 1942.
- (4) Baztarrica, Juan M. "Los médicos y los seguros sociales". *Rev Conf Med Rep Arg* 56:12-16, abril de 1946, pág. 14.
- (5) Baztarrica, Juan M. "Al margen del III Congreso de Sanidad realizado en Rosario". *Rev Conf Med Rep Arg* VI (62):26, nov./dic. de 1946.
- (6) "Resoluciones del Tercer Congreso de Sanidad, Rosario 6, 7 y 8 de diciembre de 1946". *Rev Conf Med Rep Arg* VII (63):23-26, ag./set. de 1947, pág.
- (7) Comisión Nacional de Seguro Social de Enfermedad, *Proyecto de Decreto-Ley Nacional de Seguridad Social*. (Decretos leyes N° 2245/56 y 1641/57. República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. Buenos Aires, 1957, pág 9).
- (8) "V Asamblea General y VI Congreso Médico Social Panamericano. Conferencia pronunciada por el Presidente de la Confederación Médica Panamericana Dr. Walter A. Saborido, en el Congreso Médico-Gremial, realizado en la ciudad de San Luis del 19 al 21 de abril del año 1957". *Rev Conf Med Rep Arg* X (83):13-19, ene./jun. 1957, pág. 14/15.
- (9) Vaccarezza, Rodolfo. "Relaciones entre las instituciones de Seguridad Social y el cuerpo médico". *Rev Conf Med Rep Arg* X (83):24-30, ene./jun. 1957, pág. 24.
- (10) *Idem*, pág. 26.
- (11) *Idem*, pág. 27.
- (12) *Idem*, pág. 27.
- (13) *Idem*, pág. 27.
- (14) *Idem*, pág. 29.
- (15) "Accrca del Seguro de Salud". *Rev Conf Med Rep Arg* XII (89):1-2 oct./dic. 1959, pág. 1.
- (16) *Idem*, págs. 1 y 2.
- (17) Comisión Nacional del Partido Comunista. *Sanidad y Seguro Social*. Buenos Aires, Editorial Fundamentos, Buenos Aires, 1960, pág. 26.
- (18) *Idem*, pág. 22.
- (19) *Idem*, pág. 43.
- (20) *Idem*, pág. 21.
- (21) *Idem*, pág. 33.
- (22) Herrou Baigorri, José. "Para la organización de un Servicio Nacional de Salud". *Anales de Sanidad* III 1/4:27-47, ene./dic. 1960, pág. 28.
- (23) *Idem*, pág. 34.
- (24) *Idem*, pág. 29.
- (25) *Idem*, pág. 30.
- (26) *Idem*, pág. 32.
- (27) Herrou Baigorri, José. "Aportes para un nuevo régimen de protección integral de la salud en la República Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg* XII (89):21-25, oct./dic. 1959, pág. 22.
- (28) *Idem*, pág. 23.
- (29) Herrou Baigorri, José. "Para la organización...", cit., pág. 40.
- (30) *Idem*, pág. 43 y 44.

- (31) Lazarte, Juan. "Seguros sociales en la provincia de Santa Fe. El seguro de enfermedad". *Rev Fed Med Rep Arg* 82:13-19, nov./dic. 1956, pág. 19.
- (32) Lazarte, Juan. "Los médicos y el seguro social de salud". *Rev Conf Med Rep Arg* 86:23-30, jun./nov. 1958, pág. 28.
- (33) *Ibidem*.
- (34) Lazarte, Juan. "El Seguro de Salud", en Federación Médica de Entre Ríos, *Jornadas Médico Gremiales*, Paraná, mayo de 1960:25-34, pág. 34.
- (35) Provenzano, Sergio D. *Seguridad Social* (planteo y soluciones). Buenos Aires, 1959. Edición del autor, pág. 13.
- (36) (Enfasis en el original) *Idem*, pág. 14.
- (37) *Idem*, pág. 20.
- (38) (Enfasis en el original.) Provenzano, Sergio. "Fundamentos y bases para un Servicio Nacional de Salud". *Rev Conf Med Rep Arg* XII (89):16-25, oct./dic. 1959, pág. 18.
- (39) *Idem*, pág. 19.
- (40) *Idem*, pág. 18.
- (41) *Idem*, pág. 19.
- (42) *Idem*, pág. 20.
- (43) (Enfasis en el original.) "Mesas Redondas de Deodontología Médica", 31 de mayo y 1 y 2 de junio de 1960. *S.M. XLVII* (3535):1726-1762, noviembre de 1960, pág. 1742.
- (44) *Ibidem*.
- (45) *Ibidem*.
- (46) *Idem*, pág. 1743.
- (47) Pío XII Mensaje a la Asamblea Mundial de la Salud, el 27 de junio de 1949, citado en *Ibidem*.
- (48) *Idem*, pág. 1949.
- (49) Kandel, Bernardo. "Seguros Sociales en Francia". *Rev. A.M.A.* LXX 815/ 816:60-69, marzo de 1956, pág. 68.
- (50) Kandel, Bernardo. "La experiencia inglesa sobre el seguro nacional de salud (National Health Service)". *Rev. A.M.A.* LXX (833/834):426-431, dic. 15/30 de 1956, pág. 428.
- (51) *Idem*, pág. 430.
- (52) Kandel, Bernardo. "Fundamentos de la declaración sobre Seguro de Enfermedad", en Federación Médica de la Capital Federal. *Declaración sobre Seguro de Enfermedad*, Buenos Aires, 1959:5-14, pág. 12.
- (53) *Idem*, pág. 8.
- (54) Kandel, Bernardo. *Servicio Nacional de Salud*. Discusión del anteproyecto editado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Federación Médica Gremial de la Capital Federal. Buenos Aires, 1959, pág. 6.
- (55) *Ibidem*.
- (56) *Idem*, pág. 9.
- (57) *Idem*, pág. 24.
- (58) Kandel, Bernardo. "El Seguro de Salud" en Federación Médica de Entre Ríos. *Jornadas Médico Gremiales*. Paraná, mayo de 1960:41-49, pág. 41.
- (59) *Idem*, pág. 17.
- (60) *Idem*, pág. 18.
- (61) *Idem*, pág. 23.

8. La política como arte de lo posible: expansión de las obras sociales

Mientras la discusión doctrinaria teje y desteje el tema del seguro, imaginando múltiples variantes construidas a partir de diferentes perspectivas de inserción de la profesión en una nueva reorganización del sector, paulatinamente va articulándose un nuevo modelo prestador que en la década siguiente se convertirá en hegemónico sin haber estado presente en los debates referidos al largo plazo. La expansión del sistema de obras sociales reafirma la fragmentación que solo había sido superada en el discurso de algunos de los funcionarios, rechaza la presunta racionalidad de la administración unificada, la concentración de recursos, el planeamiento, desdeña la falaz imagen democrática que pretende derivarse de la accesibilidad igualitaria. Una racionalidad diferente parece construirse a partir del entrecruzamiento de demandas, expectativas, temores, resistencias, de los diferentes grupos sociales involucrados. Del mismo modo que en los años cuarenta la fragmentación puede remitirse en última instancia a un diálogo particular entre diferentes sectores y poder estatal, inscribiéndose en una lógica política, en estos años parece cambiar el sentido de esa lógica, que se inserta en una perspectiva de exclusión. La fragmentación no se sustenta en el acceso diferencial a la instancia decisoria del Estado, sumando partes que podrían articularse más tarde en un proyecto totalizador; por el contrario, deviene de exigencias defensivas que estimulan a los diferentes actores a cerrarse en torno a reivindicaciones que han dejado de responder a contenidos políticos para transformarse en estrechamente corporativas.

Tanto la combativa identidad peronista asumida en esos años por el sindicalismo como el pretendido apoliticismo del gremio médico confluyen en un distanciamiento de las instancias de poder, distanciamiento que no debe pensarse como completa ruptura de vínculos, sino como radical negativa a comprometerse en cualquier proyecto que suponga identidad de intereses.

La posición del gremio —y, probablemente, de buena parte de la profesión— aunque brota de raíces diferentes, termina dando frutos semejantes. La esperanza puesta en la Revolución Libertadora parece transformarse rápidamente en decepción. La incomprensión de los funcionarios, el relegamiento de los técnicos en función de prioridades adjudicadas a perspectivas electoralistas, la demagogia como

norte de la relación con los sectores populares, son constantes en el discurso profesional de estos años, cada vez que se roza la problemática relación con el Estado.

A esta perspectiva, que ubica al gremio médico en relativa confrontación con el poder, se suma en estos años un creciente antagonismo con las administraciones sindicales de servicios de salud. De ninguna manera puede pensarse el problema como un movimiento unidireccional y dotado de coherencia, pero es posible recoger múltiples manifestaciones de insatisfacción frente al trabajo asalariado en mutualidades y obras sociales sindicales, ante una real o supuesta "incomprensión" que desdeña la importancia de los objetivos comunes.

Entrampada en un conflicto político en el que se niega a tomar partido, repudiando toda identificación en términos partidarios, la profesión médica solo se inclina a aceptar aquello que puede controlar. Por ambiciosas que sean las metas que se formulan para el largo plazo, la coyuntura conduce inevitablemente a posiciones regladas por la supremacía de interés sectorial.

En esa reticencia ante los avances reguladores del aparato estatal, en esa continua y conflictiva negociación con instituciones de salud administradas por legos, en esa insistente reivindicación de libertades profesionales que se proponen como garantía indispensable de la eficacia terapéutica, encontrará terreno fértil la propuesta de organización de instituciones financiadoras que reconozcan como principio rector la normativa elaborada por la profesión para afirmar su supremacía. En la confrontación de opciones quedan en el camino otros reclamos en los que se manifiesta la articulación entre intereses sectoriales e interés general, en particular las ideas de unidad, coherencia, racionalidad, coordinación. En ese contexto debe leerse la modificación del vínculo con las obras sociales que comienza a gestarse en los últimos años de la década de los años cincuenta.

LA ORGANIZACION DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL

La reorganización del gobierno de la provincia de Buenos Aires en ocasión de la Revolución Libertadora, ubica en la Subsecretaría de Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública a un médico gremialista: Sergio Provenzano.

El interés de Provenzano en la temática de la Seguridad Social, su compenetración con las inquietudes del gremialismo médico, se articulan de manera favorable con la preocupación de las autoridades militares por crear instituciones de asistencia social capaces de competir en el imaginario de los trabajadores con las organizaciones gestadas por el peronismo, posibilitando el surgimiento de una entidad con capacidad para integrar reivindicaciones médico gremiales de autonomía profesional y cobertura de atención médica de grandes contingentes poblacionales.

La peculiar coyuntura política en la que se encuadra su nacimiento —1957-1958— dotará al Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de una doble eficacia simbólica. Por un lado, el efecto buscado por sus organizadores, de cuya efectividad no tenemos testimonios, consistente en mostrar al personal de la Administración Pública la preocupación del Estado por proporcionarle una atención médica con características de reconocida excelencia: atención en el sector privado, con libre elección del

profesional y de la institución de internación, a través de una organización sin excesiva burocracia y relativamente eficiente. A estas representaciones se superponen otras, de las que deriva un resultado tal vez no esperado, pero ciertamente más significativo: los profesionales encuentran un terreno donde sus reivindicaciones no se agotan como utopías de difícil realización; descubren que puede existir una "organización social" de las prestaciones que respete las modalidades de ejercicio y retribución incorporadas a su plataforma de lucha, que parecían perderse decididamente al compás de la declinación de las formas tradicionales de práctica.

Historia del Instituto de Obra Médico Asistencial

El IOMA tiene su origen en el decreto ley nº 12 739 sancionado en acuerdo de ministros por la Intervención Federal de la provincia de Buenos Aires el 25 de julio de 1956. En ese momento y con el objetivo explicitado de lograr "la organización racional de la ayuda mutua entre el personal, auspiciada y protegida por el Estado" se crea la Obra Social de la Administración Provincial. En el articulado del decreto se establece una Comisión que estaría presidida por el subsecretario de Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública e integrada por un delegado de cada Ministerio, a la que se encomienda la elaboración de un proyecto que contemple el régimen funcional y administrativo del nuevo organismo, las condiciones de afiliación y la delimitación de beneficios y recursos (art. 3º).

La presencia de Provenzano, designado director de la Comisión desde el momento de su constitución, seguramente no fue casual y debe haber influido en la celeridad otorgada a su operatoria. En febrero de 1957, el decreto nº 2452 dispone la creación del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Administración General de la Provincia de Buenos Aires, y se aprueba su organigrama de gobierno. Por decreto nº 9108 del 30 de mayo, se sanciona la reglamentación y en el mes de junio se pone en marcha la cobertura a los beneficiarios, desempeñándose Provenzano como director interino.

El Ministerio de Salud Pública da a conocer los fundamentos organizativos del Instituto en un folleto donde se reconoce explícitamente la adopción de los principios aprobados por la Confederación Médica:

- libertad de elección del médico por el paciente, libertad del médico para elegir a sus pacientes, excepto en casos de urgencia o humanitarios;
- no intervención de terceros en la relación médico-paciente;
- control ejercido exclusivamente por médicos;
- libre elección del hospital por el paciente;
- libertad del médico para elegir especialidad y lugar de ejercicio;
- ninguna restricción en medicación o tratamiento;
- representación de la profesión en todos los departamentos relacionados con atención médica;
- no corresponde al interés público el trabajo médico asalariado;
- la remuneración del trabajo médico no debe depender del estado financiero de la organización aseguradora;

- los planes de seguro deben estar abiertos a todo médico, sin que ninguno pueda ser obligado a participar en ellos;
- no debe existir explotación del médico, de sus servicios o del público por ninguna persona u organización (1).

En el archivo privado de Provenzano puede consultarse el texto de un decreto ley que no llegó a sancionarse, orientado a obtener la autarquía para el funcionamiento del Instituto. Esta solo se aprueba en noviembre de 1960 por ley n° 6323. En marzo de 1961 se designan las autoridades reglamentarias: un Directorio cuyo presidente es designado por el Poder Ejecutivo con acuerdo del Senado y siete vocales en representación de las diferentes categorías de afiliados, elegidos por voto secreto de los mismos (art. 3° de la ley n° 6323 y 7° de su decreto reglamentario n° 438/61).

Para la representación en el Directorio se diferencian siete categorías de afiliados: agentes de la administración, magisterio, Poder Judicial, Poder Legislativo, empleados y obreros de las municipalidades, jubilados y pensionados. Las entidades gremiales adheridas cuentan con un representante elegido por el Poder Ejecutivo de una terna presentada por la central obrera provincial. El organigrama previsto por el decreto original (n° 2452/57) no contemplaba representación de los beneficiarios en el gobierno del IOMA. La Dirección y administración del Instituto se entrega a un director designado por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ministerio de Salud. Un consejo asesor integrado por representantes de los Ministerios y otros organismos cuyo personal registrara como beneficiario tenía funciones de consejo y fiscalización (art. 6°, 8° y 11°, decreto n° 2452/57).

El Instituto no queda, sin embargo, libre de las contingencias políticas más generales. En 1962, después del golpe que derroca al presidente Frondizi, sufre una intervención que se prolongará hasta fines de 1964. Bajo las autoridades *de facto* padece las consecuencias de las dificultades financieras del gobierno provincial que se traducen en reducciones progresivas del aporte realizado por el Estado en su calidad de empleador, y también en el congelamiento de los salarios de la administración entre 1961 y 1963.

En el organigrama original los principales recursos a disposición del Instituto provenían del aporte del 1% del sueldo, jubilación o pensión de sus afiliados y un monto equivalente como contribución del Estado provincial. En 1960 la ley N° 6323 aumenta el aporte de los afiliados directos a 2% de sus remuneraciones, pero mantiene la contribución provincial en su nivel anterior, equiparable a 1% del total de las mismas. La intervención producida durante la gestión del presidente Guido reduce el aporte estatal en medio punto. La situación de déficit que enfrenta el Instituto durante 1963 y 1964 obliga a un nuevo aumento de los aportes en términos relativos: 2,5% a cargo del afiliado y 1,5% por cuenta del Estado.

En 1964 se discute en la legislatura bonaerense una modificación del régimen jurídico del IOMA orientada a transformarlo en fundamento de un sistema de seguro de salud, facultándolo para integrar a su funcionamiento a "los sectores de la actividad pública y privada que adhieran a su régimen". La iniciativa es aprobada al año siguiente bajo el n° 6982, pero la operatoria del IOMA no cambia significativamente. Hacia 1970 los afiliados voluntarios no llegan a 10% del total.

Las dificultades financieras no parecen haber constituido trabas importantes para el crecimiento del Instituto, que continúa a lo largo de los años sesenta. En el cuadro que insertamos a continuación puede verificarse el sostenido aumento del número de beneficiarios, profesionales e instituciones adscriptos al sistema, que prácticamente se duplican entre 1960 y 1965, llegando a cubrir en este último año 5,7% de la población de la provincia de Buenos Aires. También se duplican en estos años las principales prestaciones, avalando una hipótesis de crecimiento sin cambios en el modelo de atención.

La estructura del gasto se mantiene relativamente homogénea a lo largo de ese proceso de crecimiento, con baja incidencia de los gastos de administración, y un porcentaje que no baja de 85% del total de los recursos destinados a financiar servicios asistenciales.

También permanece relativamente constante la distribución del gasto en los diferentes componentes de la atención, tal como se ilustra en el siguiente cuadro.

IOMA. Distribución del gasto en servicios asistenciales (porcentajes) (3)

	1960/61	1965
Médicos	42	40
Farmacias	31	31
Odontólogos	5	6
Sanatorios	17	18
Laboratorios	5	6

RESISTENCIAS Y CONFLICTOS

La rapidez con que se define y organiza la compleja estructura normativa del IOMA podría favorecer la suposición de que se trató de un proceso con consenso generalizado. Sin embargo, no fue así. La recuperación del archivo privado de Provenzano nos permite conocer el trámite interno de la decisión a nivel ministerial, y reconstruir un conflicto de opiniones que de otra forma habría pasado inadvertido o solo hubiera podido detectarse a partir de indicios.

Al conflicto intraburocrático —que en última instancia podría reducirse a la rivalidad por la conservación de espacios adquiridos y al temor de quedar en desventaja ante una redefinición de esferas de poder— debe sumarse la oposición de sectores sociales que podían quedar relativamente descolocados ante la nueva organización, en particular mutualidades preexistentes y entidades médico-profesionales. La característica más notable de la discusión generada en torno a la creación y organización del Instituto es su fuerte carga ideológica. El debate no se centra sobre la oportunidad de la medida o la mayor o menor adecuación de las formas organizativas propuestas para el cumplimiento de los objetivos que se le asignan. El eje se ubica, por el contrario, en posiciones de principio: la cuestión de

los alcances de la intervención del Estado, el problema de la centralización-descentralización burocráticas, el conflicto entre libertades individuales y reclamos corporativos.

Las discrepancias en el gobierno provincial

En el momento de poner en marcha el proyecto, la administración provincial reconocía la existencia de tres obras sociales, correspondientes a la Policía, el Ministerio de Educación y el de Obras Públicas. Alguna información dispersa permite suponer que estas instituciones contaban con el aval o respaldo del organismo respectivo, pero no eran las únicas en actividad. En el Ministerio de Salud Pública, por ejemplo, se menciona la existencia de una Asociación Mutual del Personal, una Cooperativa de Consumo, y una organización de "Asistencia Social" que originariamente había adoptado el nombre de "Evita" (4).

Tales instituciones parecen haber sido precarias, tanto en organización como en recursos. En general, no cubrían a los familiares del beneficiario directo, y subsistían con aportes magros y contribuciones aleatorias del presupuesto provincial, destinadas por lo común a enjugar los déficit. En las tres obras sociales reconocidas no existían aportes del Estado y cada afiliado cotizaba cinco pesos mensuales (5). En el Ministerio de Asuntos Agrarios se encontraba en ese momento en elaboración un proyecto de creación de la Dirección de Obra Social, que contemplaba la incorporación voluntaria de los familiares directos, previendo una financiación basada en la contribución del personal (1% de los sueldos) y "los recursos que anualmente le fije la ley de presupuesto" (6).

En lo referente al personal policial, su cobertura de salud dependía de una Dirección de Servicios Sociales, creada por decreto N° 10 799 de 1953 y reglamentada por decreto N° 7216 de 1955. El informe de la Dirección de Asuntos Legales, producido en ocasión de la organización del IOMA señala la "precariedad de los servicios que presta" y la insuficiencia de recursos, que dependen del aporte exclusivo de los asociados (7).

La Dirección de Servicios Sociales del Ministerio de Educación era también fuertemente deficitaria. En el momento de su incorporación al IOMA reconoce compromisos impagos por 3 195 248 pesos, suma que en ese momento equivalía a 28% de los recursos manejados por este en su primer semestre de funcionamiento (8).

Ambas instituciones, sin embargo, rechazan su incorporación al nuevo organismo. La solicitud de la policía tiene acogida favorable, disponiéndose por decreto ley N° 10 899 del 26 de junio de 1957 que la afiliación de su personal reviste carácter voluntario. La oposición de los docentes, en cambio, desencadena otro pequeño conflicto burocrático, al denunciarse la presencia del representante del Ministerio de Educación en el Consejo Asesor del IOMA en una asamblea realizada en el Sindicato de Obreros y Empleados de ese Ministerio, estimulando la organización de un "movimiento de resistencia" al nuevo organismo (9). La oposición de los docentes llega a tomar estado público, al hacerse eco la prensa del descontento del gremio por la paralización de los servicios "que algunos ministerios tenían

perfectamente organizados" y por el aumento de la contribución personal resultante de tener que aportar obligatoriamente una "elevada cuota" en reemplazo de la anterior, limitada a cinco pesos moneda nacional (10).

La oposición en el interior del gobierno se centraliza en cuestiones constitucionales y de organización administrativa. Con la utilización de argumentos que a veces rozan lo ingenuo y otras el absurdo, lo que parece trasparentarse es el temor a la centralización del poder, a la manipulación política que puede derivar de las funciones esencialmente sociales encomendadas al nuevo organismo.

Por un lado se habla de "centralización administrativa, no acorde con los principios de un buen régimen político-administrativo" (11), o de "centralismo burocrático", favorecedor de "demoras y dilación en las tramitaciones" y "contrario a los requisitos de elasticidad, agilidad, autonomía" (12), propios de las funciones encomendadas. O bien se cuestiona la conveniencia de crear "nuevos grandes organismos" en una administración "demasiado sobrecargada en el aspecto burocrático" (13).

Los argumentos basados en la inconstitucionalidad de determinadas disposiciones se inclinan básicamente hacia la defensa de las libertades individuales, consagradas por el artículo 14 de la Constitución Nacional. Con su violación se asocia el régimen de afiliación obligatoria, que en alguna versión llega a considerarse propio "de regímenes absolutos de extrema izquierda". Las disposiciones constitucionales relativas a este tipo de cuestiones encuentran un refuerzo adicional en los "principios de la Revolución Libertadora" (14), cuyo acatamiento se exige con prioridad a la normativa sancionada por la Carta Magna.

También se considera transgresión de la norma fundamental la incorporación del personal de los poderes legislativo y judicial, violatoria de la "tradicional separación de los tres poderes", y que por consiguiente implica la destrucción del "basamento institucional republicano" (15).

Finalmente, el cuestionamiento desemboca en lo político. Se desaconseja la aglutinación de grandes contingentes humanos, cuyo bienestar quedaría librado a la buena o mala fe del presidente del Directorio, "que tendría en sus manos una organización poderosísima, pasible de ser utilizada con fines políticos" (16). Una organización tan "adentrada" en los aspectos sanitarios y sociales de la vida de los beneficiarios, "llegaría a ser un instrumento formidable de coerción" en el caso de caer en manos inescrupulosas o débiles, "situación sobre la que tenemos muy frescos precedentes" (17).

Algunos textos hablan de un "superministerio", y los defensores del proyecto se apresuran a aclarar que no existe ninguna posibilidad de asimilación entre su propuesta y la trayectoria de la fundación Eva Perón (18).¹

¹ Tal vez valga la pena señalar que el rechazo a la afiliación obligatoria surge de múltiples lugares. Veamos algunos ejemplos: una carta remitida al diario *El Día* y firmada "Un empleado", señala entre otras cosas: "no alcanzo a comprender cómo todavía las autoridades no se han dado cuenta que los métodos compulsivos para las contribuciones deben eliminarse de una vez por todas, pues son los que más rebelan a las personas que no tienen alma de esclavo" (Archivo Provenzano, *El Día* 18-VI-1957). Una asamblea general extraordinaria de sociedades mutualistas realizada el 18 de junio de 1957 decide solicitar a la intervención federal en la provincia que la aplicación del decreto de creación del IOMA sea optativa para los empleados, jubilados y pensionados de la provincia, considerando que "de esa manera

La negociación con las entidades profesionales

La respuesta de las entidades médico-gremiales ante la creación del IOMA no fue homogénea. Las razones de la diferencia no pueden encontrarse en la documentación a la que hemos tenido acceso, pero es factible suponer que radicaron en conflictos internos al gremialismo que terminaron por distanciar a las dos entidades que tenían su sede en la ciudad de La Plata, la Agrupación Médica Platense y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Como un ingrediente más del problema, tal vez sea conveniente considerar que Provenzano era dirigente de la Federación.

La agrupación asume, ante la creación del IOMA, una actitud por lo menos defensiva, estimulando a los médicos a reclamar participación en los detalles organizativos del nuevo Instituto. Convoca una asamblea que se reúne el 11 de junio de 1957, decide una actitud de "resistencia activa" y emplaza a la Federación a pronunciarse sobre el tema en un lapso de 15 días (19).

El Consejo Directivo de la Federación aborda el problema en una de sus reuniones ordinarias y se expide desaprobando el procedimiento seguido por su filial. En una declaración que hace pública se expresa manifestando "que considera aceptables las bases asistenciales ofrecidas por el Instituto Médico Asistencial en lo que ellas se ajustan a los principios establecidos por los congresos médico gremiales" (20).²

En los días sucesivos la entidad gremial platense flexibiliza su posición e inicia tratativas formales con Provenzano, en su carácter de director interino del IOMA. Con fecha 16 de julio le hace llegar los términos aprobados para la vinculación con el Instituto en una asamblea realizada pocos días antes. Sus contenidos más importantes pueden sintetizarse así:

1) Los médicos de la localidad podrán inscribirse en los registros del IOMA a fin de dar a conocer datos personales, horarios y servicios ofrecidos. Tal inscripción deberá efectuarse por intermedio de la Agrupación Médica Platense.

2) Todos los médicos actuarán libremente en el ejercicio de su profesión, te-

será respetado el derecho de autodeterminación" (Archivo Provenzano, *La Nación* 29-VI-1957). Por último, los empleados del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires elevan al director del IOMA una nota en la que cuestionan se les niegue el goce de beneficios acordados a todos los empleados de la Provincia, a la vez que afirman: "No vaya a suponer, señor Director, que nos gustaría que se adoptara una resolución obligando a afiliarse a todo el personal judicial". En ese orden de ideas reclaman el beneficio de la afiliación voluntaria, ya acordado al personal policial (Archivo Provenzano, *El Día* 29-IX-1957).

² En la Asamblea reunida por la Federación el 30 de junio de ese año el apoyo es aún más decidido: "Que debe reconocerse la importancia que reviste desde el punto de vista sanitario la organización del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Administración General de la Provincia de Buenos Aires, que en la práctica significa la iniciación del Seguro de Salud.

"Que teniendo en cuenta la opinión unánime que todos los congresos y reuniones médico gremiales han fijado acerca de las normas que deben establecerse para las relaciones con las organizaciones oficiales y privadas, y con los usuarios de las mismas, para que puedan recibir una asistencia médica integral, calificada y humana, ratifica sus principios básicos tales como: la libre elección del médico, los contratos colectivos de trabajo y la participación de los médicos en la organización y dirección de las mismas (Archivo Provenzano. "Consideró la Federación Médica de la Provincia la creación del IOMA". *El Argentino* 2-VII-1957).

niendo como única limitación la de ajustarse a las normas corrientes que reglan el ejercicio de la misma.

3) Se acepta la división del arancel en dos partes: una a cargo del IOMA, en porcentaje fijado por este, y otra a cargo del usuario, que será abonada directamente en el momento de la prestación del servicio. La suma no será inferior a 80% del arancel privado aprobado por la Agronomía Médica Platense.

4) Se confeccionará un listado especial de médicos que decidan aplicar un arancel mayor. En ese caso el IOMA abonará el monto establecido en el arancel aplicable a todos los médicos, quedando la diferencia a cargo del usuario (21).

Al reclamo de contratación exclusiva a través de la entidad gremial que formula la agronomía platense se pliega poco más tarde la Sociedad Odontológica de La Plata y luego la Federación Odontológica de la Provincia. Las negociaciones parecen prolongarse. Todavía en enero de 1958 una nota dirigida al director del IOMA reitera decisiones tomadas por los odontólogos de la provincia en una asamblea realizada el 30 de noviembre de 1957. El punto 4º expresa textualmente: "Toda relación entre profesionales e Instituciones Mutuales se realizará por intermedio de los organismos profesionales de zona mediante las tratativas de rigor" (22).

La Dirección de Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se había expedido sobre el diferendo en un dictamen que hace suyo la dirección del IOMA.

Los argumentos esgrimidos giran en torno del conflicto producido entre las reivindicaciones gremiales y el reconocimiento del derecho individual al ejercicio de la profesión.

La contratación exclusiva a través de la entidad gremial significaría "la necesaria y obligatoria agronomía de los odontólogos" para prestar servicios profesionales a entidades de asistencia social. La agronomía se plantea como un vínculo destinado a unificar los esfuerzos individuales en procura de la mejor defensa de los intereses comunes, pero "de ningún modo puede admitirse su interferencia en el libre ejercicio individual de la profesión de los asociados".

La vinculación de trabajo —agrega la asesoría legal— debe ser "el resultado de la relación directa entre el profesional y el organismo asistencial, en virtud de ser libre la adhesión de todos los profesionales del arte de curar" (23).³

En relación con el tema honorarios, el dictamen del asesor legal va más allá de la voluntad de compromiso puesta de manifiesto por Provenzano, al afirmar:

Los honorarios básicos que pueda fijar la entidad gremial en uso de sus facultades legales y estatutarias, podrán ser plenamente válidos para sus asociados y dentro de su esfera de influencia, pero ello solo puede constituir un elemento de juicio que será tenido en cuenta o no por el Instituto al estipular los honorarios profesionales que abonará por la asistencia de sus afiliados (24).

³ El punto tercero de la presentación de la Federación Odontológica expresaba: "No debe existir relación directa entre el Instituto y el profesional, y los que incurrieran en tales faltas serán juzgados por el Tribunal de Honor y perderán el derecho a ser incluidos en las listas que eleve la entidad gremial." (Archivo Provenzano, Dictamen de la Dirección de Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Plata, 22 de octubre de 1957.)

Las pautas organizativas del IOMA parecen haber estado desde sus comienzos orientadas a la aceptación de los honorarios fijados por las entidades gremiales.

La demanda de contratación exclusiva, formulada reiteradamente por las organizaciones gremiales, aunque no desemboque en un conflicto abierto, sigue presente como reclamo a lo largo de varios años. En 1964, cuando se discute en el Senado de la provincia una reforma a la organización del Instituto, la cuestión vuelve a tomar vigencia. El miembro informante da cuenta de la preocupación de las entidades gremiales, pero insiste en la necesidad de preservar la opción de inscripción individual del profesional. A continuación manifiesta su interés por explicitar que esa facultad no deberá ser utilizada por la entidad estatal para "romper el movimiento gremial médico u odontológico dentro del territorio de la Provincia". Se trata, señala, "pura y exclusivamente" de abrir la opción del médico para su inscripción, pero queda expresamente aclarado que "de ninguna manera significa la opción del IOMA para la inscripción del médico" (25).

LA CONSTRUCCION DE LA NORMATIVA JURIDICA

Ordenamiento gremial y principios organizativos

La documentación reunida en función de la puesta en marcha del IOMA 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.

Las "Normas para médicos", por ejemplo, reúnen en 16 incisos una detallada enumeración de las condiciones que deben rodear la atención del enfermo, en lo referido a estipulación de horarios, atención en días domingos y feriados, asistencia a domicilio, ausencias temporarias del consultorio, verificación de la identidad del paciente, llenado de los formularios para prescripciones, enumeración de los elementos que no podrán prescribirse con cargo total o parcial al Instituto, condiciones para las internaciones, enfermedades de denuncia obligatoria, derivación a especialistas, etc. A ello se agregan otros siete incisos que regulan las condiciones de cobro de los importes a cargo del paciente, el llenado de las planillas de liquidación de honorarios, la conservación de los resultados de exámenes y pruebas prescritas, y el derecho de los profesionales a limitar los horarios que dedicarán a la atención de los pacientes del Instituto.

De contenido más significativo, sin duda, son los principios generales que otorgan marco doctrinario a la institución. Esta se encuadra para sus creadores dentro del concepto de "obra social",⁴ reconociéndose al mismo tiempo la inten-

⁴ La diferencia con las mutualidades radicaría en tres aspectos: a) no están presididas por comisiones honorarias elegidas entre los socios y por los socios; b) la afiliación es obligatoria; c) se contratan los servicios de médicos y sanatorios, de acuerdo a aranceles que fija la Institución" (Provenzano, Scr-

ción de superar algunas limitaciones que la experiencia de tales instituciones ha puesto de relieve, en particular las dificultades de su desenvolvimiento, la precariedad de las prestaciones y la falta de respuesta a las aspiraciones de las entidades profesionales.

Los principios organizativos se sintetizan en la siguiente forma:

- a) Servicio médico odontológico y farmacéutico integral, sin limitaciones.
- b) El afiliado, además de abonar su cuota, contribuye con una parte de los costos de su asistencia. Esta contribución no debe ser onerosa para el afiliado, ni incidir desfavorablemente en las finanzas de la institución. El porcentaje a cargo del afiliado será mayor en el caso de prácticas de bajo costo y menor en la situación inversa.
- c) Además de las consideraciones financieras, existen razones de índole moral que aconsejan no hacer lugar a la prestación gratuita de los servicios. En el inciso nº 20 de las "Normas para médicos" leemos: "Se sugiere a los señores médicos cobrar en todos los casos el importe que estará a cargo del paciente, pues ello tiende a evitar los abusos por parte de beneficiarios y a dar a esta asistencia el carácter de particular y no de 'beneficencia'."
- d) Se afianzará el vínculo de confianza entre el profesional del arte de curar y el paciente, mediante la libre elección de médico, farmacéutico, y odontólogo.
- e) La fijación de aranceles debe hacerse de común acuerdo con los profesionales.
- f) Se suprimirá toda interferencia entre el afiliado y el profesional. No es necesario solicitar boletas o autorizaciones.
- g) Asegurar al médico condiciones dignas de trabajo con pleno goce de la libertad en el ejercicio profesional.⁵
- h) Establecer un régimen autárquico de funcionamiento administrativo por las partes interesadas y bajo la dirección de los profesionales que participen en la planificación sanitaria.

La relación con las entidades médico-gremiales

La normativa que regirá la relación entre el IOMA y las entidades gremiales queda establecida en un contrato que se firma en julio de 1959 entre la dirección del Instituto y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Un primer

gjo. *El Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires. Organización, financiación y prestación de servicios.* Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, La Plata, 1957).

⁵ Provenzano aclara específicamente el sentido cabal que otorga a la expresión "pleno goce de la libertad en el ejercicio profesional". En la nota enviada en forma individual a todos los médicos de la provincia se especifica textualmente: "Por tales servicios especiales que Ud. se encuentre en condiciones de prestar, tales como cirugía, tratamientos especiales, radiología, etc., se convendrán aranceles de común acuerdo entre ambas partes. Existe una aparente contradicción entre esta fijación individual de aranceles y los aranceles prefijados para las visitas comunes en consultorio y a domicilio. Esta contradicción no existe: la visita ordinaria se diferencia de la prestación especial en que esta última requiere una especialización particular, individual" (Provenzano, Sergio. *El Instituto...* cit., pág. 9).

conjunto de disposiciones regula las condiciones financieras de la prestación de servicios: aprobación de común acuerdo de los aranceles, vehiculización por la entidad gremial de las facturas presentadas por los médicos inscriptos en el IOMA por intermedio de la Federación, pago de las mismas dentro de los sesenta días, y suspensión automática de los servicios en caso de que las facturas no hayan sido canceladas a los noventa días de su presentación.

Un segundo conjunto de normas se refiere al control de las prestaciones por parte de la entidad financiadora y a su compromiso de limitar el número de médicos de su dependencia directa y las funciones a su cargo.

El artículo tercero establece que el IOMA podrá tener "uno o más médicos, exclusivamente con la función de visar y verificar la eficiente atención del afiliado". Se deja "expresamente establecido", además, que el IOMA no podrá tener "médico orientador o exclusivo".

La prestación de servicios especiales solo podrá realizarse por profesionales que se inscriban determinando la especialidad de los servicios que están en condiciones de efectuar. Los inscriptos en clínica médica solo podrán actuar como tales. Los facultativos no podrán realizar las prácticas médicas y de laboratorio que ellos mismos prescriban (art. 4º)

Dos disposiciones pueden ser significativas en función de la aceptación de algunos límites al ejercicio discrecional de las "libertades médicas". El artículo 13 expresa: "el IOMA solo abonará los honorarios médicos que durante las visitas en consultorio no excedan de tres por hora, vale decir entonces que se estima que cada paciente en consultorio no puede ser atendido en un lapso menor de veinte minutos". El artículo 15, a su vez, puntualiza:

Cada facultativo se obliga a cobrar en todos los casos el importe que por ley se encuentra a cargo del paciente afiliado. No obstante, y si por razones de amistad, vínculo familiar o cualquier otro motivo particular el médico estimara que su servicio debe ser gratuito, esta circunstancia gravitará no solamente sobre el importe que deba abonar en efectivo el afiliado, sino también sobre el porcentaje a cargo del IOMA. El servicio médico no puede ser parcialmente gracioso (26).

En 1961, también por iniciativa de la Federación Médica, se instituye la figura del "arancel libre parcial". Este beneficiará a los profesionales que residan en los partidos de La Plata, Ensenada y Beriso, cuando tengan más de diez años de antigüedad en el ejercicio profesional en el caso de los generalistas y más de cinco tratándose de especialistas. La mejora en sus honorarios supone un incremento fijo y uniforme del 50% sobre el mínimo establecido por convenio.

Para los mismos partidos se establece, a título experimental, el "bono control", para visitas a domicilio y consultorio. La iniciativa conduce a vehiculizar también a través del IOMA la fracción del arancel a cargo del beneficiario, eliminando posibles prácticas irregulares por parte de los profesionales. Los bonos podían adquirirse en las farmacias adheridas al Instituto, y se entregaban al médico en reemplazo del importe que debía abonar el beneficiario. Su utilización se hace obligatoria, el profesional solo puede prestar atención médica sin su presentación en los casos de urgencia, consultas nocturnas, o ambas (27).

LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS SOCIALES PARAESTATALES

Pese a la regularidad de crecimiento demostrada por el IOMA, y a la relativa eficiencia de su administración, reflejada en la baja incidencia de los gastos de administración en el total de su presupuesto, los déficit financieros sufridos por la institución entre 1962 y 1964, y las intervenciones reiteradas, que se asocian con tales dificultades, estimulan el desarrollo de demandas de autogobierno y control por parte de los beneficiarios.⁶

El distanciamiento del Estado en tanto aparato, el repliegue de las demandas de intervención en lo social que ya analizamos en función de la problemática macro, puede descubrirse también en el análisis de las instituciones paraestatales de asistencia social a fines de los años cincuenta. Nada autoriza a hacer afirmaciones que generalicen ese tipo de práctica; se trata siempre de casos particulares y como tales deben considerarse, pero su reiteración puede servir para respaldar una hipótesis de construcción de una perspectiva "antiestatalista" en lo relativo a las instituciones de cobertura de salud.

Aunque el cuestionamiento se relacione con motivos diferentes, son varias las direcciones generales u obras sociales de jurisdicción estatal que en estos años son objeto de reclamos relacionados con la gestión de los funcionarios estatales a cargo de su administración. Muchos de estos problemas se debaten en un Parlamento donde la oposición se muestra poco proclive a contemporizar con el oficialismo; sin embargo, el tipo de cuestiones señalado muchas veces tiene poco que ver con las específicamente partidarias, aunque puedan ser aprovechadas en ese sentido, y en general remiten a situaciones personales, o trabas vinculadas a la dinámica burocrática. Veamos algunos ejemplos.

En 1961 el diputado Mercader eleva un pedido de informes al Poder Ejecutivo solicitando las razones del mantenimiento de la intervención de los Servicios Sociales Bancarios, situación que se prolonga desde el 16 de mayo de 1959. Uno de los fundamentos de la preocupación radica en denuncias de manejo irregular que toman estado público y dan lugar a un titular de *La Razón* que plantea una advertencia: "Peligra la Obra Social de los Bancarios" (28).

En los servicios destinados al personal de la industria del vidrio el problema es otro: la demora del Poder Ejecutivo en expedirse con respecto a la designación del director general ha colocado a la institución en condiciones de indefensión legal, ya que tal funcionario es el único formalmente autorizado para representarla en juicio. La reforma de su ley orgánica, propuesta al Parlamento en setiembre de 1961, establece un plazo perentorio para que el Poder Ejecutivo se expida, decidiéndose en caso contrario la aceptación automática del candidato propuesto (29).

⁶ En 1964 se conforma una comisión de entidades gremiales y civiles constituida en defensa de los afiliados del IOMA. En un documento que hacen público demandando el cese de la intervención, señalan que esta, en vez de traducirse en un mejor funcionamiento, coincidió con la restricción de sus servicios, agregando: "la intervención decretada oportunamente no constituye más que un evidente avance del poder estatal sobre el derecho que poseen aquellos [los afiliados] de administrar lo propio, conforme a los principios estatuidos en la ley vigente" (Archivo Provenzano, Artículo periodístico. "La normalización administrativa del IOMA se gestiona ante el P.E.", sin fecha).

Las denuncias de irregularidades y los consiguientes pedidos de informes se suceden, involucrando a diferentes instituciones y una gama relativamente variada de situaciones, que comprenden desde vagas alusiones hasta denuncias concretas y, al parecer, bien fundamentadas. En la obra social del Ministerio de Salud Pública y en la correspondiente a Relaciones Exteriores se denuncian irregularidades que han llevado a una virtual cesación de pagos. Otra manera de obstaculizar el desempeño de tales servicios radica en la no efectivización de los aportes a cargo del Estado, como parece suceder reiteradamente en la obra social ferroviaria. En 1960 se denuncia en diputados una situación aún más grave: no se transfieren a la obra social las sumas retenidas al personal.

Las denuncias de irregularidades en la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferrovianos y las consiguientes demandas de devolución a los respectivos gremios se registran a partir de 1955, cuando se acumulan las denuncias sobre el manejo discrecional producido bajo el régimen peronista, para reiterarse más tarde, en boca de los mismos ferroviarios o de la oposición en el Parlamento. Las quejas del personal relacionadas con deficiencias en los servicios se vinculan con mala administración de los fondos existentes, discrecionalidad política en la designación de cargos, falta de servicios y medicamentos esenciales, excesivo número de directores que obstaculiza el proceso decisorio, falta de aprobación de los presupuestos por parte del Ministerio de Hacienda, etcétera.

De menor vaguedad y mayor significación resulta la descripción de un presunto negociado urdido en agosto de 1961. En ese momento la Dirección adjudica a una firma de reciente formación y con un capital integrado de 100 000 pesos el reequipamiento de sus dispensarios por un valor total de 3 millones de dólares (30).

La situación más irritante, sin duda, se vincula con la administración de la Dirección de Obra Social del Ministerio de Educación (DOSME). El trámite de las denuncias por irregularidades se prolonga en el Parlamento desde diciembre de 1958 hasta agosto de 1961, sin que se lleguen a tomar las medidas que exigía la gravísima situación demostrada.

La iniciativa parte en el Senado del representante de La Rioja, quien toma a su cargo el reclamo de los afiliados del interior del país, insatisfechos por la demora en la organización de la obra social en buena parte de las provincias. Habiendo realizado un congreso en Mar del Plata, los beneficiarios de la obra social docente presentan una serie de denuncias relativas al funcionamiento de la institución, que había sido creada en 1953 por decreto N° 6514, y solicitan su intervención judicial.

El conjunto de denuncias parece referir, a esta altura de los acontecimientos, en mayor medida a la excesiva demora en la extensión de los servicios fuera de la Capital Federal que a irregularidades en el manejo de los recursos. Solo podría estimular alguna sospecha el hecho de que el representante de DOSME, que se constituye en La Rioja a fines de 1957, es a la vez gerente de un organismo intermediario, La Mediterránea, Sociedad de Responsabilidad Limitada, que subcontrata los servicios de atención médica para los beneficiarios de la obra social. La misma situación se repite en Mar del Plata, Rosario, Córdoba, San Luis, Catamarca y Mendoza. Los maestros riojanos presentan documentación referida a la contratación con un sanatorio local que supondría grandes beneficios para la sociedad subcontratante (31).

perfectamente organizados" y por el aumento de la contribución personal resultante de tener que aportar obligatoriamente una "elevada cuota" en reemplazo de la anterior, limitada a cinco pesos moneda nacional (10).

La oposición en el interior del gobierno se centraliza en cuestiones constitucionales y de organización administrativa. Con la utilización de argumentos que a veces rozan lo ingenuo y otras el absurdo, lo que parece trasparentarse es el temor a la centralización del poder, a la manipulación política que puede derivar de las funciones esencialmente sociales encomendadas al nuevo organismo.

Por un lado se habla de "centralización administrativa, no acorde con los principios de un buen régimen político-administrativo" (11), o de "centralismo burocrático", favorecedor de "demoras y dilación en las tramitaciones" y "contrario a los requisitos de elasticidad, agilidad, autonomía" (12), propios de las funciones encomendadas. O bien se cuestiona la conveniencia de crear "nuevos grandes organismos" en una administración "demasiado sobrecargada en el aspecto burocrático" (13).

Los argumentos basados en la inconstitucionalidad de determinadas disposiciones se inclinan básicamente hacia la defensa de las libertades individuales, consagradas por el artículo 14 de la Constitución Nacional. Con su violación se asocia el régimen de afiliación obligatoria, que en alguna versión llega a considerarse propio "de regímenes absolutos de extrema izquierda". Las disposiciones constitucionales relativas a este tipo de cuestiones encuentran un refuerzo adicional en los "principios de la Revolución Libertadora" (14), cuyo acatamiento se exige con prioridad a la normativa sancionada por la Carta Magna.

También se considera transgresión de la norma fundamental la incorporación del personal de los poderes legislativo y judicial, violatoria de la "tradicional separación de los tres poderes", y que por consiguiente implica la destrucción del "basamento institucional republicano" (15).

Finalmente, el cuestionamiento desemboca en lo político. Se desaconseja la aglutinación de grandes contingentes humanos, cuyo bienestar quedaría librado a la buena o mala fe del presidente del Directorio, "que tendría en sus manos una organización poderosísima, pasible de ser utilizada con fines políticos" (16). Una organización tan "adentrada" en los aspectos sanitarios y sociales de la vida de los beneficiarios, "llegaría a ser un instrumento formidable de coerción" en el caso de caer en manos inescrupulosas o débiles, "situación sobre la que tenemos muy frescos precedentes" (17).

Algunos textos hablan de un "superministerio", y los defensores del proyecto se apresuran a aclarar que no existe ninguna posibilidad de asimilación entre su propuesta y la trayectoria de la fundación Eva Perón (18).¹

¹ Tal vez valga la pena señalar que el rechazo a la afiliación obligatoria surge de múltiples lugares. Veamos algunos ejemplos: una carta remitida al diario *El Día* y firmada "Un empleado", señala entre otras cosas: "no alcanzo a comprender cómo todavía las autoridades no se han dado cuenta que los métodos compulsivos para las contribuciones deben eliminarse de una vez por todas, pues son los que más rebelan a las personas que no tienen alma de esclavo" (Archivo Provenzano, *El Día* 18-VI-1957). Una asamblea general extraordinaria de sociedades mutualistas realizada el 18 de junio de 1957 decide solicitar a la intervención federal en la provincia que la aplicación del decreto de creación del IOMA sea optativa para los empleados, jubilados y pensionados de la provincia, considerando que "de esa manera

La negociación con las entidades profesionales

La respuesta de las entidades médico-gremiales ante la creación del IOMA no fue homogénea. Las razones de la diferencia no pueden encontrarse en la documentación a la que hemos tenido acceso, pero es factible suponer que radicaron en conflictos internos al gremialismo que terminaron por distanciar a las dos entidades que tenían su sede en la ciudad de La Plata, la Agrupación Médica Platense y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Como un ingrediente más del problema, tal vez sea conveniente considerar que Provenzano era dirigente de la Federación.

La agrupación asume, ante la creación del IOMA, una actitud por lo menos defensiva, estimulando a los médicos a reclamar participación en los detalles organizativos del nuevo Instituto. Convoca una asamblea que se reúne el 11 de junio de 1957, decide una actitud de "resistencia activa" y emplaza a la Federación a pronunciarse sobre el tema en un lapso de 15 días (19).

El Consejo Directivo de la Federación aborda el problema en una de sus reuniones ordinarias y se expide desaprobando el procedimiento seguido por su filial. En una declaración que hace pública se expresa manifestando "que considera aceptables las bases asistenciales ofrecidas por el Instituto Médico Asistencial en lo que ellas se ajustan a los principios establecidos por los congresos médico gremiales" (20).²

En los días sucesivos la entidad gremial platense flexibiliza su posición e inicia tratativas formales con Provenzano, en su carácter de director interino del IOMA. Con fecha 16 de julio le hace llegar los términos aprobados para la vinculación con el Instituto en una asamblea realizada pocos días antes. Sus contenidos más importantes pueden sintetizarse así:

1) Los médicos de la localidad podrán inscribirse en los registros del IOMA a fin de dar a conocer datos personales, horarios y servicios ofrecidos. Tal inscripción deberá efectuarse por intermedio de la Agrupación Médica Platense.

2) Todos los médicos actuarán libremente en el ejercicio de su profesión, te-

será respetado el derecho de autodeterminación" (Archivo Provenzano, *La Nación* 29-VI-1957). Por último, los empleados del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires elevan al director del IOMA una nota en la que cuestionan se les niegue el goce de beneficios acordados a todos los empleados de la Provincia, a la vez que afirman: "No vaya a suponer, señor Director, que nos gustaría que se adoptara una resolución obligando a afiliarse a todo el personal judicial". En ese orden de ideas reclaman el beneficio de la afiliación voluntaria, ya acordado al personal policial (Archivo Provenzano, *El Día* 29-IX-1957).

² En la Asamblea reunida por la Federación el 30 de junio de ese año el apoyo es aún más decidido: "Que debe reconocerse la importancia que reviste desde el punto de vista sanitario la organización del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Administración General de la Provincia de Buenos Aires, que en la práctica significa la iniciación del Seguro de Salud.

"Que teniendo en cuenta la opinión unánime que todos los congresos y reuniones médico gremiales han fijado acerca de las normas que deben establecerse para las relaciones con las organizaciones oficiales y privadas, y con los usuarios de las mismas, para que puedan recibir una asistencia médica integral, calificada y humana, ratifica sus principios básicos tales como: la libre elección del médico, los contratos colectivos de trabajo y la participación de los médicos en la organización y dirección de las mismas (Archivo Provenzano. "Consideró la Federación Médica de la Provincia la creación del IOMA". *El Argentino* 2-VII-1957).

niendo como única limitación la de ajustarse a las normas corrientes que reglan el ejercicio de la misma.

3) Se acepta la división del arancel en dos partes: una a cargo del IOMA, en porcentaje fijado por este, y otra a cargo del usuario, que será abonada directamente en el momento de la prestación del servicio. La suma no será inferior a 80% del arancel privado aprobado por la Agremiación Médica Platense.

4) Se confeccionará un listado especial de médicos que decidan aplicar un arancel mayor. En ese caso el IOMA abonará el monto establecido en el arancel aplicable a todos los médicos, quedando la diferencia a cargo del usuario (21).

Al reclamo de contratación exclusiva a través de la entidad gremial que formula la agremiación platense se pliega poco más tarde la Sociedad Odontológica de La Plata y luego la Federación Odontológica de la Provincia. Las negociaciones parecen prolongarse. Todavía en enero de 1958 una nota dirigida al director del IOMA reitera decisiones tomadas por los odontólogos de la provincia en una asamblea realizada el 30 de noviembre de 1957. El punto 4º expresa textualmente: "Toda relación entre profesionales e Instituciones Mutuales se realizará por intermedio de los organismos profesionales de zona mediante las tratativas de rigor" (22).

La Dirección de Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se había expedido sobre el diferendo en un dictamen que hace suyo la dirección del IOMA.

Los argumentos esgrimidos giran en torno del conflicto producido entre las reivindicaciones gremiales y el reconocimiento del derecho individual al ejercicio de la profesión.

La contratación exclusiva a través de la entidad gremial significaría "la necesaria y obligatoria agremiación de los odontólogos" para prestar servicios profesionales a entidades de asistencia social. La agremiación se plantea como un vínculo destinado a unificar los esfuerzos individuales en procura de la mejor defensa de los intereses comunes, pero "de ningún modo puede admitirse su interferencia en el libre ejercicio individual de la profesión de los asociados".

La vinculación de trabajo —agrega la asesoría legal— debe ser "el resultado de la relación directa entre el profesional y el organismo asistencial, en virtud de ser libre la adhesión de todos los profesionales del arte de curar" (23).³

En relación con el tema honorarios, el dictamen del asesor legal va más allá de la voluntad de compromiso puesta de manifiesto por Provenzano, al afirmar:

Los honorarios básicos que pueda fijar la entidad gremial en uso de sus facultades legales y estatutarias, podrán ser plenamente válidos para sus asociados y dentro de su esfera de influencia, pero ello solo puede constituir un elemento de juicio que será tenido en cuenta o no por el Instituto al estipular los honorarios profesionales que abonará por la asistencia de sus afiliados (24).

³ El punto tercero de la presentación de la Federación Odontológica expresaba: "No debe existir relación directa entre el Instituto y el profesional, y los que incurrieran en tales faltas serán juzgados por el Tribunal de Honor y perderán el derecho a ser incluidos en las listas que eleve la entidad gremial." (Archivo Provenzano, Dictamen de la Dirección de Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Plata, 22 de octubre de 1957.)

Las pautas organizativas del IOMA parecen haber estado desde sus comienzos orientadas a la aceptación de los honorarios fijados por las entidades gremiales.

La demanda de contratación exclusiva, formulada reiteradamente por las organizaciones gremiales, aunque no desemboque en un conflicto abierto, sigue presente como reclamo a lo largo de varios años. En 1964, cuando se discute en el Senado de la provincia una reforma a la organización del Instituto, la cuestión vuelve a tomar vigencia. El miembro informante da cuenta de la preocupación de las entidades gremiales, pero insiste en la necesidad de preservar la opción de inscripción individual del profesional. A continuación manifiesta su interés por explicitar que esa facultad no deberá ser utilizada por la entidad estatal para "romper el movimiento gremial médico u odontológico dentro del territorio de la Provincia". Se trata, señala, "pura y exclusivamente" de abrir la opción del médico para su inscripción, pero queda expresamente aclarado que "de ninguna manera significa la opción del IOMA para la inscripción del médico" (25).

LA CONSTRUCCION DE LA NORMATIVA JURIDICA

Ordenamiento gremial y principios organizativos

La documentación reunida en función de la puesta en marcha del IOMA 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.

Las "Normas para médicos", por ejemplo, reúnen en 16 incisos una detallada enumeración de las condiciones que deben rodear la atención del enfermo, en lo referido a estipulación de horarios, atención en días domingos y feriados, asistencia a domicilio, ausencias temporarias del consultorio, verificación de la identidad del paciente, llenado de los formularios para prescripciones, enumeración de los elementos que no podrán prescribirse con cargo total o parcial al Instituto, condiciones para las internaciones, enfermedades de denuncia obligatoria, derivación a especialistas, etc. A ello se agregan otros siete incisos que regulan las condiciones de cobro de los importes a cargo del paciente, el llenado de las planillas de liquidación de honorarios, la conservación de los resultados de exámenes y pruebas prescritas, y el derecho de los profesionales a limitar los horarios que dedicarán a la atención de los pacientes del Instituto.

De contenido más significativo, sin duda, son los principios generales que otorgan marco doctrinario a la institución. Esta se encuadra para sus creadores dentro del concepto de "obra social",⁴ reconociéndose al mismo tiempo la inten-

⁴ La diferencia con las mutualidades radicaría en tres aspectos: a) no están presididas por comisiones honorarias elegidas entre los socios y por los socios; b) la afiliación es obligatoria; c) se contratan los servicios de médicos y sanatorios, de acuerdo a aranceles que fija la Institución" (Provenzano, Ser-

ción de superar algunas limitaciones que la experiencia de tales instituciones ha puesto de relieve, en particular las dificultades de su desenvolvimiento, la precariedad de las prestaciones y la falta de respuesta a las aspiraciones de las entidades profesionales.

Los principios organizativos se sintetizan en la siguiente forma:

- a) Servicio médico odontológico y farmacéutico integral, sin limitaciones.
- b) El afiliado, además de abonar su cuota, contribuye con una parte de los costos de su asistencia. Esta contribución no debe ser onerosa para el afiliado, ni incidir desfavorablemente en las finanzas de la institución. El porcentaje a cargo del afiliado será mayor en el caso de prácticas de bajo costo y menor en la situación inversa.
- c) Además de las consideraciones financieras, existen razones de índole moral que aconsejan no hacer lugar a la prestación gratuita de los servicios. En el inciso n° 20 de las "Normas para médicos" leemos: "Se sugiere a los señores médicos cobrar en todos los casos el importe que estará a cargo del paciente, pues ello tiende a evitar los abusos por parte de beneficiarios y a dar a esta asistencia el carácter de particular y no de 'beneficencia'."
- d) Se afianzará el vínculo de confianza entre el profesional del arte de curar y el paciente, mediante la libre elección de médico, farmacéutico, y odontólogo.
- e) La fijación de aranceles debe hacerse de común acuerdo con los profesionales.
- f) Se suprimirá toda interferencia entre el afiliado y el profesional. No es necesario solicitar boletas o autorizaciones.
- g) Asegurar al médico condiciones dignas de trabajo con pleno goce de la libertad en el ejercicio profesional.⁵
- h) Establecer un régimen autárquico de funcionamiento administrativo por las partes interesadas y bajo la dirección de los profesionales que participen en la planificación sanitaria.

La relación con las entidades médico-gremiales

La normativa que regirá la relación entre el IOMA y las entidades gremiales queda establecida en un contrato que se firma en julio de 1959 entre la dirección del Instituto y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Un primer

gio. *El Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires. Organización, financiación y prestación de servicios.* Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, La Plata, 1957).

⁵ Provenzano aclara específicamente el sentido cabal que otorga a la expresión "pleno goce de la libertad en el ejercicio profesional". En la nota enviada en forma individual a todos los médicos de la provincia se especifica textualmente: "Por tales servicios especiales que Ud. se encuentre en condiciones de prestar, tales como cirugía, tratamientos especiales, radiología, etc., se convendrán aranceles de común acuerdo entre ambas partes. Existe una aparente contradicción entre esta fijación individual de aranceles y los aranceles prefijados para las visitas comunes en consultorio y a domicilio. Esta contradicción no existe: la visita ordinaria se diferencia de la prestación especial en que esta última requiere una especialización particular, individual" (Provenzano, Sergio. *El Instituto...* cit., pág. 9).

conjunto de disposiciones regula las condiciones financieras de la prestación de servicios: aprobación de común acuerdo de los aranceles, vehiculización por la entidad gremial de las facturas presentadas por los médicos inscriptos en el IOMA por intermedio de la Federación, pago de las mismas dentro de los sesenta días, y suspensión automática de los servicios en caso de que las facturas no hayan sido canceladas a los noventa días de su presentación.

Un segundo conjunto de normas se refiere al control de las prestaciones por parte de la entidad financiadora y a su compromiso de limitar el número de médicos de su dependencia directa y las funciones a su cargo.

El artículo tercero establece que el IOMA podrá tener "uno o más médicos, exclusivamente con la función de visar y verificar la eficiente atención del afiliado". Se deja "expresamente establecido", además, que el IOMA no podrá tener "médico orientador o exclusivo".

La prestación de servicios especiales solo podrá realizarse por profesionales que se inscriban determinando la especialidad de los servicios que están en condiciones de efectuar. Los inscriptos en clínica médica solo podrán actuar como tales. Los facultativos no podrán realizar las prácticas médicas y de laboratorio que ellos mismos prescriban (art. 4º)

Dos disposiciones pueden ser significativas en función de la aceptación de algunos límites al ejercicio discrecional de las "libertades médicas". El artículo 13 expresa: "el IOMA solo abonará los honorarios médicos que durante las visitas en consultorio no excedan de tres por hora, vale decir entonces que se estima que cada paciente en consultorio no puede ser atendido en un lapso menor de veinte minutos". El artículo 15, a su vez, puntualiza:

Cada facultativo se obliga a cobrar en todos los casos el importe que por ley se encuentra a cargo del paciente afiliado. No obstante, y si por razones de amistad, vínculo familiar o cualquier otro motivo particular el médico estimara que su servicio debe ser gratuito, esta circunstancia gravitará no solamente sobre el importe que deba abonar en efectivo el afiliado, sino también sobre el porcentaje a cargo del IOMA. El servicio médico no puede ser parcialmente gracioso (26).

En 1961, también por iniciativa de la Federación Médica, se instituye la figura del "arancel libre parcial". Este beneficiará a los profesionales que residan en los partidos de La Plata, Ensenada y Beriso, cuando tengan más de diez años de antigüedad en el ejercicio profesional en el caso de los generalistas y más de cinco tratándose de especialistas. La mejora en sus honorarios supone un incremento fijo y uniforme del 50% sobre el mínimo establecido por convenio.

Para los mismos partidos se establece, a título experimental, el "bono control", para visitas a domicilio y consultorio. La iniciativa conduce a vehiculizar también a través del IOMA la fracción del arancel a cargo del beneficiario, eliminando posibles prácticas irregulares por parte de los profesionales. Los bonos podían adquirirse en las farmacias adheridas al Instituto, y se entregaban al médico en reemplazo del importe que debía abonar el beneficiario. Su utilización se hace obligatoria, el profesional solo puede prestar atención médica sin su presentación en los casos de urgencia, consultas nocturnas, o ambas (27).

LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS SOCIALES PARAESTATALES

Pese a la regularidad de crecimiento demostrada por el IOMA, y a la relativa eficiencia de su administración, reflejada en la baja incidencia de los gastos de administración en el total de su presupuesto, los déficit financieros sufridos por la institución entre 1962 y 1964, y las intervenciones reiteradas, que se asocian con tales dificultades, estimulan el desarrollo de demandas de autogobierno y control por parte de los beneficiarios.⁶

El distanciamiento del Estado en tanto aparato, el repliegue de las demandas de intervención en lo social que ya analizamos en función de la problemática macro, puede descubrirse también en el análisis de las instituciones paraestatales de asistencia social a fines de los años cincuenta. Nada autoriza a hacer afirmaciones que generalicen ese tipo de práctica; se trata siempre de casos particulares y como tales deben considerarse, pero su reiteración puede servir para respaldar una hipótesis de construcción de una perspectiva "antiestatalista" en lo relativo a las instituciones de cobertura de salud.

Aunque el cuestionamiento se relacione con motivos diferentes, son varias las direcciones generales u obras sociales de jurisdicción estatal que en estos años son objeto de reclamos relacionados con la gestión de los funcionarios estatales a cargo de su administración. Muchos de estos problemas se debaten en un Parlamento donde la oposición se muestra poco proclive a contemporizar con el oficialismo; sin embargo, el tipo de cuestiones señalado muchas veces tiene poco que ver con las específicamente partidarias, aunque puedan ser aprovechadas en ese sentido, y en general remiten a situaciones personales, o trabas vinculadas a la dinámica burocrática. Veamos algunos ejemplos.

En 1961 el diputado Mercader eleva un pedido de informes al Poder Ejecutivo solicitando las razones del mantenimiento de la intervención de los Servicios Sociales Bancarios, situación que se prolonga desde el 16 de mayo de 1959. Uno de los fundamentos de la preocupación radica en denuncias de manejo irregular que toman estado público y dan lugar a un titular de *La Razón* que plantea una advertencia: "Peligra la Obra Social de los Bancarios" (28).

En los servicios destinados al personal de la industria del vidrio el problema es otro: la demora del Poder Ejecutivo en expedirse con respecto a la designación del director general ha colocado a la institución en condiciones de indefensión legal, ya que tal funcionario es el único formalmente autorizado para representarla en juicio. La reforma de su ley orgánica, propuesta al Parlamento en setiembre de 1961, establece un plazo perentorio para que el Poder Ejecutivo se expida, decidiéndose en caso contrario la aceptación automática del candidato propuesto (29).

⁶ En 1964 se conforma una comisión de entidades gremiales y civiles constituida en defensa de los afiliados del IOMA. En un documento que hacen público demandando el cese de la intervención, señalan que esta, en vez de traducirse en un mejor funcionamiento, coincidió con la restricción de sus servicios, agregando: "la intervención decretada oportunamente no constituye más que un evidente avance del poder estatal sobre el derecho que poseen aquellos [los afiliados] de administrar lo propio, conforme a los principios estatuidos en la ley vigente" (Archivo Provenzano, Artículo periodístico. "La normalización administrativa del IOMA se gestiona ante el P.E.", sin fecha).

Las denuncias de irregularidades y los consiguientes pedidos de informes se suceden, involucrando a diferentes instituciones y una gama relativamente variada de situaciones, que comprenden desde vagas alusiones hasta denuncias concretas y, al parecer, bien fundamentadas. En la obra social del Ministerio de Salud Pública y en la correspondiente a Relaciones Exteriores se denuncian irregularidades que han llevado a una virtual cesación de pagos. Otra manera de obstaculizar el desempeño de tales servicios radica en la no efectivización de los aportes a cargo del Estado, como parece suceder reiteradamente en la obra social ferroviaria. En 1960 se denuncia en diputados una situación aún más grave: no se transfieren a la obra social las sumas retenidas al personal.

Las denuncias de irregularidades en la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios y las consiguientes demandas de devolución a los respectivos gremios se registran a partir de 1955, cuando se acumulan las denuncias sobre el manejo discrecional producido bajo el régimen peronista, para reiterarse más tarde, en boca de los mismos ferroviarios o de la oposición en el Parlamento. Las quejas del personal relacionadas con deficiencias en los servicios se vinculan con mala administración de los fondos existentes, discrecionalidad política en la designación de cargos, falta de servicios y medicamentos esenciales, excesivo número de directores que obstaculiza el proceso decisorio, falta de aprobación de los presupuestos por parte del Ministerio de Hacienda, etcétera.

De menor vaguedad y mayor significación resulta la descripción de un presunto negociado urdido en agosto de 1961. En ese momento la Dirección adjudica a una firma de reciente formación y con un capital integrado de 100 000 pesos el equipamiento de sus dispensarios por un valor total de 3 millones de dólares (30).

La situación más irritante, sin duda, se vincula con la administración de la Dirección de Obra Social del Ministerio de Educación (DOSME). El trámite de las denuncias por irregularidades se prolonga en el Parlamento desde diciembre de 1958 hasta agosto de 1961, sin que se lleguen a tomar las medidas que exigía la gravísima situación demostrada.

La iniciativa parte en el Senado del representante de La Rioja, quien toma a su cargo el reclamo de los afiliados del interior del país, insatisfechos por la demora en la organización de la obra social en buena parte de las provincias. Habiendo realizado un congreso en Mar del Plata, los beneficiarios de la obra social docente presentan una serie de denuncias relativas al funcionamiento de la institución, que había sido creada en 1953 por decreto N° 6514, y solicitan su intervención judicial.

El conjunto de denuncias parece referir, a esta altura de los acontecimientos, en mayor medida a la excesiva demora en la extensión de los servicios fuera de la Capital Federal que a irregularidades en el manejo de los recursos. Solo podría estimular alguna sospecha el hecho de que el representante de DOSME, que se constituye en La Rioja a fines de 1957, es a la vez gerente de un organismo intermediario, La Mediterránea, Sociedad de Responsabilidad Limitada, que subcontrata los servicios de atención médica para los beneficiarios de la obra social. La misma situación se repite en Mar del Plata, Rosario, Córdoba, San Luis, Catamarca y Mendoza. Los maestros riojanos presentan documentación referida a la contratación con un sanatorio local que supondría grandes beneficios para la sociedad subcontratante (31).

El Senado constituye una Comisión Especial Investigadora que un año más tarde eleva su informe, en el que se señala la falta de cumplimiento de las disposiciones del decreto constitutivo en lo relacionado con la representación de las organizaciones gremiales reconocidas en el Consejo de Administración de la entidad, señalando al mismo tiempo una situación muy grave de manejo discrecional por parte de su Directorio.

"La DOSME asumía proporciones de escándalo público", afirma el senador Vera Barros, antes de detallar las condiciones de la gestión de sus directivos (32).

No tiene objeto relatar aquí el cúmulo de maniobras que se traducen en el aprovechamiento de los recursos de DOSME en beneficio del núcleo más cercano a su Director. En lo referente al desorden en la administración puede ser suficiente señalar que para un presupuesto aproximado de 40 millones de pesos el ejercicio de 1959 se había cerrado con un déficit de 10 millones, dedicándose a gasto administrativo el 38% de los ingresos.⁷

Un año más tarde se reitera la denuncia en Senadores: la recomendación de normalizar el funcionamiento de DOSME a partir de conformar un nuevo Consejo Administrativo conforme con las disposiciones pertinentes no se ha llevado a cabo, se han incorporado 250 empleados más, y el gasto administrativo insume ya el 60% de los recursos (33).

LAS PRIMERAS OBRAS SOCIALES SINDICALES⁸

A partir de 1956, y aprovechando las condiciones favorables creadas por los decretos N° 6925 y 7105 de abril de 1956, que regulan los procedimientos de retención de aportes de trabajadores y empleadores con destino a "obras de carácter social",⁹ comienzan a organizarse las primeras obras sociales sindicales, a partir de disposiciones emergentes de las convenciones colectivas de trabajo.

La revisión de los convenios celebrados entre 1948 y 1970 por algunos gre-

⁷ Conforme con la información vertida en el Senado, los problemas de mala administración eran comunes en las obras sociales estatales. Se compara, por ejemplo, el costo por afiliado/año del IOMA, que asciende a \$209,88, con el verificado en el Instituto de Seguros, \$989,06, en el Instituto Bancario, \$923, y en la Obra Social del Ministerio de Comunicaciones, \$965,95. También se señala las fuertes disparidades existentes en el aporte estatal, que ya se reconocen como situaciones de verdadero privilegio. "Mientras la Obra Social de la Secretaría de Comunicaciones recibe en concepto de aporte estatal el 57% de sus ingresos brutos, Hacienda el 48% y Ferroviarios el 57%, la del Consejo Nacional de Educación percibe el 1,15% y la del Ministerio de Salud Pública el 3,04%." Sabemos, por información también proveniente de la Cámara, que el aporte estatal a Ferroviarios era relativamente ilusorio, lo que solo agrega confusión a la inequidad (C.S.D.S., año 1960, T. I, reunión 25ª, 4 de agosto:700-712, pág. 709).

⁸ La información utilizada en este acápite fue recogida gracias a la colaboración de la Lic. Laura Lemer.

⁹ La intencionalidad de los decretos es suprimir los aportes compulsivos impuestos a trabajadores y empleadores en beneficio de diferentes entidades sindicales, pero al mismo tiempo se facilita indirectamente la retención de aportes para "obras de carácter social", y se impone la discriminación de este tipo de aportes de aquellos destinados a las actividades específicas de las entidades favorecidas. Decreto 7, 106/56, artículo 5º, "las asociaciones profesionales de trabajadores deberán separar la administración de los fondos destinados a obras de carácter social de la de los fondos que se destinen específicamente a la actividad sindical propiamente dicha".

mios¹⁰ con presencia significativa en el campo laboral y que llegaron posteriormente a contar con obras sociales relativamente poderosas, nos brinda la posibilidad de hacer una muy breve reseña de los orígenes de estas instituciones.

DISPOSICIONES RELATIVAS A EMPLEADOS DE COMERCIO

El Convenio 108/48, firmado entre la Confederación de Empleados de Comercio y las entidades empresarias, estipulaba un aporte de los empleadores de 10 pesos mensuales por cada empleado, con destino al gremio. La actualización de dicho convenio firmada en 1954 establece además la retención del 1% sobre las remuneraciones percibidas por el personal, que los empleadores deberán depositar mensualmente a la orden de la Caja Nacional de Previsión para el Personal del Comercio y las Actividades Civiles, "simultáneamente con los aportes jubilatorios, pero en boletas y planillas por separado, cuyo saldo pasará automáticamente a la Confederación General de Empleados de Comercio" (34). Ambos aportes deberán depositarse en una cuenta especial, no especificándose el destino de los fondos.

Este se precisa en la Actualización 1956, cuyo artículo 25 expresa: "los empleadores depositarán en el Banco que cada filial designe y en cuenta que se abrirá a la orden de 'Fondo Asistencial Médico y Social' el 1% de los haberes de su personal". El artículo 35 del Convenio 50/61 incorpora a dicho fondo el producido del aporte patronal de 100 pesos por empleado, que venía recaudándose sin atribución específica desde 1948. En el acta donde se transcribe el convenio se incluye el siguiente agregado: la Comisión Coordinadora Patronal de Actividades Mercantiles y la Confederación General de Empleados de Comercio "constituirán de inmediato una Comisión con igual número de miembros por ambas partes, para estudiar los distintos aspectos de la prestación de servicios médicos universales al personal mercantil, y su financiación mixta".

Cuando se discute la renovación del Convenio en 1963 las dificultades para llegar a un acuerdo obligan a las partes a someterse al arbitraje del Ministerio de Trabajo. En el texto del respectivo laudo se pone de manifiesto como una ventaja derivada de la comprensión mutua la conformación de un organismo beneficiado por aportes iguales de empleadores y trabajadores (1% sobre salarios), y destinado a la prestación de atención médica al personal y sus familiares. Los énfasis pueden ser significativos: "formar un organismo totalmente privado [...] administrado en forma privada por los mismos contribuyentes" (35).

Por último, el artículo 37 del Convenio 296/66 se formaliza cuando ya está constituido el Instituto Médico Mercantil Argentino (IMMA), ratificando la obli-

¹⁰ La revisión comprendió los convenios celebrados entre 1948 y 1970 por los siguientes gremios: Confederación de Empleados de Comercio; Unión Obrera de la Construcción; Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza; Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor (Ramaz: Concesionarios, Importadores, Armadores y Casas Mixtas, y Talleres Mecánicos); Unión Obrera Metalúrgica y Asociación Obrera Textil. En los convenios firmados por la UOCRA, UOM y SMATA (Talleres) no hay disposiciones referentes a aportes para financiación de atención médica.

gación de los empleadores de retener el 1% de los haberes mensuales de todo el personal y aportar una suma equivalente para su financiamiento.

SERVICIOS SOCIALES DE LA FEDERACION ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

Por convenio firmado en 1951 se crea una Comisión integrada por representantes de los Ministerios de Trabajo y Previsión y Salud Pública, de las entidades patronales y federaciones sindicales, destinada a estudiar y planificar la implantación de servicios sociales. La disposición se reitera en el Convenio 209, firmado en 1954. Finalmente, el convenio sancionado en 1958 reconoce la existencia de la Comisión Mixta de Servicios Sociales y fija un aporte equivalente al 2% de los haberes liquidados a todos los trabajadores, destinado al mantenimiento de los servicios de asistencia sanitaria.

SMATA (RAMA CONCESIONARIOS)

Por el convenio firmado el 14 de noviembre de 1961 se estipulan las bases de un futuro reglamento del Fondo de Asistencia Social Integral. Con ese objeto se decide:

Primero. Los fondos que se recaudan con motivo de la contribución establecida [...] no podrán tener otro destino que el de ser única, específica y exclusivamente destinados para el sostenimiento de una asistencia social integral; Segundo: deberá entenderse por asistencia social integral el desarrollo de prestaciones asistenciales, con expresa exclusión de aquellas destinadas a solventar, sostener, o ayudar al mantenimiento de conflictos colectivos de trabajo, de cualquier naturaleza que ellos sean [...]; Tercero: las sumas recaudadas [...] deberán ser administradas y contabilizadas en forma totalmente separada de los demás recursos con los que pueda contar el Sindicato [...] dejándose expresamente establecido que el patrimonio del Fondo de Asistencia Social Integral es completamente distinto e independiente de cualquier otro creado o a crearse; Cuarto: el patrimonio aludido será administrado por el Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor y podrá ser fiscalizado por la Asociación de Concesionarios de Automotores de la República Argentina (36).

CREACION DEL FONDO PARA ASISTENCIA MEDICA FARMACEUTICA TEXTIL

El convenio firmado entre la Asociación Obrera Textil y la Federación de Industrias Textiles Argentinas en setiembre de 1955 estatuye en su artículo primero una contribución de los empleadores de 10 pesos moneda nacional por cada obrero bajo relación de dependencia que se encuentre afiliado a la asociación sindical, con destino a una cuenta especial denominada "Fondo Policlínico Textil".

Una segunda cláusula, orientada a evitar la derivación de los fondos así constituidos hacia objetivos diferentes de los expresamente consignados, consagra ade-

más una modalidad de prestación basada en efectores propios: "Los fondos que se recauden no podrán tener otro destino que el de ser única, específica y exclusivamente invertidos para construcción, mantenimiento y sostenimiento de policlínicos [...]", etc, etc. El artículo tercero sanciona la pauta de administración separada de los demás recursos propios de la Asociación Obrera Textil.

En 1964 se establecerá la retención de una contribución del 0,75% de sus remuneraciones mensuales a todo el personal beneficiado por la respectiva Convención, y una contribución patronal equivalente. Se aclara que el sistema y alcances de la Asistencia Médica Integral que habrán de prestarse serán definidos por representantes de los Ministerios de Salud y Trabajo, tres representantes de la Asociación Obrera Textil y tres de la entidad patronal.

A MODO DE SINTESIS

De esta reconstrucción de las disposiciones de las convenciones colectivas referidas a servicios sociales resulta, sin duda, un mosaico que no está en condiciones de reflejar un "sentido común". Efectivamente, de manera aislada, en momentos que seguramente pueden tener significación particular para cada gremio, se acuerdan contribuciones y se organizan comisiones sin obedecer a pautas o principios comunes. Preocupaciones particulares habrán dictado, sin duda, las disposiciones relativas al destino específico de los fondos, la demora de las Comisiones en expedirse, la acumulación de aportes en cuentas sin destino específico.

El mosaico que dibujan estas escuetas disposiciones, carentes casi de sustancia al no disponerse de datos que permitan iluminar el entorno en que se toman, respalda sin embargo la idea que hemos intentado transmitir en muchos lugares de este trabajo: detrás de una reivindicación común, la cobertura de atención médica, se estructura una trama de relaciones que tiene como eje y resultado la reiterada fragmentación del sistema. Aunque persista paralelamente la apelación a la unidad, a la sistematización, a la no dispersión de esfuerzos y recursos, continuamente se recrean las mismas características impugnadas. El convenio que regula la conformación del Instituto Médico Textil sugiere acordar la marcha del ente asistencial a crearse "con otros de origen sindical y públicos", con el fin de evitar "superposiciones onerosas" que impiden proyectar nuevas prestaciones asistenciales.

Referencias bibliográficas

- (1) Provenzano, Sergio. *El Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires. Organización, financiación y prestación de servicios*. La Plata, provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1957.
- (2) Provincia de Buenos Aires. C.S.D.S., 1964, reunión 14^a, setiembre 17:929-949, pág. 929.
- (3) Archivo IOMA. *Instituto de Obra Médico Asistencial. Su síntesis institucional*. La Plata, provincia de Buenos Aires, Ministerio de Bienestar Social, 1971.
- (4) Archivo Provenzano. Memorándum elevado por el secretario privado del Ministerio de Salud Pública. La Plata, 22-XI-1955
- (5) Archivo Provenzano. Informe del cuerpo de Asesores de la Secretaría General de la Gobernación de Buenos Aires. La Plata, sin fecha.
- (6) Archivo Provenzano. Proyecto de decreto ley de creación de la Dirección de Obra Social del Ministerio de Asuntos Agrarios de la Provincia de Buenos Aires, art. 2º.
- (7) Archivo Provenzano. Memorándum producido para información del Señor Jefe de Policía por el Señor Director de Asuntos Legales. La Plata, febrero 12 de 1957.
- (8) Archivo Provenzano. Memoria del Instituto de Obra Médico Asistencial. Año 1957.
- (9) Archivo Provenzano. Nota reservada dirigida a la ministra de Educación de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, 25 de julio de 1957.
- (10) Archivo Provenzano. Publicación de *El Día*, 18-VI-1957.
- (11) Archivo Provenzano. Nota dirigida por el Jefe de Policía de la Provincia de Buenos Aires al ministro de Salud Pública y Asistencia Social. La Plata, 1 de diciembre de 1956.
- (12) Archivo Provenzano. Secretaría Privada del Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires. Referencias acerca de las direcciones de asistencia médica y social. La Plata, 8 de febrero de 1956.
- (13) Archivo Provenzano. Nota dirigida al ministro de Salud Pública y Asistencia Social por el ministro de Obras Públicas de la provincia de Buenos Aires. La Plata, 11 de diciembre de 1956.
- (14) Archivo Provenzano. Informe elevado por el ministro de Asuntos Agrarios al ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, 7 de diciembre de 1956, págs. 3, 4, y 5.
- (15) *Ibidem*.
- (16) Archivo Provenzano. Informe elevado por el Cuerpo Asesor de la Secretaría General de la Gobernación de Buenos Aires, La Plata, sin fecha.
- (17) Archivo Provenzano. Nota dirigida al Ministro de Salud... cit.
- (18) Archivo Provenzano. Descargo elevado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como respuesta a las objeciones formuladas al proyecto IOMA.
- (19) Archivo Provenzano. "La Agronomía Médica Platense va a estudiar el plan de asistencia para empleados, jubilados y sus familiares". *El Día*, 2 de junio de 1957.
- (20) Archivo Provenzano. "Censura la Federación Médica el Procedimiento de la Agronomía Local". La Plata, 27 de junio de 1957.
- (21) Archivo Provenzano. Nota de la Agronomía Médica Platense al director del IOMA. La Plata, 26 de julio de 1957.
- (22) Archivo Provenzano. Nota dirigida por el presidente de la Federación Odontológica de la provincia de Buenos Aires al director del IOMA. La Plata, 3 de enero de 1958.
- (23) Archivo Provenzano. Dictamen de la Dirección de Asuntos Legales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Plata, 22 de octubre de 1957.
- (24) *Ibidem*.

- (25) Provincia de Buenos Aires. C.S.D.S., 1964, reunión 14ª, setiembre 17:929-949, pág. 939.
- (26) Archivo IOMA. Contrato suscripto entre el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, 8 de julio de 1959.
- (27) Archivo IOMA. Normas para médicos. La Plata, 1961
- (28) C.D.D.S., año 1961, T. IV, reunión 23ª, julio 20:1627-1628, pág. 1628.
- (29) C.D.D.S., año 1961, T. IV, reunión 36ª setiembre 6:2813-2815.
- (30) C.D.D.S., año 1961, año 1961, T. VII, reunión 57ª, octubre 27:4682-4683.
- (31) C.D.D.S., año 1958, T. IV, reunión 81ª, diciembre 29:2837-2877.
- (32) C.S.D.S., año 1960, T. I, reunión 24ª, agosto 4:700-712, pág. 700.
- (33) C.S.D.S., año 1961, T. II, reunión 29ª, agosto 24:1227-1230.
- (34) Actualización 1954 del Convenio Nacional N° 108/1948, art. 6.
- (35) Poder Ejecutivo Nacional. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Laudo Ministerial, Buenos Aires, 28 de febrero de 1964.
- (36) Convenio 77/1961. Reglamento del Fondo de Asistencia Social Integral.
- (37) Poder Ejecutivo Nacional. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Expedientes N° 2500-T-54 y 236700-T-54.

9. Crisis y recuperación del “gremialismo independiente”

En otro lugar (1) hemos intentado reconstruir la historia del gremialismo médico en los años treinta. Conforme a la definición que explicitamos sobre nuestro objeto de trabajo —las organizaciones gremiales con continuidad institucional hasta el presente— recuperamos en ese texto la evolución de las entidades que confluirán hacia 1941 en la Federación Médica de la República Argentina. Círculos y Colegio Médicos en la Capital Federal, Asociaciones y Colegios en diferentes ciudades del interior, Federaciones Provinciales, Federación Médica de la Capital Federal, son protagonistas de una historia de ninguna manera lineal u homogénea, que solo pudimos reconstruir de manera fragmentada.

Para retomar el hilo de esa narración tal vez resulte conveniente volver un poco hacia atrás, recuperando a los actores con mayor presencia en un momento previo a la crisis que sacudirá al gremialismo nacional a fines de 1945.

En un proceso matizado por diferentes perspectivas en torno a la organización futura de la atención médica y el rol del profesional en el sistema de servicios, la agrupación de los Círculos Médicos de la Capital Federal, primero en el Colegio de Médicos y luego en la Federación Regional, puede pensarse como un movimiento en el que las diferencias ideológicas no suponen el desconocimiento de los intereses comunes ni la emergencia de obstáculos en el camino hacia la unidad.

La incorporación a la entidad así constituida de la Asociación de Médicos Municipales, en cambio, será objeto de negociaciones que se prolongan a lo largo de la segunda mitad de los años treinta para culminar, en mayo de 1942, en una unificación que se verá más tarde sucesivamente quebrada y vuelta a recuperar, al ritmo de desavenencias cuyas raíces no siempre podrán ser develadas.

Ambas entidades poseen una masa de afiliados considerable. En torno a la época de la fusión la Asociación de Médicos Municipales (AMM) declara contar con 1542 socios y el Colegio se adjudica alrededor de 1800 (2).

La Asociación de Médicos Municipales se reconoce como continuidad institucionalizada de la Comisión Pro-remuneración, de activa presencia en los Hospitales del Municipio entre 1935 y 1936 (3). Las tratativas de fusión con el Colegio de Médicos, iniciadas en este año, se ordenan, para la institución de ámbito municipal, bajo dos reivindicaciones “fuertes”: su injerencia exclusiva

en los problemas relativos a la jurisdicción del Municipio y una representación proporcional al número de socios para las entidades a nuclearse en la futura Federación.¹

Rechazando en lo sustancial esa demanda, el II Congreso Ordinario del Colegio de Médicos, Federación Regional, realizado en setiembre de 1937, decide que la representación de toda nueva institución que se incorpore será igual a la de los círculos preexistentes: dos representantes por entidad. En 1939, nuevas gestiones conducen a la formación de una Comisión mixta, que tampoco logra su objetivo.

Las desinteligencias continúan hasta que se interpone la gestión del presidente de la Comisión de Higiene del Concejo Deliberante capitalino, Dr. Adolfo Rubinstein, que concluirá en la conformación de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal en mayo de 1942.

Un año antes, en mayo de 1941, el I Congreso Médico Gremial Argentino Extraordinario, en el que participan 17 delegaciones que declaran representar a 4100 médicos en todo el país, había decidido la conformación de una entidad de tercer grado que originariamente se denominaría Federación Médica de la República Argentina, adoptando en 1943 la denominación que la identificará hasta el presente: Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).

La consolidación de la unidad gremial a nivel nacional es presentada en las crónicas gremiales como obra de un grupo de pioneros, pertenecientes a la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Capital Federal, que salieron a recorrer el país "con el fin de hacer conocer sus planes y de promover la organización de entidades gremiales en los lugares donde aún no se habían constituido" (4).

En esa campaña de divulgación se organizan viajes a Tucumán, San Juan, San Luis, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y Rosario. Las ciudades de la provincia de Buenos Aires, del sur y centro de Santa Fe, de Entre Ríos y Córdoba fueron recorridas en "giras de pueblo por pueblo", visitando a los médicos en sus domicilios particulares, para "hacerles conocer la obra médico-gremial [...] y hablarles de la necesidad de agremiación" (5).

No hemos recogido una visión alternativa expresada por los hombres del interior, pero la documentación disponible revela la decisión, explicitada poco más tarde por sus núcleos más numerosos y mejor organizados, de liberarse de la tutela porteña. Nuevamente, al igual que en las entidades capitalinas, el desacuerdo surge por los mecanismos de representación. Sin embargo, en cierto momento se articula, con matices que no nos ha sido posible discernir, con el enfrentamiento político que dividirá al gremio a lo largo de 1945.

En los primeros años de la década del cuarenta, por consiguiente, el movimiento gremial médico parece entrar en un proceso de renovación que lo pone en con-

¹ Conforme al relato de uno de sus protagonistas, en abril de 1935 se inicia un proceso que culminaría, en junio de 1936, con la transformación del Colegio de Médicos, "entidad de personas y de régimen unitario", en una organización federativa, sin socios directos que reunía los preexistentes Círculos. La Asociación de Médicos Municipales, por su parte, había culminado su organización en mayo de 1936. Las tratativas para la fusión se entablan en forma inmediata. ("Reuniones del Consejo Central de la Asociación de Médicos Municipales". *Mundo Hospitalario* 21:10-19, mayo de 1941).

diciones de lograr una estructuración definitiva en el orden nacional. La fusión de las dos grandes entidades de la Capital Federal, la conformación de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y el afianzamiento de otras instituciones provinciales que habían permanecido parcialmente inactivas a lo largo de los años treinta, pueden interpretarse como síntomas indudables de fortalecimiento.

A la luz de los acontecimientos posteriores podría afirmarse que la unidad tan trabajosamente lograda no suponía identidad de objetivos, sino un compromiso circunstancial que muy pronto se verá sacudido por el tembladeral político que conmueve a la sociedad argentina en la segunda mitad de 1945. Los referentes políticos se imbrican con mucha fuerza en organizaciones que habían hecho de la prescindencia en esa esfera uno de sus principios fundamentales de funcionamiento. La divisoria de aguas queda explicitada con tanta claridad que las expresiones "democracia" y "democrático" se transforman en núcleos identificatorios que provocan adhesiones y rechazos inmediatos. No solo la unidad se fragmenta, la misma continuidad de las instituciones parece amenazada.

EL GREMIALISMO MEDICO EN LA ENCRUCIJADA PERONISTA

La política encaminada por Perón desde la Secretaría de Trabajo y Previsión había sido evaluada con optimismo por la dirigencia gremial capitalina. Muchas páginas de la revista de la Confederación se dedicaron a historiar la larga serie de frustraciones producidas por la escasa receptividad manifestada en épocas anteriores por los poderes públicos ante los intentos del gremio por mejorar la situación de sus miembros y colaborar en la reorganización de la sanidad nacional. La relación con el nuevo gobierno, en cambio, aparece bajo tintes muy favorables. En Trabajo y Previsión encuentran un interlocutor atento, que comparte sus puntos de vista y está dispuesto a otorgarles un espacio en su esfera de poder, asegurándoles la posibilidad de volcar en leyes las expectativas y experiencias acumuladas en la labor gremial.

Hacia 1944 el tono es decididamente exitista: una Comisión Especial, designada por el Poder Ejecutivo a propuesta de las entidades gremiales se encargará de elaborar un cuerpo de legislación que comprenda tres aspectos sustantivos del ejercicio profesional: reconocimiento y alcance del título, reglamentación del ejercicio, y regulación de la situación laboral del médico en relación de dependencia.²

Sin embargo, pronto emerge un motivo de preocupación: algunos sectores del gremio formulan críticas a los dirigentes que colaboran con el gobierno. Los

² Incluso la Asociación de Médicos Municipales, que más tarde se ubicará decididamente en la oposición, responde favorablemente a la invitación formulada desde el gobierno: "En todos los organismos, justo es consignarlo en estas líneas, los médicos fueron recibidos con una cordialidad y una gentileza que obliga a nuestro reconocimiento.

"No hubo antesalas, ni pasillos, ni premura de tiempo; se nos respeta, se nos comprende y se nos atiende como universitarios: tal como somos.

"No es aventurado afirmar que ha llegado la hora de nuestra campaña, ella es comprendida en toda su amplitud y con todos sus derechos.

"Está en marcha su solución..." ("En Marcha...", *Mundo Hospitalario* 56:3, junio de 1944).

miembros de la Mesa Directiva de la Confederación formulan un primer descargo en noviembre de 1944, afirmando que los proyectos gestados en Trabajo y Previsión habían sido motivo de consulta permanente con dirigentes de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y sus filiales, y con gremialistas de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Tucumán, San Juan, Santiago del Estero, Neuquén, Río Negro, Formosa y Salta (6). La publicación contiene también un llamado a superar diferencias políticas en bien de los intereses del gremio.

La dureza de las acusaciones aumenta a medida que los enfrentamientos políticos de 1945 van dividiendo a la sociedad argentina en bandos prácticamente irreductibles. En julio de ese año los dirigentes de la Federación Médica de Córdoba acusan al organismo federal de "haber entregado la independencia gremial, la libertad profesional y la dignidad de ciudadano y del médico a cambio de favores de las antenas oficiales" (7).

La crisis de identidad que sacude a la dirigencia gremial parece llegar a su punto de mayor fricción entre julio y octubre de 1945. La COMRA permanece en silencio mientras múltiples manifestaciones académicas y gremiales se hacen eco de los reclamos por el retorno a la normalidad constitucional. Algunas referencias encontradas en las Actas que resumen las deliberaciones de la Mesa Directiva permiten suponer la existencia de divergencias internas que traban cualquier manifestación explícita de condena o respaldo a la posición del gobierno (8).

La Asociación de Médicos Municipales, por el contrario, toma partido por integrarse a las filas de los que reclaman la vuelta al orden constitucional. Su divergencia con la posición adoptada por la Federación Médica Gremial de la Capital provoca la primera ruptura de la unidad gremial capitalina³ (9).

En forma paralela, la desintegración de la entidad confederada de nivel nacional se producirá en episodios sucesivos a lo largo de ese mismo año, culminando con la intervención decretada por el Ministerio de Justicia.

La Primera Asamblea General de la Confederación Médica se reúne para elegir autoridades el 15 de abril de 1945. Están presentes delegados de Capital Federal, Provincia de Buenos Aires, San Juan, Mendoza, San Luis, Catamarca, Santiago del Estero, Santa Fe, Río Negro y Neuquén, Formosa, Corrientes y Salta.

La composición de la Asamblea otorga mayoría a lo que en ciertos círculos profesionales se conoce como el "continuismo": los dirigentes que habían tenido la conducción del Colegio de Médicos de la Capital Federal, luego habían controlado la Mesa Directiva de la Confederación, y —núcleo del desacuerdo— habían tejido los cuestionados contactos con la Secretaría de Trabajo y Previsión.

La oposición, conformada por los delegados de Mendoza, San Luis, Santa Fe y San Juan y, en la Capital Federal, por los dirigentes de la Asociación de Médicos

³ La entidad de los médicos municipales justifica su adhesión a la Marcha de la Libertad y la Constitución alegando que la demanda por el retorno al orden constitucional no supone una definición en materia de política partidaria, y agrega: "Evitaremos, por ser demasiado conocido de todos, repetir el brillante éxito, de carácter verdaderamente apoteósico de la 'fiesta cívica' a cuyo éxito contribuyeron los médicos en no escasa medida" ("La Marcha de la Libertad y la Constitución". *Mundo Hospitalario* 71:10, setiembre de 1945).

Municipales, cuestionan en primer lugar la representatividad de los delegados de la Federación Médica de la Capital, designados en una Asamblea en la que la "lista de los Círculos" había vencido a su opositora, presentada por la Asociación de Médicos Municipales (10). Desestimada la objeción, Mendoza cuestiona la aceptación de representaciones de filiales que aún no poseían personería jurídica. Consultado el asesor letrado, su dictamen no hace lugar al reclamo.

Las cuatro delegaciones opositoras se retiran de la Asamblea y esta procede a elegir la nueva Mesa Directiva. Como quedan asuntos por tratar se establece un primer cuarto intermedio hasta el día 15 de junio. El plazo se había pensado, indudablemente, para tratar de solucionar las diferencias que amenazan quebrar la unidad gremial. A mediados de mayo, para fortalecer la posibilidad de un acuerdo, renuncia el presidente elegido en la Asamblea de abril, el Dr. Bastarrica. Otro de los miembros de la nueva Mesa Directiva, Ernesto Malbec, también presenta su renuncia manifestando que no había autorizado su inclusión en la misma.

El 15 de junio se realiza la segunda reunión de la Asamblea, aprobándose la Memoria y Balance del ejercicio anterior.

La designación de nuevos miembros para cubrir los cargos de los renunciados a la Mesa Directiva se posterga hasta el 13 de julio.

El 23 de junio se realiza una reunión en la Federación capitalina en la que se decide una nueva elección de delegados, acordándose seis representantes de la Asociación de Médicos Municipales y cinco de los Círculos.

El 13 de julio, reunida la Asamblea de la Confederación después del segundo cuarto intermedio, los tres miembros de la Mesa Directiva que todavía no habían renunciado ofrecen hacerlo para facilitar las gestiones. Sin embargo, no se llega a acuerdo sobre los nuevos nombres propuestos y el Dr. Paz, delegado por Santa Fe, mociona solicitando la intervención del Ministerio de Justicia, propuesta que obtiene apoyo unánime. La resolución ministerial, accediendo a lo solicitado, tiene fecha 19 de setiembre de 1945 y la medida se hace efectiva en noviembre de ese mismo año (11).⁴

La definición de las alianzas oscurece de alguna manera la división Capital-Interior. La Asociación de Médicos Municipales se pronuncia en el mismo sentido que Mendoza, Santa Fe, San Luis y San Juan (posición a la que luego adhieren los delegados de Salta, Córdoba y Tucumán). La alianza parece articularse en el rechazo a la política llevada adelante por los dirigentes del viejo Colegio de Médicos de la Capital, que en ese momento tenían también la conducción del organismo confederado. La actitud de la Asociación de Médicos Municipales, que retira su afiliación a la federación de la Capital, contribuye a reforzar la validez de esta hipótesis (12).⁵

⁴ La intervención se decreta el 6-XI-45. El día anterior, los miembros de la Mesa Directiva saliente habían realizado un nuevo intento de convocar a una Asamblea Extraordinaria para regularizar la situación institucional. (COMRA. *Actas Mesa Directiva*, T. I:182-183, 5-XI-1945.)

⁵ *Mundo Hospitalario*, órgano periodístico de la Asociación de Médicos Municipales, resume de la siguiente forma las objeciones a la conformación de la Primera Asamblea de la Confederación: "el núcleo de médicos municipales de la Capital Federal no se hallaba representado en la reunión; numerosas designaciones de delegados asistentes se habían verificado en forma irregular, contraria a las disposi-

ENFRENTAMIENTO ENTRE GOBIERNO MILITAR Y GREMIALISMO "DEMOCRÁTICO"

El sábado 13 de octubre de 1945, la delegación capitalina de la Policía Federal emitió un comunicado que *La Nación* transcribe textualmente. Las primeras líneas bastan para ponernos en situación:

Al promediar la mañana de ayer fue dado observar en los alrededores de la plaza San Martín la aglomeración de una enorme cantidad de público de distintos sectores de la población que, situándose frente al edificio del Círculo Militar y sus adyacencias, trataba de exteriorizar sus convicciones políticas, profiriendo gritos y exclamaciones en favor de determinada orientación [...] en horas de la tarde una inmensa muchedumbre en evidente estado de efervescencia, colmaba la inmensa explanada que rodea al Círculo Militar (13).

Por la noche se produce un tiroteo que cuesta la vida a Eugenio Ottolenghi, médico del Hospital Policial Bartolomé Churrua. La Asociación Médica Argentina, la Asociación de Médicos Municipales, la recientemente creada Asociación de Médicos Democráticos, y su par, la Asociación de Odontólogos Democráticos, la Asociación de Profesionales Universitarios, la Federación Universitaria de Buenos Aires, la Facultad de Medicina, diversas asambleas hospitalarias y la Mesa Directiva de la Confederación Médica, se expiden condenando la violencia que conmueve a la Capital. La Asociación de Médicos Democráticos resuelve abandonar "en señal de duelo y protesta" las tareas hospitalarias y privadas durante los días lunes 15 y martes 16 (14). Una nota de *La Semana Médica* nos informa que "la demostración de solidaridad gremial y de protesta, tuvo la total adhesión del cuerpo médico nacional" (15).

Esa coyuntura explícita y cristaliza el enfrentamiento entre el sector profesional que se autodefine como "democrático" y el grupo que se afianzará como hegemónico dentro del gobierno militar a partir del 17 de octubre.

El 14 de diciembre se reglamenta en acuerdo de ministros el artículo 29 del decreto N° 33 827/44 relacionado con la participación en actividades políticas de los agentes del servicio civil de la Nación. La "injerencia en la lucha electoral" y "la participación en los trabajos de propaganda electoral" se consideran faltas graves, pasibles de penas de "suspensión, retrogradación o cesantía" (decreto N° 32 577/45, art. 2°). El artículo 5° exime de la prohibición a profesores universitarios, profesores de enseñanza media que no ejerzan cargos directivos, y a médicos odontólogos y demás profesionales universitarios del arte de curar. Estos últimos, sin embargo, no podrían realizar ninguna actividad partidaria ni hacer propaganda política den-

ciones estatutarias; estaban representadas entidades que no reunían las condiciones requeridas por dichos estatutos; la constitución de la comisión de poderes se había hecho en forma inaceptable por restrictiva y parcial. Aparte de esos vicios formales que afectaban la asamblea, se puntualizaban otros no menos significativos del espíritu predominante: la de manifestarse grupos regimentados que coartaban o restringían en forma inaceptable, el debate de cuestiones gremiales, constitucionales o sociales importantes" ("La responsabilidad gremial". Artículo tomado de *La Voz del Interior*, Córdoba, 18-IV-1945, *Mundo Hospitalario* 66:5, abril de 1945).

tro de los hospitales en que ejerzan sus funciones. Un decreto municipal del 21 de diciembre extiende las sanciones a la actividad política realizada en cualquier dependencia de la Municipalidad (decreto 66 634/45).

El gremialismo enfrenta impotente la ola de cesantías que sanciona actitudes opositoras en el Hospital Ferroviario, en el mismo Hospital Churrucá, en instituciones nacionales y municipales.

Las cesantías de cuatro médicos producidas en octubre de 1945 en el Hospital Ferroviario de la Capital Federal provocan una especie de reacción en cadena que puede servir para ilustrar el estado de ánimo de un sector profesional en la coyuntura de afirmación del poder peronista.

Producidas las cesantías sin sumario, el resto del cuerpo médico —salvo dos médicos y una odontóloga— se solidariza con sus colegas e inicia un movimiento destinado a lograr su reincorporación. En noviembre de ese mismo año se le comunica que la sanción sería levantada siempre que los profesionales cesantes expresaran por escrito que "aceptaban colaborar con la Secretaría de Trabajo y Previsión". La respuesta a la exigencia se manifiesta en la renuncia colectiva de 32 profesionales y el mismo director del Hospital. La actitud es respaldada por la renuncia de la totalidad de los médicos del Hospital Regional Rosario, la del cuerpo médico del Hospital Bahía Blanca —con la excepción de un profesional— y tres miembros del personal médico del establecimiento asistencial ferroviario ubicado en Pergamino (16).

La cuestión no se agota con la presentación de las renunciaciones, ni el efecto político buscado se limita a la conmoción que las mismas provocan. El sector gremial opositor al gobierno otorga carácter de violación a la normativa ética a la aceptación de los cargos que quedan vacantes por la protesta.

En Rosario la Asociación Médica, el Círculo Médico y el Colegio de Doctores en Bioquímica y Farmacia, sancionan con la expulsión a los profesionales que aceptan cargos en el Hospital Ferroviario o atienden en sus consultorios a pacientes derivados desde el mismo. El Poder Ejecutivo Provincial, a su vez, retira la personería jurídica de las instituciones en cuestión, acusándolas de violación de las disposiciones que prohíben la toma de posición en cuestiones políticas (17). Poco más tarde son intervenidos los hospitales "Iturraspe" de Santa Fe, y "Marcelino Freyre", en Rosario (18). El retiro de la personería jurídica al Círculo Médico da lugar a un recurso contencioso-administrativo interpuesto en diciembre de 1946 y reiterado meses más tarde, sin que se llegara a solución por esa vía. En junio de 1949 una presentación realizada ante el interventor de la provincia da como resultado la restitución de la personería (19). La Asociación Médica de Rosario, en cambio, debe esperar al triunfo de la "Revolución Libertadora" para recuperar el reconocimiento jurídico del Estado (20).

La combatividad gremial se atempera con la instalación del gobierno constitucional. En octubre de 1946 las cesantías decretadas en los hospitales municipales afectan a la dirigencia de la Asociación de Médicos Municipales. Su secretario general, el secretario de Propaganda y Publicidad y tres consejeros, entre los que se contaba Ido Celeri, uno de los fundadores de la entidad y activo dirigente, se ven obligados a presentar sus renunciaciones, dado que los Estatutos de la institución

solo autorizaban carácter de socios a los profesionales actuantes en la salud pública municipal (21).

La revista gremial se limita a publicar la lista de los asociados que habían sido objeto de la sanción, destacando su antigüedad en los servicios del municipio. Las autoridades de la Asociación de Médicos Municipales expresan su solidaridad y apoyo moral para los afectados y resuelven gestionar la reposición de las garantías de estabilidad y sumario previo en la Comuna de Buenos Aires (22).

Un par de meses antes el intendente municipal había tranquilizado a los delegados gremiales, asegurando que no se producirían cesantías masivas y recuperando la antigua concepción que aceptaba el carácter político de los cargos jerárquicos:

entiende el Departamento Ejecutivo que los funcionarios deben resignar sus funciones cuando no pueden actuar solidariamente con el Gobierno y son opositores al mismo. No es tal la situación de los médicos sin jerarquía mayor, que dentro de las reparticiones no tienen sino funciones técnicas, desligadas de la actividad política (23).

El episodio parece señalar una abrupta caída en la combatividad opositora de la Asociación de Médicos Municipales, que entrará a partir de ese momento en la prudencia que constituye la regla de conducta del gremialismo "democrático" en la segunda mitad de los años cuarenta.⁶

En las deliberaciones de la Mesa Ejecutiva de la COMRA se sigue explicitando la inquietud suscitada por las cesantías sin sumario previo en múltiples oportunidades. En tales ocasiones se resuelve acudir al ministro de Salud Pública para iniciar las gestiones pertinentes (24).

LA RECUPERACION INSTITUCIONAL Y LOS LIMITES DE UNA PRETENDIDA "UNIDAD NACIONAL"

El interventor designado por la Inspección General de Justicia en la Confederación Médica de la República Argentina considera, en junio de 1946, que la institución se encuentra en condiciones de retomar su ritmo de actividad. Con el fin de aprobar los nuevos Estatutos y conformar una Mesa Directiva Provisional cita a una Asamblea General Extraordinaria para el día 28 de julio (25).

La Asamblea se constituye, efectivamente, en esa fecha, con ocho filiales en condiciones de sufragar.⁷ La Federación Médica de la Capital Federal disponía de cinco votos, la provincia de Buenos Aires de tres, Santa Fe y Córdoba contaban con dos votos, Jujuy, Salta y San Luis y Santiago del Estero, con un sufragio por entidad (26).

⁶ Como ejemplo puede confrontarse: "De nuevo nuestra posición". *Mundo Hospitalario* 82:1-3, octubre de 1946. Allí, entre otras cosas, se afirma: "Después del 24 de febrero de 1946, se volvió al ritmo tradicional, es decir, hacer gremialismo puro para mejorar la salud del enfermo y la situación de los médicos".

⁷ Conforme a los Estatutos vigentes solo podían participar de la Asamblea las entidades que se encontraran al día con la Tesorería al 30 de junio. Si bien podían intervenir en las discusiones todas las afiliadas, poseyeran o no personería jurídica, solo sufragaban las que cumplían ese requisito (art. 33).

Los nuevos Estatutos aprobados por la Asamblea indican algunos cambios sustantivos en la distribución de poder entre Capital e Interior, triunfando la propuesta de representación federativa que no tenía en cuenta el número de asociados de cada filial. El Consejo Federal, que constituía la "autoridad máxima de la Confederación", estaba conformado por dos representantes por cada una de las entidades de segundo grado en condiciones de integrarse como *socios activos*, en función de contar con personería jurídica. Tenían un representante con voz pero sin voto las filiales que no cumplían con ese requisito —*asociados adherentes*— y las instituciones existentes en provincia y territorios en los que no existieran Federaciones, que revistaban el carácter de *asociados directos* (arts. 8-12) (27). Como expresión de las aspiraciones descentralizadoras del interior, la antigua "Mesa Directiva" se transformará en meramente "Ejecutiva" de las resoluciones del Consejo Federal (art. 20°).

La recuperación de la unidad del gremio a nivel nacional bajo la autoridad de la Confederación, no satisfacía a la totalidad de las organizaciones existentes. En la Capital Federal se manifiesta, más o menos contemporáneamente, una tendencia orientada a privilegiar la afiliación de los profesionales por lugar de trabajo, conformando entidades que la Asociación de Médicos Municipales aspiraba a reunir en una entidad de alcance nacional.

La Agrupación de Asociaciones Médicas Gremiales de Hospitales y entidades particulares actuaba como organización de segundo nivel para las entidades de médicos del Hospital Español, Hospital Italiano, Hospital Israelita, Centro Gallego, Asociación Española de Beneficencia, Asociación de Médicos del Personal de la Compañía Italo Argentina de Electricidad, y otras similares. También los médicos de los hospitales nacionales estaban organizando su representación gremial.

La Asociación de Médicos Municipales, que a comienzos de 1946 convoca a organizar una entidad federativa de la Capital Federal, mantenía contactos también con entidades del interior: la Federación santafesina, por ejemplo, y una de las organizaciones rivales que actuaban en la provincia de Buenos Aires (28).

La propuesta organizativa por lugares de trabajo se plantea explícitamente como opuesta a los Círculos Médicos que, según sus detractores, "agrupan colegas de cualquier actividad o empleo, reunidos irregularmente, sin intereses comunes o equivalentes y responden al tipo de organización primitiva al que pertenecieron los "pioneers" del gremialismo médico" (29).

¿Se olvida —o se pretende ignorar, tal vez— que los Círculos surgieron también como agrupaciones por lugar de trabajo, ya que nucleaban a los profesionales según la ubicación de su consultorio profesional? ¿Esta diferenciación interna del autodenominado "gremialismo democrático", más tarde "independiente", se relaciona con los distintos intereses profesionales correspondientes al médico asalariado en instituciones públicas y privadas en oposición a los de aquellos cuyo principal lugar de trabajo sigue siendo el consultorio privado? Imposible saberlo en el nivel actual de nuestra información. Nos inclinamos, sin embargo, a suponer que las diferencias provienen en mayor medida de acuerdos y rivalidades entre dirigentes, de conflictos en torno a pequeños espacios de poder. Apoyan este su-

puesto la fragilidad que se percibe en las alianzas y la movilidad de las posiciones. Además, no parecen existir agrupamientos "puros": la Asociación de Profesionales de la Dirección Nacional de Salud Pública y Sociedad de Beneficencia, por ejemplo, no es convocada por la Asociación de Médicos Municipales y parece ser afín al núcleo instalado en la Confederación (30).

Por la misma época, el Sindicato de Médicos y Afines de la República Argentina fundado el 1 de julio de 1945, se diferencia programáticamente del gremialismo preexistente, señalando que tales agrupaciones han desvirtuado reiteradamente "los móviles gremiales proclamados", y convoca a la organización gremial bajo tres principios diferenciadores:

1) la confluencia de médicos, odontólogos, farmacéuticos, químicos, bioquímicos, obstetras y kinesiólogos;

2) la defensa del Estatuto de los Profesionales del Arte de Curar (decreto ley 22 212);⁸

3) la defensa de una organización de la medicina bajo régimen mixto, que permita el libre ejercicio de la profesión, bajo la tutela, regulación y protección del Estado (31).

Sería excesivamente prejuicioso suponer que el Sindicato reúne al gremialismo oficialista, ya que su declaración de principios incluye la tradicional apelación a la prescindencia política. Los contenidos de su propuesta repiten las expresiones utilizadas por el sector más proclive a defender la intervención estatal en la organización de la medicina, que comenzara a diferenciarse en los años treinta y que pareció haber alcanzado una posición hegemónica en las entidades gremiales a comienzos de los cuarenta: "socialización de la medicina", "médico funcionario", subsidio estatal para la radicación de profesionales en el interior del país, son componentes ideológicos claramente identificatorios de esa orientación; sin embargo, la falta de un listado de adherentes nos impide verificar presencias significativas. Durante el año 1946 dispone de un espacio en la emisora estatal, LRA, Radio del Estado, que destina a conferencias de "divulgación gremial" (32). Algunos años más tarde, ya con clara identificación peronista, participará en las tentativas de conformación de una entidad médica orientada a nuclear al gremialismo de esa tendencia (33).

Carecemos también de referencias que demuestren su vinculación con el Sindicato de Médicos y Afines de la Provincia de Santa Fe, que se organiza en 1946 bajo indudable patrocinio oficial. Fundado el 1 de mayo de ese año, dotado de personería jurídica en agosto y de representatividad gremial en noviembre, su presidente, doctor Manuel González Loza, es también ministro de Salud Pública de la provincia (34).

Cuando en 1954 se discuta la conformación de la Confederación General de Profesionales encontraremos referencias sobre la actuación de "Sindicatos Médicos" en múltiples lugares del interior del país.

⁸ El Estatuto es el único de los cuerpos legales elaborados en la Secretaría de Trabajo y Previsión con participación de la dirigencia gremial que llega a convertirse en ley. La falta de reglamentación inhibe su aplicación.

LA ORIENTACION CORPORATIVA

En la cena de camaradería con que el Sindicato de Médicos de la Provincia de Santa Fe celebra la obtención de la personería gremial su presidente señala:

Los gremios han adquirido, por propia gravitación, derechos indiscutibles, pero también han contraído serios compromisos. La responsabilidad de sus dirigentes es, en estos momentos, solo comparable a la de los mandatarios gubernamentales.

El gobernador de la provincia añade:

[...] tenéis la fortuna de acumular la experiencia que del mundo y de los hombres habéis sabido atesorar a través de vuestros intensos estudios y de la práctica adquirida en el ejercicio de vuestras honrosas profesiones, y estáis en condiciones, como vuestros antepasados, los integrantes de las famosas corporaciones médicas medioevales que influían felizmente en las decisiones de príncipes y soberanos, de ayudar con vuestras luces a la solución de los arduos problemas de gobierno (35).

La colaboración entre gremio y gobierno, postulada ya desde la década anterior como articulación legítima entre saber técnico y poder político, se integra en estos años en una concepción verticalista del poder: solo los organismos identificados con la propuesta formulada desde el aparato estatal serán llamados a colaborar.

La inquietud no está totalmente ausente de las entidades que reclaman su independencia del poder político, pero en general se ubica como anhelo desde posiciones minoritarias. En 1947 un Confederal de la Confederación Médica discute la procedencia de dirigirse a las autoridades nacionales solicitando la reglamentación del Estatuto Médico. La mitad de los presentes considera que tal demanda supone la pretensión de intervenir en una función de gobierno, la otra mitad la reconoce como legítimo ejercicio del derecho de petición a los poderes públicos (36).

El problema se plantea con mayor claridad en 1949, cuando el delegado por Capital Federal señala que la Confederación "no gozaba de una mejor posición económica y no eran facilitadas sus gestiones en las esferas oficiales por no demostrar simpatía a las esferas gubernativas". La afirmación motiva la reacción de algunos delegados que señalan "lo inadmisible" de la propuesta, "habiendo actuado la Confederación con prescindencia absoluta en el campo político". El delegado por Santa Fe señala que el ingreso en ese terreno apartaría a la Asamblea de su verdadera finalidad, advirtiendo: "todo lo tratado debe figurar en actas" (37).

Las reservas ante una posible subordinación al poder político y la autocensura producida por el temor a posibles sanciones, paraliza en cierta medida al gremio, que no encuentra las vías para llevar adelante sus objetivos específicos. La separación de los aparatos de poder, en un momento en que el Estado pretende subordinar a su lógica los trazos fundamentales de la organización social, obliga a la Mesa Ejecutiva a ocuparse de cuestiones triviales, sin verdadera repercusión: el problema de los gastos, el cobro de los subinquinados, los sueldos del personal administrativo, las dificultades para financiar la revista o pequeñas rencillas entre filiales, cubren páginas y páginas

de su libro de actas. De tiempo en tiempo, alguna gestión ante instituciones donde se producen conflictos laborales —el Hospital Español, la Compañía Italo Argentina de Electricidad—, o alguna consulta relacionada con los límites de la conducta ética, valen como reconocimiento de la legitimidad de la representación asumida.⁹

La conflictiva relación con el poder se pone también de manifiesto en el espinoso terreno de la personería gremial. Las discusiones en torno al tema aparecen connotadas por el temor a una posible injerencia de Trabajo y Previsión en la actividad del gremio. La cuestión se plantea por primera vez en 1944, en ocasión de discutirse las propuestas de agremiación obligatoria incluidas en las leyes que se estaban elaborando en colaboración con la Secretaría de Trabajo y Previsión. La idea de obtener personería gremial se acepta con reservas, señalando que no debe afectar la autonomía "política y administrativa" del gremio "y su independencia para la elección de autoridades"¹⁰ (38).

Cuando a fines de 1946 la Inspección de Justicia levanta la intervención y aprueba los nuevos Estatutos de la Confederación, un editorial de su revista celebra la obtención de la personería gremial, estimulando a los profesionales a participar en la "elaboración y solución de los problemas atinentes a la prestación de servicios médicos" (39).

A partir de allí las referencias al efectivo otorgamiento de esa personería se tornan confusas. Una hipótesis posible es que se cortaron los vínculos con Trabajo y Previsión y la Mesa Ejecutiva de la COMRA no insistió sobre el reconocimiento de su representatividad gremial. A principios de los años cincuenta, cuando se entabla el conflicto con las Compañías de Seguros y se organiza una representación gremial paralela respaldada por el Ministerio, la cuestión se actualiza. Los reclamos se estrellan contra las dilaciones interpuestas por la burocracia. Se les informa la caducidad de las personerías gremiales otorgadas con anterioridad al decreto 23 852/45, se les habla de expedientes detenidos y datos insuficientes. Una consulta a las filiales produce también resultados negativos: prácticamente todas declaran disponer de personería jurídica, ninguna ha solicitado la personería gremial (40).

Pese a las indudables limitaciones que provoca su alejamiento del aparato estatal, la Confederación crece. Hacia 1953 declara como filiales a las Federaciones y Colegios, Círculos y Asociaciones en Santa Fe, Entre Ríos, Chaco, Jujuy, Tucumán,

⁹ La Asociación de Médicos Municipales reconoce explícitamente la situación en un artículo de su revista: "En el terreno oficial, excepto la Presidencia de la República hasta la cual no hemos podido llegar, las entrevistas y conversaciones han sido tan cordiales y comprensivas que después de cada una de ellas, embargaba nuestro ánimo la certeza de haber llegado por fin a la solución del arduo problema, es decir, persuadir a esas mismas autoridades que desde nuestra posición de fe no se haría política, pero sí gremialismo y colaboración en el orden específico de nuestras tareas. Sobre los resultados prácticos obtenidos no es necesario explayarnos." ("La Asociación y su acción gremial". *Mundo Hospitalario* 90:5 de agosto de 1947.)

¹⁰ La idea es reiterada por prácticamente todos los participantes de la reunión: "no debe organizarse en forma tal que lleve al gremio a estar supeditado a las directivas de un organismo estatal [...] debe munirse al gremio de las más amplias garantías para su libertad e independencia [...] se ha llegado a establecer la independencia absoluta de la Confederación [...] está bien sentada la libertad gremial, ajena a directivas gubernamentales [...] se dejará debidamente aclarada la desconexión con la Secretaría de Trabajo y Previsión" (COMRA. *Actas Mesa Directiva* 10-XI-1944, T. I:146-147).

mán, La Pampa, Buenos Aires, San Luis, Córdoba, Mendoza, San Juan, Santiago del Estero, Salta y Misiones; un año más tarde se agrega a la nómina el Colegio Médico Gremial de La Rioja (41). En 1950 reúne el III Congreso Médico Gremial en Córdoba, dos años más tarde el IV en Paraná, en 1954 el V en Mar del Plata.

Las relaciones con el gremialismo capitalino siguen siendo irregulares. En diciembre de 1947, 1200 médicos se reúnen en un banquete en *Les Ambassadeurs* para celebrar la unidad de las fuerzas gremiales de la Capital. La Federación Médica Gremial había logrado la afiliación de la Asociación de Médicos Municipales, culminando un proceso iniciado por la Asociación de Médicos de Hospitales Particulares y Sanatorios y apoyado luego por la Asociación de Profesionales de Salud Pública y Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal (42). Dos años más tarde, en diciembre de 1949, la Federación Médica de la Capital decide suspender sus relaciones con COMRA, por motivos que nuestras fuentes no explicitan. A su vez, la Asociación de Médicos Municipales rompe su vinculación con la entidad federativa capitalina en mayo de 1953 (43). La ruptura se produce como consecuencia lógica del proceso que la diferencia del gremialismo "independiente" y la ubica francamente en las filas gremiales de filiación peronista.

En efecto, desde julio de 1951 participan en la conducción de la Asociación de Médicos Municipales dirigentes proclives a un acercamiento con el gobierno. La renovación de autoridades realizada en 1953 ubica al frente de la Institución a un conjunto homogéneo de hombres que reivindican "su antigua, probada y destacada concordancia con los principios de la Doctrina Nacional de esta hora" (44). Como consecuencia de esa orientación, la agrupación municipal abandonará por algunos años la órbita de influencia de la Confederación Médica (45) y participará en sucesivos intentos por articular la unidad del gremialismo médico oficialista.

El primero de ellos fue la conformación de la Unión Médica Argentina, que debía estar integrada por la Agrupación Médica Peronista, el Sindicato Argentino de Médicos y la Asociación de Médicos Municipales. La incorporación fue decidida por el Comité Ejecutivo de la Asociación de Médicos Municipales en octubre de 1953, pero la Unión Médica Argentina no llegó a constituirse, y la desafiliación se decide por unanimidad en una Asamblea realizada en marzo de 1954.

Esa misma Asamblea decide por mayoría la incorporación a la Confederación General de Profesionales que funcionaba en calle Santa Fe 1145, tras un confuso episodio en que la adhesión a la institución rival que tenía su sede en Callao 1415, publicitada en un manifiesto aparecido en carteles murales, es desautorizada por las autoridades de la institución municipal.

No debe pensarse que las entidades nucleadas en la Confederación se mantuvieron de manera cerrada y homogénea al margen de las propuestas de unificación y alineamiento provenientes del oficialismo. Aunque pueda suponerse que las conversaciones mantenidas entre los dirigentes de la COMRA y diferentes gestores de organismos convocantes a la unidad del gremialismo médico fueron actitudes meramente formales, destinadas a evitar represalias, es necesario también reconocer que en el interior de la institución se genera un debate, o mejor tal vez, gérmenes de duda, sobre la conveniencia de integrarse.

En una reunión extraordinaria del Consejo Federal, en agosto de 1953, la Fede-

ración Médica de la Provincia de Buenos Aires considera que no es posible "estar ausente" de ningún organismo gremial, a la vez que afirma: "los gobiernos son transitorios y las conquistas pueden ser permanentes". Otros delegados especulan sobre la posibilidad de integrar la Federación Argentina de Entidades Médicas (FADEM) —tema específico del debate— para intentar defender en su seno los principios tradicionales de exclusión de la política, independencia financiera, respeto de los derechos individuales, "soberanía gremial" (46).

Por otra parte, y de manera paulatina, la Confederación Médica y algunas de sus filiales abandonan su forzado congelamiento político, ya sea oponiéndose de manera franca a la legislación que pretendía recortar la autonomía gremial, como sucedió en Entre Ríos, Santa Fe y en el orden nacional, o bien cuestionando la aplicación de cesantías por cuestiones políticas y reclamando la vigencia efectiva de la propuesta de pacificación y convivencia formulada desde el gobierno, como hacen el Colegio Médico de Santiago del Estero y la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires¹¹ (47).

Tal oposición se estructura a partir de desafíos muy concretos, como el otorgamiento de personería gremial a la Corporación de Médicos de la República Argentina, la formación de la Confederación General de Profesionales y la sanción de la ley de Asociaciones Profesionales N° 14 348, que la obligan a manifestar sus desacuerdos con la política gremial del gobierno. Sin embargo, no se trata de una actitud meramente defensiva, ni se produce fuera de contexto.

La ley de Asociaciones Profesionales, que sirve de estímulo y otorga respaldo político a la Confederación General de Profesionales, parece haber servido también como acicate para la conformación de un frente opositor entre diferentes organizaciones de profesionales liberales. Paulatinamente, las entidades profesionales no peronistas comienzan a tejer vinculaciones dirigidas a conformar una alianza que se integrará a la avanzada opositora de 1955.

También debe haber fortalecido internamente a la Confederación Médica de la República Argentina su reconocimiento por parte de la Confederación Médica Panamericana y el apoyo que esta asociación internacional parece brindarle. Tal como se señala explícitamente, sus Estatutos no la autorizan a reconocer más de una Asociación Médica por país. La incorporación, objeto de debate desde 1949, se decide en el Consejo Federal realizado el 24 de octubre de 1953.¹²

¹¹ Las resoluciones del V Congreso Médico Gremial, reunido en Mar del Plata en julio de 1954 son también explícitas: "2º Que las exigencias de afiliaciones políticas o las cesantías por las mismas causas lesionan la dignidad del médico, los intereses permanentes del gremio y de la población [...] 4º Que es necesario se proceda a reparar las injusticias cometidas [...]" ("Se realizó el V Congreso Médico Gremial de la República Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg* VIII 66:28-30, mayo/jun. 1954).

¹² La noticia, publicada en la Revista de la COMRA, contiene el siguiente comentario: "Se cumple así un propósito varias veces diferido, no obstante la cordial insistencia de las autoridades de la Confederación Médica Panamericana para que ingresáramos. [...] No podría ser más oportuna la resolución de nuestra entidad. Los tiempos tormentosos y cambiantes que vivimos exigen la solidaridad del gremio médico intercontinental. Las fuerzas morales que presiden sus determinaciones pueden ser las únicas que sobrevivan en ciertos períodos de la historia de los pueblos, y es saludable medida conservarlas actuantes y fuertes para respaldarnos" ("Ingreso a la Confederación Médica Panamericana". *Rev Conf Med Rep Arg* VII (64):5, nov./dic. 1953.)

LAS CONVULSIONES ASOCIADAS CON LA CAIDA DEL PERONISMO

Si el período entre junio y octubre de 1945 permite recuperar la conformación de la identidad médica antiperonista como un fenómeno particular dentro de un proceso de mayor amplitud, un nuevo movimiento convocante de militancia opositora adquiere estado público entre julio y setiembre de 1955.

Sin olvidar las enormes diferencias en la situación sociopolítica en la que se inscriben ambos períodos, y reconociendo las circunstancias particulares que otorgan simbolismo especial a lo sucedido en 1955, es necesario señalar también que en ambos momentos una huelga es el mecanismo utilizado para expresar el repudio de los profesionales ante la muerte de un médico.

Es imposible comparar la muerte de Ottolenghi con la de Ingalinella. El plus de horror contenido en esta última estará lamentablemente destinado a perdurar y acentuarse en la historia argentina posterior. Sin embargo, la similitud aparente de las situaciones es probablemente una más de las tantas trampas que la historia tiende a los que pretenden reconstruirla.

El 17 de junio de 1955 desaparece en Rosario el Dr. Juan Ingalinella, luego de haber sido detenido por fuerzas policiales y conducido a la Sección Investigaciones de la Jefatura de Policía de la ciudad (48). Un mes después se conoce la noticia de su tortura y muerte. La Confederación Médica decide un paro de "la actividad sanitaria en todas las instituciones nacionales, provinciales y municipales, sanatorios privados, consultorios y demás organismos atingentes de la República", como señal "de duelo y de protesta" (49).

El comunicado del organismo gremial deja totalmente de lado la prudente autocensura que había caracterizado la actuación del gremio en los años precedentes: "hay que acabar de una vez por todas con la barbarie bestial de las torturas y vejámenes infligidas por 'delito de ideas' en estos últimos lustros a centenares y centenares de personas de diversas ideologías, en diferentes partes de la República" (50).

Recuperamos el suceso tan solo como un antecedente dramático, precedido y seguido por otros, más banales,¹³ que prenuncian las convulsiones que sacudirán al gremio después del triunfo de la Revolución autodenominada "Libertadora".

La protesta del 2 de agosto constituirá, sin embargo, el referente generalizado cuando se quiera evocar la masividad de la respuesta profesional de oposición al peronismo. Su caída abre un espacio de conflictividad en el interior del gremio. El grupo opositor pierde el sentido de identidad que le otorgaba ese carácter. La redefinición de la relación de fuerzas en el interior de la sociedad posperonista obliga a articular nuevas alianzas y nuevos mecanismos de identificación.

¹³ La recuperación del ímpetu opositor en el gremialismo capitalino puede ser jalonado por acontecimientos producidos en el seno de la Asociación de Médicos Municipales. En julio de 1955 se organiza la "Lista Azul", orientada a nuclear la oposición a la conducción oficialista, que triunfa por amplia mayoría en los comicios realizados el 25 de octubre. Cuatro días más tarde el nuevo Comité Ejecutivo resuelve la desafiliación de la entidad a la Confederación General de Profesionales. El 28 de noviembre de ese mismo año se decide la reincorporación a la Federación Médica Gremial de la Capital Federal ("Sobre intervención a la Asociación". *Mundo Hospitalario* 157:9-12, junio de 1956).

A partir de setiembre de 1955 el ambiente profesional se ve sacudido por una serie de asambleas realizadas en los principales hospitales. Los contenidos de la discusión y el tenor de las decisiones varían de hospital en hospital, yendo desde demandas de reincorporación de cesantes y respeto por las disposiciones del régimen de carrera hospitalaria, hasta posiciones que lindan con el revanchismo. Como ejemplo de este tipo de actitudes puede mencionarse las sanciones decididas por la comisión especial designada en el Ramos Mejía: separación del cargo, declaración de persona no grata, solicitud de renuncia, exoneración, repudio, sanción moral (51).

Las mismas dirigencias gremiales se sienten amenazadas por instancias de coordinación que surgen de tales asambleas, y en determinado momento parecen invadir su área específica de funcionamiento. La Junta Coordinadora Interhospitalaria, formada por los delegados de veinte hospitales de la Capital Federal, terminará despertando los recelos de la Asociación de Médicos Municipales y provocando advertencias veladas en las notas editoriales de la Revista de la Confederación (52).

"La Junta Coordinadora debe poner fin a sus tareas, no dejarse engañar por el espejismo de sus presuntos triunfos", indica un artículo sin firma de *Mundo Hospitalario* en enero de 1956, "si [...] añade objetivos a aquellos para los cuales específicamente fue constituida creará las condiciones favorables para la división del gremio" (53).

El temor de la dirigencia parece infundado; la unidad gremial se fortalece significativamente en el período posperonista. La Asociación de Médicos Municipales incorpora 900 asociados entre el 30 de abril de 1955 e igual fecha de 1956, pasando de 1216 a 2130 el registro de sus socios activos. La Federación Médica Gremial de la Capital Federal recibe la adhesión de diez nuevas filiales en aproximadamente el mismo lapso,¹⁴ y logra reunir a 26 instituciones de primer nivel con 4800 asociados (54). Menos significativo parece el crecimiento de la Confederación, que suma a las filiales declaradas en 1953 las representaciones de Corrientes, Comodoro Rivadavia, Chubut y El Bolsón (55).

El crecimiento del gremialismo confederado se ubica en una perspectiva de moderación, que intentaremos recuperar en sus líneas más generales.

La plataforma política de la "Lista Azul" en las elecciones celebradas en la Asociación de Médicos Municipales en octubre de 1955 sintetiza las principales reivindicaciones que convocan a la movilización gremial en el período del gobierno militar de 1955-1958:

- reincorporación de los médicos cesantes,
- derogación de la ley de asociaciones profesionales,
- revisión de la ley de jubilaciones,

¹⁴ Entre las nuevas adhesiones figuran entidades que agrupan médicos de lo que más tarde se conocería como Obras Sociales Sindicales: la Asociación de Médicos de la Unión del Personal Civil de la Nación y la Agrupación de Médicos y Afines de la Asociación Obrera Textil. Se trata de las primeras referencias que encontramos sobre agremiación del personal médico de tales instituciones, lo que no significa que no hayan existido con anterioridad. La referencia constituye un antecedente del conflicto que lleva a la huelga médica de 1958. Un año más tarde, en una presentación ante el Ministerio de Trabajo, se menciona la organización gremial de los médicos de la Unión de Obreros Metalúrgicos ("Remuneraciones a los médicos". *Mundo Hospitalario* 165:16, marzo de 1957).

- no discriminación política ni racial para ocupar cargos,
- respeto absoluto del escalafón y del régimen de concurso,
- regularización de la situación de los médicos adscriptos y concurrentes (56).

El trámite de resolución de cada una de estas demandas presenta alternativas diferentes: la derogación de la ley de asociaciones profesionales fue decidida por el gobierno provisional como parte de su política de orden más general, de modo que la cuestión no llegó a plantearse como conflictiva. El problema de las jubilaciones, en cambio, seguiría produciendo enfrentamientos entre gremio y gobierno durante varios años, tal como hemos analizado en otro lugar. La reincorporación de médicos cesantes y el problema de la discriminación política no solo producirán situaciones de tensión entre autoridades gremiales y funcionarios municipales, también conformarán líneas de ruptura en el interior del gremialismo no peronista.

La Asociación de Médicos Municipales reclama la reincorporación inmediata y automática de la totalidad de los médicos declarados cesantes sin sumario previo durante el régimen peronista. La Municipalidad no acuerda con el criterio y decide revisar caso por caso, actitud que es apoyada por la Mesa Ejecutiva de la Confederación en una decisión posteriormente respaldada por su Consejo Federal (57). El conflicto entre la entidad que agrupa a los médicos municipales y las autoridades del municipio se prolongará hasta octubre de 1958, fecha en que el Consejo Deliberante decide la reincorporación de los últimos doce médicos afectados por cesantías durante el peronismo. Los interventores designados por el gobierno militar habían negado reiteradamente esta medida sin explicitar los motivos de su actitud (58). Algunas entrevistas realizadas a dirigentes gremiales nos han permitido saber que la objeción radicaba en que se los consideraba "comunistas".

Las tres principales entidades gremiales, en desacuerdo ante este tema, coincidían sin embargo en rechazar todo tipo de discriminación futura. La Asociación de Médicos Municipales, la Federación capitalina, la bonaerense y la Confederación se oponen enfáticamente a cualquier medida tendiente a introducir discriminaciones políticas en los concursos a realizarse. La coherencia principista de los organismos del gremio significa una condena implícita al funcionamiento de los "tribunales de honor" o "tribunales ético-cívicos" que se organizaron tras el golpe militar de 1955. Un dictamen del Tribunal de Honor instituido en el Hospital Tornú, por ejemplo, señalaba que los colegas sancionados no podrían "presentarse en los futuros concursos de Tisiología" de ese hospital (59). Para la misma época, la Federación Médica de la Capital Federal publica un comunicado en el que afirma "que los tribunales ético-cívicos, como elementos previos a los concursos de antecedentes y títulos, son inaceptables para los médicos" (60).

Algunos meses más tarde, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires resuelve rechazar la presentación al concurso de cargos y funciones para la carrera hospitalaria de todos los profesionales afectados por sanción de cesantía a partir del 28 de setiembre de 1955 (Res. Ministerial N° 02476/66). La Agronomía Médica Platense se pronuncia considerando que la medida constituye un "precedente de consecuencias gravísimas", que permite sancionar "sin recurso ni amparo", actitudes no imputables a "falta ética, moral o técnica" (61).

El gremialismo unificado rechaza también la anulación de los concursos efectua-

dos entre 1943 y 1955, decretada por las autoridades municipales. Sin presentar una posición totalmente homogénea, hecho que revela la existencia de algunas fisuras y de diferentes tácticas de acercamiento al poder, las entidades médicas tradicionales se preparan para capitalizar la experiencia acumulada durante el exilio político.

LA HUELGA MEDICA DE 1958: ¿MOVIMIENTO GREMIAL O CONFLICTO POLITICO?

La huelga médica de 1958 aparece en las publicaciones gremiales dotada de la capacidad de producir desconcierto propia de todo acontecimiento inesperado. No hay antecedentes explícitos, no existe manifestación de conflicto, se habla del enfrentamiento cuando este ya se ha producido. En esas condiciones, la posición irreductible de las partes parece aún más "desmesurada", más difícil descubrir su lógica, desenterrar sus raíces.

Algunas referencias, al mismo tiempo lejanas y permanentes, parecen aptas para elegir un camino. El siempre renovado cuestionamiento a la relación laboral del médico con las mutualidades, las sempiternas referencias a comisiones directivas conformadas por legos, que explotan al técnico y desconocen la particular relevancia social de su función, nos inducen a formular interrogantes: ¿cómo se percibiría el trabajo médico en relación de dependencia en una mutualidad sindical? ¿Qué nivel de amenaza implicaría el "pacto electoral" que promueve a Frondizi a la Presidencia, y sus dificultades para contener las demandas de la CGT?

Algunos antecedentes del conflicto pueden rastrearse en la documentación disponible. Se trata solo de vestigios que se tornan significativos cuando el enfrentamiento se actualiza, cuando se conoce a los actores y se intenta leer, entre líneas, su discurso. Veamos algunos ejemplos.

Cuando se plantea, con contenidos de reparación moral, la reincorporación de los médicos declarados cesantes bajo el gobierno peronista, presenta dificultades particulares la reposición de aquellos que se habían desempeñado en los Hospitales Ferroviarios. Una entidad gremial definida por la no inserción laboral, la Asociación de ex Médicos del Hospital Ferroviario de Buenos Aires, consigue una respuesta positiva solo a mediados de 1957, tras una campaña periodística de tono áspero, y gracias a la mediación del Ministerio de Trabajo y Previsión y el Presidente de la República, cuando ya en el seno de la Confederación se habían comenzado a programar medidas de fuerza (62).

La Sociedad Médica de Santa Fe, en cambio, no logra su objetivo. Las organizaciones gremiales de trabajadores ferroviarios "se oponen a toda modificación del elenco médico que presta servicios en el Hospital" (63). Tampoco se logra en Santa Fe el llamado a concurso de los cargos vacantes, reivindicación profesional aceptada en cambio para los hospitales de Rosario, Bahía Blanca y Buenos Aires. En el interior de la provincia de Santa Fe (Villa Diego y Venado Tuerto) se registran conflictos entre médicos y ferroviarios a comienzos de 1958 (64). La provisión por concurso de los cargos en mutualidades había sido planteada como aspiración del gremio en una presentación realizada ante el Ministerio de Salud Pública en noviembre de 1956 (65).

Otro antecedente posible es la presentación que realiza en marzo de 1957 la Federación Médica de la Capital ante el Ministerio de Trabajo y Previsión pidiendo la formación de una comisión paritaria y Tribunal Arbitral que mediara en la demanda de mejoras salariales planteadas por los médicos que prestan servicios en una serie de instituciones, entre ellas la Unión Obrera Metalúrgica, y la Asociación Obrera Textil (66).

Un segundo conjunto de circunstancias que preparan el conflicto se vincula a lo que en ese momento se identifica como "movimiento revisionista", orientado a lograr la reposición en sus cargos de los médicos sancionados por las asambleas hospitalarias de 1955. Se habla de la existencia de un "Centro Médico de Buenos Aires", institución asistencial integrada por médicos "impugnados y sancionados por faltas de orden ético-gremial" (67), se mencionan episodios registrados en Rosario, donde obreros municipales presionan para que las autoridades del Municipio resuelvan la reposición de médicos declarados cesantes por su militancia política peronista.

El problema de la relación laboral de los médicos en mutualidades de todo tipo, incluidas las obreras, y la alarma ante el "revisionismo", se articulan a principios de 1958 en un comunicado de la Federación de la Capital. Allí se alerta ante cesantías de médicos sin sumario previo que se están produciendo en diversas entidades y servicios sociales. "Algunos gremios normalizados están decretando cesantías a profesionales que en general se han distinguido por una neta trayectoria democrática y sustituyéndolos por otros cuyos antecedentes —en algunos casos de pública notoriedad— dejan que desear en ese sentido." (68).

En los días previos al conflicto se conocen declaraciones de profesionales de los hospitales Alvear y Rawson oponiéndose a las amenazas revisionistas. Una vez declarado, un periodista pregunta al presidente de la Confederación: "¿Existe un movimiento de revisionismo?" (69) En la misma publicación se consigna la opinión del presidente de la Federación Médica de la Capital, reconociendo la existencia de otros conflictos, también vinculados al desconocimiento de las entidades representativas de los médicos. El gremialista señala la existencia de actitudes por parte de las instituciones que emplean trabajo médico asalariado que, en su opinión, "demuestran el menosprecio que para el médico han tenido tanto algunos dirigentes como entidades netamente patronales", añadiendo: "la Federación tiene una serie de conflictos donde se desconoce el derecho de los médicos a tener los mismos principios y las mismas garantías que los gremios obreros" (70).

Es precisamente el presidente de la Asociación de ex Médicos del Hospital Ferroviario de Buenos Aires quien nos brinda una primera semblanza del "clima" que precede a la huelga:

La amarga experiencia de la ignominia vivida y las humillaciones sufridas durante la dictadura, provocaron la unánime repulsa a toda posible revisión de lo actuado por los organismos gremiales ni bien triunfó la Revolución. ¡No volverán!... fue la decisión inquebrantable de la casi totalidad de los médicos argentinos, y cuando algunas reincorporaciones indebidas comenzaron aisladamente a producirse en distintos centros del país, la indignación fue tal, que en todos los hospitales, círculos, asociaciones, etc., se realiza-

ron asambleas nunca vistas por lo numerosas y terminantes en sus resoluciones [...] Desde un comienzo, a partir del mes de marzo del año en curso, se aprobaron por aclamación resoluciones vibrantes, condenando todo revisionismo y anunciando cualquier medida extrema, de no dejarse de inmediato sin efecto las inadmisibles reincorporaciones producidas (71).

En el mismo artículo se señalan otros "factores coadyuvantes del disconformismo médico": el acelerado empobrecimiento de "los últimos diez o quince años", las bajas retribuciones en la actividad privada, los "sueldos vergonzosos" que pagan los organismos oficiales, mutuales y fabriles, la despoblación de los consultorios particulares, las dificultades para instalarlos, el costo astronómico del automóvil —"elemento indispensable de trabajo"—, la imposibilidad de adquirir instrumental, libros, etc. Estima el autor que solo el 10% de los médicos argentinos no se encuadra en su descripción (72).

¿Qué hechos significativos pueden incorporarse a un relato sobre la huelga?

La Mutualidad de Transporte era lo que ahora se conocería como obra social sindical: se financiaba con el aporte de sus afiliados y una contribución equivalente de la Compañía de Transportes de Buenos Aires. La Junta Administradora estaba constituida por cuatro representantes sindicales (Unión Tranviarios Automotor) y cuatro patronales. En setiembre de 1955 el director de la Mutualidad se jubila y la Asociación Médica de la institución comienza a reclamar injerencia en la provisión del cargo. En setiembre de 1957 se designa director interino por 60 días al Dr. Miguel Croquet, lo que provoca el desagrado de la Asociación Médica, ya que era el único profesional "sancionado por falta gremial". A raíz de una huelga de transporte, la Unión del Transporte Automotor es intervenida y se remueve a los cuatro representantes obreros de la Junta Administrativa de la Mutualidad. Tal circunstancia permitió que la Asociación Médica de la Mutualidad propusiera una terna para cubrir el cargo de director médico, siendo designado el Dr. Carlos Dios.

Cuando el gobierno frondizista levanta la intervención al sindicato, la delegación obrera ante la Mutualidad presiona para lograr el desplazamiento del Dr. Dios, reintegrándolo a su cargo de cirujano y reponiendo al Dr. Croquet.

La Federación Médico Gremial de la Capital reclama ante la Junta Administradora, que alega que sus estatutos le permiten nombrar y reemplazar.

El 29 de mayo se había producido el desplazo del Dr. Dios; el 6 de junio los médicos de la Mutualidad concurren a los consultorios y atienden a los pacientes sin firmar asistencia. El 9 inician el paro de actividades, estableciendo una guardia de 8 a 20 horas. Para resolver emergencias, el día 10 los representantes gremiales se entrevistan con el secretario de Trabajo y Seguridad Social quien les propone pedir la intervención de la Mutualidad. Dos días más tarde comienzan a llegar telegramas intimando a los médicos a reanudar sus actividades. El desconocimiento de la intimación provoca 70 cesantías. El 16 de junio la Dirección de Mutualidades rechaza el pedido de intervención. El 19, a raíz de las agresiones a los médicos que prestaban servicio de guardia, se dispone levantar el servicio, comunicando que se atendería en los consultorios particulares en forma gratuita a los

mutualizados del transporte. El 2 de julio se realiza un paro de actividades médicas en todas las instituciones asistenciales de la Capital Federal.¹⁵

Las negociaciones entabladas con la mediación de Trabajo y Seguridad Social no dan resultados positivos. El 4 de julio de inicia un nuevo paro en Capital Federal como mecanismo de presión para respaldar la posición de los dirigentes que serían recibidos por el presidente Frondizi. En vista de la buena disposición encontrada en Casa de Gobierno, a las 15.30 horas de ese mismo día se levanta la medida de fuerza.

El presidente designa un mediador, el Dr. Colombo, que propone a los dirigentes médicos una solución que cubre sus aspiraciones: "la reposición del Dr. Dios, su renuncia inmediata, la reposición de los colegas cesantes, el desplazamiento de los médicos rompehuelgas que se encontraban en la Mutualidad, haciéndose el Dr. Colombo cargo de esta, mientras estudiaba la viabilidad de un concurso" (73).

Esa misma noche, el secretario de Trabajo formula declaraciones de repudio al movimiento médico, atribuyéndole carácter político; Colombo anuncia que no logra cerrar el trato con la Unión del Transporte Automotor (UTA) y al día siguiente (10 de julio) se inicia una huelga por tiempo indeterminado en las instituciones de la Capital. Tres días más tarde, en una nueva entrevista con Frondizi, el presidente de la Confederación denuncia una campaña orientada a presionar a los profesionales: violación de correspondencia, teléfonos intervenidos, policía presente en los actos, difamación a través de radiodifusoras y televisión (74). Nuevas tratativas se entablan y fracasan casi cotidianamente.

El día 23, Colombo cita en su despacho a los dirigentes gremiales para leerles un decreto por el que se crearía en la Secretaría de Transportes un "servicio social modelo" para los obreros y empleados del transporte de la Ciudad de Buenos Aires. El nuevo intento conciliador fracasa porque el derecho al contralor de las inasistencias estaba en manos de la UTA por disposiciones de la convención colectiva.

El 28 de julio se realiza un Confederal de COMRA en el Aula Magna de la Facultad de Medicina y ante una concurrencia de más de 2000 médicos. Se decide declarar la huelga en todo el país desde la 0 hora del día 1 de agosto hasta la solución del conflicto (75).

El 9 de agosto un nuevo Confederal decide el levantamiento de la medida. Las razones consignadas en el Acta, más tarde desmentidas, como veremos, se relacionan con la propuesta gubernamental de promulgación de una ley de carrera médica sanitaria, destinada a eliminar las causas de los conflictos, y la creación de un organismo dependiente del Ministerio de Salud Pública que se ocuparía del estudio, fiscalización y solución de los déficit laborales (76). En Buenos Aires, la situación conflictiva continúa a pesar de la creación del Instituto de Medicina Inte-

¹⁵ "A todo esto ya se habían efectuado asambleas en todos los hospitales municipales, instituciones públicas y privadas de carácter médico en las que se exponía el problema y se recababa la opinión de los médicos que con asombrosa unanimidad en general y particular el gremio médico estimó que había sido afrentado y resolviendo por aclamación por abrumadora mayoría de votación facultar a sus respectivas Comisiones Directivas tomara las medidas, incluso de fuerza, hasta que fueran satisfechos los justos reclamos que no podrían ser otros que los que exigían los médicos de la mutualidad" ("La huelga médica. Información circunstanciada". *Rev Conf Med Rep Arg XI* (86):4-14, jun./nov. 1958, pág. 6.)

gral del Transporte, dependiente de la Secretaría de Transporte, donde se insertan los profesionales separados de la UTA. Cuando se levanta la medida de fuerza, no se permite reintegrarse a sus lugares de trabajo a los médicos que trabajaban en consultorios de la Unión Obrera Metalúrgica, la Asociación Obrera Textil y la Federación de Jaboneros, Perfumistas y Afines.

El 25 de agosto se promulga la ley que asegura la inmovilidad en sus cargos de los profesionales del arte de curar; sin embargo, los gremios textil, metalúrgico y jabonero mantienen su posición intransigente. Solo el 12 de setiembre se da por terminado el conflicto con la reposición de los médicos en los diferentes servicios sociales gracias a la mediación de las 62 Organizaciones.

Según las fuentes gremiales, solo 109 profesionales no adhirieron a la huelga en la Capital Federal. La nómina de los mismos se publica en las revistas del gremio.¹⁶

Dos años más tarde, la Confederación eleva un informe de los acontecimientos a la XII Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Un párrafo del mismo sintetiza, a nuestro entender, los aspectos más significativos del problema:

El conflicto toma su base indudablemente en las condiciones político-sociales dejadas por el gobierno dictatorial de Perón, cuyas características principales son las siguientes: desorganización administrativa; intranquilidad y aun beligerancia de los sectores peronistas desplazados que, sin embargo, dominan en muchos sectores obreros; excesivo poder y politización sindical sin la legislación adecuada que los encuadre dentro de la lucha por la defensa de legítimos intereses; falta de legislación en defensa del gremio médico; insuficiente organización gremial y un sistema inadecuado de administración de la Medicina colectiva, el de Mutualidades. Es este sistema el que ha permitido que los diferentes sindicatos obreros se hayan transformado en patrones del gremio médico, ya que la mayor parte de sus miembros sirve a las Mutualidades. Se trata de un patrón prepotente que mientras reclama para sí, en conflictos de trabajo, derechos que tiene asegurados por una frondosa legislación, no los reconoce, sin embargo, para los que aparecen como sus empleados, y ello a favor de la falta de legislación al respecto (77).

Otras perspectivas sobre el tema

Uno de los ejes de discusión de la huelga médica es si se trata o no de un movimiento político. Tal adscripción de objetivos es negada rotundamente por los voceros oficiales de las instituciones gremiales, que reiteran su adhesión al principio tradicional de "gremialismo puro", que significaba la exclusión de su seno del de-

¹⁶ La huelga había contado con el apoyo de la Federación de Odontólogos y de las Facultades de Odontología y Ciencias Médicas de la Capital. Los organismos gremiales de la Capital Federal, provincia de Buenos Aires, La Rioja, Tucumán y Entre Ríos sancionan por inconducta gremial a los profesionales que no adhirieron al paro, decidiendo "romper definitivamente toda vinculación en el ejercicio profesional privado" y no mantener con ellos "ninguna relación técnica, profesional ni personal" en función del desempeño en instituciones públicas ("Rompehuelgas. Sobre un número aproximado de 10 000 médicos que actúan en la Capital Federal, poco más de 100 han traicionado a sus colegas". *Rev Conf Med Rep Arg XII* (87):40-45, dic. 1958/abril 1959, pág. 41).

bate político partidario.

Algún dirigente, sin embargo, formula una diferenciación explícita, negando filiación partidaria a la movilización, al tiempo que reconoce que "el conflicto, de netamente gremial, se convirtió en político" (78). Y el mismo dirigente, presidente de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal, en algún momento del desarrollo de la huelga lleva el enfrentamiento al clímax, señalando que "en Chile, una huelga de médicos derrocó a Ibañez" (79).

La imprudente declaración fue uno de los motivos no explicitados del levantamiento de la huelga en el interior del país, decidido en el Consejo Federal realizado en Rosario el 9 de agosto de 1958. En esa oportunidad, y a posteriori, varias filiales formularon reparos y expresaron su desagrado por las declaraciones y actitudes del presidente de la Federación de la Capital, que "comprometía el contenido ético y gremial del conflicto" (80). El abandono de la medida de fuerza por los dirigentes del interior será causa de futuras desinteligencias con la Capital Federal, que solo se volcarán en Actas dos años más tarde.¹⁷

Política o gremial, la cuestión se vuelve partidaria cuando llega al Parlamento, donde el bloque de la Unión Cívica Radical del Pueblo propone una declaración que destaca "el contenido ético y cívico indiscutible" de la huelga médica (81). Acusaciones de revanchismo y resentimiento, juegos de palabras en torno a "problemas de extraordinaria magnitud" e "inusitada magnitud que se da a un pequeño problema", apelaciones a anteponer la "solidaridad social" a la "solidaridad gremial", jalonan el debate parlamentario, en el que nada se resuelve (82).

Es, sin duda, insostenible negar toda intencionalidad política a un movimiento tan amplio, y decididamente heterogéneo. Del mismo modo, sería necesario un análisis mucho más minucioso de la adscripción partidaria de los dirigentes gremiales, basado en información que no poseemos, para concluir con certeza en torno a una posible mayoría opositora a la Unión Cívica Radical Intransigente. Más aún, uno de los testimonios recogidos afirma enfáticamente el carácter espontáneo del movimiento, que rebasa a los dirigentes obligándolos a responder a las demandas de sus bases. Si no podemos responder por la certeza de esta afirmación en lo que respecta a la Capital Federal, sin duda es exacta en lo que se refiere a la actitud de algunos delegados en el Confederal de la COMRA. Reticentes al principio, solo manifiestan su apoyo al movimiento de fuerza en la fase más aguda del conflicto, y aun en ese momento varias provincias rechazan la huelga por tiempo indeterminado y defienden un movimiento progresivo.¹⁸

¹⁷ En el Consejo Federal Extraordinario realizado el 16 de marzo de 1960 para tratar las relaciones entre Confederación Médica y Federación de la Capital, se señala que "a un gran número de colegas de la Capital Federal la resolución del Consejo Federal de Rosario los había confundido, y a otros enervado hasta el punto que la consideraron una verdadera traición, responsabilizando a la Mesa Ejecutiva y particularmente a su Presidente" (COMRA. Actas Consejo Federal. Consejo Federal Extraordinario del 16-III-1960, T. IV:83-97, pág. 85).

¹⁸ La moción de huelga por tiempo indeterminado fue votada por Capital Federal, Santa Fe, Entre Ríos, La Pampa, Misiones, La Rioja y Catamarca, mientras defienden un plan de lucha escalonado Buenos Aires, Córdoba, Chaco, San Juan, Tucumán y Mendoza (COMRA. *Actas Consejo Federal*. Reunión del 28-VII-1958, T. III:278-280).

Por otra parte, cuando la dirigencia niega su prescindencia en materia política, está identificando lo político con lo partidario, sin reconocer la otra gran vertiente relativa a la vinculación del gremio con el Estado. Aunque no podemos decir que este sea un tema explícito de debate en el interior del gremialismo, cada vez que se toca parece afirmarse con más fuerza la hegemonía de la propuesta de separación, autonomía, no alineamiento. Los dirigentes gremiales no confían en el aparato estatal, en sus funcionarios, ni tampoco en las convicciones de los "médicos políticos". En los testimonios sobre la huelga se vuelve a afirmar la necesidad de que los cargos públicos sean llenados teniendo en cuenta la idoneidad y la capacidad técnica y no por el "trampolín de fuerzas políticas partidarias" (83).

Si es difícil tomar posición en torno al carácter político del movimiento médico del 58, parecen caber pocas dudas respecto a su carácter de conflicto social. Los testimonios, a la vez que rechazan toda intencionalidad política, no hesitan en mostrar el enfrentamiento con el peronismo y con el poder político actual o residual del sindicalismo, ni en publicitar la histórica postergación de las reivindicaciones profesionales.

La intervención de las 62 Organizaciones se percibe como amenaza, como intromisión indebida, como prueba de la existencia de una conspiración. En algún momento incluso, se hace referencia a la debilidad del presidente Frondizi ante sus presiones.

La huelga médica puede, por consiguiente, inscribirse en el interior de la oposición social al peronismo, que se gesta con la Revolución Libertadora, se afirma con su fracaso, y se consolida ante la amenaza presente en el acuerdo electoral que lleva a la Presidencia a Arturo Frondizi (84).

En algunos textos se recupera la identificación de profesión médica como clase media. Heterogéneos, fragmentados, carentes de conciencia de clase, los sectores medios son, sin embargo, desde esa perspectiva, reservas de estabilidad, moderación, custodios de las más puras tradiciones. "Aherrojada entre los sectores empresarios y los obreros", la clase media profesional ha dejado de reclamar, como en los años veinte, la protección del Estado. La historia de sus luchas y sus frustraciones la ha vuelto a constituir, fragmentada y autónoma, como sujeto sin proyecto propio, que solo procura el fortalecimiento defensivo frente a posibles adversarios (85).

Hay otras perspectivas, sin embargo, que permiten sentir la presencia del debate ideológico en el interior del gremio. Alguna voz se levanta para reivindicar la política como "ciencia de las relaciones humanas", presente de manera obligada en todas las acciones de los hombres. La política que se sigue en cada sector de actividad expresa —se nos aclara— "racional y explícitamente a veces, o implícita e inconscientemente otras, el contenido ideológico, su base teórica, y las normas y técnicas operativas que son su consecuencia" (86).

"No hay clase médica", se afirma; las desigualdades sociales producen fracturas en la unidad del gremio y dan origen por lo general a ideologías distintas. No debe verse al médico "como un producto destilado de la sociedad", como "un ciudadano diferente", ni al gremialismo médico "como una suma de virtudes",

que debe mantenerse alejado de toda contaminación política que pueda "macular su 'sacerdocio'" (87).

Estamos, sin embargo, muy lejos del debate abierto de los años treinta. También, seguramente, las alternativas parecen menos nítidas, el futuro menos predefinido, no se vislumbran posibles aliados. La unidad es una consigna fuerte, que el gremio está decidido a defender más allá de notorias diferencias en las propuestas organizativas, políticas, ideológicas.

DIFERENTES FRENTE DE CONFLICTO

En el balance positivo de la huelga del 58 se ubican la sanción de dos leyes que son su inmediata consecuencia. La ley Nº 14 459/58 asegura a los profesionales del arte de curar estabilidad en sus cargos, especificando que "no podrán ser separados sin sumario previo"; y la ley Nº 14778/58 resuelve el problema de las incompatibilidades en el desempeño de diferentes cargos, que estaba siendo objeto de sanciones por parte del Tribunal de Cuentas de la Nación. Su artículo 1º establece como única causal de incompatibilidad la superposición horaria¹⁹ (88).

En la evaluación de la dirigencia gremial las vinculaciones con el aparato estatal merecen apreciaciones diferentes según se trate de autoridades municipales o nacionales. La Asociación de Médicos Municipales destaca en su revista las pruebas de estima recibidas por los funcionarios municipales de Salud Pública. La reorganización de la Carrera Médica Hospitalaria, la regularización de los nombramientos de Médicos Asistentes a través de concursos "impecables", la preocupación por el aumento de las retribuciones se ubican en un balance positivo de las gestiones de del Carril y Rabanaque Caballero en la respectiva Secretaría (89).

Las relaciones de la Confederación con las autoridades nacionales son planteadas en tonos muy diferentes. El Consejo Federal reunido en Rosario en noviembre de 1959 hace pública una declaración cuyo encabezado es suficientemente revelador: "Desconsideración de los poderes públicos con los profesionales del arte de curar".

En sus considerandos se señala que los organismos de gobierno no se han preocupado por dictar una legislación que dé soluciones a los problemas que afectan a los profesionales; que las sugerencias y pedidos de la Confederación han sido "sistemáticamente dejados de lado"; que no solo se desatienden los reclamos sino que también "se dificultan y postergan indefinidamente los pedidos de entrevistas y audiencias".

Las medidas puntuales que se solicitan, avaladas por una descripción muy negativa de las condiciones del trabajo profesional,²⁰ se relacionan con el manteni-

¹⁹ La situación es en alguna medida paradójica, ya que ambas leyes se proponen como modificatorias del decreto ley 22 212 de 1945 que aunque ratificado por la ley Nº 12 921 no se aplica por falta de reglamentación. En el texto de la ley Nº 14 778 se señala que la modificación regirá "hasta tanto se sanciona la nueva ley que reglamente la carrera médica asistencial y sanitaria".

²⁰ Se señala que el 85% de los médicos está en relación de dependencia económica con el Estado, obras sociales, mutualidades o instituciones privadas; que un alto porcentaje solo dispone de esas fuen-

miento del régimen de subsidios previsto en la ley Padilla y el tratamiento de los proyectos de ley de Jubilaciones para Profesionales y Carrera Médica Asistencial respaldados por la Confederación (90).

En otro de sus frentes de conflicto el gremialismo nacional registra éxitos significativos. Nos referimos en este caso a los convenios con las compañías de seguro, ámbito donde la unidad aparece como garantía de eficacia negociadora.

Por primera vez en medio siglo se está frente a un convenio nacional, sin exclusiones. Regiones densamente industrializadas, como la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, quedan ahora sujetas a la jurisdicción gremial médica. [...] Esta conquista definitiva alienta a constituir el frente nacional médico para todas las demás prestaciones colectivas. La unificación arancelaria conduce a la unidad de los profesionales. Los médicos que en cualquier punto del país se sientan avasallados saben que pueden contar con la solidaridad de sus colegas, ya que el aislamiento conspira contra el interés general ²¹ (91).

Solo triunfos parciales pueden registrarse, en cambio, en los acuerdos con obras sociales y mutualidades. Durante los meses de noviembre y diciembre de 1958 se realizan tratativas con representantes de obras sociales para lograr un convenio nacional (92). Fracasado el intento, se prosiguen conversaciones con la obra social del Ministerio de Comunicaciones y con DOSME. Con la primera se logra la aceptación de un convenio tipo para todo el país; DOSME, por su parte, propone la ejecución del pago por reintegro. La modalidad es rechazada por el Consejo Federal realizado en la Ciudad de San Juan el 16 de marzo de 1960, donde se sostiene que el pago debe hacerse preferentemente a través de las entidades médico-gremiales.

Respecto de las relaciones con obras sociales y mutualidades, los dirigentes reunidos en San Juan reconocen que los avances a nivel nacional han sido muy pobres; aunque se continúa otorgando respaldo a la Comisión Nacional encargada de las tratativas, parece haber consenso en torno a la mayor posibilidad de la negociación en espacios provinciales o locales. Se menciona como ejemplos a imitar las experiencias de San Juan, Salta y Mar del Plata, mientras Entre Ríos reclama el reconocimiento de sus avances en las tratativas (93).

En el frente interno, continúan los desacuerdos con Capital Federal, que sigue alegando su carácter de representante del 50% de los médicos del país para exigir

tes de trabajo, en virtud de las limitaciones impuestas al ejercicio privado por el encarecimiento de las prestaciones. Se añade información sobre sueldos en hospitales municipales donde, se afirma, más del 50% de los médicos trabajan gratuitamente. Las retribuciones en obras sociales oscilan entre 25 y 60 pesos por consulta, pero cuando la retribución es por salario, lo que percibe el médico se ubica muy por debajo de los 10 pesos por paciente.

²¹ En otro lugar de la misma nota editorial se señala: "De las mejoras logradas, más importantes que las módicas elevaciones en las tarifas del arancel, cabe hacer hincapié en las cláusulas generales. La libre elección del médico, la supresión de exclusividades o contratos preferenciales, el respeto al profesional, el reconocimiento de todas las entidades gremiales médicas, la anulación de discusiones sobre retroactivos y la intervención de la Superintendencia de Seguros de la Nación, configuran importantes resguardos para la labor médica." ("El acuerdo". *Rev Conf Med Rep Arg* XIV (91):1-3, jul. 1960/jul.1961)

un mayor peso en las decisiones. Los intentos de modificar los estatutos imponiendo un sistema de representación proporcional fracasan ante la decidida oposición de las federaciones del interior. El reclamo se vuelca entonces hacia una mayor participación en la Comisiones de Trabajo, el cuestionamiento de decisiones puntuales o la aspiración a una presencia más significativa en los eventos nacionales o internacionales en los que el gremio participa. Cuando el enfrentamiento parece llegar al límite de la ruptura se convoca un Consejo Federal Extraordinario para tratar el tema, al que los delegados por la Capital no concurren. Las corrientes del gremialismo unificado recuperan su apariencia calma, dispuestas a consolidar el espacio de poder conquistado.

Referencias bibliográficas

- (1) Belmartino, Susana, *et al. Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1988. Capítulo V, "El proceso formativo de la Corporación Médica", pág. 129-154.
- (2) "Reuniones del Consejo Central de la Asociación de Médicos Municipales". *Mundo Hospitalario* 21:10-19, mayo de 1941.
- (3) Celeri, Ido. "La Federación Médica Gremial de la Capital. Tentativas de formación". *Mundo Hospitalario* III (12):33-39, agosto de 1940.
- (4) COMRA. Actas Consejo Federal. I Asamblea Ordinaria, II Reunión, 15-VI-1945, T. I, pág 53-104.
- (5) *Idem*, pág 64.
- (6) "Informe final". *Rev Conf Med Rep Arg* IV (42):8-10, noviembre de 1944, pág. 10.
- (7) *El Día*, 5 de julio de 1945, reproducido en *Boletín A.M.P.* 6:11-15, agosto de 1945, pág. 11. Hemos desarrollado con mayor amplitud el problema en Belmartino, Susana, *et al. Corporación médica...* cit.
- (8) COMRA. *Actas Mesa Directiva* T. I:173, 25-VII-1945.
- (9) Alvarez, Manuel. "En el camino de las claudicaciones". *Mundo Hospitalario* 71:4-7, setiembre de 1945.
- (10) "La Asociación de Médicos Municipales se desafilió de la Federación Médica Gremial de la Capital, desvinculándose así de la Confederación Médica Argentina". *Mundo Hospitalario* IX (70):1-20, agosto de 1945, pág. 7.
- (11) COMRA. *Actas Consejo Federal*. Primera Asamblea Ordinaria, Primera Reunión, 15-IV-1945, Tomo I pág. 27-52; Segunda Reunión, 15-VI-1945, pág. 53-104; Tercera Reunión, 13-VII-1945, pág. 96-104.
- (12) "Representación imaginaria". *Mundo Hospitalario* 66:1-3, abril de 1945.
- (13) *La Nación*, 14-X-1945, pág. 7.
- (14) *La Nación*, 17-X-1945.
- (15) *S.M.* LII (42):636, 18-IX-1945.
- (16) "Solicitada. El conflicto del Hospital Ferroviario de Buenos Aires". *S.M.* LIII (4):182-183, 24-I-1946.
- (17) "Retiran la personería jurídica a tres entidades médicas de Santa Fe". *Mundo Hospitalario* 83:31-32, noviembre de 1946.
- (18) "Conflicto del Hospital 'Marcelino Freyre'." *Mundo Hospitalario* 77:23-25, mayo de 1946.
- (19) *Revista Médica de Rosario* XXXVI, 12:816-822; XXXVII, 5:482-492; XXXIX 6:193-196.
- (20) *Rev Conf Med Rep Arg* X 82, nov./dic. de 1956.
- (21) "Cesantías". *Mundo Hospitalario* 82:5-6, octubre de 1946.
- (22) *Ibidem*.
- (23) "Cesantías en la Carrera Médica". *Mundo Hospitalario* 79:3-6, julio de 1946, pág. 5.
- (24) Cf. COMRA, *Actas Consejo Federal*, 14-XII-1946, T. I. 144-146; *Actas Mesa Ejecutiva* 21-I-1947, T. I. pág. 190; 1-IV-1947, T. I. pág. 202; 15-VI-1948, T. I. pág. 227; 20-III-1950, T. II. pág. 79-81; 11-VIII-1950, T. II. pág. 104; 14-IX-1950, T. II. pág. 108.
- (25) "Nuestra Confederación ha sido convocada a una Asamblea General Extraordinaria". *Rev Conf Med Rep Arg* 58:5-6, junio de 1946.
- (26) COMRA, *Actas Consejo Federal*. Asamblea General Extraordinaria, 28-VII-1946, T. I:105-137.

- (27) "Ya rige el nuevo Estatuto de la Confederación Médica de la República Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg* 61:5-13 y 26 set./oct. de 1946.
- (28) "Unidad Médica". *Mundo Hospitalario* 75:5-7, ene./mar. 1946.
- (29) *Idem*, pág. 5.
- (30) "Se constituyó la Asociación de Profesionales de la Dirección Nacional de Salud Pública y Sociedad de Beneficencia". *Rev Conf Med Rep Arg* VI (56):10-11, abril de 1946.
- (31) Solicitada: "Sindicato de Médicos y Afines de la República Argentina". *S.M.* LIII (18):803-805, 2-V-1946, pág. 803.
- (32) "Segundo ciclo radial del Sindicato de Médicos y Afines de la República Argentina". *S.M.* LIII (43):778, 24-X-1946.
- (33) "Por la unión de todos los médicos en una sola entidad gremial". *Mundo Hospitalario* 129:3/5, mayo de 1953.
- (34) "Cuenta Santa Fe con el Primer Sindicato Médico del País". *Rev. Sanidad y Asist. Soc. y Trabajo* III 8:144-152, diciembre de 1947.
- (35) *Idem*, pág. 147 y 152.
- (36) COMRA, *Actas Consejo Federal*, 28-VI-1947, T. V:155-162.
- (37) COMRA, *Actas Consejo Federal*, 9-IV-1949.
- (38) COMRA, *Actas Mesa Directiva*, 10-XI-1944, T. I:146-147.
- (39) "Organización". *Rev Conf Med Rep Arg* 62:6, nov./dic. 1946.
- (40) Cf. COMRA. *Actas Consejo Federal*, 22-III-1947, T. I, pág. 147-155; 9-IV-1949, T. I:196-212; 22-XII-1951, T. III:1-12; 10-XI-1952, T. III:32-44; *Actas Mesa Ejecutiva* 26-X-1951, T. II:160-171; 14-III-1952, T. II:200-206, y otras.
- (41) *Rev Conf Med Rep Arg* VII (63):40, setiembre de 1953 y VIII (68):16, jul./ag. 1954.
- (42) "La Asociación y su acción gremial". *Mundo Hospitalario* 90:5, agosto de 1947; "Banquete festejando la unidad gremial médica en la Capital Federal". *Mundo Hospitalario* 93/94:15-21, nov./dic. 1947.
- (43) "Desafiliación de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal". *Mundo Hospitalario* 129:11, mayo de 1953.
- (44) "Editorial". *Mundo Hospitalario* 132:3 de agosto de 1953.
- (45) El 22 de mayo de 1953 se decide cancelar su afiliación a la Federación Médica de la Capital.
- (46) COMRA, *Actas Consejo Federal*, T. III:74-77, 2 de agosto de 1953, pág. 76.
- (47) "Acerca de cesantías y exoneraciones de médicos. Noticias de nuestra filial, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires". *Rev Conf Med Rep Arg* VIII (65):14-15, ene/feb. 1954; "Contribución a la pacificación y la convivencia. Colegio de Médicos de Santiago del Estero". *Rev Conf Med Rep Arg* IX (74):15-17, jul./ag. 1955.
- (48) "Angustiosa expectativa por la desaparición del Dr. Juan Ingalinella". *Rev Conf Med Rep Arg* IX 73:1-2, mayo/jun. de 1955.
- (49) "El 2 de agosto de 1955, día de duelo y de protesta". *Rev Conf Med Rep Arg* IX 74:7-8, jul./ag. de 1955, pág. 8.
- (50) *Ibidem*.
- (51) "Prosigue la revolución en los hospitales". *Rev Conf Med Rep Arg* IX (76):11-15; nov./dic. 1955.
- (52) Cf. "Gremialismo en marcha". *Rev Conf Med Rep Arg* IX (76):5, nov./dic. 1955; "Volviendo sobre el tema". *Rev Conf Med Rep Arg* X (79):5-6, mayo/jun. de 1956.
- (53) "Finalidades de una Junta". *Mundo Hospitalario* 153:15/18, enero de 1956, pág. 18.
- (54) "Movimiento de socios". *Mundo Hospitalario* 158:44, julio de 1956; "Asamblea de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal". *Mundo Hospitalario* 157:13-14, junio de 1956.

- (55) *Rev Conf Med Rep Arg X* (80):36; jul./ag. de 1956.
- (56) "Editorial". *Mundo Hospitalario* 150:3-4, ag./set./oct. de 1955
- (57) COMRA, *Actas Consejo Federal* T. III:162-177, 4 de enero de 1956.
- (58) *Mundo Hospitalario* 182:8-9; julio de 1959.
- (59) "Asamblea de Médicos del Hospital Tornu. Dictamen del Tribunal de Honor. *Rev Conf Med Rep Arg X* 77:14, ene./feb. de 1956.
- (60) "Gremialismo médico". *Mundo Hospitalario* 156:1-2/4, mayo de 1956.
- (61) "Precedente riesgoso". *Boletín A.M.P. I*, 2ª época:10, abril de 1957.
- (62) "Conflicto con la Dirección Nacional de Asistencia y Previsión Social para Ferrovianos". *Rev Conf Med Rep Arg XI* (85):24, abr./mayo de 1958.
- (63) COMRA, *Actas Consejo Federal* T. III:237-244, 7 de agosto de 1957, pág. 242.
- (64) *Rev Conf Med Rep Arg XI* (86):37, jun./nov. de 1958.
- (65) COMRA, *Actas Consejo Federal* T. III:147-162, 20 de noviembre de 1955.
- (66) "Remuneraciones a los médicos". *Mundo Hospitalario* 165:16 de marzo de 1957.
- (67) *La Nación*, 30-VI-1958.
- (68) "Actividades de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal". *Rev Conf Med Rep Arg XI* 85:40, abr./may. de 1958.
- (69) *La Nación*, 30-VI-1958:6.
- (70) *Ibidem*.
- (71) Doderó, Osvaldo. "Consideraciones acerca de la huelga médica". *Rev Conf Med Rep Arg XI* (86):19-22, jun./nov. de 1958, pág. 19.
- (72) *Idem*, pág. 20.
- (73) "La responsabilidad gremial". Artículo tomado de *La Voz del Interior*, Córdoba, 18-IV-1945, *Mundo Hospitalario* 66:7, abril de 1945.
- (74) *Ibidem*.
- (75) COMRA, *Actas Consejo Federal*. Reunión del 28-VII-1958, T. II:278-280.
- (76) COMRA, *Actas Consejo Federal*. Reunión del 9-VIII-1958, T. III:281-289.
- (77) Rodríguez, Héctor. "Informe sobre la Confederación Médica de la República Argentina a la XIII Asamblea General de la Asociación Médica Mundial". *Rev Conf Med Rep Arg XIII* (90):12-13, ene./jun. de 1960, pág. 12.
- (78) COMRA, *Actas Consejo Federal*. Reunión del 9-VIII-1958, T. III:281-309, pág. 284.
- (79) C.D.D.S., año 1958, T. III, reunión 24ª, julio 17:1719-1723, pág. 1721.
- (80) COMRA *Actas Consejo Federal*. Consejo Federal Extraordinario del 16-III-1960, T. IV:83-97, pág. 86.
- (81) C.D.D.S., año 1958, T. II, reunión 21, julio 2:1478.
- (82) *Idem*, y reunión 27ª, julio 24:1865-1871.
- (83) Mayor, Sergio. "Gremialismo y política: actividad política y actividad gremial médica". *Rev Conf Med Rep Arg XII* (87):34-39, dic. 1958/abr. de 1959, pág. 34. También: "Nuestro gran triunfo", *Rev Conf Med Rep Arg XI* (86):1-2, jun./nov. de 1958.
- (84) Cavarozzi, Marcelo, *Sindicalismo y política en Argentina*. Estudios CEDES, Vol. 2, Nº 1, Buenos Aires, 1979.
- (85) Viaggio, Luis. "Aspectos de la lucha ideológica..... cit., pág. 9 .
- (86) Reggiani, Atilio. "Política, gremialismo y ataraxia". *Rev Conf Med Rep Arg XII* (89):27-29, oct./dic. de 1959, pág. 27.
- (87) *Idem*, pág. 28-29.
- (88) *Rev Conf Med Rep Arg XII* (88):30-31, mayo/set. de 1959.
- (89) "Entrega de los nombramientos a los 1350 médicos asistentes recientemente nombrados". *Mundo Hospitalario* 187:6-7, jun./jul. de 1960.
- (90) *Rev Conf Med Rep Arg XIII* (90):5-6, ene./jul. de 1960, pág. 5.

- (91) "El acuerdo". *Rev Conf Med Rep Arg XIV* (91):1-3 jul. de 1961, pág. 2.
- (92) "Memoria. Ejercicio 1958-1959". *Rev Conf Med Rep Arg XII* (88):26-29, mayo/set. de 1959.
- (93) COMRA, *Actas Consejo Federal*. Reunión del 16-III-1960. T. IV:55-82.

10. La declinación del subsector público

En el complejo panorama que intentamos delinear en nuestro esfuerzo de recuperación histórica de la dinámica del sector salud, al llegar a este punto percibimos una especie de reducción del objeto de trabajo. Si bien es cierto que la tarea del investigador es azarosa, que jamás podremos estar seguros de recuperar los componentes sustantivos de los procesos bajo estudio, el brusco descenso en la cantidad de información que se verifica al llegar a la coyuntura posperonista no puede pasar inadvertido. Para los capítulos anteriores, y para aquel que se ubicará entre este y el fin de nuestro trabajo, la parte más significativa de la tarea ha sido reducir la complejidad de nuestras fuentes, seleccionar aquellos referentes más indicados para recuperar una historia. Cuando tenemos que ocuparnos del subsector público a mediados de los años cincuenta la situación se invierte, la documentación disponible se reduce o parece traducirse en mero anecdotario. Nuestro compromiso de investigadores no nos permite obviar el problema, ni intentar obtener el mayor rédito posible de la información con que contamos. La circunstancia en sí misma merece ser abordada como *materia histórica*; es necesario dar cuenta de ella aunque solo sea a nivel de hipótesis.

La tarea se ve facilitada por la perspectiva que nos otorga nuestra visión desde el presente. A mediados de los años cincuenta podemos ubicar un punto de inflexión en la trayectoria del sector público nacional. La reducción de la presencia del Estado en la atención de salud se inicia en estos años y no se revierte, al menos en la esfera de competencia de la Nación. Mirar hacia las provincias puede proporcionar un panorama más complejo, dificultar un diagnóstico definitivo y, seguramente, impedir una valoración uniforme. Pero es indudable que a partir del alejamiento de Carrillo el Ministerio de Salud pasará a ocupar un lugar secundario en el organigrama de gobierno, y no volverá a tener la visibilidad que aquel le otorgara; y ello a pesar de haber recuperado, en 1954, la Dirección Nacional de Asistencia Social y, en virtud de ello, haberse transformado en Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (por la nueva ley de organización de ministerios, N° 14 303, del 26-VI-1954).

Entre Carrillo y Noblía, otro ministro cuyo nombre ha alcanzado repercusión en la historia de la salud pública argentina, una serie de figuras secundarias pueden producir una falsa imagen de retroceso transitorio, inducir la formulación de

una hipótesis de contracción bajo la perspectiva "liberal" de la Revolución Libertadora y nueva expansión, estimulada por el gobierno "desarrollista". No es así, sin embargo, aunque puedan rescatarse puntos significativos en esta y otras gestiones ministeriales —Onativia, Liotta, sin lugar a dudas—, el Ministerio ocupará un lugar secundario en los sucesivos proyectos políticos, transformándose paulatinamente en una instancia técnica, sin peso en la conformación de las relaciones de poder en el interior del sector.

También puede inducir a estimaciones erróneas suponer que el corte se produce con la caída del peronismo. No es así en nuestra hipótesis que vincula lo que podríamos llamar "fase expansiva" en las políticas de salud con el período de intenso crecimiento económico y auge de las políticas distributivas que cubre los primeros años del gobierno de Perón (1946-1949). A esta fase de prosperidad sigue una etapa crítica entre 1949 y 1952, marcada por las dificultades de balanza de pagos, sin que pueda advertirse, sin embargo, la neta contracción del gasto público en salud observable *a posteriori*. Entre 1952 y 1955, período de recuperación de las variables económicas, el énfasis se ubica en el aumento de la productividad y la recuperación del equilibrio fiscal. Paralelamente se verifica la paralización del crecimiento de la capacidad instalada en el subsector público, único indicador "cuantificable" al que podemos apelar en nuestra periodización. En esos años se producen también los últimos balances de su gestión realizados por el mismo Carrillo, que paulatinamente se llamará a silencio hasta su alejamiento definitivo.

La necesaria perspectiva hermenéutica nos obliga también a considerar si nuestro diagnóstico de protagonismo político del sector no está influenciado por la profusa obra de Carrillo. En parte puede aceptarse ese posible sesgo; sin embargo, también en el Parlamento la discusión de salud tiene en estos años una importancia que no volverá a recuperar. Las divergencias y coincidencias entre peronistas y radicales sobre los servicios de salud y su organización enmarcan un debate más profundo, relacionado con contenidos sociales, además de interpelaciones políticas vinculadas a la relación entre Estado y sectores populares; en definitiva, un debate orientado a la construcción de un modelo societal basado en el reconocimiento del derecho al bienestar. También es indudable que las decisiones que se toman en esos años tendrán importancia crucial en el dimensionamiento del sector público y la conformación del que sería más tarde modelo generalizado de cobertura de atención médica por la seguridad social.

Si la declinación de la presencia del sector público en la órbita de la salud y la atención médica puede proponerse como fenómeno anterior a la caída del peronismo, también es evidente el cambio de discurso que instala la autodenominada Revolución Libertadora. Los conceptos ordenadores de la actividad del sector comenzarán a definirse en términos antagónicos a los que se habían afirmado a partir de los años treinta: la unidad de comando, la centralización, la uniformidad de normas, el énfasis en lo político como imprescindible complemento de lo técnico, serán identificados con una perspectiva "totalitaria" y responsabilizados por las deficiencias y deformaciones que se verifican en los servicios de salud.

DEFINICIONES POLITICAS EN LA REVOLUCION LIBERTADORA

Descentralización y despolitización se convierten en palabras rectoras de la gestión de salud pública. También se afirma la necesidad de reducir la burocracia estatal, asegurar la libertad del individuo, apelar a la participación de la comunidad.

"[...] el Ministerio a mi cargo es esencialmente técnico profesional", afirma el Dr. Argibay Molina al asumir el cargo. "No cabe en él ninguna forma de la política, actividad de un orden muy diferente a la específica del Ministerio". La reorganización imprescindible, agrega, trará aparejada "la reducción de los diferentes organismos a sus justos límites [...], disminuyendo así la frondosidad burocrática que padecemos" (1).

Su sucesor, Francisco Martínez, retoma en diferentes ocasiones la temática de la necesaria participación de la comunidad. Cuando la sociedad delega responsabilidades irrenunciables, afirma al inaugurar una Reunión de Ministros, esa delegación fácilmente se transforma en renuncia y "luego se trastoca en sumisión y esclavitud". Referentes ideológicos que algunos años más tarde adquirirán vida propia, se utilizan en este momento para marcar las diferencias de orientación respecto a las autoridades derrocadas por el golpe.

Las formas simplificadoras del discurso ministerial reproducen las *Directivas básicas para la acción del gobierno revolucionario*, publicadas el 17 de diciembre de 1955, pocos días después de la revuelta palaciega liderada por Aramburu:

el gobierno central ratifica su propósito de afianzar el federalismo, creando el ámbito de vida autónoma por medio del establecimiento de condiciones políticas, económicas, culturales, administrativas y sociales adecuadas, y del fortalecimiento del régimen municipal.

[...] Los años pasados nos han acostumbrado a esperar del gobierno las medidas para luego adaptar nuestra conducta y nuestras posibilidades. Es fundamental ahora que la iniciativa privada invada nuestros campos y ciudades [...]

No es posible que se siga con la idea de que el gobierno ha de hacerlo todo, el gobierno debe amparar las iniciativas privadas, pero es menester que tales iniciativas surjan y se extiendan.

Son las fuerzas de la calle, del barrio, de la ciudad, de la provincia, las que deben velar por sus propios intereses y buscar la solución de los simples problemas inmediatos y aun de los problemas de envergadura (2).

Entre los lineamientos políticos del gobierno revolucionario hubo sin embargo, una decisión que influyó más allá de toda retórica en las políticas del Ministerio: la referida a la contracción del gasto fiscal.

En forma inmediata a la instalación del gobierno provisional se había solicitado el asesoramiento del Dr. Prebisch, que más tarde daría lugar a un pormenorizado estudio de la CEPAL sobre las condiciones de la economía argentina. El desaliento a la producción agropecuaria, el alza de los salarios por encima de la productividad y la política de emisión monetaria para solventar el déficit fiscal son señalados como causas estructurales de inflación. Los periódicos difunden diagnósticos y soluciones, poniendo en primer plano aquellas que privilegiará el gobierno: "Corresponde al Estado contener sus gastos", titula *La Nación*, refren-

dando la opción política seleccionada entre las recomendaciones formuladas por los técnicos (3).

En el Ministerio de Salud la Resolución Nº 500, tomada el 31 de octubre de 1955, explicita la decisión de congelar todas las partidas que "no se destinen a necesidades impostergables e indispensables para el normal desenvolvimiento de los servicios a su cargo" (4).

Es necesario reconocer que la demanda por descentralización emerge en esos años desde diferentes posiciones ideológicas, no pudiendo ser identificada como patrimonio exclusivo de los liberales. Desde la misma medicina, estaba contenida en propuestas tan diversas como las de Nerio Rojas, Juan Lazarte o José Herrou Baigorri. En cada uno de ellos la condena a la centralización estatal se rodea de muy diferentes énfasis y, en consecuencia, el concepto, al igual que el de "participación de la comunidad", comienza a asumir el perfil ambiguo que lo caracteriza hasta el presente.¹

PUESTA EN MARCHA DE LA POLÍTICA DESCENTRALIZADORA:
LAS TRANSFERENCIAS DE HOSPITALES

En la propuesta de descentralización y reducción del gasto fiscal se inscribe una de las pocas decisiones significativas tomadas por el gobierno militar en la órbita de salud: la política de transferencia de servicios hospitalarios a la órbita de los gobiernos provinciales.

La cuestión comienza a debatirse ya en 1956 en las reuniones de ministros de Salud Pública, abordándose en la tradicional perspectiva de racionalización, coordinación y elaboración conjunta de planes. El temario a considerar en la reunión realizada en Córdoba en junio de ese año es el siguiente:

problemas de salud pública de las provincias y sus soluciones con respecto a la Nación, los municipios y las provincias entre sí; eliminación de la superposición inadecuada de servicios nacionales, provinciales y municipales; régimen de transferencia de establecimientos nacionales a las provincias y su financiación; preparación conjunta de planes de trabajos sanitarios entre Nación, provincia y municipalidades, coordinación de los servicios en los distintos órdenes y problemas de educación sanitaria y formación del personal técnico profesional en sanidad (5).

¹ La apelación a la "comunidad" no tiene lugar destacado en el pensamiento de Rojas, que se define como decidido partidario del individualismo liberal, y señala la peligrosidad inherente a una identificación de social y "totalitario", pese a que su militancia en la fracción unionista del radicalismo lo ubicaría en posición relativamente cercana al gobierno aramburista. Es utilizada sin excesivo énfasis por Lazarte, que coincide con Rojas en su aversión a la burocracia y la centralización "totalitaria", y eludida en forma deliberada por Herrou Baigorri cuando habla de "participación de las fuerzas que viven la realidad sanitaria", "participación popular", "pueblo activo". Los tres enfatizan sin reservas la necesidad de descentralizar; es muy posible que la expresión se origine en el componente católico del gobierno militar. (Cf. Rojas, Nerio. "El médico ante el Estado". *Rev Conf Med Rep Arg* VIII 66:7-9, abril de 1954; Lazarte, Juan "¿Conviene transformar la profesión médica en burocracia?" *Rev Conf Med Rep Arg* IX (73):34-38, junio de 1955; Herrou Baigorri, José. "Contribución a la planificación sanitaria en la provincia de Córdoba". *Rev Conf Med Rep Arg* X (78):17-19, abril de 1956).

Del ambicioso temario propuesto a la reunión se priorizará la política de transferencias, puesta en marcha un año más tarde.

El problema de la gestión de los servicios de salud por parte de las provincias se plantea en la reunión de ministros integrado en la cuestión más amplia del régimen de coparticipación impositiva. Las provincias alegan disponer de la capacidad técnica para hacerse cargo de sus problemas sanitarios y médico-asistenciales; paralelamente afirman que la escasez de recursos, en muchas de ellas, deriva de insuficiencias en la coparticipación (6). La Nación acuerda la transferencia de servicios, pero mantiene sin modificar el régimen de coparticipación impositiva que había sido sancionado en 1947, conviniendo tan solo la transferencia de los recursos asignados a su funcionamiento.

El decreto que autoriza al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública "para convenir con las provincias y municipios [...] la transferencia de los establecimientos asistenciales habilitados y por habilitar, y de las obras en ejecución o paralizadas, originariamente destinadas a servicios hospitalarios, de propiedad de la Nación" (art. 1º) lleva el Nº 1375 y se promulga el 8 de febrero de 1957.

Entre los principios a que los convenios deberán ajustarse se menciona la continuidad del aporte anual de la Nación para asegurar los gastos de funcionamiento de los establecimientos transferidos. En la primera versión del decreto se aclara que ese importe en ningún caso podrá ser superior al costo del servicio en el momento de convenirse el traspaso. Una reforma posterior, contenida en el decreto 11 652 de noviembre de ese mismo año establece como límite máximo para el monto de la subvención nacional "la asignación presupuestaria de cada servicio al tiempo de convenirse su traspaso" (art. 2º, inc. c).

Se estatuye asimismo que los convenios deberán determinar la disminución gradual del importe de la compensación nacional "a medida que las provincias y municipios se vayan haciendo cargo de dichos gastos con sus propios recursos" (art. 2º, inc. c en ambos decretos).

El ministro Martínez reitera las diferencias ideológicas que lo separan de la administración anterior en la Reunión de Autoridades de Salud Pública en la que se discutirán las transferencias. Se habla de "sistemas que facilitan el relajamiento de responsabilidades", "ideas extrañas a nuestra historia", "herencia plasmada en la lucha por un objetivo ideal" y "canje mercenario de bienes materiales por la pérdida de nuestro bien máspreciado: la libertad" ² (7).

La cuestión de las transferencias bajo el gobierno constitucional

Los conflictos que se desencadenan a lo largo de 1958 en torno al presuntamente "pacífico" tema de las privatizaciones, muestran que el problema no radica

² Los establecimientos finalmente transferidos conforme a los convenios celebrados sumaban Centros de Salud, Hospitales y Puestos Sanitarios. La distribución por provincias es la siguiente: Santiago del Estero, 17; Corrientes, 21; Formosa, 5; La Rioja, 6; La Pampa, 21; Misiones, 19; Salta, 11; Neuquén, 13; Santa Fe, 9; Río Negro, 21; Chaco, 16; Santa Cruz, 13; el Chubut, 14; San Juan, 7; Jujuy, 9; San Luis, 8; Entre Ríos, 7; Córdoba, 12.

exclusivamente en una cuestión de respeto al federalismo. Por el contrario, compromete diversos aspectos de lo que podría entenderse como "cuestión federal", que subyacen históricamente en las distorsiones asociadas con la superposición de jurisdicciones en el área de salud.

El primer conflicto se relaciona con el personal de los servicios transferidos. En abril de 1958 se producen movimientos huelguísticos en diferentes establecimientos, fundados en que el personal se considera afectado por el cambio de jurisdicción. La situación había sido prevista en el decreto original (1375/57) que establecía el reconocimiento de jerarquía, retribución y aportes realizados al personal afectado por las transferencias. Un año más tarde se niega su derecho a ser incluidos en el nuevo escalafón previsto para el personal de jurisdicción nacional. Ante los movimientos de fuerza se decide remitir una partida compensatoria, que no se concreta por falta de fondos. Por último, siendo ya inminente el cambio de gobierno, se habla de incorporar al respectivo personal al presupuesto del Ministerio, para que conserve carácter nacional (8), decisión que se concreta en el decreto 4904 del 16 de abril de 1958.

Es posible que la recuperación de las instituciones representativas haya fortalecido la explicitación de resistencias o reservas por parte de algunas provincias o instituciones. En mayo de 1958, el ministro Noblía aborda el tema en conferencia de prensa. Señala su acuerdo con el rol exclusivamente normativo adjudicado al Ministerio nacional en la política de transferencias, pero al mismo tiempo aclara: "de ahí a transferir esos hospitales a provincias empobrecidas que ni cuentan con los medios para mantenerlos, hay una gran diferencia" (9). Según los convenios firmados, el aporte originario de la Nación se iría reduciendo progresivamente; sin embargo, señala Noblía, "es evidente que muchas provincias nunca llegarán a contar con los medios necesarios para costearlos". Al parecer, varias de las provincias que habían firmado acuerdos, reclamaban ante la imposibilidad de cumplirlos, y algunas universidades rechazaban las transferencias de los Institutos que se les habían adjudicado. El ministro cita como ejemplo las declaraciones de la Universidad de La Plata, que no deseaba hacerse cargo del Instituto de Parasitología.

En el curso de la Reunión de Autoridades de Salud Pública que se realiza pocos días más tarde, Noblía reitera estos conceptos, aludiendo al mismo tiempo al estado sanitario deficiente y la insuficiencia de los servicios para dar respuesta a los problemas derivados de la incidencia de cáncer y tuberculosis, los alarmantes índices de mortalidad infantil y el incremento de las enfermedades mentales (10).

En julio de ese mismo año se presenta en Senadores un proyecto de ley orientado a la derogación de los decretos que autorizaban las transferencias y la revisión de los convenios, que finalmente será sancionado en setiembre de 1958, bajo el N° 14 475. Por su artículo 8° se otorga al Poder Ejecutivo un plazo de 180 días para rever las situaciones particulares y aconsejar, en acuerdo con las provincias, un régimen futuro que favorezca "una creciente intervención de las provincias y municipios en la atención de los problemas que plantea la asistencia médica en las respectivas regiones" (11).

Los fundamentos del proyecto y la argumentación del miembro informante, aunque manifiestan la preocupación por no demostrar una intención crítica, constituyen un dramático catálogo de ineficacia burocrática y anarquía en la gestión de los servicios.

En primer lugar se trasluce el apresuramiento por convenir las transferencias sin un análisis pormenorizado de cada caso, indispensable para la formalización jurídica de la cesión de bienes. Los inmuebles transferidos en algunos casos eran propiedad de la Nación, en otros estaban sujetos a contratos de locación, en otros habían sido expropiados, no habiéndose concluido el respectivo proceso. En el caso de los inmuebles alquilados, no se solicitó el acuerdo de los propietarios para la cesión del contrato y, como consecuencia, se habían interpuesto demandas, y algunas provincias habían desocupado las instalaciones y reintegrado los edificios a sus dueños, desafectándolos de su función asistencial.

El convenio celebrado con la provincia de Mendoza la autorizaba explícitamente a "dar de baja los elementos que crea convenientes y proceder a la venta de los inmuebles transferidos, con arreglo a las leyes provinciales", a pesar de que el decreto autorizante excluía expresamente la posibilidad de cambiar el destino de los establecimientos si no se aseguraba, como mínimo, "igual prestación de servicios asistenciales a la que aquellos hayan desarrollado como promedio el año inmediato anterior a la transferencia" (art. 2º). En este convenio también se vulneraban las disposiciones sobre la estabilidad del personal.

Otras dificultades derivaban de la transferencia de fondos. El decreto 1184/58 dispuso la transferencia de los créditos presupuestarios a las provincias y la consiguiente baja del presupuesto ministerial. La medida supuso dificultades graves en el abastecimiento de recursos indispensables, como medicamentos y alimentos, en algunos casos porque las provincias rechazaron los convenios, en otros por demoras en efectivizar el traspaso de fondos. El Ministerio, por su parte, en momentos de fuerte restricción del gasto no pudo dar respuesta a dichas necesidades.

La descripción de situaciones provinciales constituye un catálogo de carencias, en el que se reitera falta de pago al personal, reclamos de los proveedores, escasez de personal, falta de elementos indispensables. Las situaciones más graves se presentan en Santiago del Estero y Tucumán, donde los enfermos deben comprar medicamentos y elementos como algodón, vendas, gasas, alcohol. En lugares como Bandera Bajada (Santiago del Estero) y Aguilares y Yerba Buena (Tucumán) se había dejado de atender a los enfermos por falta de medios.³

El tema, sin embargo, no queda cerrado. Por decreto 8569 del 22 de setiembre de 1961 se fundamentó en razones técnicas la intención de volver al ámbito provincial los servicios asistenciales y se activaron los correspondientes estudios.

Después de haber sido consultadas todas las provincias, solo aceptaron las

³ La situación de los convenios difiere en cada provincia. "Corrientes se opone al traslado de los servicios sanitarios. Entre Ríos denuncia el Convenio. La Pampa no lo acepta tal como está planteado pues no puede ir absorbiendo el presupuesto que significa el normal mantenimiento de los hospitales. Mendoza resuelve no aceptar el convenio. Salta suspende la aplicación de la transferencia a la provincia 'hasta que se haga un estudio de las posibilidades económicas de la misma'. San Luis mantiene su posición de no aceptar las transferencias en las condiciones establecidas y prefiere dejar esa medida sin efecto por el término de seis meses. Tucumán no acepta la transferencia y denuncia los convenios firmados por el gobierno de la intervención federal [...]". (C.S.D.S., año 1958, T. I, reunión 26, julio 17:721-725, pág. 723). Según información periodística solo aceptaron los convenios sin observaciones las provincias de Buenos Aires, Chaco y Jujuy (*La Nación*, 27-V-1958).

transferencias Santa Cruz (Decreto N° 8416 de 1961), y Formosa (Decreto N° 7006 de 1961 y N° 13 920 de 1962) que concluiría también por denunciar el respectivo convenio (12).

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION HOSPITALARIA: EL INFORME PEDROSO

Tras el derrocamiento del gobierno peronista se abre un período de intensos contactos con organismos internacionales de diferente tipo: CEPAL, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo Monetario. La vinculación con la OPS tendrá como resultado la visita de una Comisión de Consultores con el objeto de elaborar un diagnóstico sobre la situación de los servicios de salud y formular propuestas de reorganización. El trabajo de los especialistas delegados por OPS se concretará en un informe orientado a analizar la organización de las instituciones responsables de la conducción del sistema (Ministerios nacionales, provinciales, municipales, instituciones privadas de beneficencia y mutualidades), que contiene recomendaciones para la futura reorganización de los ministerios y organismos federales, provinciales y municipales. A este se agrega un informe especial, preparado por el Dr. Odair Pedroso, dirigido fundamentalmente al análisis de los servicios de atención médica, pero con abundantes puntos de superposición con el anterior (13).

Por último, un documento elaborado por Hugo Frödden y basado en las conclusiones de la Comisión, reitera en parte el diagnóstico formulado en los anteriores e incluye un programa de organización de los servicios de atención médica (14).

El Informe Pedroso, como se lo conoce en los ambientes vinculados a la Salud Pública, ha sido objeto de diferentes lecturas que contribuyeron a transformar un documento pretendidamente "técnico" en objeto de debate político (15).

Las lecturas apasionadas —en el sentido que se otorga al término "pasión" cuando se lo analiza como movilizador de la contienda política— han conducido a una identificación del trabajo de Pedroso con el evidente propósito de desprestigiar del peronismo manifiesto en las declaraciones de las autoridades del gobierno provisional. Desde la perspectiva opuesta, con frecuencia se lo utiliza como "prueba" de graves deficiencias existentes en la gestión de Carrillo.

En una lectura menos comprometida en ese antagonismo —aunque no por ello "inocente" u "objetiva"— es posible que el Informe Pedroso adquiera tonalidades menos dramáticas.

En primer lugar, el diagnóstico realizado por el consultor de OPS impresiona, en una primera aproximación, como *creíble*. Se parece demasiado a las descripciones —actuales o históricas— que estamos acostumbrados a leer sobre el sector público, para que podamos imaginarlo como un invento, fraguado en complicidad con los detractores de la política peronista.

En segundo término, una lectura cuidadosa de la obra de Carrillo otorga legitimidad a muchas de las observaciones del informe. En particular los reiterados señalamientos sobre insuficiencia de recursos, las siempre presentes reflexiones sobre posibles sistemas financieros alternativos, avalan el diagnóstico de hetero-

geneidad de condiciones que es, en líneas generales, el hilo conductor del Informe y el rasgo que puede sintetizar la situación encontrada por Pedroso.

¿Cuáles serían los elementos más "sensibles" de ese diagnóstico?

a) La falta de un sistema de información uniforme. Al no encontrarse normalizado el sistema de recolección de información estadística, se dificulta la utilización de los datos disponibles para actividades de planificación. Por ejemplo, señala el consultor, no es posible comparar el número de camas especializadas disponibles con las necesidades de internación. La diferenciación de los sistemas estadísticos según jurisdicciones, y la ausencia de datos provenientes del sector privado tornan verosímil la observación. No hay información sobre el personal que permita conocer la disponibilidad de médicos por especialidad, recursos de enfermería, técnicos, etc. No hay estudios de costo, salvo para algunos hospitales de Capital Federal.

b) Gran diversidad en la construcción y nivel de mantenimiento de los edificios; mientras algunos tienen ya varias décadas y no han sido reformados ni modernizados, otros son de construcción reciente, y, según palabras del informe, "satisfacen plenamente desde el punto de vista de la arquitectura hospitalaria" (16). Según el consultor, se ha exagerado la estandarización de las nuevas construcciones, que en algunos casos las hace inadecuadas para la localidad a la que se destinaron.

c) Mala distribución de los hospitales en detrimento de la asistencia a la población rural. El Informe indica que si se analiza la relación camas/Nº de habitantes por provincia la distribución resulta adecuada; en cambio, el análisis de los coeficientes de camas ubicados en capitales y ciudades de más de 25 000 habitantes mostraría una excesiva concentración. La cuestión podría merecer dos observaciones. El Dr. Pedroso habla de estándares técnicos que se ubican alrededor de 4,5 a 5,5 camas por 1000 habitantes, mientras en la época de Carrillo los índices establecidos como metas óptimas estaban prácticamente en el doble. En esa situación es comprensible que se haya priorizado la ubicación de los hospitales en las zonas de mayor concentración poblacional. Es suficientemente conocido que el plan de construcciones hospitalarias no se concluyó por razones ajenas a la voluntad del ministro. Por otra parte, las grandes extensiones poco pobladas características de las provincias del interior seguramente obstaculizarían la adecuación a cualquier norma internacionalmente aceptada.

d) En algunos casos los hospitales nuevos están dotados de condiciones que exceden las necesidades de la población a la que se destinan, o la capacidad de utilización del personal con que cuentan.⁴

⁴ No hay duda de que Pedroso recorrió efectivamente una buena cantidad de hospitales situados en diferentes lugares del país. Para cada observación tiene un ejemplo: "Vimos hospitales llamados rurales [...] (Hospital rural de Icaño, con 30 camas) que [...] estarían mejor situados en un barrio de una gran ciudad, si su número de camas fuera mayor. Poseen un equipo de primer orden, instalación radiológica, laboratorio de análisis, una sala de operaciones y una de partos, lavandería mecanizada, generador de electricidad, etc., y solo un médico, que no puede utilizar debidamente todo ese equipo e instalaciones". Otro caso: "puede observarse en algunos hospitales construidos por el INAS, como por ejemplo el de San Martín, Avellaneda, que al lado de un gran lujo observado en algunos sectores —zócalos de madera y alfombras en casi todas las salas de administración—, presentan enfermerías con 6 o más camas

e) Respecto a la atención psiquiátrica el informe expresa:

De los hospitales psiquiátricos visitados y del estudio del Informe de la Dirección Nacional de los establecimientos neuropsiquiátricos se desprende que la situación hospitalar de la República Argentina en este sector, todavía está en su infancia. Los edificios, de modo general, están en malas condiciones, no son adecuados a las finalidades, y el tratamiento es deficiente. En algunos casos el Informe de aquella Dirección llega a citar textualmente "edificio totalmente inadecuado y en condiciones subhumanas, falta prácticamente todo (San Juan)". Son varias las provincias que carecen siquiera de una cama para asistencia de los alienados. No obstante el Consultor desea hacer constar que visitó varios hospitales neuropsiquiátricos en los que las condiciones son totalmente diferentes de las que acabamos de citar (17).

f) En relación a las instituciones privadas, se señala que en algunas grandes ciudades hay sanatorios modernos y bien construidos, acordes con los principios de la técnica hospitalaria. Sin embargo, se aclara, causó pésima impresión la visita hecha en algunas provincias a este tipo de instituciones.

En su gran mayoría están instaladas en antiguas casas adaptadas, antiguos hoteles o casas residenciales. Es flagrante la falta de comodidad y garantía de buena asistencia a los pacientes. Las salas de operaciones son en general de dimensiones reducidas y cuesta creer que la alta cirugía en ellas realizadas sea hecha con garantía de asepsia y buenos resultados (18).

g) En lo relacionado con la administración hospitalaria, las conclusiones del informe también parecen corroborarse por la información disponible:

1. Abastecimiento centralizado sin satisfacer las necesidades originales de las diferentes instituciones.
2. Excesiva centralización de la administración y de las subvenciones.
3. Presupuestos insuficientes y baja retribución de los profesionales y resto del personal.
4. Sistema político de nombramiento de directores y administradores de hospitales y consiguiente falta de continuidad administrativa.
5. Falta de autoridad y responsabilidad de los directores de establecimientos, por discontinuidad en el ejercicio de la función.
6. Organización administrativa excesivamente burocratizada (19).

Otras observaciones, sin embargo, implicarían una crítica de más peso a la concepción general que dirige la organización de los servicios. En primer lugar está la cuestión de la coordinación. Según Pedroso, no existiría una "mínima vinculación entre instituciones hospitalarias", ni en el interior de las ciudades, ni para departamentos o provincias; no existiría tampoco coordinación de órganos preventivos y

cuando su capacidad real sería inferior si tomamos como base las pautas mínimas universales de un área de 6 metros cuadrados por cama. Ese mismo defecto se observa también en algunos hospitales [...] donde las salas poseen más de 10 camas (Hospital del Espaldar, Chaco, por ej.)" (Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. *Informe presentado por el Consultor en Administración de Hospitales de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Odair Pedroso*, 1956. Buenos Aires, 1968, pág. 15).

de fomento de salud con los de asistencia hospitalaria, registrándose duplicidad de equipo, personal y edificios, aun en las zonas rurales; la actividad preventiva estaría reducida a las vacunaciones (20). En segundo término, un problema que ya hemos señalado como no resuelto en el pensamiento de Carrillo, el relacionado con la división de la Salud Pública en tres ramas, Medicina Social, Medicina Sanitaria y Medicina Asistencial, estructuradas en organismos absolutamente estancos, sin enlace entre ellos. A esta deficiencia se añade, según Pedroso, la escasa importancia atribuida en la práctica a la profilaxis, higiene y educación sanitaria.

El capítulo de recomendaciones resume lo que aparece como concepción dominante a nivel de los funcionarios de gobierno: la necesidad de descentralización, el traspaso a administraciones provinciales, municipales y, en los casos en que sea posible, a manos privadas. También se aconseja que la responsabilidad por el mantenimiento del hospital se adjudique a los habitantes de la región donde está ubicado.

De ninguna manera, sin embargo, se desprende de las recomendaciones del Informe la idea de una delegación de responsabilidades del nivel federal, por el contrario se señala expresamente:

- El gobierno deberá auxiliar siempre, subsidiariamente, el mantenimiento de los hospitales;
- la concesión de auxilio debe basarse en el criterio del cálculo del costo del paciente día y en el estudio de la calidad de la atención prestada;
 - todos los recursos destinados a auxilios y subvenciones deben estar concentrados para permitir una distribución correcta y justa;
 - debe ser responsabilidad del Gobierno Federal el mantenimiento de la asistencia hospitalar en las provincias consideradas de escaso desarrollo económico;
 - es recomendable la creación de un órgano federal con atribuciones para orientar y fijar la política hospitalar" (21).

Las conclusiones del balance entre recomendaciones técnicas y decisiones políticas reproducen en este campo las relacionadas con las asesorías sobre política económica. El gobierno saca de contexto aquellas estrategias que se adaptan a sus objetivos, y las aplica dotándolas de la legitimidad y el prestigio que les acuerda su origen, a la vez técnico e internacional.

Poco agregan a este diagnóstico el informe de la Comisión de Consultores y el Plan elaborado por Frödden en función de nuestros objetivos, que se reducen a trazar las líneas generales de la política del sector público. Los especialistas en administración hospitalaria están sin duda en condiciones de aconsejar un programa de organización de servicios que responda a los criterios más avanzados del momento, pero no consideran necesario hacerse cargo del problema de la financiación.

Frödden dedica solo una página de su informe a esa cuestión, reconociendo el alto costo de un plan integral de salud pública, y justificando la "permanente angustia económica" por la que pasaban los servicios.

Mantener el progreso técnico, proporcionar las últimas drogas e instrumentos, construir edificios de acuerdo con las nuevas necesidades y orientaciones, serán todos factores de gasto crecientes y [...] no habrá presupuesto fiscal, provincial o municipal en condiciones de financiar en forma integral (22).

Ante el problema solo propone algunas líneas directrices: parte importante de los fondos deberá ser aportada por el Estado, habrá que analizar la experiencia de los seguros sociales, podrá estudiarse un sistema de aranceles para cobro de las prestaciones. También se plantea como estrategia posible la integración del hospital a la comunidad a la que presta sus servicios. Como ya vimos, la idea será retomada insistentemente en las propuestas de los funcionarios a cargo del sector.

En el informe de la Comisión de Consultores se había señalado:

En la planificación y ejecución de los programas de salud pública falta un elemento esencial, es decir, la participación de la colectividad, hecho que debe atribuirse a defectos de orientación de los servicios, a una administración excesivamente centralizada y a un paternalismo estatal. La actitud de indiferencia que se observa en las comunidades es meramente aparente, puesto que su participación activa y eficaz quedó demostrada en el pasado, a través de instituciones de asistencia social, así como recientemente, durante la epidemia de poliomielitis (23).

La relación explicitada entre la integración a la comunidad y las posibilidades de financiamiento puede ayudar a formular alguna hipótesis en relación con el significado otorgado a la palabra *comunidad* en este momento, en especial su vinculación con las estrategias de "participación de la comunidad" generadas a partir de los años setenta. De la confrontación de los diversos textos donde la expresión aparece surge medianamente claro que en esta coyuntura la expresión remite a lo que en otros contextos se conoce como "fuerzas vivas", es decir, aquellos sectores de la sociedad que podrían aportar recursos para la financiación de los servicios, ya sea en función de prácticas de previsión individual, ya por la recuperación de las prácticas de beneficencia, generalizadas —al menos en teoría— hasta los años treinta.

LOS FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DEL PENSAMIENTO DE NOBLIA

Hemos recuperado muy pocas expresiones del pensamiento de Noblía, sin embargo, los textos disponibles manifiestan no solo un considerable nivel de coherencia interna, sino también adecuación con las líneas dominantes en el pensamiento salubrista de la época, autorizando por lo tanto un intento de reconstrucción de sus fundamentos conceptuales.

El concepto de salud defendido por el Ministerio supera sin duda la perspectiva individual y biológica, y coloca en la génesis de la salud/enfermedad "diversificados e intrincados factores sociales y económicos", que habrían obligado al médico a transformarse en "un auténtico trabajador social" sin abandonar el fundamento biológico de su profesión (24).

Ese reconocimiento de una multiplicidad de factores intervinientes no impide señalar que con el desarrollo histórico de la humanidad crece la importancia del factor económico. Las grandes obras que requiere la salud pública solo se hacen accesibles con las posibilidades que abre el desarrollo económico. "A su vez, el mejoramiento de la salud permite elevar la producción, esta el nivel económico y por lo tanto el bienestar social" (25).

La interrelación entre salud y desarrollo en boca del ministro de Salud de un gobierno que pone el desarrollo económico como centro de su propuesta transformadora puede leerse como una simple trasposición de los referentes ideológicos de un proyecto político a un área específica. Sin embargo, la relación no es simple: la articulación entre desarrollo y salud se lee, para Noblía, en clave malthusiana.

Es "el proceso demográfico registrado en el siglo XIX" el que "ratifica la urgencia del desarrollo". Cuando los prodigiosos adelantos registrados en la medicina duplican prácticamente a la población activa sin que se multipliquen al mismo ritmo los índices de productividad, surge como necesidad imperiosa "una premisa de hierro: *desarrollo o extinción*" (26).

La secuencia es directa y clara: avance de la técnica médica, revolución demográfica, desarrollo económico. Cuando el segundo paso no se cumple, cuando el crecimiento de la población no sigue la solución integral o inmediata de los problemas económicos, se hace verdadera la predicción de Malthus, dentro de un patético cuadro de subdesarrollo.

[...] los expertos demuestran ahora —alertando en ese aspecto— una realidad social deteriorada cuando las tasas de capacidad sanitaria de la población no son acompañadas adecuadamente por un desarrollo integral de la economía.

Es que si la mayor capacidad determina el acrecimiento de los índices potenciales de hora-productividad, sin que existan reales y equilibradas posibilidades de aplicación, se registra instantáneamente un nuevo disloque en la estructura social que deriva en la caída de los salarios y provoca, como resultante, la disminución del bienestar social. Mayor salud —tomada como factor aislado— no asegura bienestar social integral. Para su goce y aprovechamiento son indispensables también las condiciones del desarrollo económico (27).

En ese contexto, la definición de prioridades es clara: el grueso de los recursos del Estado debe canalizarse a actividades de crecimiento económico, ya que las políticas sociales deberían promoverse una vez logradas condiciones de aprovechamiento de la mayor productividad que una mejora en los índices de salud y educación de la población asegurarían.

En diferentes textos Noblía alerta explícitamente contra los peligros de desequilibrio inherentes a una mejora de las condiciones de salud de la población no acompañada por un desarrollo integral de la economía, señalando la posibilidad de que se traduzca en mejores índices potenciales de productividad que no podrán ser aprovechados por puestos de trabajo en cantidad suficiente (28).

De tales condiciones, se genera una situación potencialmente conflictiva, un desajuste entre aspiraciones de diferentes sectores de la población y capacidad del conjunto para satisfacerlas. Por ese camino se pone en peligro la convivencia democrática que, por su misma dinámica, conduce "a una elevación continua de las aspiraciones de sus componentes, sin que haya una toma de conciencia paralela de la *relación ineludible que existe entre progreso y sacrificio*" (énfasis en el original) (29).

La argumentación fundamenta la necesidad de establecer prioridades que supediten la acción de Salud Pública a las actividades destinadas a asegurar la consecución del desarrollo. Se afirma de este modo no solo como legítima, sino como

única opción acorde con los aportes de la ciencia y los resultados de la experiencia, la política conducente a subordinar las posibilidades de la distribución a las necesidades de la acumulación, o, dicho de otro modo, de priorizar en la utilización de los recursos del Estado la inversión destinada al crecimiento económico por encima del gasto dirigido a optimizar las condiciones de salud.

La doctrina es acorde a las concepciones sobre planificación dominantes en la década de los años cincuenta, cuando se trabaja sobre el supuesto de que la brecha entre los países desarrollados y los subdesarrollados podría salvarse con un crecimiento económico acelerado, crecimiento que se lograría con el aumento de la productividad, la diversificación de la producción, la introducción de tecnologías modernas y la industrialización. Solo más tarde comenzará a revisarse la relación excesivamente simple establecida entre *crecimiento y bienestar*.

En el ámbito específico de la planificación en salud se difunde en esos años, a través de las publicaciones de la OPS, el pensamiento de Gunnar Myrdal.

Myrdal es un convencido defensor de la intervención del Estado en programación del crecimiento, en particular en los países subdesarrollados, donde el "libre juego de las fuerzas del mercado" puede inducir efectos perversos provocando desigualdades regionales que terminarán actuando como frenos al desarrollo. Señala una contradicción infundada, presente en la literatura contemporánea sobre el desarrollo, que marca un enfrentamiento entre la planificación estatal centralizada y la "iniciativa privada", e introduce el supuesto de que la planificación crea rigideces.

En relación a las políticas sociales señala que las reformas a introducir en el campo de la educación y la salubridad tienen el doble propósito de elevar directamente la productividad de la población y, al mismo tiempo, influir en los individuos y en la sociedad para que sus motivaciones económicas se basen en criterios más racionales que los prevalcientes en los países subdesarrollados. Sin embargo, señala:

La única forma de alcanzar el desarrollo económico se basa en el aumento obligatorio de la parte del ingreso nacional que se sustrae al consumo y se dedica a la inversión. Tal hecho supone la adopción de una política de la mayor austeridad [...] que debe imponerse al nivel de las masas de la población, por la sencilla razón de ser este el grupo social más numeroso (30).

En un artículo referido específicamente a la planificación en salud encontramos ideas que seguramente Nohlía habría suscrito:

[...] en los casos en que las reformas sanitarias constituyen el factor inicial de la transformación social, debemos examinar las repercusiones directas sobre el rendimiento de la mano de obra, la producción y el consumo del país interesado.

El valor económico de las medidas que permiten prevenir la mortalidad prematura, para valernos del ejemplo más sencillo, dependerá enteramente de la existencia de un estado de progreso económico susceptible de asegurar un trabajo productivo al mayor número de personas que mantengamos vivas. Si la condición económica continúa estancada [...] las reformas sanitarias solo sirven desde el punto de vista económico, para acelerar la evolución en el sentido de un aumento de población relativamente excesivo y agravar la depauperación de las masas (31).

La preocupación por la formación de técnicos

La formación de técnicos en salud constituyó una necesidad reconocida muy tempranamente en los medios preocupados por la organización social de la medicina. Los cursos de higienismo dictados en la Facultad de Ciencias Médicas comienzan a señalarse como insuficientes en los años treinta. Algunos intentos de mayor sistematización de la enseñanza, registrados al azar en diferentes publicaciones, no alcanzan a conformar una historia de la formación de especialistas en Salud Pública, pero dan cuenta de una preocupación que solo se concretará en una institución especializada bajo la gestión de Noblía.

En 1938, en el VI Congreso Nacional de Medicina realizado en Córdoba se planteó la necesidad de formar personal sanitario, proponiendo la creación de una escuela especializada. Dos años más tarde, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas decide crear cursos especiales destinados a la formación de Médicos Higienistas y personal auxiliar sanitario. Encarga la tarea a uno de los ponentes del VI Congreso, el Dr. Alberto Zwank, en ese momento director del Instituto de Higiene (32).

En 1944 se anuncia la implantación en esa misma Facultad de un Curso Superior de Higiene y Medicina Social. En el primer año se cursaba bacteriología, parasitología, fisiología, física y química aplicadas a la higiene, estadística, nutrición e ingeniería sanitaria. En el segundo, epidemiología y profilaxis, economía y legislación sociales, higiene y medicina social, y administración sanitaria (33).

Poco más tarde, bajo la gestión de Carrillo, se crea la Escuela Superior Técnica que, en el complejo organigrama del Ministerio de Salud Pública, depende del Departamento de Enseñanza Técnica e Investigación Científica.

De ese Departamento dependían dos Direcciones Técnicas: la Escuela Superior Técnica y la Dirección de Coordinación de Investigaciones. Los objetivos asignados a la Escuela parecen reducir su acción a la esfera de la capacitación de los recursos humanos propios del Ministerio, ya que se la define como "el organismo docente encargado de mantener y estimular el perfeccionamiento del personal técnico, profesional o auxiliar del Ministerio, para su mejor rendimiento y eficiencia" (34).

Se le encarga, además de tareas generales de capacitación, la creación de las carreras de médico fisiólogo, médico leprólogo, médico psiquiatra, médico higienista, médico legista, médico cirujano, etc., "de acuerdo con las necesidades que fije el plantel básico" (35).

No disponemos de información relativa al desarrollo de la Escuela, aunque sabemos que efectivamente se puso en marcha, ya que se ha conservado el texto de un discurso del presidente Perón pronunciado en su sede el 11 de octubre de 1947. Sabemos también que en 1948 organizó un curso de Inspectores de Higiene Pública (36).

El mismo Carrillo ratifica el alcance restringido de los objetivos asignados a la Escuela Técnica, en la conferencia pronunciada con motivo de la creación del Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en abril de 1950: la Escuela Superior Técnica es una Escuela Interna, "del Ministerio", señala en esa oportunidad, "para nuestros

funcionarios y nuestros empleados. Sus cursos están destinados exclusivamente a darles una mayor capacitación en sus funciones. No son cursos de especialización como estos que inauguramos hoy" (37).

En el interior del país, la Intervención en la Universidad del Litoral decide, en noviembre de 1946, la organización de una Escuela de Salubridad destinada a la preparación de técnicos en medicina preventiva. El decreto de creación (Resolución N° 287, del 7-XII-1946) prevé el dictado de un curso para Médicos Higienistas y otro para Doctores en Higiene, y planes de perfeccionamiento para profesionales de escuelas médicas y no médicas.⁵

Esta escuela se transformará en Facultad de Higiene y Medicina Preventiva en julio de 1947. Con posterioridad a la caída del peronismo se desdoblará en una Escuela de Técnicos de la Sanidad, que seguirá radicada en Santa Fe, y una Escuela Superior de Sanidad, en dependencias de la Facultad de Medicina de Rosario. Tales instituciones parecen haber languidecido por falta de alumnos e insuficiencia de medios para mantener los cuadros docentes indispensables (38).

De todos modos, el diagnóstico generalizado en los últimos años de la década de 1950 es que el país carece del plantel de especialistas indispensable para la organización adecuada de los servicios de salud. Buena parte de las insuficiencias detectadas se vincula a la escasez de personal técnico y a su mala distribución. La formación de médicos sanitarios, técnicos en extensión rural, trabajadores sociales, enfermeros y auxiliares de medicina, investigadores, administradores de hospitales, es reiteradamente planteada, en manifestaciones del ministro Noblía, como requisito previo indispensable a la aplicación de políticas orientadas a mejorar las condiciones de salud.

En procura de remediar las carencias más apremiantes se establecen diferentes modalidades de vinculación entre los organismos especializados del Ministerio de Salud y las Universidades, con el objeto de promover mecanismos de capacitación y actualización de los funcionarios públicos. Se desarrollan programas especiales de enseñanza de enfermería y se organiza la especialización en Pediatría Social, en cooperación con el Instituto Interamericano del Niño y el UNICEF.

Como consecuencia de la relación conceptual que se establece reiteradamente entre desarrollo del conocimiento técnico y crecimiento económico/generación de bienestar, la creación de una Escuela Nacional de Salud Pública se convierte en uno de los objetivos prioritarios de la gestión, concretado en agosto de 1959. La Escuela se radica en el Instituto Nacional de la Salud, organizado por el gobierno de la Revolución Libertadora en la localidad bonaerense de Ramos Mejía. Sus instalaciones se destinaron originariamente a concretar institutos de investigación ya existentes: Cardiología, Hemoterapia, Endocrinología, Alergia, Gastro-

⁵ El plan de estudios para médicos higienistas comprendía las siguientes asignaturas: Primer año: Estadística, Geografía Sanitaria, Clínica de Infecciones y Microbiología Aplicada. Segundo año: Epidemiología (en relación con el saneamiento), Ingeniería Sanitaria, Medicina Preventiva, Laboratorio en Sanidad y Administración Sanitaria. El Doctorado comprendía un año de estudio sobre Biología, Sociología, Economía Política y Filosofía de la Higiene. Los cursos complementarios de perfeccionamiento se desarrollarían sobre "tópicos especiales de higiene pública y cultura sanitaria popular" (Intervención de la Universidad Nacional del Litoral, Resolución N° 287/46, art. 3° y 5°).

enterología, Investigaciones Odontológicas, Neumonología y Reumatología, y habían sido inauguradas en abril de 1958 (39). De la apertura en el mismo lugar de la Escuela Nacional de Salud Pública dependiente del respectivo Ministerio nos informa una noticia periodística en agosto de 1959 (40).

Con alguna antelación, sin embargo, la Universidad de Buenos Aires había decidido crear una Institución destinada a formar profesionales calificados para abordar los problemas que en general se englobaban como propios de la Medicina Social y de la Sanidad. Por Resolución Nº 46, del 5 de febrero de 1958, se encarga a una comisión especial el estudio del proyecto que será aprobado en noviembre de ese año. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires abrirá sus puertas a los primeros aspirantes al respectivo diploma en abril de 1960 (41).

El documento preparado por la Comisión Especial encargada de la organización de los cursos reitera el diagnóstico ya conocido: los hospitales son dirigidos por médicos que no están suficientemente adiestrados en "la técnica moderna de la administración hospitalaria". Estos profesionales, aunque en muchos casos se han distinguido como clínicos, cirujanos o especialistas, no tienen los conocimientos de administración sanitaria, epidemiología, estadística y otras materias, indispensables para dirigir esos servicios (42).

El funcionamiento independiente de ambas escuelas con la consiguiente dispersión de esfuerzos se mantuvo hasta la finalización del Ministerio de Noblía. Su sucesor, Tiburcio Padilla, accedió a la radicación de los cursos en la dependencia universitaria. Esta contará con el apoyo financiero y el respaldo político del Ministerio Nacional, de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad, del Consejo Federal de Inversiones y la Oficina Sanitaria Panamericana.

Además del curso de Diplomados se organizaron actividades de extensión para profesionales: Estadísticas para Médicos, Orientación en Salud Pública y Administración de Hospitales y Odontología Sanitaria. En 1963 se incorpora un Curso de Técnicos en Estadística a nivel intermedio y otro de Administración Hospitalaria para Directores de Hospital.

CONOCIMIENTO TECNICO Y PROMOCION DE LA COMUNIDAD

El necesario desarrollo del conocimiento técnico se vincula también en el pensamiento de Noblía al apoyo que debía brindar la educación sanitaria para promover el desarrollo de la comunidad. En su mensaje por el Día Mundial de la Salud, en abril de 1959, señala, por ejemplo, que el mejoramiento de las condiciones sanitarias requiere en primer lugar el conocimiento de la colectividad, su estado económico-social, su morbilidad y las causas de muerte más frecuentes, y, en segundo término, la educación sanitaria porque, enfatiza, "sin cultura, sin responsabilidad pública, todo adelanto será nulo" (43). El ámbito de intervención del Ministerio nacional se orienta, como resultado de esa concepción, en tres áreas: grandes luchas, medicina preventiva y educación sanitaria.

El mismo sentido se otorga a la aplicación del planeamiento, que no solo se orienta a elaborar una política sanitaria con sentido racional y funcional, que impida la dis-

persión de esfuerzos, a partir de una mejor distribución de recursos humanos y materiales en consonancia con las necesidades detectadas en la población; se señala también como meta de la planificación integral adecuar los objetivos de los programas sociales con el ritmo de desarrollo del país. En particular se considera que los técnicos en bienestar social cumplirían una función de importancia trascendente apoyando la adaptación de individuos, grupos y comunidades a las condiciones del proceso de modernización (44).

Cuando en mayo de 1959 se dicta la Resolución por la que se crean Servicios de Medicina Social y Preventiva en todos los establecimientos médico-asistenciales, recreando la brecha señalada por Pedroso entre medicina asistencial por un lado y la preventiva y "social" por el otro, se afirma en alguno de los Considerandos: "[la medicina preventiva] es la disciplina médica que se acerca activamente a la comunidad, en función de educación sanitaria, para colaborar en la solución y prevención de problemas asistenciales, sanitarios y sociales" (45).

Desde otra perspectiva, la aplicación de criterios técnicos de administración hospitalaria se propone como medio para mejorar la eficiencia de los servicios de salud. Se habla de la necesaria modernización del "viejo hospital" y de racionalizar su funcionamiento, como medio de multiplicar la utilidad del recurso cama. La apelación al "eficientismo" permea las manifestaciones oficiales sobre el funcionamiento de los servicios, en la búsqueda de optimizar la utilización de los recursos disponibles.

En una de sus disertaciones, Noblía destaca los beneficios que la racionalización puede significar para la medicina hospitalaria, haciendo que la cama de un hospital que funcione dentro de las técnicas modernas pueda rendir por tres camas del viejo sistema:

[...] el aunar al mismo tiempo la precisión del diagnóstico, la eficacia del tratamiento y la coordinación sincronizada de todos los servicios, acorta la estada del enfermo en el establecimiento, de modo que la cama puede ser ocupada por otros enfermos. Un hospital así constituido, si trabaja con un centro de salud y bienestar social que haga medicina preventiva y actúe sobre la comunidad protegiéndola, multiplica su valor por cinco (46).

Podría ser excesivamente reduccionista, sin embargo, vincular esta insistencia en la formación de personal y la aplicación de recursos técnicos considerados como panacea para resolver las deficiencias propias del sistema, con la intención de justificar, en una perspectiva eficientista, la insuficiencia de los fondos canalizados a mejorar la situación de los servicios.

Los componentes tecnocráticos, propios de la ideología modernizante y racionalizadora que acompaña la propuesta desarrollista, pueden ser solo un elemento en la configuración del problema; otro, de no menor importancia, podría descubrirse en las evaluaciones relacionadas con la incorporación de personal de administración y dirección en la gestión de los servicios. El informe producido en 1956 por la Comisión de Consultores señala las siguientes deficiencias en el manejo de esos recursos:

- a) El nombramiento de funcionarios no obedece a ningún método de selección; los candidatos no están sujetos a un estudio previo que permita juzgar su capacidad para el desempeño de las funciones que se les van a asignar.
- b) Los funcionarios no tienen ninguna garantía de estabilidad en el puesto; se les puede separar del empleo, rebajarles la categoría o trasladarlos a otro destino sin ningún trámite ni derecho de apelación.
- c) No existen disposiciones que regulen los ascensos o nombramientos para puestos de más categoría y no se tiene en cuenta la capacitación, tiempo de servicio, sentido de responsabilidad y dedicación al trabajo de los funcionarios, cuando se hacen los ascensos [...]
- d) La escala de sueldos, por lo regular baja, no obedece a un criterio lógico y uniforme [...]
- e) El nombramiento de un funcionario no significa necesariamente que se precisen sus servicios.
- f) No se cumplen los reglamentos existentes para el personal de planta. Un funcionario que se nombra para cubrir una vacante en un hospital puede ser inmediatamente asignado a una oficina administrativa central del Ministerio. Los traslados se efectúan, generalmente, a petición del interesado y por consideraciones de conveniencia personal.
- g) No existe un régimen de servicio a tiempo completo, con exclusiva dedicación al trabajo y con la adecuada remuneración [...] (47).

EMERGENCIA DE NUEVOS ESCENARIOS PARA LA PRESENCIA ESTATAL EN SALUD

La retracción del Ministerio Nacional y la escasa relevancia de la temática de salud a nivel nacional, puesta de manifiesto también en la escasa actividad legislativa referente al área, puede haber sido en parte compensada con un traslado de la cuestión a arenas locales, municipales o provinciales, donde se producen situaciones coyunturales potencialmente favorables. En la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, San Juan, Chaco, se registran movimientos tendientes a la reorganización de los servicios, de orientación y destino diversos, algunos de los cuales intentaremos sintetizar a continuación.

El movimiento de renovación hospitalaria en la Capital Federal

La ola de movilización que sacudió a los hospitales municipales luego del derrocamiento del presidente Perón no se limitó a las reivindicaciones de índole político-gremial que dividieron a peronistas y antiperonistas. Las propuestas descentralizadoras estimularon la discusión de problemas organizativos, que se encauzaron tras la convocatoria a analizar la *reestructuración de la asistencia médica*.

La inquietud parece haber surgido de la Asociación de Médicos Municipales, que encontró en las nuevas autoridades disposición para abrir un espacio de debate. El programa acordado cubría tres etapas:

- a) la consulta a los médicos de los hospitales municipales para conocer las necesidades asistenciales,

b) elaboración de un plan mínimo o de emergencia,
 c) la estructuración de un plan de largo aliento, que implicara "desde la arquitectura hospitalaria hasta el más preciso detalle de sus necesidades y funcionamiento, considerando como fundamental el plan de financiación" (48).

Una reunión de médicos delegados de los hospitales del municipio reunida en setiembre de 1956 había acordado la formación de una Comisión encargada de recoger opiniones a través de una encuesta, para convocar luego a un Congreso encargado de discutir el "plan integral".

La inquietud, que en última instancia tiene como móvil la mejora de las condiciones de trabajo de los médicos,⁶ sirve como estímulo para el planteo de cuestiones organizativas y de conducción de los hospitales, y abre un nuevo espacio de debate alrededor de la financiación de la salud.

También en el debate en torno a la reorganización de los hospitales se introduce la apelación descentralizadora y antiburocrática y el recurso a las instituciones sin fines de lucro de la sociedad civil para cuestiones de administración y financiamiento; en otras palabras, la integración a la Comunidad. Se recurre con frecuencia al ejemplo de los hospitales estadounidenses, y el modelo encomiado es el hospital privado, en oposición a los gubernamentales. De estos, municipales, de distrito, de veteranos, se señala: "son públicos, abiertos, en buena parte gratuitos y para muchos de ellos los presupuestos son muy generosos. Sin embargo, la calidad de los servicios médicos que prestan goza de la más baja reputación en los Estados Unidos" (49).

Muy diferente es la valoración del hospital privado sin fines de lucro. No se trata de empresas comerciales sino de "instituciones sociales", se aclara, "muchas de ellas propiedad de agrupaciones médicas, órdenes religiosas etc., que legalmente no pueden reeditar ganancias" (50). El diagnóstico se completa con la reiterada referencia al carácter antieconómico de las administraciones públicas centralizadas. En ellas la burocracia es mucho mayor y el contralor del trabajo, así como de las inversiones, es menos ajustado y racional. "Quienes actúan en función delegada, difícilmente lo hacen con interés vivo." El otro obstáculo a la gestión eficiente es la gratuidad sin matices. "La gente pretende un servicio integral e ilimitado [...] Ningún dinero alcanza porque se trabaja sin cálculo actuarial" (51).

El Congreso destinado a discutir la reestructuración de la atención médica municipal se reunió en julio de 1957 en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Médicas. Asistieron delegados de la Universidad, del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, de la Municipalidad de la Capital Federal y de las principales entidades gremiales.

⁶ *Mundo Hospitalario* proporciona una síntesis de lo discutido en la reunión de delegados de hospitales: "Entre los comentarios más interesantes de la reunión destacamos los que se refieren a que alrededor del cincuenta por ciento de los médicos que trabajan en los hospitales municipales no cobran sueldo; que se carece en muchos servicios de adecuado laboratorio y de un rudimentario aparato de radioscopia; que sería conveniente se abriera generosamente el escalafón, incorporando a los no rentados a los efectos de la computación de años de servicio; opiniones en favor y en contra de la implantación del arancel y de las cooperadoras del hospital; sobre la participación de los médicos en el gobierno y la estructuración de las necesidades de cada servicio; sobre seguro social obligatorio, ya propuesto por Bunge en 1936, etc., etc." ("Reunión especial de delegados de hospital". *Mundo Hospitalario* 161:8, octubre de 1956.)

Sus conclusiones reúnen una combinación de principios técnicos organizativos, reivindicaciones laborales y demandas corporativas, de las que intentaremos extraer las referencias más significativas.

Entre los lineamientos técnico-organizativos puede mencionarse la designación por concurso de los directores; la mayor importancia otorgada a la atención ambulatoria; la concentración de los consultorios externos en un cuerpo único, con una jefatura jerarquizada, la ampliación de los servicios de guardia; el aumento de las horas de actividad, la centralización de los servicios de radiología y laboratorio; la incorporación de personal auxiliar suficiente, debidamente calificado y bien remunerado; mayor control sobre los servicios de farmacia. La implantación de una libreta sanitaria individual parece estar pensada en función de una embrionaria historia clínica única.

En lo relacionado con el régimen de gobierno se combinan las decisiones relacionadas con una más flexible operatoria administrativa y financiera, posibilitada por la autarquía, con la ya tradicional reivindicación corporativa de control de los médicos en el gobierno de la sanidad. Las pautas recomendadas serían:

- establecimiento de un régimen autárquico para la sanidad municipal,
- formación del Consejo Central de Sanidad de la Ciudad de Buenos Aires, integrado por representantes de la Intendencia Municipal y delegados de las entidades médico-científicas y médico-gremiales,⁷
- descentralización de la dirección técnica y la administración de los hospitales que se gobernarán de manera autárquica por consejos hospitalarios integrados por el personal médico y de las demás ramas afines, el personal auxiliar y el vecindario.

Se atribuyeron al Consejo Central de Sanidad de la Ciudad de Buenos Aires "plenos poderes legislativos y ejecutivos", para el cumplimiento de las siguientes funciones: a) formular la política sanitaria y coordinar todas las ramas del servicio municipal; b) decidir sobre financiación; c) decidir sobre inversiones; d) determinar sueldos y salarios; e) nombrar por concurso a los jefes de repartición.

Al Consejo Hospitalario, a su vez, se le encomienda: a) planificar los servicios hospitalarios y especializados; b) decidir la integración del personal directivo técnico y administrativo y del cuerpo médico, cuyos cargos serán concursados, nombrar al resto del personal; c) distribuir los recursos financieros; d) fiscalizar los gastos; e) vincularse con otros hospitales para establecer una acción común; f) interesar al vecindario y las fuerzas vivas, haciéndolas partícipes de la vida del hospital.

En el capítulo dedicado a economía hospitalaria las diferencias se vinculan con causas de diferente orden: el escaso desarrollo de la medicina preventiva y la educación sanitaria y la supresión de centros ambulatorios y dispensarios, son analizados como falencias que contribuyen a recargar la tarea hospitalaria. A ello se agrega el gran número de pacientes provenientes del interior del país.

En otro orden de problemas se registra el excesivo número de pacientes a cargo

⁷ La fundamentación de lo resuelto es breve y clara: "Considerando que la labor sanitaria de prevención, curación e higiene, en todos sus aspectos, es de resorte exclusivamente médico, por ser los médicos los últimos autorizados y capacitados para desempeñar estas funciones y que para ellos es imprescindible contar con la participación de médicos en la dirección de la sanidad." ("El Congreso de la Reestructuración de los Servicios Asistenciales". *Mundo Hospitalario* 170:9-15, agosto de 1957, pág. 12.)

de cada médico que dificulta la posibilidad de un estudio adecuado de cada uno; los equipos desgastados, la falta de elementos técnicos modernos, la falta de medicamentos esenciales, el no aprovechamiento de instalaciones y personal, son mencionados como factores que inciden en la prolongación de las internaciones y el aumento de los costos globales.

Las propuestas relacionadas con financiación darían pie para especular en torno a la exacta orientación del reclamo antiestatista, anticentralizador, antiburocrático. Como en tantos otros textos del momento la propuesta no parece dirigirse hacia la actividad privada orientada al lucro, la organización empresarial de la medicina, sino con mucha mayor fuerza hacia la participación de entidades de la sociedad civil orientadas total o parcialmente a actividades asistenciales.

Assumiendo la necesidad de implantar un sistema de seguro como solución definitiva a largo plazo, el Congreso rescata en lo inmediato "la necesidad del aporte de las fuerzas del trabajo para el sostenimiento de los hospitales". Para hacer efectivo ese aporte se aconseja la celebración de convenios con las entidades que otorgan cobertura de atención médica a los trabajadores y sus familiares. También se resuelve apoyar la implantación de un arancel que no se aplique a la población carente de recursos (52).

Por último, en lo relacionado con la retribución del trabajo médico el Congreso resuelve:

[...] todo médico cuya función sea necesaria para el mejor desenvolvimiento del hospital debe ser obligatoriamente rentado y la retribución debe equivaler al 50% de la suma que se considere indispensable para sufragar los gastos de un nivel de vida que corresponda al carácter de su labor especializada (53).

Las políticas del Municipio

Buena parte de las resoluciones del Congreso cayó seguramente en algún reservorio de buenas intenciones no concretadas, pero algunas de sus propuestas fueron ejecutadas por la administración municipal desarrollista.

En efecto, en los años siguientes se revisa la ordenanza de Carrera Médica Hospitalaria, se crean nuevas partidas para remunerar a los médicos asistentes, nuevos cargos de médicos internos, odontólogos y bioquímicos. Las vacantes se cubrieron por concurso.

Según palabras del intendente Giralt, a lo largo de dos años se realizaron los concursos correspondientes a jefes de Servicios, médicos en distintas categorías, profesionales auxiliares, cargos técnicos y administradores de hospitales. El plantel profesional se integra en 1960 con 3200 profesionales, en lugar de los 1700 registrados al 1 de enero de 1958; el presupuesto correspondiente a sueldos había pasado de 738 millones de pesos en 1958 a 1631 en 1960. También aumentan en esos años las previsiones presupuestarias para la adquisición de instrumental (19 millones en 1958, 31 en 1959 y 41 en 1960) y las relativas a obras de mantenimiento y conservación (7, 23 y 63 millones) (54). El aumento en los montos debe

leerse con precaución, ya que se trata de años de muy fuerte inflación que puede haber convertido en nulo el incremento real de los recursos.

Otra demanda de los médicos municipales, referida a un manejo administrativo autárquico que facilitara el trámite de adquisición de materiales indispensables y asegurara una adecuada fiscalización del destino de los recursos también encuentra recepción favorable en las autoridades municipales, al menos de manera relativamente acotada. En febrero de 1958 las autoridades provisorias anuncian la firma de un decreto por el que se transforma en entidades autárquicas a los Hospitales Fernández y Ramos Mejía (55). Conforme a la disposición, dichos hospitales serían dirigidos y administrados por un consejo integrado por el director del establecimiento, el administrador, y tres jefes de servicio elegidos por el voto de sus pares.

La autarquía concedida para el manejo presupuestario estaba limitada a la adquisición de suministros, elementos y materiales para la ejecución de obras, trabajos o prestación de servicios. También se autorizaba a los hospitales a proyectar su presupuesto, que debía ser aprobado por la Secretaría de Salud Pública; no se otorgaba, en cambio, autarquía en el manejo del personal.⁸

A lo largo de 1958 la situación de los hospitales municipales es uno de los temas en debate en "la campaña de educación cívica" que se desarrolla en plazas y parques de la Capital. Conforme a versiones recogidas por la prensa, el gobierno autónomo de los hospitales por parte de un consejo responsable integrado "por las personas que tienen directa atinencia con la marcha del hospital", incluidas las sociedades de vecinos en su radio de influencia, aparece como propuesta con consenso para solucionar deficiencias asistenciales unánimemente reconocidas (56).

BUENOS AIRES, CHACO Y SAN JUAN BAJO EL ESTIMULO DE LA REGIONALIZACION

Entre 1955 y 1963 tres provincias argentinas pondrán en marcha proyectos de reforma hospitalaria basados en la propuesta de regionalización. Las tres experiencias no parecen tener vinculación entre sí, pero todas dependen de la expectativa generada por una nueva panacea de fama internacional: la *regionalización* de los servicios de atención médica.

Según Carlos Canitrot, alguna experiencia aislada de regionalización a nivel internacional se había iniciado en forma temprana, como la puesta en marcha por la *Bingham Associates Fund*, en Maine, Estados Unidos, en 1931, pero la difusión de la propuesta se produciría al término de la Segunda Guerra Mundial.

⁸ Las funciones del Consejo Directivo serían: "proponer el reglamento y las disposiciones para el funcionamiento interno; ejercer la dirección y administración del hospital, controlando y orientando los métodos utilizados en la atención médica; ejercer la autoridad disciplinaria de acuerdo con las disposiciones en vigor; licitar, adjudicar, efectuar contratos en forma pública y privada, y adquirir directamente —o mediante concurso de precios— los suministros, elementos y materiales para la ejecución de obras, trabajos o prestación de servicios, que sean necesarios para el funcionamiento de cada hospital; proyectar el presupuesto del establecimiento y elevar a la Secretaría de Salud Pública para su aprobación, un informe trimestral en el que se dará cuenta de la labor desarrollada" ("*Autarquía para los hospitales*". *La Nación*, 21-II-1958).

Las experiencias de mayor trascendencia fueron los programas de Canadá (1945) y Puerto Rico (1954). El mismo Canitrot menciona como antecedente nacional las orientaciones definidas en la provincia de Santa Fe en 1939, recordando que "un estudio muy preciso prologaba ya la tentativa de establecer regiones homogéneas", al decidirse la creación del Departamento de Salud Pública provincial, poco más tarde convertido en Ministerio de Salud y Trabajo (58). Hemos hecho ya referencia a la importancia del tema en el pensamiento de Lazarte, más o menos en la misma época.

Como sucede frecuentemente con las innovaciones en técnica organizativa, la regionalización prometía solucionar algunas de las características más perversas de la organización sanitaria argentina: la mala distribución de establecimientos y profesionales, la falta de coordinación y la consiguiente duplicación de servicios, la fragmentación existente en la actividad de los servicios asistenciales y de salud pública, la carencia de programas de capacitación y actualización del recurso humano.

La definición que nos proporciona Canitrot no difiere en el fondo de otras, utilizadas en documentos y leyes del período: "El término regionalización se aplica a aquella organización en la cual los establecimientos a cargo de la medicina asistencial, medicina sanitaria y bienestar social, están coordinados bajo un solo sistema o comando administrativo, para un área geográfica determinada" (59).

La regionalización como norma orientadora de la organización de servicios responde a dos ideas matrices: la necesidad de permitir la máxima adaptación a las condiciones locales y la mayor eficacia resultante de la centralización regional de algunas acciones de salud. La región no solo debe ser homogénea en cuanto a sus características físicas, económicas y culturales, también es necesario cubrir dos requisitos relacionados con condiciones de eficacia y eficiencia:

1) Cada región debe ser lo suficientemente grande como para que el total de su población justifique económicamente la inclusión de una variedad y cantidad tal de recursos de salud que, una vez integrados, permitan a la región abastecerse por sí misma en sus principales necesidades.

2) Cada región debe ser lo bastante pequeña como para hacer que el nivel de mayor complejidad de sus servicios sea accesible a toda su población.

La regionalización se asocia también con un doble esquema de coordinación: a) de organismos de distinta dependencia y volumen; b) de funciones sanitarias y asistenciales.

Los diferentes componentes del sistema se diferencian por niveles: local, sub-regional, regional, central. En el nivel local los centros de salud proporcionan servicios de bienestar social y salud pública, atención médica indiferenciada, urgencia y hospitalización limitada. Los hospitales de distrito conforman el nivel subregional. Proveen una asistencia médica más amplia, con servicios de diagnóstico y tratamiento completos, hospitalización diferenciada al menos para las cuatro especialidades clínicas, facilidades para cirugía mayor. Asisten a los centros locales mediante servicios periódicos de especialistas y consulta, adiestramiento básico y supervisión, y reciben asistencia técnica y profesional del centro médico regional, donde se realizan las consultas y prácticas más especializadas. A nivel

regional se ubica también la administración de la región. Su director, junto con los cuerpos asesores, planifica, organiza y regula todo el sistema, de acuerdo a las normas que elabora el nivel central o provincial.

Por último, un mejor cumplimiento de los objetivos de la regionalización se asocia con un sistema de descentralización administrativa, de manera de poner en marcha un proceso de redistribución de responsabilidades y atribuciones. La autoridad así descentralizada se orienta al cumplimiento de tres grandes conjuntos de funciones: formulación y ejecución de programas, administración del personal y administración del presupuesto. Cada región establece sus planes específicos y determina cómo ejecutarlos; selecciona, designa y remueve su personal, de acuerdo a los planteles básicos indicados por el nivel central, y tiene la facultad de organizar su propio presupuesto, hacerse cargo de las contrataciones y manejar sus recursos financieros.

Para terminar de precisar el contenido *histórico* del concepto, es decir, el significado que se atribuye en un período determinado al significante *regionalización*, puede ser útil el cotejo con el sentido que se le atribuye en la obra de Carrillo. Porque, en realidad, el referente no es novedoso para la salud pública argentina, aun dejando de lado los antecedentes santafesinos ya mencionados. En los planes de Carrillo las *regiones* también están presentes, aunque la delimitación del concepto responda a otros parámetros.

En la organización impulsada por Carrillo, las actividades de salud pública se dividen conforme a grandes áreas funcionales (lucha antituberculosa, maternoinfantil, atención hospitalaria, etc.) cada una de las cuales depende de comandos administrativos diferentes.⁹ Entre los objetivos del Plan de Salud Pública 1952-1958 Carrillo plantea la regionalización, consistente en la "adecuación del plan funcional a las Regiones Sanitarias", y paralelamente aclara: "Se trata ahora de presentar los mismos temas técnicos, desde el punto de vista también funcional, pero desarrollado por regiones, adaptándolo a las características geográficas y de la patología regional" (60).

La regionalización responde también en Carrillo a la mayor necesidad de adecuar planes y programas a las características del medio y las necesidades específicas de su población, pero no a criterios organizativos de red de servicios de atención médica, ni a propuestas de coordinación entre diferentes actividades sanitarias, preventivas o asistenciales. Las regiones tienen mucha mayor extensión, comprendiendo varias unidades políticas territoriales, ya que no deben necesariamente responder al postulado de isocronía. Las unidades así definidas distribuirán el territorio nacional en seis grandes áreas: Buenos Aires-Litoral, Norte, Cuyo, Noreste, Sur, Centro.

⁹ Tal como lo señalamos en el lugar oportuno, Carrillo solo propone la coordinación de funciones a nivel local, y referida exclusivamente a la actividad de los Centros de Salud, que define como "la institución integrativa de la asistencia médica ambulatoria, médico sanitaria y médico social, que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social, con el objeto de habilitarlos física, intelectual y moralmente frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población".

LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: REFORMA HOSPITALARIA
Y REGIONALIZACION SANITARIA

Entre 1960 y 1962 la provincia de Buenos Aires pone en marcha un ambicioso plan de reorganización de su salud pública. Dos leyes, la N° 6462, de Reforma Hospitalaria, sancionada el 22 de diciembre de 1960, y la N° 6647, de Regionalización Sanitaria, del 30 de octubre de 1961, constituirán los pilares jurídicos del cambio.

De acuerdo con la lectura de uno de los funcionarios responsables de la conducción del Ministerio, la ley de Reforma Hospitalaria procuraba articular las diferentes modalidades de financiación de la atención médica, con el objeto de solucionar las dificultades financieras del sector público, proporcionar a la población una sola medicina de la mejor calidad, y asegurar una retribución adecuada a los profesionales de salud, mediante el régimen de *pago por prestación y hospital abierto* (61).

En los documentos oficiales el concepto se complejiza, integrando la idea de coordinación de funciones y participación de la comunidad:

La Reforma Hospitalaria es un procedimiento que permite elevar los niveles de atención, dando prestaciones integrales; proyectando la acción del hospital a la comunidad; haciendo partícipe a esta en forma activa en la Dirección del establecimiento; remunerando a los profesionales y al personal auxiliar de acuerdo a la cantidad y calidad de sus trabajos, y adecuando el hospital a las actuales demandas de la sanidad que exige, de los establecimientos oficiales, la triple acción de fomento, protección y recuperación de la salud, con miras de llegar a la autofinanciación (62).

Con la intención de llevar adelante ese programa, se autoriza a dos establecimientos piloto —el Hospital de Gonnet, ubicado en los límites de la ciudad de La Plata, y el Regional de Mar del Plata— a fijar y percibir retribuciones por la asistencia que prestan, con miras a su autofinanciación. La decisión actualiza en realidad una polémica que había tenido considerable repercusión entre los profesionales de salud hacia fines de los años treinta y comienzos de los cuarenta, y había reverdecido en la Capital Federal en los años de la Revolución Libertadora: la referida al arancelamiento hospitalario.

El gobierno de la provincia de Buenos Aires toma partido en la disputa afirmando el derecho del Estado a percibir aportes de la comunidad por la prestación de servicios hospitalarios, "haciéndose cargo, en cambio, de los gastos que demande la atención de los pacientes que no están en condiciones de financiar la curación" (63).

El artículo 2° de la ley 6462 toma en cuenta la situación del indigente:

La provincia de Buenos Aires mantendrá a su exclusivo cargo la asistencia integral de aquellas personas o núcleos familiares cuyo salario mínimo vital no alcance a cubrir los gastos que demande tal asistencia, siempre y cuando no se hallen mutualizados, asegurados, o, en general, amparados en dicho riesgo por organismos de previsión.

Tres características fundamentales asigna a la nueva modalidad de atención el ministro de Salud Pública de la Provincia: en primer lugar, el hospital atenderá, "en

pie de igualdad y sin distinciones sociales y económicas" tres clases de pacientes: a) el paciente sin recursos, cuya asistencia es pagada por el Estado; b) el paciente asegurado o mutualizado, financiado por la consiguiente cobertura; c) el paciente en condiciones de pagar por su asistencia. Segunda característica relevante: el hospital está abierto a todos los profesionales y, por consiguiente, el paciente puede elegir libremente a su médico, siempre que este se adecue a la correspondiente reglamentación. Por último, el hospital toma a cargo funciones de docencia y capacitación, mediante la incorporación de médicos internos y residentes. Los internos son médicos recién graduados que procuran continuar su formación a partir de la práctica hospitalaria y perciben, por ocho horas de trabajo diarias, una remuneración "a manera de beca de estudio". Los residentes son aquellos que, terminado su período de internado, desean especializarse en alguna rama de la medicina (64).

La reglamentación de la ley de reforma (decreto N° 12 481 del 16-XII-1961) diferenciaba tres modalidades de incorporación de los profesionales médicos a las tareas hospitalarias:

1) Los *médicos activos* conformaban la planta regular del establecimiento. Tenían a su cargo el trabajo de sala, consultorio externo, interconsultas, operaciones e investigaciones técnicas del Hospital, según el respectivo organigrama. Ingresaban a sus cargos por concurso y tenían una dedicación de 6 o 3 horas diarias, según revistieran como médicos de planta o médicos asociados. Tenían atribuciones relacionadas con la conducción, ejecución y orientación médica del Hospital.

2) Los *médicos autorizados* no tienen facultades de conducción. Ingresan al establecimiento a su solicitud o a requerimiento de las autoridades del Hospital. Participaban con voz en las deliberaciones del Cuerpo Médico hospitalario.

3) Los *médicos consultantes* son aquellos profesionales que realizan tareas "de especialidades de asistencia médica en el establecimiento", sin injerencia en la conducción, orientación y planeamiento de las actividades (art. 70, inc. c).

La totalidad de los integrantes del Cuerpo Médico percibía sus remuneraciones "de acuerdo al régimen arancelario vigente del Colegio Médico de Distrito" (art. 85).

Para el gobierno de los hospitales de reforma se previó una organización relativamente compleja: Junta Directiva, Director Médico, Consejo Médico, Consejo Consultivo, Departamento Médico, Departamento Técnico y Departamento Administrativo.

La Junta Directiva está compuesta por un presidente médico, que es a la vez el director del establecimiento y accede a su cargo por concurso, y seis vocales. Estos serían designados por el Poder Ejecutivo, a propuesta y en representación del Colegio de Médicos de la Región, la Federación Médica de la Región y el Ministerio de Salud Pública, a razón de un vocal por cada institución, a los que se agregaban tres representantes "de la comunidad del área de influencia del Hospital" (art. 5, inc. d). La reglamentación no prevé cómo se seleccionarán estos "representantes de la comunidad".

La Junta Directiva era el organismo de gobierno del hospital. Entre las atribuciones que conformaban su manejo autárquico pueden mencionarse: la enajenación del material que se considere fuera de uso; la celebración de convenios de compra-venta y de permuta de bienes muebles y locación de bienes muebles e inmuebles; la for-

mulación del presupuesto y cálculo de recursos que serían luego elevados al Poder Ejecutivo; contratar, acordar asignaciones y otros beneficios y rescindir los contratos, previa información sumarial, al personal del establecimiento; y "ejercer las facultades que acuerda al Poder Ejecutivo la ley de contabilidad, salvo las que según el presente decreto tengan un tratamiento diferencial" (art. 11, inc. b, d, f, g, y n).

El Departamento Médico era definido como "la unidad funcional que reúne a todo el personal profesional componente del Cuerpo Médico del establecimiento y agrupa orgánicamente todas las tareas y funciones de atención profesional a pacientes" (art. 16).

El Departamento Técnico, a su vez, reunía todas las tareas y funciones relacionadas con los servicios complementarios de la atención a pacientes. La conformación del Departamento Administrativo se define por exclusión: reúne todas las tareas y funciones que no constituyen actividades directas o complementarias de la atención técnico-médica a pacientes (art. 26).

Se denominaba Consejo Médico al organismo encargado de "estudiar, vigilar, conducir y asesorar en todo lo concerniente a las tareas médicas y a la intervención individual o colectiva de los componentes del Cuerpo Médico". Sus autoridades se eligen por votación entre los componentes del Cuerpo Médico activo, y conforman un Comité Ejecutivo que, a su vez, designará a los integrantes de cuatro Comités: de Historias Clínicas, de Auditoría Médica y Calificaciones, de Enseñanza, y de Farmacia. Este último está encargado, conjuntamente con el jefe de Farmacia, de estudiar el formulario del Hospital. En las reuniones del Cuerpo Médico los médicos de planta tenían dos votos, los asociados uno, y los autorizados voz, pero no voto.

Por último, también se regulaba el funcionamiento de un Consejo Consultivo, como "organismo deliberativo y asesor de las funciones normativo-administrativas del Hospital" (art. 34). Estaba constituido por el director, el presidente del Consejo Médico, los titulares de los Departamentos Técnico y Administrativo y los jefes de cada servicio, además de "asesores especializados cuya inclusión resuelva el presidente director" (art. 35, inc. d).

La experiencia de las dos unidades piloto resultó disímil. En el Hospital de Gonnet, ubicado en un área fuertemente urbanizada donde existían otras unidades hospitalarias, rápidamente se pusieron de manifiesto prácticas reñidas con la ética, que comprometieron el normal desarrollo de los servicios. Los médicos que se desempeñaban en otros hospitales encontraron más provechoso llevar sus pacientes allí donde la atención al indigente era retribuida por prestación. El sistema rápidamente quedó desprestigiado (65).

En Mar del Plata la evolución fue diferente. El proyecto contaba allí con la colaboración del Centro Médico, organismo gremial con cierta experiencia en la contratación de prestaciones a obras sociales y mutualidades. Tal como señalamos oportunamente, la institución gremial marplatense había sido una de las primeras y más exitosas en la negociación de aranceles y mecanismos de retribución para la atención de pacientes beneficiarios de las instituciones de previsión. En 1960, la casi totalidad de los 340 médicos residentes en la ciudad habían renunciado a sus cargos retribuidos por salario en obras sociales y mutualidades exigiendo la aplicación del sistema de libre elección y pago por acto médico.

El proyecto de reforma, que tenía como uno de sus puntos de apoyo fundamentales la colaboración de las organizaciones gremiales, contó en este caso con un grupo cohesionado y disciplinado, que acogió la iniciativa de manera muy favorable.

El Hospital Regional, que funcionaría como hospital de reforma, era un hospital modelo, de 270 camas, todavía no inaugurado; contaba con bomba de cobalto, riñón artificial, equipo para operar corazón a cielo abierto y "todos los adelantos que exige la técnica moderna" (66).

La experiencia de Gonnet será limitada a partir del cambio ministerial que se produce como consecuencia de la caída de Frondizi; la de Mar del Plata sobrevivirá poco tiempo: el proyecto de Hospital de Reforma será anulado por el gobierno constitucional que asume en 1963, volviéndose al hospital gratuito de conducción centralizada.

La base política de la Reforma

Los funcionarios con cargos directivos en el Ministerio de Salud de la Provincia en el momento de la reforma, a los que acudimos en busca de información sobre el sustento político y la dinámica del proyecto, acordaron que el impulso originario devino del contraste electoral sufrido por el radicalismo intransigente en las elecciones de 1959.

Ante la necesidad de recuperar apoyo político, el gobernador Alende decide privilegiar el área salud, en un movimiento de cooptación de la dirigencia médica de la provincia, y ofrece el Ministerio al Dr. Osvaldo Mammoni, en ese momento presidente del Colegio de Médicos de la Provincia.

"Los médicos de la provincia eran mayoritariamente radicales", afirma uno de nuestros entrevistados, refiriéndose al sector que conformaría la Unión Cívica Radical del Pueblo, y que en las elecciones de 1958 había contado con el respaldo de las autoridades militares. "Alende intenta ampliar las bases de sustentación de su gobierno y busca una alianza a través de una persona reconocidamente activista en pro de los intereses médicos, como había sido Mammoni."

Prenda de esa alianza había sido la reglamentación de la ley de creación del Colegio de Médicos, sancionada durante el gobierno de la Revolución Libertadora, que Alende había demorado, según nuestra fuente, de manera intencional.

En su discurso ante la Legislatura, en el momento de hacerse cargo del Ejecutivo provincial, Alende había señalado las deficiencias de la red hospitalaria y tendido puentes de acercamiento con médicos y sindicalistas, reconociendo la legitimidad de las demandas de ambos sectores,

[...] el cumplimiento de nuestro deber de gobernante no admite postergaciones ni aun cuando fuere con carácter provisorio. Debemos solucionar los problemas profesionales y humanos sin dejar de lado el humano problema del médico, que por la alta calidad técnica de su cometido, requiere la suficiente tranquilidad económica para consagrarse de lleno y con entusiasmo a su noble tarea. Los sindicatos anhelan cumplir un ambicioso programa de asistencia social, muchos profesionales del arte de curar, jóvenes y maduros, sueñan con una consagración plena bien remunerada (67).

La coyuntura política brinda el estímulo adicional para concretar el acercamiento. El proyecto de reforma integraba buena parte de las aspiraciones del gremio en relación con la organización hospitalaria. Ya hemos visto el rol predominante que asume el médico como técnico y como gremialista en la conducción de los establecimientos públicos. La ley de regionalización es también reveladora a este respecto. Sin embargo, el gremio estaba también cosechando algunos éxitos en su lucha contra las entidades financiadoras de la atención prestada en consultorios privados, y había puesto expectativas en el desarrollo de la experiencia centrada en el IOMA. Por otra parte, la capacidad instalada sanatorial privada era todavía exigua; según Provenzano, el sector público controlaba todavía más del 80% del recurso cama. Los profesionales podían ver el proyecto de reforma como un excelente complemento para su práctica, o podían verse a sí mismos en el dilema de tener que elegir entre senderos que se bifurcan. Sería necesaria más información para evaluar el peso de cada una de estas alternativas, o la existencia de otras.

La regionalización sanitaria

Yo, por ejemplo, encontré que el Hospital de Haedo se venía abajo, con deterioro muy grande del edificio, caída de techos, filtración de cañerías, contactos de electricidad, electrólisis de materiales. Se caía a pedazos y se había propuesto un arreglo elemental. No tenía cocina y una unidad sanitaria de 20 camas tenía una cocina tan grande como para un hospital de 500 camas. Había lugares donde los directores veían que sus pedidos no eran satisfechos, entonces pedían a la Dirección de Medicina Asistencial, a la Dirección de Administración, y al ministro, y podían llegarle, por ejemplo, tres heladeras para un mismo lugar. Y otros lugares no tenían heladera (68).

A solucionar tales superposiciones, tal irracionalidad en la asignación de recursos, se dirigía la Reforma Sanitaria. Partía de la idea de que solo conociendo los problemas locales se los puede resolver adecuadamente.

El principal responsable del proyecto, Dr. Alberto Poli, director de Medicina Asistencial en el Ministerio de Mammoni y presidente de la Comisión de Regionalización Sanitaria conformada por Resolución Ministerial N° 649, del 27 de diciembre de 1960, nos cuenta sobre la efectiva incorporación de conocimiento técnico sanitario en estos años, gracias a la integración en los elencos ministeriales de sanitaristas de reconocida experiencia, y el apoyo otorgado por OPS/OMS.

En su opinión, la reforma suponía un cambio muy significativo en la organización del sector público. "Se conformaba un complejo que rompía totalmente con los moldes anteriores." En los moldes anteriores, además de excesiva centralización, no había ningún tipo de comunicación entre efectores, ni coordinación, ni interrelación entre efectores públicos y privados. "Y la aspiración nuestra era llegar a hacer un servicio provincial de Salud, donde todos los establecimientos pertenecieran a un único sistema, excepto algunos del área provincial que debían destinarse a docencia y formación de personal."

El proyecto habría apuntado a completar la función privada con la oficial. Y la misión fundamental del organismo estatal no era la producción de servicios, sino

la elaboración de un programa integrado de salud que debería aplicarse en todo el territorio de la provincia.

El primer instrumento de ese plan de largo alcance fue la ley de regionalización sanitaria, orientada a fortalecer los efectores del sector público, a racionalizar la asignación de recursos y a generar instrumentos adecuados para el control de gasto.

El territorio de la provincia se divide en 10 regiones, que coinciden, de manera que se plantea como provisoria, con las jurisdicciones de los Colegios de Médicos. Un documento oficial informa: "Se tendrá así una provincia sectorizada".

Cada sector constituye una *Región Sanitaria*, que actuará como *dependencia descentralizada* del Ministerio de Salud Pública. En cada una de ellas los establecimientos sanitarios *dejan de ser establecimientos generales*, sin especialización, e *independientes*, para pasar a integrar un conjunto coordinado y orgánico, en el que cada instituto se convierte en una pieza de un mecanismo articulado capaz de lograr racionalmente el abastecimiento integral y suficiente de los servicios sanitarios" (énfasis en el original) (69).

Uno de los problemas que planteó la reorganización de los servicios devino de la heterogeneidad de las regiones, que no solo tenían muy diferente extensión territorial, sino también diferente disponibilidad de camas por habitante y de médicos por cama.

Las regiones más populosas —la II, con 1 480 000 habitantes, y la IV, con 1 170 000— contaban solo con 2 y 2,4 camas por 1000 habitantes, revelando ya la concentración de carencias y las insuficiencias urbanísticas del conurbano bonaerense.¹⁰ La Región III, con una infraestructura similar, revelaba mejores condiciones, ya que disponía de 3,2 camas por 1000 habitantes.

En contraposición, las regiones VI y VII, que correspondían a las ricas extensiones del noroeste de la provincia, contaban con 6 y 6,8 camas por 1000 habitantes, al igual que la V y la VIII, que atravesaban de norte a sur el centro de la provincia. La Región VIII, que comprendía desde el municipio de Lobos al norte, hasta los de Laprida y Juárez al sur, parecía demasiado extensa para poder dar respuesta al postulado de isocronía.

La relación camas por médico, en cambio, beneficiaba relativamente a los establecimientos del conurbano —1,8, 3,1, y 3,2 en las respectivas regiones— oscilando entre 2,7 y 6,4 en el resto de la provincia.

La puesta en marcha de la organización regional motivó la elaboración de una compleja reglamentación, que se plasmó en los 232 artículos del decreto N° 2587/62.

En el artículo 72 se describe el organigrama de Jefaturas de Programas y De-

¹⁰ El crecimiento de la población del conurbano, su alta densidad (212 habitantes por km² en 1960) y algunos indicadores sanitarios alarmantes (una mortalidad infantil de 101%, en La Matanza) había despertado la preocupación del gobierno de la provincia de manera inmediata a su instalación, disponiéndose la formación de Centros de Salud y la intensificación de actividades de asistencia, prevención y promoción de la salud (Cf. Corach, Luis. "Centros de salud en la provincia de Buenos Aires". *Revista de Salud Pública* 1:46-55, set./dic., 1961).

partamentos para cada Región. Tres jefaturas, dedicadas respectivamente a recuperación, fomento y protección de la salud, y cinco departamentos, Estadísticas Vitales y Sanitarias, Enfermería, Educación Sanitaria, Servicio Social y Administrativo, hacen pensar en una estructura relativamente verticalizada con las consiguientes dificultades para la coordinación entre funciones, y un peligro cierto de duplicación de actividades.

Entre los órganos de gobierno el director era seleccionado en concurso público, y debía ser un médico con título de especialista y experiencia en Salud Pública, o bien con capacidad probada para el desempeño en la administración sanitaria. Estaba apoyado en su tarea por un Consejo Técnico Asesor, encargado de aconsejarlo en la "programación de las acciones integradas de salud" (art. 79). Este consejo estaba integrado por los jefes de Programas y de Departamentos, por representantes del Colegio de Médicos, de las Federaciones Médica y Odontológica, del Colegio de Farmacéuticos y de las Municipalidades de la Región, y por un representante por cada una de las entidades intermedias y un representante por el conjunto de Municipalidades con asiento en la Región.

Se organiza también en cada Región un Consejo Sanitario, que "es el representante de la comunidad ante la Dirección de la Región y a su través se encauzan y tratan los problemas de la misma materia de salud pública" (art. 104).

En el Consejo Sanitario participaban dos representantes por cada una de las entidades profesionales: Colegio de Médicos, Colegio de Farmacéuticos, Federación Médica y Federación Odontológica; seis representantes de las Secretarías de Salud Pública de las Municipalidades con asiento en la región, "de preferencia médicos"; dos representantes de la Federación de Clínicas y Sanatorios privados; seis representantes provenientes de los Consejos de Comunidad de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública; y hasta seis representantes de las Asociaciones de Profesionales de disciplinas afines con la Salud Pública, a razón de uno por entidad.

El predominio profesional en la dirección del sistema solo se quebraba a nivel de los Consejos de Comunidad, cuyo funcionamiento se prevé en cada uno de los Establecimientos de la Región. Entre sus miembros se contaba a representantes del Magisterio, del sector obrero y de los empleados en relación de dependencia, de los empleados estatales, de las asociaciones religiosas vinculadas a la salud pública, de las entidades de bien público, del sector empresario, de las profesiones liberales, y de los médicos del establecimiento.

La excesiva frondosidad de esta reglamentación fue alegada como justificación para la anulación del proyecto bajo el gobierno que se instala en 1963. Se volvió a la contabilidad centralizada y la Región fue paulatinamente perdiendo peso en las decisiones.

Los médicos y demás profesionales de salud pierden así la posibilidad de gobernar la salud pública provincial a partir de sus organizaciones corporativas y de su inserción como técnicos en los respectivos establecimientos. La pregunta pendiente es si efectivamente estuvieron interesados en asumirla y si los mecanismos de representación previstos eran lo suficientemente flexibles como para permitir el manejo del sistema.

EL SERVICIO PROVINCIAL DE SALUD DE SAN JUAN

El ambicioso proyecto puesto en marcha en San Juan tampoco logra afirmarse y satisfacer las expectativas que lo acompañaron respecto a que la provincia se constituyera en un *área de demostración* de la mayor eficacia de este modelo organizativo.

La discontinuidad del poder político, la falta de recursos, la no aplicación de medidas relativamente accesibles, pueden explicar los escasos rendimientos que el proyecto muestra hacia 1965, cuando es sometido a evaluación. Paradójicamente, las objeciones se canalizan en mayor medida hacia la no realización de reformas previstas y relativamente accesibles que hacia la falta de cumplimiento de metas u objetivos.

A diferencia del proceso observado en la provincia de Buenos Aires, en San Juan la puesta en marcha de la reforma se inicia contemporáneamente a la llegada al poder del gobierno desarrollista.

Américo García, médico y gobernador de la provincia, alude en el mensaje inaugural de su gobierno al carácter fundamentalmente curativo de la medicina que se ofrece en el territorio provincial, recuperando el referente generalizado de la necesidad de desarrollar además acciones de *protección y promoción* de la salud, y ofrecer una atención médica *integrada*, con la debida participación de la comunidad. Como un indicador más de la gran difusión de la literatura de OPS en los medios sanitaristas argentinos, apela también al "viejo y clásico círculo vicioso que constituye la enfermedad y la pobreza" (70).

Separándose en cierto modo del enfoque cerradamente técnico predominante en la época, vincula la erradicación de la enfermedad con algunas condiciones generales de bienestar social:

La enfermedad solo puede ser vencida poniendo en marcha todos los mecanismos necesarios: libertad de trabajo, salario mínimo vital y móvil, vivienda confortable e higiénica, pleno empleo para plena producción, seguros, alimentación sana, barata y en cantidad adecuada, protección para la desocupación, la incapacidad, la vejez, la maternidad, protección y seguridad industrial, etc. (71).

A través de la información proporcionada por uno de nuestros entrevistados (72), la experiencia de San Juan se gesta en continuidad con la de Chaco, contando ambas con el apoyo de la OPS y el trabajo de un pequeño grupo de expertos que contaban con su respaldo.

La elaboración del Código Sanitario en Chaco —que no llega a ser aprobado— resulta interrumpida por desinterés del gobierno provincial elegido en 1958. San Juan capitaliza la experiencia, lleva a trabajar en la Secretaría de Salud Pública a técnicos desplazados de la administración chaqueña, y sanciona su Código para posteriormente organizar el Servicio Provincial de Salud.

En 1959 varios consultores de la OPS, especialistas en diferentes campos de la salud pública, visitan la provincia y colaboran con sus autoridades en la diagramación de un proyecto de organización de los servicios de atención médica, que se

plasmará en setiembre de 1960 en un Plan Integral de Salud. Sobre esta base, en 1961 se firma un convenio tripartito que comprometía el apoyo del Gobierno Nacional, OPS/OMS y UNICEF.

La Comisión Evaluadora que a partir de diciembre de 1964 se dedicará a analizar los avances logrados en los servicios de salud provinciales nos brinda una síntesis de la situación de la provincia en el momento de la puesta en marcha del Plan Integral, no muy diferente de lo que hemos conocido en la misma época para otros lugares del país:

[...] toda concentración humana de importancia contaba con servicios médicos y las zonas menos pobladas con un mínimo de atención periódica.

Todos los establecimientos con internación eran de dependencia de la provincia, mientras que la Nación sostenía dispensarios tanto en la Capital como en regiones suburbanas y rurales. Eran muy escasos los recursos municipales, no existía coordinación alguna entre estas esferas de acción y en muchos casos las prestaciones se superponían, se duplicaban, y llegaban aún a ser antagónicas.

La administración sanitaria se ejercía a través de la Secretaría de Salud Pública, con rango ministerial; el elenco directivo cambiaba con cada modificación política; no existía ningún profesional especializado en Salud Pública; la selección de profesionales del arte de curar para las funciones asistenciales no existía (excepto algunos concursos para jefaturas de servicios hospitalarios).

[...] No se conoce la existencia, en aquel tiempo, de enfermeras universitarias y ni siquiera de nivel intermedio; tampoco de técnicos de Saneamiento, educadores sanitarios, ni estadígrafos, o de otros profesionales o técnicos auxiliares de Salud Pública (73).

La provincia contaba, en enero de 1960, con 15 establecimientos de internación, siete privados, con 240 camas, radicados en la Capital, y 22 públicos, con un total de 1595 camas, de las cuales 920 también correspondían a la ciudad de San Juan. La tasa provincial de 4,53 camas por 1000 habitantes ocultaba disparidades regionales que no parecen haber sido demasiado graves. Ocho departamentos, de los veinte en que se dividía la provincia no disponían de establecimientos con internación, pero su población recurría a hospitales que se encontraban "dentro de un radio no mayor de 70 km, con buena red caminera y transportes fáciles" (74).

A la reorganización de ese sistema hospitalario se orienta el proyecto de regionalización. Los principios teóricos y doctrinarios que ordenan la reforma son semejantes a los ya conocidos. El único rasgo característico —compartido con la experiencia de Chaco— es que se comienza por la elaboración de un Código Sanitario. Los documentos oficiales hablan de "una estructura administrativa técnica, dinámica, reducida a los límites precisos" destinada a aplicar el principio de centralización en las normas y descentralización en la ejecución. Se enfatiza además la necesidad de "resguardar la continuidad técnica de los funcionarios" encargados de aplicar el Código Sanitario. La Carrera Funcionaria en Salud Pública se orienta a garantizar ese objetivo (75). Como en el caso de la provincia de Buenos Aires se destaca el apoyo y la colaboración del gremialismo médico, en este caso nucleado en el Colegio Médico de San Juan.

Los principios de integración y regionalización de los servicios hospitalarios están sancionados en el artículo 78º del Código Sanitario, mientras que el 83º determina el arancelamiento:

Los establecimientos hospitalarios [...] cobrarán a los responsables la internación y/o servicios auxiliares, medicamentos y materiales sanitarios que se hubiesen prestado por prescripción médica, a personas comprendidas en los beneficios de la ley 9688, estatuto del Peón u otros estatutos especiales, obras sociales, o cualquier otro régimen de prestación social.

En paralelo, el artículo 85º parece indicar que los honorarios profesionales se liquidan por acto médico en los casos de atención arancelada.¹¹ Nuestro informante fue explícito al respecto. Se consideraba la posibilidad de contratar con obras sociales, mutuales y compañías de seguro, cobrando por prestación, asignando los montos correspondientes a honorarios a mejorar la retribución de la totalidad del personal hospitalario e integrando lo percibido por gasto sanatorial a los recursos propios de los hospitales. Las dificultades para la implantación del sistema surgieron de la resistencia de las instituciones financiadoras a formalizar contratos con el sector público.

En abril de 1961 la ley N° 2553 había aprobado el Código Sanitario. En forma inmediata se crea el Servicio Provincial de Salud como organismo encargado de aplicarlo (ley N° 2554 del 7-IV-1961), entidad autárquica descentralizada, con jurisdicción en toda la provincia y dependiente del Ministerio de Gobierno. Su organización supone la desaparición en el organigrama de gobierno de la Secretaría de Salud Pública.

Dicho servicio estaría a cargo de un director, asesorado por un Consejo Técnico y el Consejo de la Comunidad. El director debía tener tres años de residencia en la provincia y diez de antigüedad profesional, ser especialista en salud pública y atender su cargo en régimen de dedicación exclusiva. Era designado, sin concurso, aclara explícitamente el artículo 5º, por el Poder Ejecutivo con acuerdo de la Legislatura.

El Consejo Técnico está integrado por el ministro de Gobierno, el director y subdirector del Servicio, los jefes de Departamento y "los asesores permanentes o sus subrogantes" (art. 16º).

El Consejo de la Comunidad debía atender los siguientes ítems:

- Participación activa de la población en los problemas de salud.
- Información de la Comunidad sobre medidas en bien de la salud pública.
- Cooperación financiera y laboral de los habitantes de la provincia en la realización de las acciones de salud pública.

¹¹ Art. 85º: Con relación a los honorarios de los profesionales que hubieran prestado su asistencia, se procederá de acuerdo a los convenios suscritos y en vigencia o a los que se realizaren en el futuro entre las entidades mencionadas en el artículo 83º y los profesionales. La percepción de los mismos se efectuará en las condiciones que se establezcan en los convenios o en defecto de estos como disponga la reglamentación de la ley.

- Educación sanitaria en los núcleos familiares y sociales en general.
- Proyecto de tratados con otras provincias.¹²

A lo largo de 1961 se prepara la legislación que conformaría la estructura jurídico-institucional del Servicio: reglamento orgánico, ley de Carrera de los Profesionales de la Medicina, reglamento de concursos, estatuto para los empleados; además del reglamento de la comisión mixta de Educación y Salud y de la comisión provincial de Rehabilitación.

La ley N° 2580 que regulaba la incorporación de los profesionales al Servicio, establecía la existencia de dos carreras, sin una delimitación clara entre ambas: la asistencial y preventiva, que comprende a los profesionales que desempeñan tareas asistenciales de promoción y fomento de la salud, y la carrera sanitaria, dedicada especialmente a los profesionales graduados en salud pública que realizaran preferentemente "tareas de Medicina Social, preventiva, profiláctica o administrativa". La norma garantizaba la participación de la entidad gremial del arte de curar con mayor número de afiliados en la determinación de las normas, especialidades y pautas de trabajo. También se le acordaba la certificación del concepto *ético-profesional*, instituido como requisito para la presentación a concursos (76).

La organización así conformada se fijó un Plan de Acción a cumplir en el quinquenio 1961-1965. Para ese lapso se preveía la organización básica del Servicio, la creación de un Centro de Adiestramiento de personal, la adecuación de los servicios locales de salud, la instalación de laboratorios y la puesta en marcha de programas de control de enfermedades transmisibles y saneamiento ambiental.¹³

Más tarde, a mediados de 1964, la dirección del Servicio manifestó su interés en que se realizara una evaluación del desarrollo del Plan de Salud provincial y para ello se conformó una Comisión Tripartita con representantes de la Nación, de OPS/OMS y del mismo Servicio Provincial de Salud.

El informe producido ofrece una primera perspectiva en torno al desarrollo del proyecto.

En la perspectiva de los evaluadores, los límites más notorios en la ejecución del proyecto se vinculaban con la falta de personal especializado, la insuficiencia de recursos y los problemas relacionados con la organización de las regiones.

Para el programa de adiestramiento de personal se habían otorgado 115 becas sobre 473 previstas. De las 75 enfermeras universitarias previstas en el proyecto

¹² El decreto N° 1733G/61 determinaba las organizaciones de la comunidad que podrían enviar representantes a dicho Consejo: la Confederación General del Trabajo, la Asociación de Trabajadores de la Sanidad, el Colegio Médico, la Federación Económica, el Arzobispado y la Confederación de Deportes enviaban un representante por Institución, las Uniones Vecinales compartían un representante, al igual que las municipalidades de la provincia. Los clubes de Leones, Rotary y la Cámara Junior rotaban el suyo.

¹³ El programa de adiestramiento prevé la capacitación del siguiente personal: 27 médicos graduados en salud pública, 75 enfermeras universitarias, 50 enfermeras intermedias, 50 auxiliares de enfermería, 75 técnicos en saneamiento, 12 médicos adiestrados en salud pública a nivel local, 5 bioquímicos para salud pública; 10 técnicos de laboratorio, 75 auxiliares de estadística, 5 odontólogos, 5 educadores, 5 nutricionistas, 75 parteras, 2 ingenieros, 2 veterinarios.

original, se estaban beneficiando con una beca 18, para las 50 enfermeras intermedias, se habían adjudicado cuatro becas. La cifra original había sido respetada para los auxiliares de enfermería. La comisión evaluadora considera que la provincia no aprovechó las oportunidades de adiestrar personal que le fueron ofrecidas, "posiblemente por problemas económicos, falta de interés momentáneo de algunas autoridades, falta de estabilidad y remuneración adecuada que incentivara a los profesionales para aceptar las becas ofrecidas" (77).

A partir de 1964, sucesivas modificaciones a la ley N° 2580 eliminan el régimen de concursos y la exigencia del título de sanitarista para el acceso a los cargos técnicos.¹⁴

Tampoco había avanzado de manera suficiente el plan de construcciones. Entre 1960 y 1964 las camas públicas habían pasado de 1344 a 1416, mientras las privadas habían aumentado en 7 unidades. El aumento de la población había determinado que la razón cama por 1000 habitantes descendiera de 4,6 en 1960 a 4,4 en 1964.

No se había mejorado la distribución del recurso médico, a pesar de que su número había aumentado en la provincia un 23% en cuatro años. En 1960 el 89% de los médicos se encontraba en la Región I, en 1964 el porcentaje alcanzaba al 84%.

El análisis de la producción de los servicios revela un aumento significativo entre 1955 y 1963 (40% de aumento de los egresos hospitalarios, 56% en las atenciones de consultorio externo). Sin embargo, el mayor aumento se verifica entre 1955 y 1959, produciéndose a continuación una situación relativamente estable, lo que podría sugerir una mejora en la recolección de la información.

Los problemas organizativos en la delimitación de regiones se vinculan con los criterios utilizados, que se limitaron a respetar características geográficas, sin tener en cuenta población, vías de comunicación, extensión y recursos médicos existentes. Algunas de las regiones establecidas no poseen recursos suficientes para brindar atención integral a los problemas sanitarios de su zona de influencia. Sin embargo, la Comisión considera que la capacidad instalada existente estaría en condiciones de brindar mejores prestaciones si estuviera debidamente provista de recursos humanos y materiales. La Región III, por ejemplo, derivaba a los hospitales base de la Capital solo el 5% de su demanda de internación, mientras que la Región II lo hacía con el 50% de la misma, y en la IV y V dicho porcentaje giraba en torno al 20%.

En sus conclusiones, la Comisión Tripartita encargada de la evaluación del desempeño del Servicio Provincial de Salud, enfatiza los aspectos técnicos del programa, que considera como un "modelo en la República Argentina", significando un "aporte real a la doctrina sanitaria nacional". Los fundamentos de tal afirmación se discriminan de la siguiente forma:

¹⁴ La ley N° 3166/64, modificatoria de la N° 2554, elimina la especialización en salud pública como requisito para acceder a los cargos de director, secretario técnico y secretario administrativo del Servicio Provincial de Salud. Para los jefes de Región también se elimina el requisito de especialización y pasan a ser designados por el Poder Ejecutivo; para los jefes de Departamento se indica: "serán médicos, de preferencia sanitaristas". El director y sus secretarios dejan de desempeñarse en régimen de dedicación exclusiva.

- a) Formuló sus propósitos en base a una información básica suficiente.
- b) Concretó su política de acción en un Código Sanitario.
- c) Ensayó una organización técnico-administrativa, adecuándola a su política sanitaria, enunciada en el Código.
- d) Se propuso racionalizar y tecnificar su administración.
- e) Ensayó la descentralización ejecutiva y aumentó los rendimientos del servicio coordinando acciones preventivas a las ya habituales de reparación.
- f) Tecnificó el personal a todos los niveles y consagró la Carrera Sanitaria.
- g) Inició la marcha coordinada de todos los recursos existentes en un área (78).

Aun los límites políticos del proyecto son planteados como problemas técnico-organizativos. Se responsabiliza a la legislación original por la conformación de un organismo central demasiado amplio, y "cierta participación de los organismos gremiales que puede ser excesiva". Y la misma observación cabe respecto a las recomendaciones que se formulan para el futuro.¹⁵

NUEVAMENTE EN ESCENA LA DIFÍCIL ARTICULACIÓN ENTRE LO TÉCNICO Y LO POLÍTICO

Nuestra conversación con el Dr. Virgilio Alonso, que fuera subsecretario de Salud Pública del gobierno provincial y luego subdirector por concurso del Servicio Provincial de Salud, nos brinda otra visión del proceso que condujo a la creación del Servicio y de las alternativas que en parte explican su fracaso.

No hay en su relato nada que contradiga el informe de la Comisión Tripartita. Proporciona, sin embargo, una perspectiva diferente, que nuestro informante seguramente no calificaría como política, pero lo es en nuestra lectura: la de los actores comprometidos en el proceso, sus inquietudes y motivaciones, sus diferencias con las autoridades que a partir de 1963 comenzarán a desandar lo andado.

Yo hasta entonces no había tenido mucha intención de dedicarme a estos problemas de administración de salud pública, ni hospitales, así que entré como aficionado. Empecé a buscar información. Una de las personas que nos ayudó mucho fue el Dr. Hugo Enriquez, que estuvo trabajando con nosotros. Hicimos un curso de administración hospitalaria, en San Juan, en esa época, cortito, creo que duró una semana. Nos dieron mucho material.

Después se fue integrando un equipo de gente que tenía interés en esto, se dio esa condición: de pronto aparece un grupo de diez o quince personas que tienen un interés común. De diferente extracción política, no había una comunidad política, sino estaba la idea de desarrollar la salud pública y mejorarla lo más posible.

¹⁵ Entre los requisitos mínimos que se plantean para la continuidad del programa se señala: "Definición por parte de la Provincia de una política sanitaria en términos de una programación, con metas definidas y cuantificables, jerarquizadas por orden de prioridad y con normas de organización y procedimientos en los aspectos médico-asistencial-preventivo y administrativo"; el personal a nivel de secretaría, departamentos, divisiones y jefatura de región deberá ser graduado en salud pública, y desempeñarse con dedicación exclusiva; el aporte de la Nación deberá ser equivalente al 10% del presupuesto ejecutado por la provincia en el ejercicio anterior; se realizarán informes semestrales, evaluación anual y supervisión por personal especializado.

Es muy difícil decir cómo es que se fue convenciendo a la gente. Yo elegí. En un determinado momento dejé el consultorio, lo cerré, y me dediqué exclusivamente al trabajo en salud pública. Otros hicieron lo mismo (79).

Se produjo en San Juan una constelación de factores favorables al proyecto. El apoyo decidido e indispensable del Gobernador, la colaboración de la OPS, la buena disposición del gobierno nacional, en particular del Dr. Noblía, "que nunca puso trabas".

La colaboración de los profesionales merece un párrafo aparte, en particular la del Colegio Médico, que había consolidado su autoridad gremial en 1954 impulsando la renuncia a sus cargos retribuidos por salario de todos los médicos que trabajan en obras sociales y mutualidades. Su Junta Directiva colaboró activamente en la organización del Servicio, aceptó el redimensionamiento de la planta profesional que supuso la puesta en marcha de la Carrera Sanitaria, participó en la organización de los concursos, respaldó a las autoridades del Servicio cuando se hizo necesario imponer mecanismos de control sobre el cumplimiento por parte de los profesionales de sus responsabilidades horarias en el interior de las instituciones de atención médica.

También el sindicato de enfermeros respaldó la gestión, alentado por la realización de concursos, las posibilidades de capacitación puestas a disposición de todo aquel que quisiera aprovecharlas,¹⁶ la incorporación de sus cuadros en un estatuto que les garantizaba condiciones de trabajo y estabilidad.

Yo diría que en los primeros cuatro o cinco años funcionó. Funcionaba, teníamos médicos en los lugares más alejados, proponíamos nombrar médicos en Valle Fértil, en Rodeo, en muchos lugares del interior y no conseguíamos candidatos en San Juan, entonces publicamos avisos acá en Buenos Aires, en *La Nación* y en *La Prensa* [...].

[...] se perdió mucha gente, se perdió ese espíritu inicial, esa motivación. Quedaron algunas cosas, como el curso de enfermería, la Escuela de Enfermería en la Universidad, el sistema de estadística, que estaba más o menos consolidado y funcionando, la descentralización de los hospitales, ese tipo de cosas quedaron, pero se fue perdiendo la gente capacitada, el esfuerzo que se hizo por becar gente y ponerlos en condiciones para administrar mejor se fue perdiendo (80).

La pérdida del respaldo político se asocia con el cambio de gobierno que coloca a Leopoldo Bravo en la gobernación en 1963. Se producen fricciones con el Colegio Médico en función de la escala salarial garantizada por la carrera, se abandona la práctica de concursos, anulando incluso los que se encontraban en trámite, se elimina el régimen de dedicación exclusiva para los cargos jerarquizados, termina por eliminarse el Servicio y se recupera el régimen de Secretaría de Salud Pública.

¹⁶ "Becábamos, otorgándole licencia con goce de sueldo, al personal más joven del hospital que, como decía la enfermera chaqueña que integraba nuestro equipo, eran mucamas que habían tirado la escoba para agarrar la jeringa. Las becábamos, les hacíamos hacer el curso, se implantó la política de que el personal nuevo que se designaba era siempre provisional si no tenía el título, pero le dábamos la oportunidad de poder incorporarse al curso, de recibirse, y entonces quedar definitivo" (Entrevista al Dr. Alonso Virgilio, subsecretario de Salud Pública y subdirector del Servicio Provincial de Salud, San Juan, 1958-1963).

Con esa transformación se pierde la idea de una entidad autárquica, en la que el director nombra al personal, maneja totalmente el presupuesto, recibe automáticamente un refuerzo presupuestario si la provincia es declarada en estado de emergencia. Según la filosofía que respalda el proyecto, el cargo de director es visto a la vez como político —era el único no sometido a concurso, nombrado por el Poder Ejecutivo— y como técnico, ya que debía ser médico y tener antecedentes en Salud Pública, garantizando todas las condiciones para que existiera una dirección profesional. "El director tenía que ser el eslabón entre el político y el técnico. Por lo tanto tenía que ser un político que conociera salud pública" (81).

Nuestra reseña se cierra provisionalmente en este punto. Para comprender algunas de las razones de estos fracasos parece indispensable incorporar al análisis las transformaciones ideológico-políticas de la Argentina de los años sesenta.

Referencias bibliográficas

- (1) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Boletín del Día*, 25-XI-1955.
- (2) *La Nación*, 9-I-1956.
- (3) *La Nación*, 15-VIII-1956. Cf. también: "Sobre la situación económica habló el asesor del gobierno". *La Nación*, 26-XII-1955.
- (4) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Boletín del Día*, 7-XI-1955.
- (5) *La Nación*, 26-VI-1956.
- (6) *La Nación*, 3-VI-1956.
- (7) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Boletín del Día* 8-V-1957.
- (8) *La Nación*, 13-IV-1958.
- (9) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Boletín del Día* 22-V-1958.
- (10) *La Prensa*, 17-V-1958.
- (11) Cámara de Senadores. *Diario de Sesiones* 1958, T. I, reunión 26, julio 17:683-686, pág. 684.
- (12) Veronelli, Juan Carlos. *Medicina, gobierno y sociedad*. Buenos Aires, Ed. El Colono, 1975.
- (13) Oficina Sanitaria Panamericana. *Estudio de los Servicios de Salud Pública de la Argentina*. Informe de la Comisión de Consultores Internacionales, Buenos Aires, 1957. Cita Pedrozo, pág. 9.
- (14) Oficina Sanitaria Panamericana. *Programa de Atención Médica en un Plan de Salud Pública*. Preparado por el Dr. Hugo Enríquez Frödden, Buenos Aires, 1958.
- (15) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Informe presentado por el Consultor en Administración de Hospitales de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Odair Pedroso*, 1956. Buenos Aires, 1968.
- (16) *Idem*, pág. 11.
- (17) *Idem*, pág. 17.
- (18) *Idem*, pág. 16.
- (19) *Idem*, pág. 34.
- (20) *Idem*, pág. 52.
- (21) *Idem*, pág. 41.
- (22) Oficina Sanitaria Panamericana. *Programa de Atención Médica en un Plan de Salud Pública...* cit., pág. 154.
- (23) *Idem*, pág. 47.
- (24) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Salud Pública y Bienestar Social*. Buenos Aires, 1961, pág. 5.
- (25) *Idem*, pág. 6.
- (26) *Idem*, pág. 7.
- (27) *Idem*, pág. 8.
- (28) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Conferencia Nacional de Bienestar Social*. Buenos Aires, 1961.
- (29) Noblía, Hector V. *Instrumentos de la salud pública en el desarrollo nacional*. Mimeo, Buenos Aires, 1966.
- (30) Myrdal, Gunnar. *Teoría económica y regiones subdesarrolladas*. México, FCE, 1959, págs. 96/97.
- (31) Myrdal, Gunnar. "Los aspectos económicos de la salud". *Crónica de la OMS* VI 7/8:45-61, Ginebra, 1952.
- (32) Svlever, David. Discurso pronunciado en el acto de entrega de diplomas a los Graduados de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. *Rev. Salud Pública* 5:108-120, ene./jun. de 1963.

- (33) S.M. XLIX 12:576, marzo de 1942.
- (34) Carrillo, Ramón. Organización general del Ministerio de Salud Pública. *Obras Completas*. T. III, Segunda Parte, pág. 609.
- (35) *Ibidem*.
- (36) S.M. LV (2848):332, agosto de 1948.
- (37) Carrillo, Ramón. "El Departamento de Graduados". Conferencia pronunciada el 27 de abril de 1950 en la Facultad de Ciencias Médicas. Contribuciones al Conocimiento Sanitario. *Obras Completas* T. II:257-270, Eudeba, 1974, pág. 267.
- (38) Svlever, David. "Discurso pronunciado en el acto de entrega de diplomas a los Graduados de..." cit.
- (39) "El Instituto de la Salud", *La Nación*, 28-VII-1957; "La inauguración del Instituto de la Salud", *La Nación*, 16-IV-1958.
- (40) *La Nación*, 21-VIII-1959.
- (41) "Escuela Universitaria de Salud Pública". *Rev. A.M.A.* 744:206, abril de 1960.
- (42) Svlever, David. "Discurso pronunciado en el acto de entrega de diplomas..." cit., pág. 111.
- (43) *La Nación*, 8-IV-1959.
- (44) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Salud Pública y Bienestar Social. Buenos Aires, 1961.
- (45) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Resolución 1024, del 7 de mayo de 1959. *Boletín del Día*, 14-V-1959.
- (46) "Inició Noblia disertaciones sobre sanidad", *La Nación*, 2-II-1961.
- (47) Oficina Sanitaria Panamericana. Informe de la Comisión... cit., pág. 48-49.
- (48) "Reestructuración de la asistencia médica". *Mundo Hospitalario* 162:1-2, noviembre de 1956, pág. 2.
- (49) Kandel, Bernardo. "El Hospital y sus Médicos". *Mundo Hospitalario* 168:23-25, junio de 1957, pág. 23.
- (50) *Ibidem*.
- (51) *Idem*, pág. 24.
- (52) "El Congreso de la Reestructuración de los Servicios Asistenciales". *Mundo Hospitalario* 170:9-15, agosto de 1957, pág. 13.
- (53) *Ibidem*, pág. 14.
- (54) "Discurso del Sr. Intendente Municipal Don Hernán M. Giralt". *Mundo Hospitalario* 187:7-9, jun./jul. 1960.
- (55) "Autarquía para los hospitales", *La Nación*, 21-II-1958.
- (56) "Debate sobre hospitales", *La Nación*, 10-VI-1958.
- (57) Canitrot, Carlos. "Regionalización de servicios en salud pública". *Revista de Salud Pública* 5:11-29, ene./jun. de 1963, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.
- (58) *Idem*, pág. 24.
- (59) *Idem*, pág. 12.
- (60) Carrillo, Ramón. Planes de Salud Pública 1952-1958. *Obras Completas* T. IV. Buenos Aires, Eudeba, 1974, pág. 268.
- (61) Entrevista al Dr. Alberto Poli, director de Medicina Asistencial del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires entre 1960 y 1962.
- (62) Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública. Reforma Hospitalaria. Regionalización Sanitaria, La Plata, 1961, pág. 5.
- (63) *Idem*, pág. 6.
- (64) Mammoni, Osvaldo. "Regionalización sanitaria y reforma hospitalaria". *Revista de Salud Pública* 1:9-15, set./dic. de 1962, pág. 12-13.

- (65) Entrevista al Dr Alberto Poli.
- (66) Provenzano, Sergio. "La experiencia piloto de Mar del Plata, un seguro de enfermedad en la Argentina". *Rev Conf Med Rep Arg* XIV 91:24-29, jul. 1960/jul. 1961, pág. 28.
- (67) Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud Pública. Reforma Hospitalaria. Regionalización Sanitaria. La Plata, 1961, pág. 5.
- (68) Entrevistas.
- (69) Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud Pública. *Reforma Hospitalaria. Regionalización Sanitaria*, pág. 57.
- (70) "Primer mensaje del Señor gobernador de la Provincia, Dr. Américo García, 1 de mayo de 1958" en Provincia de San Juan, *Documentos Básicos de Legislación de Salud Pública*. Texto ordenado, San Juan, 1963.
- (71) *Idem*, pág. 4.
- (72) Dr. Virgilio Alonso. Subsecretario de Salud Pública y Subdirector del Servicio Provincial de Salud, San Juan, 1958-1963.
- (73) Comisión Tripartita, constituida por representantes de la Nación, de la OPS/OMS, y del Servicio Provincial de Salud. *Evaluación del Plan Integral de Salud de San Juan*, 1961-1965, Mimeo, pág. 8.
- (74) Provincia de San Juan. Servicio Provincial de Salud. Plan Integral de Salud 1961-1965, pág. 185. falta referencia, puede ser *Documentos Básicos*, ya citado.
- (75) Provincia de San Juan. *Documentos básicos*, cit., pág. 11.
- (76) Comisión Tripartita, constituida por representantes de la Nación, de la OPS/OMS, y del Servicio Provincial de Salud. Evaluación del Plan Integral de Salud de San Juan, 1961-1965. Mimeo, pág. 11.
- (77) *Idem*, pág. 27.
- (78) *Idem*, pág. 27.
- (79) Dr. Alonso, Virgilio. Subsecretario de Salud Pública y Subdirector del Servicio Provincial de Salud, San Juan 1958-1963. Entrevista.
- (80) *Ibidem*.
- (81) *Ibidem*.

11. Las representaciones sociales vinculadas a la salud-enfermedad

Las representaciones sociales relativas a salud-enfermedad, recuperan sin duda los contenidos técnico-científicos de la medicina, pero no se reducen a esa perspectiva. En realidad, las descubrimos por lo general en boca de médicos, aun cuando el sujeto/médico pueda resultar multiforme a partir del ejercicio de muy diferentes roles: médicos funcionarios, médicos gremialistas, médicos especialistas en determinadas ramas de la medicina, médicos políticos, médicos integrados a diferentes instituciones de la sociedad civil: iglesia, sindicatos, mutualidades, sociedades de beneficencia, ligas, patronatos, etc. Los interlocutores a quienes estos médicos se dirigen —efectiva o potencialmente— pueden cubrir muy diferentes sectores sociales, y esta condición introducirá también matices en su referencias a la salud-enfermedad.

Cuando los médicos hablan sobre enfermedades, aun cuando reclamen la autoridad emanada de su conocimiento técnico, la legitimidad derivada del monopolio que la sociedad les reconoce sobre una determinada esfera de saber, no limitan sus expresiones al ámbito de eficacia específica reconocido para su práctica. Sus representaciones no refieren exclusivamente a lo técnico-científico, ni quedan limitadas a su área particular de intervención. En muchísimos casos se hacen cargo también de concepciones relativas al espacio social donde ejercen su actividad, de ideas relacionadas con el lugar de la enfermedad en el conjunto de las relaciones sociales, de prioridades, metas y objetivos que respaldan o limitan la capacidad de intervención de la ciencia.

Las representaciones sociales sobre la salud-enfermedad, por consiguiente, aun cuando se expresen fundamentalmente a través de los médicos, son construcciones sociales, en el mismo sentido en que la medicina es una construcción social.

La penetración de lo social, y en consecuencia lo ideológico, lo simbólico, en tanto componente irreductible de toda práctica social, en un saber pretendidamente neutro y a-valorativo, que se postula como regido exclusivamente por el desarrollo del conocimiento científico, no es uniforme. Muy tempranamente, la medicina reconoció áreas "sociales" para su intervención: higiene social, medicina social, salud pública, remiten a elementos que desbordan el campo privilegiado de práctica: la relación personal con el paciente, individualizado aun en el reconocimiento de los componentes biosociales que integran su condición "normal" o "patológica".

La delimitación de esas áreas "sociales" es esencialmente histórica. Los problemas sociales de los que la medicina se hace cargo varían en cada sociedad, en cada estrato social y a lo largo de su historia. La historia de las representaciones sociales vinculadas a la salud-enfermedad es uno de los tantos nexos que podemos descubrir entre la práctica médica y sus condiciones sociales de ejercicio, y expresan la medida en que la medicina se hace cargo de los valores exaltados por la sociedad en la que se integra.

Las áreas de intervención social priorizadas por la medicina en diferentes períodos históricos revelan prioridades definidas por el desarrollo de cada conjunto social. No solo los grupos sociales hacia los que se orienta, sino también la forma específica que asume la lucha contra la enfermedad, los contornos específicos en los que se la reconoce como amenaza, expresan de alguna manera los valores de orden que cada sociedad acepta, las estrategias de crecimiento y desarrollo a las que sus miembros adhieren.

Una de las hipótesis ordenadoras del material de este libro alude a la ausencia de rupturas netas entre los años treinta y los cuarenta, en el interior de la sociedad argentina. En el ámbito de la representación social de la enfermedad esa hipótesis vuelve a confirmarse. Las continuidades marcan permanencias; las rupturas y discontinuidades reflejan movimientos que afirman el predominio de algunas tendencias sobre otras.

DEFINICION DE PROBLEMAS EN TORNO A LOS AÑOS TREINTA

En la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, realizada en 1933, los representantes del Poder Ejecutivo pusieron de manifiesto las insuficiencias de la capacidad instalada para internación con algunas cifras reveladoras: para 150 000 tuberculosos solo se disponía de 4300 camas, sobre 54 000 alienados la capacidad de internación era solo de 14 000, de 2500 leprosos solo había podido aislarse a 250, etc. etc. Pocos discursos, entre los pronunciados en esos años, deben haber tenido tal efecto multiplicador. La cifras se reiteran, más o menos en los mismos términos, cada vez que se quiere demostrar la insuficiente acción del Estado, la calamitosa situación sanitaria, la necesidad de ampliar los servicios de atención médica. En diciembre de 1942 *La Prensa* las retoma, alegando que la situación, lejos de mejorar, se ha agravado (1).

Información procedente de otras fuentes también permite pensar que las condiciones sanitarias del interior del país se han modificado poco —o incluso, pueden haber empeorado— a lo largo de dos décadas. Los informes del Departamento Nacional de Higiene, por ejemplo, expresan satisfacción cuando pueden dar cuenta de la ausencia de epidemias: la viruela ha sido controlada gracias a la difusión de la vacuna, los casos de peste, todavía numerosos, se producen en áreas circunscritas y obedecen a la falta de cumplimiento de las disposiciones sanitarias específicas, se comienza a trabajar en la profilaxis de la difteria, se confía controlar las manifestaciones de fiebre tifoidea.

Diferente es la situación en relación a las endemias: 200 000 enfermos palúdicos en una región que comprende las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Santia-

go del Estero, Córdoba y San Juan, a lo que se suman algunos casos en la región litoral, atribuidos al contacto con las zonas endémicas de Paraguay y Brasil; el bocio y el tracoma castigan a la población escolar de las provincias del noroeste, la anquilostomiasis afecta al 25% de los habitantes de Corrientes, el número de leprosos manifiesta un aumento lento pero regular (2).

Si la situación sanitaria no ha cambiado, si la respuesta del Estado sigue siendo insatisfactoria, paulatinamente, sin embargo, comienzan a ponerse en evidencia algunos cambios en la manera de reflexionar sobre la enfermedad, algunas transformaciones en los contenidos de las representaciones colectivas sobre el problema. Aunque es muy difícil ofrecer precisiones al respecto, pueden definirse algunas hipótesis.

En primer lugar, la mayor parte de la reflexión remite a la enfermedad como problema urbano. El eje de la cuestión no se ubica en el paludismo, el tracoma o la lepra, pasa por la tuberculosis, las venéreas, las condiciones de trabajo en la fábrica. Paulatinamente, sin embargo, se comienza a mirar hacia el interior, cuando el problema demográfico pasa a primer plano, o la amenaza de la guerra obliga a pensar en la capacidad de respuesta ante una agresión armada.

En segundo término, la enfermedad y la miseria dejan de ser consideradas como problemas que la sociedad soporta, para ser pensadas como límites que la sociedad genera. Hay una primera instancia, no cronológica sino conceptual, en que las enfermedades sociales son vistas como amenazas de las que es necesario defenderse, y que no surgen de la dinámica social sino de prácticas individuales perversas.¹ En forma relativamente independiente, la consideración de los antecedentes genéticos, la biotipología, los avances de la eugenesia, permiten ubicar los orígenes del problema en otro tiempo y, para muchos, también en otro lugar. La problemática de la "defensa de la raza" penetra todas las consideraciones sobre salud y asistencia social, y vuelca la responsabilidad de las condiciones presentes sobre una inmigración no controlada.

Todos sabemos que en materia de población nuestros orígenes no tienen nada envidiable [...]. Es notorio que el abandono en que se tiene a los grupos indígenas arrancados de su condición nativa en el Chaco y en la Patagonia, la liberalidad con que en ciertos momentos hemos acogido, sin control alguno "al que buenamente quiera habitar en nuestro suelo" [...] (3)

Una diferente perspectiva en estos problemas significa otra manera de definir las estrategias de intervención. Las mismas expresiones —medicina preventiva, medicina social— adquieren contenidos diferentes.

En relación con la primera hipótesis formulada, el traslado de la mirada hacia el interior puede vincularse con acontecimientos exteriores al sector salud, pero que condicionan muy fuertemente a la sociedad argentina. La Segunda Guerra no solo provoca un alineamiento relacionado con modelos de organización social, es nece-

¹ En un proyecto de ley presentado por el diputado Leopoldo Bard en 1925 leemos: "Art. 2º. Decláranse enfermedades y costumbres susceptibles de causar degeneración de la raza a la sífilis, a la tuberculosis y a las enfermedades venéreas; al alcoholismo, a la prostitución y a todas las condiciones y prácticas sociales y profesionales que favorezcan la difusión de aquéllas enfermedades.

Art. 3º. Conceptúase de higiene social a la lucha contra los factores antes indicados, unida al incremento de una educación física y moral correlativas" (C.D.D.S. año 1927, T. I. Reunión 12ª, junio 15:622.)

sario considerar, además, que los conflictos diplomáticos con los Estados Unidos de América en torno a la provisión de armamentos, el apoyo militar que el gobierno norteamericano proporciona a Brasil, más flexible a sus requerimientos en materia de política internacional, la preocupación por la interrupción de suministros esenciales provenientes del exterior, la necesaria industrialización orientada a la satisfacción de la demanda interna, ponen en primer plano el problema del *capital humano*. Una población numerosa, sana, bien alimentada, constituye a la vez un potencial productivo indispensable y una necesidad militar que puede volverse imperiosa.

"Armas flamantes, soldados desnutridos", titula *Noticias Gráficas* su editorial del 30 de julio de 1940. El examen de los jóvenes que debían ser incorporados al servicio militar revelaba proporciones alarmantes de ineptos, que en Corrientes y Santiago del Estero llegaban al 40%, cifras que se reiteran en algunos partidos de la provincia de Buenos Aires.

El problema no es nuevo,² la novedad reside en su repercusión. La prensa diaria, las revistas gremiales, las publicaciones académicas de la Medicina, se hacen eco de una nueva demanda que se proyecta sobre el Estado: preservar la juventud, proteger la natalidad, garantizar la reproducción del capital humano.

Una población desnutrida, sedienta en verano, hambrienta en invierno; diezmada por la tuberculosis, por la sífilis, por el paludismo y por el tracoma; una población miserable, expoliada en los yerbales, en los obrajes y en los ingenios, desprovista de toda asistencia, condenada al analfabetismo, envilecida por el alcohol y el acuyico [...] una población semejante no responderá a las exigencias de la guerra moderna (4).³

El mismo contrapunto entre causas individuales y cuestiones sociales centra la perspectiva con que se analiza el insuficiente crecimiento de la población y los bajos índices de natalidad. "No hay que pensar [...] que el problema se funda en la falta de moral de los individuos y en las prácticas malthusianas; otras son las razones que lo mantienen y que no se dicen" (5).⁴

El Congreso de la Población, reunido en Buenos Aires en octubre de 1940, proporciona una visión que hoy llamaríamos estructural de las causas de la contrac-

² Según información proporcionada por *La Vanguardia*, en la clase de 1911 se registró un porcentaje de no aptos de 26,98% en Misiones, 25,75% en Jujuy, 20,33% en Catamarca, 19,93% en Chaco, 19,34% en Tucumán, etc. ("Interesantes revelaciones de un informe militar". *Rev Col Med IX* (89):86, mayo de 1940).

³ "Hace muchos años [...] se afirmó que vicios adquiridos, taras o enfermedades hereditarias diezaban a la juventud. Un posterior análisis reivindicó a las jóvenes generaciones del país. El argentino, que es sobrio por temperamento, lo es más por las exigencias de la campaña. El argentino en todos los medios no ricos que son los que dan mayor número de insuficiencias orgánicas es sobrio en el comer y en el beber. No había enfermedades congénitas, ni adquiridas por malas costumbres. Las debilidades e insuficiencias orgánicas eran de otro origen, y entonces se empezó a descubrir que las clases modestas se racionaban alimenticiamente mal." ("Desnutrición y miseria" *Rev Col Med IX* (85):9, enero de 1940. Transcripción del periódico *Los Principios*.)

⁴ Un ejemplo que podríamos llamar "paradigmático" de la perspectiva malthusiana puede encontrarse en Boero, Enrique E. "Consideraciones sobre el neomalthusianismo", *Rev. A.M.A.* LIII (426):1066-1069. Allí se afirma: "el hombre no puede atentar contra las leyes procreativas, por ser tan inviolables como inexorables sus castigos" (pág. 1069).

ción de la natalidad a través de algunas de sus recomendaciones. Entre otras medidas se aconseja el otorgamiento de préstamos de nupcialidad, el establecimiento de asignaciones familiares, el mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores, la exención de impuestos a las familias numerosas, la supresión de intermediarios innecesarios entre productor y consumidor, la vivienda adecuada, higiénica y confortable; la determinación de "un salario vital que evite desequilibrios fatales" (6).

Esta enumeración de las políticas posibles nos introduce en nuestra segunda hipótesis: la referente a los contenidos de la medicina preventiva o medicina social.

Si la enfermedad es una cuestión biológico-genética que se manifiesta a nivel individual, la práctica preventiva también debe centrarse en el individuo, estudiando no solo su situación actual sino sus antecedentes familiares, preocupándose por sus manifestaciones patológicas, pero también por la determinación de su biotipo.⁵

Como consecuencia de esa manera de abordar el problema, la ficha sanitaria y el examen individual periódico se encuentran presentes en casi todas las propuestas de políticas asistenciales difundidas en estos años. En algunos casos se los propone como obligatorios para los agentes del Estado, en otros para grupos poblacionales sujetos a determinados riesgos, también para la población escolar y para la que asiste a los servicios de atención maternoinfantil (7).

La práctica no deja de tener sus opositores. En relación con el problema de la tuberculosis se llama con ironía "hobby fotopulmonar de nuestra hora" a los catástrofes radiológicas realizados en procura de una detección precoz de la enfermedad entre los empleados estatales (8). Labor inútil y estéril, se afirma, ya que la tuberculosis es un problema médico social asociado a las viviendas malsanas, el hacinamiento, el hambre, los jornales insuficientes, los lugares de trabajo insalubres, la carestía de la vida y el alto costo de la vivienda.

En algunos escenarios se comienza a hablar de *derecho a la salud*. Y para garantizarlo, se afirma, es necesario no olvidar el encadenamiento insoslayable que existe entre *Salud, Trabajo y Bienestar* (9).

Tres grandes campos problemáticos dominan la preocupación en torno a la enfermedad en estos años, señalando continuidades y rupturas entre el momento de transición y la posterior consolidación del modelo: venéreas, salud laboral, atención maternoinfantil. El material con que contamos, insuficiente para obtener conclusiones definitivas, permite tan solo una primera lectura impresionista.

LAS ENFERMEDADES VENEREAS

La profilaxis de las enfermedades venéreas cubre un espacio significativo en el pensamiento sanitario argentino entre 1920 y 1940, intensificándose en los años

⁵ Un sanitarista insospechado de inclinaciones totalitarias, como Araoz Alfaro, afirmaba en 1933: "Si bien es cierto que cada sujeto lleva predeterminado su biotipo, el higienista interviene para evitar las desarmonías, corregir ciertas desviaciones, mantener la relación fondo-estructural" (Araoz Alfaro, Gregorio y Malamud, Teresa, "El contralor periódico del estado de salud". *S.M.* 10:812-815, marzo de 1933, pág. 814).

treinta en razón de las medidas abolicionistas de la prostitución reglamentada, puestas en práctica en la ciudad de Buenos Aires a partir del 1 de enero de 1935 y para todo el territorio de la Nación en julio de 1937.

La polémica desarrollada en estos años en torno a la mejor manera de combatir los males sociales vinculados con la difusión de estas enfermedades es particularmente compleja. No se trata solamente del reconocimiento de la índole social del problema, también la tuberculosis y el alcoholismo eran ya considerados flagelos cuyo aniquilamiento excedía el bagaje de conocimientos y la capacidad de intervención de la medicina.

En la polémica en torno a la profilaxis venérea no solo se entromete con fuerza lo social corporizado en la discusión sobre causas y consecuencias de la prostitución. También tiene un lugar importante el problema de las libertades individuales, su posible conflicto con el reconocimiento de determinados valores sociales, y cuestiones relacionadas con la formación de la conciencia moral en los jóvenes, el lugar de la mujer en la sociedad y en la familia, el derecho de esta a decidir el momento y forma de iniciar a sus hijos en el conocimiento de la temática sexual. Esta intromisión de lo social no supone su reconocimiento por la totalidad de los actores comprometidos. Se suele insistir en el análisis de "casos", reales o hipotéticos, pero considerados desde la perspectiva de lo individual y terapéutico —incorporando en ocasiones el control y la sanción— pero sin llegar a integrar lo socioepidemiológico y lo preventivo.

En lo que se refiere al ejercicio de la prostitución, la polémica entre reglamentarismo y abolicionismo puede parecer cerrada en la década de 1930. El senador Serrey, durante el debate en Senadores de la futura ley nº 12 331 de profilaxis de las enfermedades venéreas, se complace en señalar que en ambos polos del espectro ideológico —socialistas y demócratas nacionales católicos, para el caso— hay acuerdo sobre la supresión del prostíbulo (10). Sin embargo, el acuerdo entre polos no significa unanimidad. Todavía se levantan voces temerosas de los efectos de la clandestinidad, o se comienza a hablar de soluciones intermedias: neoabolicionismo, neoreglamentación o reglamentación perfeccionada. La legislación propuesta por la Liga de Profilaxis Social, dice su presidente en 1935, es un "sistema de transición" entre la antigua reglamentación y el abolicionismo (11).

Mucho más fuertemente polémico, el certificado prenupcial corta las aguas en muy diferentes sentidos. Sus defensores no acuerdan en los objetivos de su implantación; tampoco en los alcances del impedimento para contraer matrimonio que supone un resultado negativo, en las formas clínicas que autorizan su denegatoria, ni en la posible eficacia social de la práctica.

La definición de los objetivos del control de salud de los futuros cónyuges se vincula con una temática que aparecerá en estos años prácticamente en todas las cuestiones vinculadas a la salud/enfermedad, traducida y simplificada en una fórmula de aceptación general: *la defensa de la raza*.

Aunque alguien pueda afirmar que el factor bioantropológico ha conservado un lugar muy pequeño en el interior de la ciencia sociológica (12), la difusión de algunas expresiones muy características en el discurso dedicado a la salud-enfermedad parecen desmentirlo. Los "biotipos" se infiltran aun en el lenguaje de socialistas

como Angel Giménez, a quien el paso de los años y las transformaciones que lo acompañaron no han hecho abdicar de un liberalismo democrático individualista no contaminado con los organicismos en boga.

En una sociedad muy preocupada por la eugenesia tienen menos adeptos, es cierto, las vertientes más estrechamente lombrosianas,⁶ pero todavía los factores hereditarios pueden avalar actitudes xenófobas,⁷ o justificar preocupaciones sobre el futuro de una población con un significativo componente de heredosifilíticos.

La primera pregunta que se formula es, entonces, si la finalidad del certificado prenupcial es solamente evitar posibles contagios o si debe pensarse, además, en un objetivo eugenético (13). En este caso la preocupación excede claramente la enfermedad venérea. Serían factores de mayor importancia aún la tuberculosis, la lepra, el paludismo, el tracoma, el alcoholismo, las toxicomanías, "las taras degenerativas, la inversión sexual, la impotencia, la criminalidad" (14).⁸

Otras raíces tiene el debate sobre el carácter obligatorio o voluntario del certificado, su extensión a hombres y mujeres, los límites del examen que se puede solicitar a estas sin herir su natural pudor. Se combinan en este caso información estadística sobre contagio dentro y fuera del matrimonio, presunciones sobre posibles portadores que desconocen su estado, razones vinculadas con el conflicto entre derechos individuales y valores sociales superiores, especulaciones sobre la relación entre secreto médico y eficacia terapéutica de la confianza depositada en este por el paciente.

Parecidos argumentos se esgrimen en la discusión sobre la obligatoriedad del tratamiento, pero el aspecto donde el conflicto de valores se hace más agudo es sin duda el relacionado con la implantación de la educación sexual en las escuelas. Dos observaciones pueden servir para intentar una síntesis de este debate tan complejo.

En primer lugar, podría decirse que en esta área de la problemática de salud-enfermedad no hay reconocimiento de la eficacia de lo técnico para ordenar la conflictividad social. Se atribuye un peso mayor a lo cultural, lo religioso, la inercia de las costumbres, el temor, la sanción. La medicina no ha demostrado todavía su capacidad de control sobre el problema; no puede, por lo tanto, erigirse en árbitro porque no cuenta con la confianza de aquellos que deberían someterse a su arbitraje.

En segundo término, vale la pena señalar que la oposición no gira exclusiva—tal vez tampoco prioritariamente— sobre libertades individuales frente a valo-

⁶ Que algunas décadas antes, por ejemplo, justificaban prolijas investigaciones en torno a los dientes de las prostitutas (Cf. Amoedo, Oscar. "Los dientes de las prostitutas". *S.M.* IX (21):974, mayo de 1902).

⁷ "La prostitución no es una cualidad criolla", se dice, relacionándosela con el desenfrenado deseo de acumular dinero, la falta de pudor, la carencia de freno moral adecuado, la impaciencia por conquistar mejoras materiales, cualidades propias de mujeres de distintas corrientes migratorias (artículo del Prof. Guillermo Zorraquín, citado por Bosio, Bartolomé. "¿La prostitución es una 'cualidad' inherente a una determinada nacionalidad, raza o credo religioso?" *S.M.*, XII (4):302-306, enero de 1935, pág. 302).

⁸ La ampliación del espectro de los impedimentos, de manera en cierta forma paradójica, aparece por lo general como argumento para quitar obligatoriedad al certificado. Ya que es imposible controlar todos los factores con peso efectivo, carece de sentido la imposición de una práctica para la cual la sociedad no está preparada (Sirlin, Lázaro, "Certificado médico prematrimonial". *S.M.* XXXV (44):1213-1217).

res sociales. En gran medida el problema se asienta sobre la definición de prioridades en la consecución de lo que se concibe como orden, y la mayor o menor eficacia de los instrumentos propuestos para lograrlo. La apelación a las libertades del individuo muchas veces se combina con el temor a la disolución de los mecanismos integradores tradicionales y al debilitamiento de los controles que pasan por lo moral, lo religioso, la familia, la policía de costumbres.

Diferentes lecturas de una estadística parcial

Entre el momento de la sanción de la ley 12 331 y la aplicación generalizada de sulfamidas y antibióticos a la patología venérea, las virtudes y defectos de la opción institucionalizada por esa norma —el abolicionismo— se relacionan de manera prácticamente generalizada con las estadísticas relativas a la detección de nuevos contagios.

La evolución de la patología venérea —medida por la escasa y fragmentaria información proveniente de la demanda satisfecha por los servicios y dispensarios especializados— había mostrado en torno a 1943 una inflexión que interrumpe abruptamente su tendencia declinante y da lugar a muchas especulaciones sin que se llegara a elaborar una hipótesis explicativa consistente.

Entre 1934 y 1941 cae en forma significativa el número total de enfermos de primera consulta en los dispensarios antivenéreos de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires. En 1934 habían acudido por primera vez 14 978 personas, en 1941, 9199. La caída de las cifras es relativamente gradual, en un movimiento que no revela fuertes altibajos. El descenso de las cifras correspondientes a diagnóstico de sífilis primaria y secundaria entre esos mismos enfermos, es más notable: 906 y 139 casos de sífilis primaria en 1934 y 1941, respectivamente, y 754 y 122 casos de sífilis secundaria. Los casos de blenorragia aguda muestran una disminución de menor importancia: 6993 frente a 3157; aun menor para los casos crónicos de la misma enfermedad, 1898 en 1934, 1302 para 1941. En paralelo, han aumentado los diagnósticos de dermatosis y enfermedades varias, no venéreas.

Las cifras autorizan un cierto optimismo sobre la eficacia de la lucha emprendida a través de la sanción de la ley de profilaxis, insistiéndose en particular sobre el acierto de las dos medidas de carácter preventivo establecidas en su articulado: el cierre de los prostíbulos y la existencia del certificado médico prenupcial para los contrayentes de sexo masculino.

La posición de los defensores de la norma se encuentra respaldada, además, por no haberse verificado algunas de las consecuencias nocivas previstas en el momento de su sanción: la disminución del número de matrimonios legítimos, el aumento en la proporción de nacimientos ilegítimos, el incremento de delitos de violación, estupro y abuso deshonesto (15).

La lectura de las estadísticas puede, sin embargo, modificarse en parte con solo ampliar el período de observación. Considerando series parciales disponibles desde 1928, relativas a enfermos atendidos en el dispensario antivenéreo del Hospital Italia-

no de Buenos Aires, la conclusión es que la tendencia a la disminución de los contagios venereosifilíticos nuevos data por lo menos de esa fecha. La profilaxis efectiva se asocia, en esta lectura, con la propaganda de educación antivenérea, el establecimiento de dispensarios especializados, y las disposiciones profilácticas adoptadas por la Marina y el Ejército nacionales.

Poca o ninguna eficacia sobre estas condiciones relativamente favorables se adjudica en esta lectura a la supresión del prostíbulo, "la abolición de la prostitución reglamentada no es un factor necesario o indispensable para prevenir los males venéreos y la sífilis [...] la abolición de la reglamentación, o la llamada prohibición, acarrea males evidentes mayores de aquellos muy respetables también que se han querido evitar con ella" (16).

El diagnóstico se complica aun más a partir de 1942, cuando se hace evidente el recrudescimiento de la infección sifilítica en los mismos escenarios donde se había manifestado su declinación.⁹ Los defensores de la ley de profilaxis adjudican el problema a su deficiente o imperfecta aplicación. La defensa de la política abolicionista se combina en este caso con nuevas modalidades de intervención, orientada no ya sobre el prostíbulo sino sobre las mujeres que pueden ejercer una prostitución encubierta, defendiéndose la adopción de la libreta sanitaria para aquellas que "concurren habitualmente a los cafetines, cabarets y dancings", a la par que se reclama una política más firme en la aplicación de las disposiciones sobre obligatoriedad del tratamiento.

El énfasis en la profilaxis individual en parte puede atribuirse a una interpretación médica del problema como suma de "casos", cada uno de ellos susceptible de diagnóstico y tratamiento orientados por la clínica; sin embargo, deriva sin duda también de la importancia frente a un enfoque "social" que no remite al conocimiento epidemiológico sino a diferentes visiones de los límites existentes para la imposición de una normativa ética vinculada a la práctica sexual fuera del matrimonio.

La estrategia basada en combatir el mal a partir de la supresión o el control de las formas individuales de contagio tiene también diferentes énfasis: en algunas propuestas se centra en la difusión del conocimiento, la accesibilidad de los medios profilácticos, la difusión de dispensarios que faciliten el diagnóstico y el tratamiento precoz; en otras, la defensa de prácticas intervencionistas o represoras llama particularmente la atención en una época en la que exigir a la mujer el certificado prenupcial todavía es considerado por algunos como una ofensa a su decoro y modestia, y la obligación de denuncia de enfermedades contagiosas era vista por muchos profesionales como una indebida intromisión en su prerrogativa de "secreto profesional".

El evidente sesgo del que es portadora la *mirada médica* cuando se posa sobre diferentes sectores sociales se manifiesta particularmente en estos casos, cuando las víctimas del flagelo, o aquellos que por su condición pueden ser encuadrados

⁹ La suma de los casos de sífilis primaria y secundaria, que había alcanzado a 237 en 1940 y 261 en 1941, llega a 309 en 1942, 535 en 1943 y 837 en 1944. Cifras referidas a nuevos enfermos atendidos en los dispensarios antivenéreos de la Asistencia Pública Municipal.

como "sospechosos" se convierten en objeto de manipulación de índole netamente represora.¹⁰

Mostrando en cierto modo la dispar evolución de las representaciones sociales sobre el problema, en algunos textos las modalidades de control se asocian a las prácticas sanitarias vinculadas a la higiene del trabajo, atribuyendo por extensión carácter de trabajadoras a las mujeres alcanzadas por la reglamentación. Valga como ejemplo el siguiente párrafo:

[...] mientras el Digesto Municipal exige en diferentes artículos que las personas que manipulan materias alimenticias (panaderos, lecheros, etc.) o que lavan y planchan ropa, que elaboran cigarrillos, etcétera, están obligadas a munirse de un certificado de sanidad, que periódicamente deben renovar, los otros grupos sociales especialmente importantes para la profilaxis por dedicarse de hecho al tráfico sexual no eran particularmente tenidos en vista por aquel código de ordenanzas y reglamentos, ni por la Inspección Técnica de Higiene del Municipio, que anualmente expide más de cien mil certificados de sanidad (17).

El abordaje de la cuestión en el nivel "macro"

Las consecuencias del abolicionismo parecen manifestarse con particular dureza en las regiones donde la presencia de guarniciones militares en territorios poco poblados determinaba un pronunciado desequilibrio entre la población masculina y la femenina. El informe presentado en la Cámara de Diputados en ocasión de discutirse la ley de Código Sanitario habla de "la inquietud en que vivían jefes militares a cargo de tropas en provincias y territorios nacionales" y la solución aportada por la "implantación de casas de tolerancia bajo la vigilancia de los comandos militares".

A facilitar esa solución se dirigió la modificación de los artículos 15º y 17º de la ley 12 331, incorporada por el decreto 10 638/44. Al artículo 15º, que sancionaba la prohibición del establecimiento de casas o locales destinados al ejercicio de prostitución, se le agrega la siguiente cláusula:

¹⁰ Algunos párrafos extractados de una publicación médica pueden ilustrar nuestro argumento. En ella se alega, por ejemplo, que las salas comunes de dermatosifilología no cubren las condiciones para el tratamiento obligatorio. "Allí se internan los enfermos voluntariamente, y se quedan porque así lo desean hacer, pero cuando haya que internar a los contagiosos por orden judicial y con intervención policial [...] las cosas cambiarán de aspecto y se deberá entonces contar con medidas de seguridad para evitar su evasión [...] Una vez dado de alta por haber dejado de constituir un peligro social, se encargará el Servicio Social de ejercer constante vigilancia para el estricto cumplimiento del artículo 7º de la ley, y en su defecto, las autoridades sanitarias solicitarán la colaboración judicial-policial". Poco más adelante se propone "realizar el examen médico sistemático, especialmente de los genitales, de todas las tripulaciones de los barcos mercantes que lleguen a nuestros puertos, en el momento de desembarcar, para proceder sin más trámite a la internación de todo tripulante que presente manifestaciones clínicas de afección sifiliticovenérea" (Russo, Francisco Gerardo, "Cómo erradicar la sífilis". S.M. LII (26):1107-1113, junio de 1945, págs. 1110/1111).

[...] con excepción de aquellas cuyo funcionamiento fuera autorizado por la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, con aprobación del Ministerio del Interior. Estas autorizaciones solo deberán otorgarse atendiendo a necesidades y situaciones locales, limitando su vigencia al tiempo en que las mismas subsistan.

En el caso del artículo 17º, que introducía sanciones penales aplicables a quienes sostuvieran, administraren o regentearan casas de tolerancia, el agregado se dirige a declarar no imputable "el simple ejercicio de la prostitución por la mujer en su casa, en forma individual o independiente, sin afectar el pudor público".

Según la interpretación de las autoridades de Salud Pública del gobierno peronista, estas modificaciones alteraban el espíritu de la ley 12 331, suprimiendo su carácter abolicionista e incorporando la reglamentación como alternativa.¹¹ La política del Ministerio se orienta en este sentido, favoreciendo el control sanitario de las mujeres dedicadas al comercio sexual, especificando el carácter penal de la actividad de proxenetas y rufianes, e intensificando las campañas de divulgación y el uso de medios profilácticos, a la vez que se promueve la obligatoriedad del certificado prenupcial para ambos cónyuges.

El Insituto de Higiene Social, propuesto por Carrillo en su Plan de Salud Pública, centralizaría la propaganda y educación antivenérea, la profilaxis individual y social, el registro de higiene sexual, el control médico prenupcial, laboratorios, etc. Una red de servicios antivenéreos denominados de Higiene Social cubriría la totalidad del país.

Aunque el plan del Ministerio se cumple parcialmente, dentro de los límites que caracterizan la gestión de Carrillo y marcan la tensión permanente entre su programa y los recursos disponibles para efectivizarlo, la labor parlamentaria dirigida a actualizar los contenidos de la ley de profilaxis tropieza con obstáculos planteados por múltiples fuerzas de diferente signo. La intervención del Estado en el campo social vinculado a la enfermedad despierta en estos años la oposición de sectores no necesariamente identificados en sus objetivos o en su delimitación de lo adecuado o correcto: quienes consideran el tema agravante para el sentido moral del pueblo argentino, quienes defienden a ultranza las prerrogativas del médico en el interior de la relación médico/paciente, quienes consideran que cualquier exigencia que ponga obstáculos adicionales o dificulte la realización del matrimonio alentarán las uniones irregulares y será un factor más de inestabilidad para la familia e inseguridad para su prole.

Ya en los últimos meses del gobierno peronista, y conformando un eslabón

¹¹ A la misma interpretación adhiere el miembro informante en Senadores, cuando en julio de 1959 se discute la adhesión argentina al Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena, adoptado por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1949. Se pregunta el senador Guzmán: "¿con las reformas que introduce el decreto ley 10 638/44 [...] continúa nuestra legislación dentro del sistema abolicionista?" De inmediato formula su respuesta: "Personalmente entiendo que la reforma al artículo 15 crea excepciones sin límite, libradas al criterio del Poder Ejecutivo de la Nación, de forma que cuando este así lo entienda, puede autorizar la apertura de prostíbulos en cualquier parte del país; esto significa el regreso al sistema reglamentario" (C.S.D.S., 1959, T. I, reunión 25ª, julio 30:652-663, pág. 655).

más en su conflicto con las autoridades eclesiásticas, el Poder Ejecutivo Nacional dicta el decreto 22 532 del 30 de diciembre de 1954, por el cual se faculta a los gobiernos de provincia y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a autorizar la instalación de prostíbulos. Su derogación conformará una de las primeras medidas tomadas por el gobierno militar luego de la expulsión de las autoridades constitucionales.

En realidad, la preocupación social asociada a venéreas se cierra con la generalización del uso de la penicilina. Lo reconoce explícitamente un comunicado del Ministerio de Salud Pública dado a conocer en abril de 1949: "La prostitución es solo en pequeña parte un problema de salud pública; en el estado actual de la ciencia médica, el problema sanitario con la penicilina es mínimo (18).

La estrecha asociación entre control de la prostitución y control de las enfermedades venéreas que había dominado la discusión en torno a las consecuencias sociales de las políticas relacionadas con la organización de casas de tolerancia, remitiendo a argumentos de índole genético-biológica posiciones abolicionistas, reglamentaristas o prohibicionistas cuya base de sustentación correspondía en realidad a fundamentos de tipo religioso, moral, o de policía de costumbres, pierde rápidamente sustento. La enfermedad como amenaza para la preservación del orden social, el estigma como castigo de prácticas sociales vinculadas a la ignorancia, el vicio, la corrupción en las formas de vida, dejan de servir como estandarte en la discusión entre abolicionistas y reglamentaristas.

La polémica sin duda persiste, oposiciones más o menos explícitas obstaculizan la implantación de políticas definidas desde el poder estatal, pero el debate se instala fuera del ámbito de resonancia vinculado a la salud-enfermedad.

LA SALUD-ENFERMEDAD MATERNOINFANTIL

La madre y el niño [...] no constituyen, como se ha dicho alguna vez, un binomio, ni los dos términos de un problema, sino una unidad biológica imposible de disociar (19).

La idea que lleva a reconocer una unidad indisociable entre la gestante y el producto de la concepción, entre la madre que amamanta y el lactante, formulada originalmente por Araoz Alfaro, orienta las perspectivas de organización de los servicios de maternidad e infancia a partir de la tercera década del siglo.¹²

En efecto, hacia 1920, la escasa medicalización del parto, acontecimiento que todavía se producía en significativa proporción en los hogares y era atendido en el

¹² "En la protección eficaz al niño, la preocupación por la futura madre es capital. Para que el niño crezca sano y fuerte, para que después pueda nutrirse normalmente y crecer sano y vigoroso, hay que asegurar a aquella, desde la gestación, su propia salud, desde luego, y además una vida cómoda y tranquila, sin preocupaciones ni sobresaltos, sin trabajo excesivo ni deletéreo [...] conviene, por otra parte, recordar que esas medidas de adecuada asistencia antes del parto, en el trance mismo y en los días ulteriores, aseguran, también la salvación de más de la mitad de los niños que sucumben en las primeras cuatro semanas de la vida por accidentes e infecciones perfectamente evitables". (Araoz Alfaro, Gregorio. Conferencia pronunciada en el Instituto Popular de Conferencias. *La Prensa*, 26-IX-1931.)

mejor de los casos por parteras, reduce la capacidad de intervenir en situaciones críticas a través del control del embarazo.

La Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires había creado en 1898 la Dirección de Protección a la Primera Infancia, que presumiblemente no comenzó a operar hasta los primeros años del nuevo siglo, desarrollando su labor a través de dispensarios de lactantes, institutos de puericultura e inspección de nodrizas. Dos décadas más tarde comienza a plantearse que la acción de estas instituciones es insuficiente, no solo porque no alcanza a cubrir a la totalidad de la población sujeta a riesgo, sino también porque descuida a la embarazada, obstaculizando prácticas preventivas que podrían mejorar su situación en términos tanto médicos como sociales.

El problema médico y social que orienta la reflexión es, sin duda, la mortalidad infantil. Es verdad que las tasas mejoran de manera sostenida en la Capital del país: 145 por mil en 1893, 67,2 en 1929, 52 por mil en 1936. Pero la alarma está justificada por la persistencia de tasas muy altas en algunas regiones del interior, agravada por la convicción del subregistro. Pero hay otra cuestión: según el mismo Araoz Alfaro, un análisis exhaustivo de las causas de la mortalidad infantil indica que aun en la Capital Federal un porcentaje importante se adscribe a la categoría de las muertes *evitables* (20).

Para el total del país el problema es aun más evidente: en el quinquenio 1923-1927 el 30% de la mortalidad infantil corresponde al grupo de las afecciones digestivas. Respecto a la Capital Federal, una investigación realizada por secciones dio como resultado para la sección de mortalidad baja (51 por mil) la inclusión en ese grupo de menos de 1% de las muertes, en la sección de mortalidad elevada (90 por mil) llegaban al 25,4%, escasamente menor al de la ciudad de Tucumán (26,2%).

En el mismo período, 18% del total de defunciones se asigna a la categoría "enfermedades congénitas y del recién nacido". Buena parte de las mismas se atribuye a mala asistencia obstétrica, tétanos o infecciones producidas en el parto, también se incluye en el grupo la "debilidad congénita", atribuida a antecedentes de sífilis o alcoholismo en los descendientes, trabajo excesivo de las madres y malas condiciones de vida. Las afecciones agudas del aparato respiratorio, asociadas con el hacinamiento y deficientes condiciones de higiene y abrigo, responden por un 15% de las defunciones, y las enfermedades infecciosas específicas, coqueluche, difteria, paludismo, sífilis y tuberculosis, por 10% de la mortalidad infantil total.

Puede hablarse de causas congénitas, causas sociales y causas médicas (21), pero si en las causas congénitas pesa la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo, y en las causas médicas las insuficiencias o fallas en la atención, en última instancia es la sociedad la que debe hacerse cargo del problema.

Una de las primeras formas de intervención es el aumento de la medicalización, ya se hable de asistencia obstétrica o de puericultura pre y post natal. Las instituciones de la ciudad puerto son las primeras —¿las únicas?— en desarrollarse. Al crecimiento de la capacidad de internación en las maternidades se agrega la atención maternal a domicilio, y la oferta se expande, aunque la integralidad de las acciones quede relegada a mera formulación en propuestas de cambio. En la década del treinta todas las maternidades incorporarán a sus actividades el "servicio social".

En 1936 y a partir de un proyecto presentado por Alfredo Palacios, se sanciona la ley nº 12 341, que crea la Dirección de Maternidad e Infancia como dependencia del Departamento Nacional de Higiene, con jurisdicción en todo el territorio nacional. Por su artículo 7º el nuevo organismo debía "propender a que todo núcleo de población posea, cuando menos, un centro de higiene maternal e infantil". Sin embargo, los recursos con que se la dota para cumplir un objetivo tan ambicioso son excesivamente exiguos: un millón de pesos moneda nacional, 0,001% del presupuesto de la Nación (22).¹³

La Dirección de Maternidad e Infancia reemplaza a la Sección de Protección a la Maternidad e Infancia, también dependiente del Departamento Nacional de Higiene y creada por decreto del Poder Ejecutivo en noviembre de 1923. De ella dependían a la fecha de sanción de la ley 12 341 seis dispensarios de protección maternal e infantil ubicados en las ciudades de Tucumán, Jujuy, Catamarca, San Luis, Posadas y Monteros (provincia de Tucumán), y cuatro centros de protección maternal e infantil en Santa Rosa, San Juan, Salta, Avellaneda y Mercedes (provincia de Corrientes) (23).

Puede ser conveniente señalar que, en realidad, la versión original del proyecto creaba un Departamento, autónomo y con presupuesto propio, orientado, según la concepción predominante, a coordinar las instituciones existentes, administrar los subsidios otorgados por el Estado y vigilar el desempeño de las instituciones privadas, provinciales y municipales, dentro de la modalidad organizativa de programa vertical con unidad de comando, que también se adoptará poco más tarde para la lucha contra la tuberculosis. Esta capacidad de coordinación control se mantiene en la nueva Dirección.

Un capítulo relativamente independiente de la ley recupera una cuestión estrechamente vinculada en la época con las causas sociales de la mortalidad y la desnutrición infantil: la lactancia materna. El artículo 14º sanciona el deber de toda madre de amamantar a su hijo; el 15º le prohíbe amamantar un niño ajeno hasta que el suyo no haya cumplido cinco meses de edad.¹⁴ Buena parte de la discusión en Diputados gira en torno a la institución del "lactario", instrumento imaginado para "organizar" en las mejores condiciones posibles la debatida práctica de la "lactancia mercenaria".

Según uno de sus más entusiastas impulsores, el lactario "es una institución del Estado que, sin fines de lucro, tiene un propósito médico social que consiste en extraer, conservar y distribuir leche materna y evitar los inconvenientes de la lactancia mercenaria" (24).

En el debate de Diputados, en 1936, el lactario tiene defensores y adversarios. Las diferentes perspectivas combinan un aspecto técnico —las consecuencias sobre

¹³ La tarea por hacer era inmensa. Valga como ejemplo la descripción realizada en Diputados de las condiciones de la atención del parto en una provincia del interior: "En Catamarca no existen sino tres parteras diplomadas, incluida la del hospital, de esto resulta que hay una cantidad enorme de parturientas atendidas por mujeres ignorantes y carentes de higiene [...] De 736 nacimientos habidos en Catamarca en el año, 235 se produjeron en el hospital y 407 en los domicilios particulares, ignorándose el paradero de 95 niños." (C.D.D.S., año 1936, T. IV, reunión 34ª, noviembre (6):615-645, pág. 641.)

¹⁴ Dos proyectos en el mismo sentido habían sido presentados por el diputado Leopoldo Bard (C.D.D.S., 1926, T. IV, reunión 54ª, setiembre 21:42-47, y 1928, T. I reunión 8ª, julio 2:427-432)

la glándula mamaria del vaciado completo por medios mecánicos--- y varios aspectos sociales. Entre estos, los más significativos se relacionan con la comercialización de la leche así obtenida, el precio que por la misma se paga a las dadoras y la legitimidad de la introducción de la actividad privada en el sistema.

Este debate fragmenta la aparente homogeneidad de criterios manifestada en el diagnóstico de las causas de la mortalidad infantil. El reconocimiento de la incidencia dominante de cuestiones sociales —pobreza, ignorancia, ilegitimidad, hacinamiento, trabajo excesivo durante el embarazo, deficiente higiene de los alimentos— conduce a que la sanción de la ley se presente, en la discusión en el Senado, como una "tregua" en el debate político, afirmándose que el proyecto "había despertado la conciencia colectiva respecto a deberes no cumplidos" (25). El consenso se quiebra en función del desacuerdo en torno a los roles del sector privado y el público, y las consecuencias de la incorporación de la búsqueda de "lucro" en la atención de los servicios de salud.

Un importante componente del diagnóstico de riesgo para la embarazada y su bebé, el trabajo excesivo en las últimas semanas de embarazo, se regula por cuerda separada, incorporándose a la legislación de condiciones de trabajo.

Los primeros antecedentes corresponden a la llamada ley Palacios, N° 5219, sancionada en 1907, por la cual se establecía que la madre podía dejar de concurrir a su trabajo hasta los 20 días subsiguientes al parto, debiéndosele reservar el empleo, y sendos proyectos presentados por la bancada socialista en Diputados en 1915 y 1918. En su articulado se prohibía a todo tipo de establecimientos o instituciones el empleo de mujeres treinta días antes y treinta días después del parto, estableciéndose una contribución tripartita (empleada, empleador, Estado) a los fines de asegurar un subsidio equivalente al respectivo salario o sueldo. La cuestión se regula dos décadas más tarde con la sanción de la ley n° 11 933/34 que establece las Cajas de Maternidad, determinándose la cesación de la actividad laboral durante las seis semanas anteriores y posteriores al parto.¹⁵

Dentro de la misma orientación que conduce a promover y garantizar desde el Estado prácticas sociales de previsión y protección a las familias, se comienza a discutir, también en los años treinta, el otorgamiento de asignaciones familiares.¹⁶

El problema en los años cuarenta

Con el apoyo de estadísticas relativamente confiables, el problema de la mortalidad infantil permite, a comienzos de los años cuarenta, alguna especulación sobre posibles causas. Insuficiente extensión del saneamiento, déficit de vivienda, analfa-

¹⁵ Para la misma época (primera mitad de la década de 1930) se discuten proyectos complementarios o ampliatorios basados en el seguro de maternidad. Cf. Obarrio, Juan M. "Proyecto de protección de la empleada municipal embarazada", *S.M.* XL (44):1687-1689, noviembre de 1933, Rodríguez, Germinal, "El seguro de maternidad: su importancia social", *S.M.* XL (28):96-98, julio de 1933).

¹⁶ Cf. Rodríguez, Germinal, "Los subsidios familiares: su importancia social", *S.M.*, XL (30):252-257; y C.D.D.S., año 1939, T. I, reunión 4ª, mayo 17:101-104. Proyecto de la ley de defensa contra la denatalidad, y salario familiar.

betismo y semianalfabetismo, carencias alimentarias,¹⁷ son los factores que se asocian con el lento retroceso de las muertes infantiles evitables.

En algunos análisis se asocia mortalidad infantil y baja natalidad para alertar ante el débil crecimiento de la población argentina. La "denatalidad" se transforma en cuestión socialmente problematizada en la Argentina de los años cuarenta, verosímelmente en compleja interrelación con el valor adjudicado en esos años al "capital humano", tanto en su capacidad productiva como en su potencialidad bélica. Si en el interior del país los índices de natalidad siguen siendo relativamente satisfactorios, "ese exceso de crecimiento es destruido por la mortalidad aumentada de la infancia" o mientras "el raquitismo y la degeneración orgánica por carencia alimenticia hacen el resto" (26).

La restricción voluntaria de la natalidad, que produce en Buenos Aires y Rosario, las dos mayores y más ricas ciudades argentinas, el "vergonzoso" índice que "apenas alcanza" el 13 por mil, se vincula en la época con causas "morales": intenso egoísmo, ambición de lujo, renuncia al sacrificio, "disminución del sentimiento de maternidad" y "distanciamiento y desarmonía en el matrimonio". Pero también se asocian al problema causas económicas: salarios insuficientes, especulación en el comercio de artículos de primera necesidad, predominio del latifundio (27).

La mortalidad infantil que en 1940 era del 90 por mil nacidos vivos, había descendido al 68 por mil en 1950. La situación seguía siendo, sin embargo, desfavorable en términos relativos, ya que la información proporcionada por las Naciones Unidas identificaba 25 países con mortalidad infantil inferior al 50%. Aun considerando solo aquellas naciones que proporcionaban información completa y confiable, la Argentina había retrocedido desde el decimocuarto lugar en 1940 hasta el decimoctavo diez años más tarde, habiendo sido superada por Japón, Francia, Bélgica e Italia (28).

En el curso de esa década, la preocupación por la salud infantil no solo se había beneficiado con la difusión de los antibióticos, también se habían tornado disponibles y obligatorias las vacunas contra la difteria y coqueluche y se había generalizado el uso de la BCG. En 1948, se dispone ampliar la capacidad instalada destinada a la atención de enfermedades infectocontagiosas en la infancia (ley 13 022), se crea el Instituto Nacional de Puericultura y el Instituto de Heine Medin.

La parálisis infantil constituye, en esos años, un nuevo flagelo, con características que se tornan cada vez más alarmantes. La incidencia de la enfermedad se reconocía en el país con carácter endémico desde fines del siglo pasado, comenzando a registrarse cierta inquietud por el aumento en el número de casos a partir de 1909, contemporáneamente con la detección de brotes epidémicos en San Pablo y Montevideo. Una segunda epidemia, en 1916-1917 y otra en 1919-1920 permiten formular pronósticos negativos sobre el futuro de la enfermedad, caracterizando de antemano una modalidad de desarrollo que se confirmaría en los años treinta:

¹⁷ Las disponibilidades de leche se calculan en 100 cm³ diarios por persona en el oeste del país, y son aún inferiores en el norte y el noroeste, a comienzos de los años cincuenta. (Maurin Navarro. "Síntesis gráfica sobre características cuantitativas estructurales y dinámicas de la mortalidad infantil argentina". *Rev. A.M.A.* LXIX (795/796):128-135, mayo de 1955).

"frecuencia en brotes, extensión en población y trascendencia en morbilidad" (29).

En 1924-1925 se registran focos epidémicos en Buenos Aires, Entre Ríos, Jujuy y el Chubut. En Rosario se abre un nuevo foco epidémico en el que se registra un número "alarmante" de casos, un segundo brote en 1926-1927 y tercero en 1932-1933. En el centro y norte del país la primera epidemia significativa se produce en 1934-1936; en la Capital Federal la relativa "normalidad" registrada a partir de 1925 se quiebra en 1935-1936. A partir de ese momento comienzan a alentarse las tendencias progresivamente invasoras y los brotes se suceden a intervalos más cortos, hasta llegar a los años cincuenta, en que las manifestaciones se toman bienales: 1952-1953, 1955-1956. Los aproximadamente 1000 casos registrados en 1935-1936 se han transformado en 6500 veinte años más tarde (30).

La situación en el umbral de los años sesenta

La epidemia de 1956 se abate sobre el país agitando la opinión pública con relieve de auténtica calamidad. Pone dramáticamente de manifiesto las insuficiencias del sector público para hacer frente a la emergencia.¹⁸

Es imposible precisar con certeza dónde se deben ubicar las responsabilidades. En ese momento se acusa a la "dictadura depuesta" por haber ocultado la magnitud de la epidemia de 1953, no dando a conocer las cifras relativas a casos producidos. De todos modos, la respuesta del gobierno militar también se manifiesta tardía e insuficiente en términos de eficacia.¹⁹ La difusión de la vacuna Salk, que se produce en ese mismo año, resulta providencial en función del futuro.

Pero no solo la parálisis infantil actúa como detonante de la preocupación por una insuficiente respuesta social ante condiciones de salud/enfermedad en el umbral de los años sesenta. La mortalidad infantil vuelve a entrar en la discusión como expresión de condiciones de vida inaceptables para buena parte de la población trabajadora.

Si al comienzo de los años cuarenta el conventillo, en ese momento en proceso de desaparición, se utiliza como ejemplo de situaciones de desigualdad social con graves consecuencias para el normal desarrollo de la infancia, hacia el final de la década siguiente se atribuirán condiciones semejantes a las "villas miseria".

¹⁸ En marzo de 1956 llega al país la directora de la Fundación Nacional contra la Parálisis Infantil de los Estados Unidos. Entrevista al presidente Aramburu y luego hace "una exposición clara y decidida de sus observaciones respecto al estado en que había hallado los centros de la infección poliomiélica y de la lucha contra ese mal. Puntualizó con energía que no se trataba de un brote sino de una epidemia que sorprendió totalmente a la población carente de los elementos imprescindibles, reveladores de una total inoperancia en materia sanitaria preventiva" (*La Nación*, 15-III-1956).

¹⁹ El subsecretario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Elizalde, trazando un panorama de la situación sanitaria que halló el gobierno de la Revolución Libertadora al hacerse cargo de los destinos del país, expresó que la dictadura había ocultado las cifras reales de la epidemia de 1953, por convenir así a sus planes políticos" (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Boletín del Día* 28-III-1956). Pocos días antes el presidente provisional había tenido la poca feliz ocurrencia de apelar al carácter subsidiario de la acción del Estado: "no nos engañemos, el gobierno nunca ha sido ni podrá ser quien lo haga todo" (*La Nación*, 17-III-56).

La comparación de los datos censales de 1947 y 1960 pone de manifiesto el explosivo crecimiento del conurbano bonaerense. La subregión tenía 1 700 000 habitantes en 1947 y 3 800 000 en 1960, concentrando el 56% de la población de la provincia de Buenos Aires. Los técnicos en salud califican las dimensiones del fenómeno integrándolo en la categoría de las "magnitudes imprevisibles":

Ante la ausencia de una mínima política canalizadora de esta corriente migratoria que previniera y controlara, en cierta medida, los clásicos problemas urbanísticos, económicos, educacionales, sociales y sanitarios, estos no tardaron en hacerse presentes. Es ya un lugar común el pavoroso problema de la región conurbana o Gran Buenos Aires (31).

Entre la Capital Federal y el Gran Buenos Aires se censan 80 "villas miserias", con poblaciones que van desde 45 000 a 1000 habitantes, reuniendo alrededor de 300 000 personas. En dramática correspondencia, las cifras de mortalidad infantil en la provincia de Buenos Aires entre 1930 y 1960 muestran que el único período de descenso se registra entre 1938 y 1948, antes o después las tasas se mantienen estacionarias, o en aumento. El ritmo marcado por las cifras es relativamente nítido: 77,1% en 1930, 79,5% en 1938, 51,3 en 1948, 52,3 en 1960 (32).

A lo largo de 1958 y 1959 la mortalidad infantil se constituye en un problema prioritario para las autoridades de salud pública, que siguen reconociendo a las enfermedades gastrointestinales como principal causa de las muertes. La lucha se organiza en forma de campañas verticales encaminadas a la educación sanitaria de las madres. Estadísticas reconocidamente incompletas estiman en 30 000 las muertes infantiles anuales, de las cuales entre 12 000 y 15 000 se atribuyen a las diarreas estivales (33).

No se puede acusar a las autoridades de desconocer las verdaderas causas del problema. En una reunión convocada por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, a la que concurren ministros provinciales, profesores de Pediatría e Higiene de las distintas Facultades de Medicina, un representante de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires y delegados de la Sociedad Argentina de Pediatría y de otras entidades privadas de protección maternoinfantil se las enumera exhaustivamente:

en su incidencia actúa una constelación de factores epidemiológicos, íntimamente entrelazados, entre los que juegan papel preponderante el insuficiente abasto de agua potable; escasez y mala calidad de la leche en las distintas zonas —a pesar de que el país produce la cantidad necesaria para subvenir a sus necesidades—; el deficiente "control" de los residuos excrementicios y basuras; la mala nutrición; la ausencia de una lucha organizada contra las moscas y la escasa educación sanitaria de las poblaciones (34).

Ni siquiera en el reducido espacio de la atención médica se reconoce a Salud Pública capacidad de intervención suficiente. En el mismo documento se señala que poner en vigencia las disposiciones de la ley N° 12 341, de maternidad e infancia, sancionada en 1936, requeriría recursos estimados en 50 millones de pesos.

Un mes más tarde, sin embargo, se acuerda al Ministerio un crédito extraordinario de 100 millones de pesos, "destinados a la creación y funcionamiento de

doscientos centros de higiene infantil en todo el país" (35). Un año después, los centros no se han habilitado, y el ministro Noblía anuncia la creación en todo el país de "466 puestos de hidratación destinados a lactantes" (36).

Alfredo Palacios se encarga de reiterar en esos años la denuncia de las condiciones de vida de las poblaciones olvidadas del interior del país, abogando por buenos servicios de agua, edificios escolares, buena alimentación, servicios médicos. En un discurso pronunciado en ocasión de la campaña electoral de comienzos de 1958 señala además el aparente fin de la situación privilegiada de la Capital: "[...] ahora, como un castigo de la Némesis de los griegos, distribuidora de la suerte y la desgracia, es Buenos Aires, la gran Buenos Aires, la que acaba de ser víctima del flagelo de la mortalidad infantil" (37).

El mismo Palacios defiende en la Cámara de Senadores, en 1961 su proyecto de modificaciones de la ley de Protección a la Maternidad e Infancia. "Yo he visto la hecatombe de niños producida por la miseria", afirma. Poco tiempo antes el Decano de la Facultad de Medicina se había referido al problema como "masacre pacífica". Señala Palacios en su fundamentación los escasos avances logrados en el país entre 1950 y 1958 en lo referente al control de la mortalidad infantil, la incidencia de la sífilis congénita, la tuberculosis, el escaso porcentaje de hogares con servicios de agua potable, aun en los medios urbanos. En partidos como La Matanza o Lomas de Zamora, afirma, se ha involucionado hasta llegar al suministro de agua por medio de carros aguateros, "a razón de diez o doce centavos el litro, o sea 100 ó 120 pesos el metro cúbico". En la Argentina se registra la "situación inconcebible" de ser el único país que ha disminuido, entre 1934/1938 y 1954/1958, sus disponibilidades y consumo de proteínas lácteas (38).

LAS REPRESENTACIONES DE LA SALUD LABORAL

Por lo menos tres modalidades de abordaje de los problemas de la salud-enfermedad laboral pueden diferenciarse en los años treinta. A veces superpuestas en algunas manifestaciones pueden, sin embargo, diferenciarse conceptualmente en función del eje de significación sobre el que se articula el problema. Uno de ellos sería la idea de mejorar las condiciones de trabajo por razones a la vez *humanitarias* y *utilitarias*: no solo tiene el trabajador, en tanto ser humano, el derecho a gozar de condiciones adecuadas de trabajo, la cuestión interesa también al empresario, pues de ese modo mejora la productividad obrera. Una segunda perspectiva se respalda en fundamentos presentados como *científicos*: cada individuo, conforme a su biotipo, puede insertarse más o menos adecuadamente en diferentes ocupaciones. El interés social e individual se conjuga en la búsqueda del *lugar que corresponde a cada uno*.

Por último, una perspectiva *técnica* señala una preocupación creciente por determinar vinculaciones entre determinados ambientes y procesos de trabajo y condiciones de salud-enfermedad.

La primera perspectiva es abordada por socialistas y católicos en la segunda y tercera década del siglo. Una visión no fundamentada en lo técnico, que supone la higiene y seguridad en el trabajo como un problema que pasa fundamentalmente por

la decisión política, por el acuerdo de voluntades, que pueden conducir a la remoción de determinados obstáculos a partir de una toma de conciencia sobre aspectos de interés común. Se trata en general de proyectos de ley en los cuales las especificaciones técnicas se remiten al decreto reglamentario. Los fundamentos pasan por el beneficio que supone para obreros y patronos la reducción de accidentes y lesiones, el interés en "preservar la salud física y moral de la raza", su estrecha vinculación con la prosperidad general y el porvenir económico de la Nación (39).

El segundo de los modelos conceptuales que hemos procurado diferenciar, basado en la determinación del biotipo individual con el objeto de procurar una mejor adecuación entre las características personales de cada sujeto y la tarea a su cargo, es más complejo, e incluso podrían señalarse diferencias de matiz entre los defensores de este tipo de abordaje, muy difundido hacia el final de los años treinta.

Una primera manera de considerar el problema se asienta sobre criterios de control: detectar la desviación, de manera de asegurar al empleador y a la sociedad una fuerza de trabajo sana, disciplinada, en óptimas condiciones de productividad.

Cuando en julio de 1928 el diputado Leopoldo Bard presenta un proyecto de creación de consultorios externos y dispensarios de salud mental, alega en su fundamentación los beneficios de orden general que podría deparar la medida. Entre ellos, la posibilidad de que grandes y pequeños industriales depuraran su personal a partir de una práctica ya establecida en Suiza y Alemania, exigiendo "el control de la capacidad técnica desde el punto de vista psíquico", que se expresaría en un certificado de orientación profesional (40).

En el mismo sentido se inscriben las propuestas de implementación de un *carnet* obrero, en el que constaran los antecedentes de salud-enfermedad, que pasaría a conformar un "calificativo de aptitud y capacidad para el trabajo", y serviría como instrumento de prueba de las efectivas condiciones de salud del obrero en posibles conflictos originados por la aplicación de la ley nº 9688. Como bien dice su proponente, no sería necesario darle carácter obligatorio, paulatinamente los patronos o las compañías de seguro, cuando comprobaran los beneficios resultantes, terminarían por generalizar su uso, exigiéndolo como condición para el ingreso (41).

En otra perspectiva, el biotipo es un elemento más en el interior de una concepción organicista de la totalidad social. La sociedad necesita a todos sus miembros, las diferencias individuales se adecuan funcionalmente al cumplimiento de roles diversos. La fraternidad y la solidaridad social están impuestas por esa interdependencia mutua. El criterio ordenador será, según las palabras del creador de la escuela biotipológica italiana: "cada hombre en su *justo* puesto con sus aptitudes psicopsíquicas y sus incapacidades" (42).²⁰ En el mismo con-

²⁰ "Efectivamente, la miseria es causa de males físicos y morales y de perturbaciones políticas; el obrero sano y alimentado suficientemente es un ciudadano recto, tranquilo y disciplinado, artífice seguro y eficaz de su país. Por lo demás, el salario justo es estímulo de la educación, de la instrucción profesional, del perfeccionamiento moral, de los hábitos de higiene, luchando así contra el alcoholismo, el juego, las malas pasiones. En fin, conjuntamente con el seguro de maternidad, es una medida de política demográfica, representando no solo una profilaxia contra la denatalidad [...] sino también prepara generaciones más sanas y fuertes para el porvenir de la Nación, mejor alimentadas y mejor defendidas material y moralmente" (Boccia, Donato. "Asistencia social del trabajador". *S.M.* XLV (43):970-974, setiembre de 1938, pág. 973.)

junto de ideas se integran propuestas de asistencia y previsión, seguros sociales, salario familiar, convenciones colectivas de trabajo, etcétera.

En 1942 Nicolás Di Genaro presenta en diputados un proyecto de creación del Departamento Nacional de Medicina del Trabajo. Entre sus objetivos se cuenta la realización de "estudios y fichado biotipológico, clínico social, del hombre de trabajo"; en su fundamentación se habla de elevar el nivel social del trabajador, amparar con normas científicas la aplicación de sus energías, beneficiarlo con "una justicia retributiva y distributiva, en concordancia con sus aptitudes y servicios" (43). En este contexto el biotipo se integra con la muy difundida apelación a la "justicia social".

La gran difusión que tienen en esos años las concepciones biotipológicas en el pesamismo sanitarista argentino, y la posible repercusión de los congresos de Medicina del Trabajo²¹ que comienzan a reunirse con relativa frecuencia, deben haber influido sin duda para que esta modalidad de abordaje penetrara también en propuestas con menos carga ideológica y más pretendidamente científico-técnicas.

La intención de relacionar aptitudes o disposiciones individuales y categorías de inserción laboral otorga contenidos al capítulo de la "previsión higienista" o "psicotecnica profesional", que en esos años comienza también a integrarse en el campo más amplio de la medicina preventiva. En este caso se habla de "efectos selectivos" en función de la "capacidad orgánica, física, fisiológica y psíquica" de cada individuo (44).

La tercera y última modalidad de aproximación al problema de la salud-enfermedad laboral a que nos hemos referido supone un avance en la posibilidad de vincular de manera más específica determinados procesos de trabajo con las consecuencias fisiopatológicas observables en el trabajador, y presenta por lo menos tres ángulos de abordaje:

- a) la preocupación por catalogar sustancias nocivas o tóxicas o el interés asociado al desarrollo de la fisiología industrial (45);
- b) el estudio de los riesgos específicos inherentes a determinadas industrias (46), y
- c) el análisis de la distribución en la población obrera de determinadas patologías, siendo los casos más significativos la tuberculosis, el cáncer y las alteraciones en la gestación (47).

Continuidades y matices

En algunos textos el énfasis se coloca en las enfermedades del trabajo, en otros en la salud de los trabajadores: no solo la medicina curativa o preventiva, también

²¹ Entre las ponencias presentadas al Primer Congreso de Sociología y Medicina del Trabajo figuran las siguientes: "La selección científica del trabajador", "Factores biotipológicos en la especialización de la industria", "Problemas psicotécnicos que plantean las distintas especializaciones en la Armada", "La selección biológica y psicológica en la aviación" ("Primer Congreso Argentino de Sociología y Medicina del Trabajo", *S.M.* XLVI (37):644, setiembre de 1939).

la previsión y asistencia social asumen como objeto de preocupación el mundo del trabajo. A lo largo de los años cuarenta y aun en buena parte de los cincuenta la relación laboral se convierte en uno de los ejes de intervención de la medicina: condiciones y medio ambiente de trabajo, adecuación entre el individuo y su función, organización de los servicios de atención médica en el interior de las empresas, protección del trabajador y su familia: son problemas sociales para los que la medicina se propone con potencial de intervención eficaz.

Si bien la acción del Estado se hace sentir de manera creciente en la esfera de la salud laboral, la preocupación de la medicina, tanto en aspectos técnicos como sociales, la precede y acompaña, mostrando un notable proceso de expansión del campo, vinculado sin duda con el desarrollo de la industrialización sustitutiva de importaciones a partir de los años treinta.

La preocupación por las condiciones de enfermedad en nuevas y viejas industrias no muestra hiatos ni cambios aparentes entre los años treinta y los cuarenta, como señalábamos al comienzo de este capítulo. Las temáticas se reproducen, ampliadas en ocasiones, y las discontinuidades se presentan solo como diferencias de matiz.

El interés en la temática por parte de las revistas médicas parece estimulado por la preocupación de los médicos legistas, obligados a interiorizarse de aspectos técnicos de compleja dilucidación para fundamentar su actuación como peritos en juicios relativos a la aplicación de la ley N° 9688, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Las dificultades en la interpretación y aplicación de sus disposiciones y la falta de actualización de su articulado en lo relativo a la inclusión de determinados procesos o sustancias de carácter tóxico o potencialmente patógeno, constituyen una cuestión problematizada en los años treinta, que dará nacimiento más tarde a un nuevo campo de especialización, el de la medicina industrial.

En la esfera estatal la superposición de jurisdicciones otorga competencia en el tema a la Sección de Higiene Industrial del Departamento Nacional de Higiene y a la Inspección Médica del Trabajo, creada en abril de 1941 como dependencia del Departamento Nacional del Trabajo. En la organización de lo que sería el Ministerio de Salud Pública del gobierno peronista las cuestiones vinculadas a salud laboral recaen en la Dirección de Medicina Tecnológica.

La diferenciación temática

A lo largo de los años cuarenta la cuestión del biotipo parece ir perdiendo progresivamente terreno en las disquisiciones sobre salud laboral. Cuando algún texto la incorpora, suele utilizarla para mostrar la posibilidad de prácticas preventivas que permitan separar a individuos particularmente lábiles de aquellas tareas potencialmente peligrosas para su salud. La presencia del médico en los lugares de trabajo, las revisiones periódicas, no se vinculan ya con la función clasificatoria, con el impulso taxonómico, que se le asignaba en los momentos de mayor impacto de las doctrinas biotipológicas. Hay un desplazamiento de la preocupación desde lo individual hacia lo colectivo: el médico es un técnico que no solo analiza organismos procurando detectar situaciones que puedan aumentar el riesgo presente en los pro-

cesos de trabajo, también está en condiciones de asesorar al empresario en función de disminuir la incidencia de ese riesgo para todos los trabajadores. Las conferencias y reuniones promovidas por la Oficina Internacional del Trabajo comienzan a citarse cada vez con mayor frecuencia como fuente de información orientada a mejorar la higiene y seguridad industrial.

Deberá legislarse estrictamente sobre la construcción y servicio sanitario de las fábricas, la iluminación industrial, el término medio de la calefacción, la ventilación, la eliminación de elementos tóxicos o irritantes de la atmósfera y de los residuos industriales [...] Es de urgente necesidad el estudio de las medidas defensivas para los obreros, a objeto de evitarles los inconvenientes ocasionales por el calor: en los altos hornos o fundiciones; por el frío: en las cámaras frigoríficas; por la humedad: en las hilanderías, lavaderos, tintorerías, fábricas de jabón; por la presión barométrica: a los buzos; por la luz: a los mineros y obreros que trabajan con arco voltaico (48).

Para la misma época, como una prueba más del eclecticismo propio del pensamiento médico social argentino, el subdirector del Instituto Argentino de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, se atreve a enumerar la propuesta de uno de sus maestros más prestigiosos, el italiano Pende. El estudio del biotipo se sintetiza en la obra de Pende en una pirámide cuadrangular, cuya base está formada por la herencia y sus caras por "el hábito morfológico, el medio dinámico hormonal, el carácter y la inteligencia". Su discípulo argentino propone lo que llama "pirámide de la asistencia integral del trabajador", que tendrá por base el estudio del biotipo, pero será complementada incorporando a sus caras la previsión o seguros sociales, la asistencia preventiva, la curativa o sanitaria y la económico-jurídica. "El ápice de la pirámide es la resultante integral de la tutela del trabajador bajo sus aspectos físicos, morales, sociales y políticos." Con la mezcla de ingenuidad y suficiencia que impregna buena parte del pensamiento médico social en estos años, y la explícita imbricación de supuesto conocimiento científico con ideologías de control social, que en buena parte sustenta el paso desde la perspectiva individualizante a la colectiva, el texto que citamos puede servir como referente de las características multiformes del proceso de cambios. Cuando el control que la sociedad ejerce sobre sus sectores más débiles o insuficientemente adaptados se traslada desde los individuos hacia algún tipo de colectivo: el equipo de trabajo, los empleados de las empresas particularmente riesgosas, los trabajadores en su conjunto, se produce una mutación sustantiva: el mecanismo controlador deja de tener efectos excluyentes y se orienta a incorporar, a convertir en parte.

Ampliación del alcance de las disposiciones de la ley N° 9688

En los últimos años de la década del treinta y primeros de la del cuarenta, las insuficiencias de la ley 9688 son atacadas desde diferentes ángulos. El primero, más directo, se vincula con la necesidad de ampliar la nómina de enfermedades profesionales contenidas en el artículo 14° de su decreto reglamentario. El Poder Ejecutivo se muestra sensible a tales demandas y tres decretos se orientan a actualizar la protección del trabajador sometido a riesgos específicos (49). Tales disposiciones incor-

poran al listado de enfermedades para las cuales el reconocimiento de la responsabilidad patronal es inmediato la brucelosis, trastornos debidos al radio y demás sustancias radiactivas, y epitelomas de piel originados por manipulación de alquitrán, bre-a, betún, aceites minerales, parafina o sus compuestos y derivados.

De más compleja resolución es la demanda que comienza a circular en la literatura especializada en esos años, relativa al reconocimiento de una nueva categoría sujeta a indemnización, las *enfermedades del trabajo*. Se trata de enfermedades "que se adquieren en el trabajo" (50), sin que puedan ser consideradas como "efecto exclusivo de la clase de trabajo que realizó la víctima", tal como reza la fórmula legal que delimita la categoría de enfermedades profesionales (art. 22º, inc. a, ley 9688). Se trataría en este caso de enfermedades consideradas como "consecuencias indirectas de la profesión" (51).

La incorporación de ese tipo de patologías de definición forzosamente imprecisa a la esfera de aplicación de la ley se producirá a través de la jurisprudencia. En primer lugar, a partir de la ampliación de la concepción de accidente de trabajo, que permite incorporar las llamadas enfermedades accidentales o enfermedades ocasionales. Estas afecciones accidentales se distinguen por la presencia de algun "evento constatable o ciertamente presumible", que en el curso del trabajo se presenta como provocador o acelerante de una dolencia preexistente. Un ejemplo claro para verificar la orientación de tal jurisprudencia es el planteado por las indemnizaciones acordadas por tuberculosis adquirida o agravada a causa de cambios bruscos de temperatura (52). Con mayor elasticidad aún, se registran pronunciamientos en los que no se exige la verificación de la llamada "causa violenta", no requiriéndose la prueba de la presencia de traumatismo determinante o desencadenante, y se incluyen en la esfera de aplicación de la ley enfermedades vinculadas a condiciones probadamente anormales en que el trabajo es realizado, su carácter extraordinario, su duración excesiva o la desproporción entre el esfuerzo y la capacidad del obrero. En estos casos solo se requiere acreditar que la enfermedad fue adquirida en el curso del empleo por algún motivo atinente al mismo.

La diferencia en el tratamiento judicial entre estas afecciones y las "enfermedades profesionales", taxativamente enumeradas, radica en que en estos casos solo es necesario acreditar la presencia de la enfermedad y la incapacidad resultante; cuando se trata de una "enfermedad ocasional" se debe demostrar la relación concausal entre el medio ambiente de trabajo y la afección, de manera de demostrar que las condiciones ambientales han desencadenado o favorecido el desarrollo del proceso.

Por esa vía resultan finalmente incluidas en la protección acordada por la norma enfermedades como el reumatismo producido por el trabajo en cámaras frigoríficas, con presencia en las publicaciones de la época a raíz de fallos particularmente controvertidos, y la existencia de un cierto consenso médico sobre la conveniencia de incluir algunas de sus manifestaciones específicas en la categoría de enfermedades profesionales.²²

²² Todavía en los años cincuenta se registran manifestaciones relacionadas con la importancia y complejidad de los problemas asociados al reumatismo en la esfera laboral, llegando a proponerse incluso la introducción de una subespecialidad específica dentro de la Medicina del Trabajo. En procura

La hipótesis del traumatismo como agente desencadenante estimula también complejas especulaciones sobre la génesis de algunos tumores cancerosos, que paulatinamente van conformando un cuerpo técnico de referencia para los peritos judiciales (53).

Medicina Industrial-Medicina del Trabajo

Paulatinamente se configura una nueva especialidad: la Medicina Industrial. El Instituto Argentino de Seguridad reúne en abril de 1943 el Primer Congreso de Médicos de la Industria, del que participarían "los facultativos de todos los establecimientos industriales y fabriles adheridos a la institución organizadora, según información proporcionada por *La Vanguardia* (54). La noticia es una de las pocas referencias directas a la existencia de médicos de fábrica, pero no nos aclara acerca de la existencia de servicios médicos en el ámbito fabril, preocupación que daría origen a varios proyectos de ley, que no llegan a ser sancionados. El mismo artículo refiere la oposición de la Unión Industrial Argentina a un proyecto de esa índole aprobado en 1942 por la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, y que no lograra la sanción del Senado.

En 1949 Carrillo plantea todavía como aspiración la creación de Servicios Médicos Sociales en los medios obreros, destacando la existencia de una minoría de fábricas e industrias que "por autodeterminación y espíritu generoso de empresa" ya los habían adoptado (55).

El Ministerio de Salud Pública de la Nación organizará, con posterioridad a 1946, un curso de Medicina Tecnológica dedicado particularmente a analizar problemas de seguridad en la industria y a dotar a los profesionales de conocimientos adecuados para ejercer un efectivo control de ausentismo (56). En una conferencia pronunciada con motivo de la inauguración del Congreso Americano de Medicina del Trabajo, el ministro Carrillo anuncia la creación por parte del Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina de un curso de Médico de Fábrica destinado a formar médicos prácticos después de un año de estudios especializados, y otro de superintendente de Higiene del Trabajo, del que egresarían médicos higienistas con dos años de especialización.

El incremento del ausentismo constituye una de las preocupaciones relevantes para la organización del trabajo fabril a fines de los años cuarenta. El cálculo de la incidencia de la legislación referida a licencias por enfermedad hacía suponer un aumento del ausentismo desde un 2% a un 10% diario, a partir del reconocimiento del derecho a percibir el jornal en caso de enfermedad comprobada.

Hacia 1950 existía ya en Buenos Aires la Sociedad Argentina de Medicina Industrial, que dedica una sesión a la discusión de cuestiones de ética médica apli-

de enfatizar las consecuencias sociales de la enfermedad se cita a Germinal Rodríguez, que la considera como uno de los "cuatro flagelos de la invalidez: tuberculosis, avariosis, reumatismo y accidentes del trabajo" (Tamopolsky, Samuel. "El reumatismo, problema para el trabajo argentino". *S.M. LX* (3090):452-458, abril de 1953, pág. 452).

cables específicamente a su esfera de trabajo, y la posibilidad de obtener el reconocimiento de la especialidad.²³

La significativa distancia existente entre las condiciones concretas de la práctica y las especulaciones en torno a las funciones que corresponden al médico de fábrica se ponen claramente de manifiesto si se comparan esas expresiones con algunos textos en los que se condensa el *deber ser* de la medicina del trabajo.

En una conferencia pronunciada en la Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo con motivo de su XV aniversario, se señalan los criterios excesivamente restrictivos —a juicio del opinante— que se utilizan para definir el área de incumbencia de la Medicina del Trabajo:

- atención médica y quirúrgica elemental de primeros auxilios,
- control de ausencias con el objeto de lograr la más pronta reintegración al trabajo,
- estimación más o menos somera de la capacidad física para el ingreso a la ocupación.

El verdadero campo de trabajo de la especialidad, por el contrario, se afirma, incluye además la realización de exámenes periódicos con fines preventivos, el estudio y la valoración del factor humano en los accidentes, la incidencia del factor trabajo en la mujer y en los menores, la determinación de la influencia psíquica de los ambientes de trabajo, la intervención en controversias surgidas por la aplicación de leyes laborales, etc. (57).

EL INCREMENTO DE LA EFICACIA EN LA LUCHA ANTIPALUDICA

La preocupación por combatir el paludismo tenía ya en el país una historia de medio siglo cuando se comienza a ensayar la acción del DDT, hacia fines de 1946. Si el descubrimiento de la penicilina atenuó la alarma social provocada por la amenaza venérea, el DDT significó "una verdadera revolución en la lucha antipalúdica" a la vez que ubicó sobre bases técnicas diferentes el enfoque del problema (58).

La ley n° 5125, aprobada el 26 de setiembre de 1906, había marcado claramente el comienzo de la injerencia del Ministerio Nacional en el desarrollo de la lucha antipa-

²³ Los problemas éticos derivan de la particular situación de estos profesionales, sometidos en muchos casos a conflicto de lealtades. Resulta bastante reveladora al respecto la caracterización que uno de ellos realiza de su práctica: su forma de actuar se aleja del ejercicio liberal, puesto que los enfermos que examina dependen de un patrono que les es común [...] el médico ejerce una especialidad caracterizada: por ser *asalariado* (del Estado o de la industria, sea patrón o sociedad obrera); ejercer la medicina sobre personas que no tienen que pagar su visita; hacer esa asistencia en su consultorio de fábrica o sindicato o repartición oficial, o atender enfermos en su consultorio o a domicilio, pero cobrando esas visitas a otra persona (su empleador), asistencia que se suele limitar a un diagnóstico; otras veces, las menos, el diagnóstico y el tratamiento; su punto de vista pasa desde el científico al punto de vista económico-industrial, o sea que el diagnóstico debe servir más frecuentemente para decir si el obrero está en condiciones para seguir trabajando, que en afirmar que sufre la afección; no es, como vemos, un médico tratante, debe prevenir más que curar, y si su patrono lo escucha, debe ser el asesor en cuestiones de orden higiénico-industrial" (Obiglio, Julio. "Un código de ética profesional para el médico industrial". *Rev. A.M.A.* LXIV (685/686):423-425, setiembre de 1950, pág. 424).

lúdica. Cuarenta años más tarde, cuando se discute en la Cámara su modificación para dar cabida a nuevos instrumentos técnicos de eficacia reconocida, existía ya un diagnóstico preciso de la magnitud y características del problema.

La morbilidad total por paludismo se estimaba en 300 000 casos por año, sobre una población de zona endémica de aproximadamente un millón de habitantes. La región Noroeste abarcaba 120 000 kilómetros cuadrados, comprendiendo las zonas más fértiles de Salta, Jujuy, Tucumán y Catamarca, y parte de las provincias de Santiago del Estero, La Rioja, Córdoba y San Luis.

En la otra región palúdica, el litoral Noroeste, la enfermedad tenía carácter epidémico en virtud del contacto con las regiones endémicas vecinas a Paraguay y Brasil.

En 1937 se establece en la ciudad de Tucumán la Dirección General de Paludismo, con filiales en los lugares más importantes del área endémica, iniciándose una intensa campaña de lucha antilarvaria. La metodología, centrada en obras de saneamiento, era lenta, costosa y solo relativamente eficaz. El mayor porcentaje de víctimas se registraba entre los obreros que trabajaban en los ingenios azucareros.

Es en ese medio donde se realizan los primeros ensayos con el DDT en las localidades de San Pedro y Ledesma. Su incorporación cambia la estrategia de lucha. El DDT se destina a la eliminación del mosquito infectado, se aplica en las paredes interiores y techos de las viviendas, posee acción residual y actúa por contacto, "traslada la lucha desde el criadero a la casa del hombre" (59).

Las modificaciones propuestas en 1948 a la ley antipalúdica tienen como objetivo asegurar la eficacia de esa estrategia: se obliga a todas las empresas con más de cincuenta peones bajo su dependencia a organizar un servicio de atención médica permanente para la atención de su personal, y a pulverizar periódicamente con DDT sus edificios, instalaciones, vehículos, etc. Los trabajos podían ser realizados por la Dirección General de Paludismo, imputando el costo a las empresas afectadas, o directamente por estas, correspondiendo en este caso la fiscalización al organismo gubernamental. Se fijaba, además, un plazo de 24 horas a la declaración obligatoria de la enfermedad sancionada por la ley n° 12 317 y se sancionaba la libertad de acceso del personal sanitario "en los inmuebles, inclusive viviendas, habitaciones y demás dependencias" (art. 12).

En la discusión en Diputados se expresa la confianza en que el DDT exterminaría no solo al mosquito anopheles, sino también a las vinchucas, la pulga trasmisora de la peste bubónica, el *phlebotomus*, productor de la leishmaniasis, el piojo, responsable del tifus exantemático. Se señalan también las condiciones que dificultan la acción profiláctica, tornando indispensable la regulación del Estado: "grandes extensiones en manos de empresas, grandes latifundios, malas condiciones en la vivienda, desnutrición, negligencia, indolencia, desidia, y desconocimiento absoluto de las más rudimentarias nociones de higiene" (60).

Aunque la discusión en diputados insume dos jornadas de trabajo, y cerca de 30 páginas su transcripción en el diario de sesiones, no hay desacuerdos de fondo. Los oradores compiten tan solo en la demostración de la amplitud de sus conocimientos sobre el tema. Existe consenso sobre la necesidad de la intervención estatal, ningún diputado se siente obligado a defender derechos individuales o a rechazar una excesiva centralización. Una objeción planteada por el diputado Mercader, de extracción ra-

dical, relativa al riesgo de posibles abusos derivado de la facultad de delegar en los funcionarios encargados de la campaña la aplicación de multas de hasta 500 pesos, es rápidamente aceptada por los miembros peronistas de la Comisión de Salud Pública.

LA DENUNCIA OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

En 1948, cuando se plantea como objetivo del proyecto en discusión la lucha contra el paludismo, no se manifiestan en la Cámara objeciones al intervencionismo estatal, ni se cuestiona la capacidad de inspección que se acuerda a los funcionarios sobre áreas específicamente privadas. Doce años más tarde, se propondrá en Diputados la modificación de la ley de denuncia obligatoria de enfermedades infecciosas, n° 12 317, que había sido sancionada en 1936. El proyecto supone la ampliación del número de enfermedades notificables, la extensión de la obligación de notificar a personas que por sus funciones tienen responsabilidad sobre diferentes grupos humanos —directores de colegios, personas a cargo de establecimientos donde se eduquen, alberguen, trabajen o "concurran" personas— y la actualización de las sanciones aplicables a los infractores.

Con motivo de la discusión del proyecto reaparecen en la Cámara los argumentos vinculados al respeto de las libertades individuales y el derecho del médico al control absoluto de los elementos que conforman la relación terapéutica.

Los argumentos esgrimidos en oposición al proyecto son de diferente tipo. En primer lugar, se alega la ineficacia de la legislación anterior, cuyo cumplimiento no se ha logrado. El principal argumento remite a la experiencia de la ley n° 5325, de la provincia de Buenos Aires, sancionada en 1948, cuyos objetivos no se alcanzaron "a pesar de que había un minisuro que estaba empeñado en hacerla cumplir, y se gastaron centenares de miles de pesos tratando de llevarla a la práctica" (61). En segundo término, se alerta ante el crecimiento de la burocracia que supondrá la aplicación de la norma. A continuación se alude a la obligación de comunicar la existencia de casos sospechosos de enfermedad impuesta a personas que carecen de la formación técnica imprescindible para realizar un diagnóstico. Se alega en este caso la violación a las garantías individuales respaldadas por la Constitución. Por último, se explicita la discusión en torno al secreto profesional y la capacidad del médico para valorar por sí mismo si se encuentran comprometidos valores superiores de bien público.

No se puede votar de ninguna manera penalidades que se han de incluir en una ley como la que hemos estado tratando. Soy médico y he vivido treinta años transgrediendo en el ejercicio de mi profesión los enunciados de una ley parecida. Los años que me restan de vida —debo decirlo públicamente— los seguiré transgrediendo.

El médico que vive de alguna manera en el secreto, en la discreción, en ese mundo callado donde no se desea ni siquiera que se oiga el vuelo de una mosca en cuanto ello pueda herir, de alguna manera, la susceptibilidad y la conciencia de los familiares de un enfermo, es evidente que seguirá respetando normas éticas y morales que se encuadran en cuatro o cinco grandes enunciados que están ya involucrados en el juramento de Hipócrates, pero no puede ser, de ninguna manera, medido con un rasero tan cruel y severo como el que le quiere aplicar esta noche la Cámara de Diputados de la Nación (62).

Se reiteran, veinte años más tarde, polémicas y argumentos en los que reconocimos la crisis del paradigma dominante bajo la Argentina liberal. Hay dos interpretaciones posibles para el problema, no necesariamente excluyentes. Por un lado, se lo puede integrar en el manifiesto fenómeno de temor o desconfianza frente a la expansión del Estado, que se explicita claramente a partir de la caída del peronismo. Por el otro, la defensa corporativa de las prerrogativas profesionales, cuya génesis es anterior a ese temor y lo desborda, pero se ve facilitada y estimulada por el "clima" producido por lo que hemos llamado la oposición social al peronismo.

Es el radicalismo del pueblo el que asume la defensa de las prerrogativas presuntamente conculcadas: los derechos individuales amenazados por una excesiva pretensión reguladora, la autonomía del médico como único juez de las condiciones de su vinculación con el paciente. La ruptura producida en el interior del radicalismo favorece la explicitación de dos vertientes, diferenciadas entre sus militantes por lo menos desde los años treinta.

Referencias bibliográficas

- (1) *La Prensa*, 12 de diciembre de 1942.
- (2) D'Amato, Hugo. "Labor desarrollada por el Departamento Nacional de Higiene durante el año 1941", *S.M.* XLVIII (24):1239-1242, junio de 1941.
- (3) De Veyga, Francisco. "Degeneración, miseria y vicio", *S.M.* XLIV (31):313-316, agosto de 1937, pág. 315.
- (4) *Noticias Gráficas*, "Armas flamantes, soldados desnutridos", editorial del 30-VII-40, transcripto en *Rev Col Med IX* (92):75-76, agosto de 1940
- (5) "Lo que no se dice". *Rev Col Med IX* (86):16-17, febrero de 1940, pág. 16.
- (6) "Ponencias estudiadas por la sección de natalidad, nupcialidad, morbilidad y mortalidad. Aprobadas por el Primer Congreso de la Población", *Rev Col Med X* (97):15-23, enero de 1941.
- (7) Solo como ejemplo puede mencionarse: De Luca, Francisco. "Proyecto de creación de una ficha sanitaria y cartilla higiénica para el personal de policía y bomberos de la Capital". *S.M.* XXX (16):711-712, abril de 1923; Fernández Verano, Alfredo. "Hacia una nueva política sanitaria", *S.M.* XLVIII (48):1314-1316, noviembre de 1941.
- (8) Médico Pobre "600 camas...", *Rev Col Med IX* (87):6, marzo de 1940.
- (9) Yrigoyen Freyre, Abelardo. "Hacia una sanidad integral", cit.
- (10) C.S.D.S., 1936, reunión 31ª, 18 de setiembre:261-284.
- (11) Fernández Verano, Alfredo. "Lucha antivenérea. Trece años de acción profiláctica". *S.M.* XLII 4:310-315, pág. 314.
- (12) Bosio, Bartolomé. "¿La prostitución es una 'cualidad' inherente a una determinada nacionalidad, raza o credo religioso?" *S.M.* XLII (4):302-306, enero de 1935.
- (13) Carrera, José Luis. "La responsabilidad médica y el certificado prenupcial", *S.M.* XLV (27):53, julio de 1938.
- (14) Abadie, Juan L. "La ley 12 221" *S.M.* XLV (32):345-347, julio de 1938, pág.346.
- (15) Balaña, Pedro "El problema venéreo al cumplir cinco años de vigencia la ley nacional de profilaxis nº 12 331". *S.M.* XLIX (38):641-649
- (16) Greco, Nicolás V. "Disminución de los contagios venéreos. Causas". *S.M.* XLIX (44):1005-1019, octubre de 1942, pág. 1013.
- (17) Balaña, Pedro. "El problema venéreo..." cit., pág. 647.
- (18) "Comunicado del Ministerio de Salud Pública sobre la reforma de la ley de profilaxis". *S.M.* LVI (2891):838-840, junio de 1949, pág. 839.
- (19) C.S.D.S., 1936, T. II, reunión 31ª, setiembre (18):284-295, pág. 290
- (20) Araoz Alfaro, Gregorio. "Los niños que sufren". *S.M.* XXXI (41):793-796, octubre de 1924.
- (21) C.D.D.S., 1928, T. I, reunión 8ª, julio 2:322-355.
- (22) Según un artículo publicado en *La Prensa* del 23-IX-1936.
- (23) C.D.D.S., 1936, T. II, reunión 34ª, noviembre 6:615-645, pág. 623.
- (24) "Primer Lactarium Municipal. Entrega del mismo al Director de Lactarios. Palabras pronunciadas por el Dr. Bettinotti". *S.M.* XLIV (17):1243-1244, abril de 1937.
- (25) C.S.D.S., 1936, T. II, reunión 31ª, setiembre 18:284-295, pág. 292.
- (26) Boero, Enrique. "Consideraciones sobre el neomaltusianismo". *Revista A.M.A.* LIII (426):1066-1069, noviembre de 1939, pág. 1066.
- (27) D'Amato Hugo. "El problema de la despoblación en la República Argentina". *S.M.* LV (2826):408-414, marzo de 1948, pág. 410.
- (28) Maurin Navarro, Juan. "Síntesis gráficas..." cit.
- (29) Piñero García, Pedro. "Epidemiología y profilaxis de la enfermedad de Heine Me-din". *S.M.* XLIV (27):61-81, julio de 1937, pág. 70.

- (30) Bottinelli, Pedro. "Epidemiología de la poliomielitis en la República Argentina". *Revista A.M.A.* LXX (827)/830:269-275, set. oct. 1956.
- (31) Chaneton, Mario. "Centros de Salud: una experiencia en marcha". *Revista de Salud Pública*, Ministerio de Salud Pública, Provincia de Buenos Aires, ene./abr., 1962, pág. 42.
- (32) Ferrero, Carlos, Abadie, Pablo y Feldman, José. "Mortalidad y prioridades sanitarias en la Provincia de Buenos Aires". *Revista de Salud Pública* 2:69-80, Ministerio de Salud Pública, Provincia de Buenos Aires, ene./abr., 1962.
- (33) "Mortalidad de los lactantes. Se iniciará una campaña para combatir enfermedades infantiles". *La Nación*, 22 de enero de 1958.
- (34) "Despacho de la comisión que consideró el problema de las diarreas infantiles". Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. *Boletín del Día* 12 de febrero de 1958.
- (35) Decreto ley 2677 del 7-III-1958, *Boletín del Día*, 27-III-1958.
- (36) *La Nación*, 23-II-1959.
- (37) *La Nación*, 8-II-1958.
- (38) C.S.D.S., Año 1961, reunión 17ª, junio 28:785-790, pág. 789/90.
- (39) C.S.D.S., 1917, T. VII, reunión 79ª, diciembre 18:98; *Ibidem* 1924, T. VI, reunión 47ª, setiembre 29:808-812; *Idem*, 1926, T. IV, reunión 38ª, agosto 24:363; *Idem*, 1927, T. II, reunión 21ª, julio 22:5-12.
- (40) C.S.D.S., 1928, T. I, reunión 8ª, julio 2:373-377, pág. 376.
- (41) Espejo Sola, Jaime. "El carnet del obrero". *S.M.* XXXIX (21):1605-1608, mayo de 1932, pág. 1607.
- (42) Citado por Boccia, Donato. "Asistencia social del trabajador". *S.M.* XLV 43:970-974, setiembre de 1938, pág. 971; Boccia es el subdirector del Instituto Argentino de Biotipología, Eugénica y Medicina Social, y el artículo que citamos contiene una relación presentada en las Segundas Jornadas Biotipológicas de Buenos Aires, realizadas entre el 2 y el 8 octubre de 1938.
- (43) C.S.D.S., 1942, T. I, reunión 3ª, junio 3:549-552, pág. 550.
- (44) Quaglia, Carlos Alberto. "De las intoxicaciones profesionales en el proyectado Hospital Policlínico del Trabajo". *Rev Col Med* IX (89):96-98, mayo de 1940, pág. 98.
- (45) En este sentido puede registrarse la orientación dirigida a ampliar las especificaciones técnicas del decreto reglamentario de la ley nº 9688. Por ej. Buzzo, Alfredo y Carratala, Rogelio. "La ley de accidentes de trabajo. Proyecto de modificaciones. Lo que comprende y debe comprender". *S.M.* XLIII (17):1349-1350, abril de 1936; Urbandt, Ismael y Franco, Mario. "Algunos datos estadísticos sobre enfermedades profesionales". *S.M.* XLVIII (48):1308-1311, noviembre de 1941; Houssay, Bernardo. "Fisiología industrial". *S.M.* XXXV (49):1598-1604, diciembre de 1928.
- (46) Por ejemplo, Masciotra, Angel. "Reumatismo crónico por el trabajo en las cámaras frigoríficas", *S.M.* XLII (4):197-302, enero de 1935; Sussini, Miguel, Urbandt, Ismael y Ugarte, Trifón, "Consideraciones clínicas y experimentales sobre la salubridad de las artes gráficas", *S.M.* XLII (9):650-663, febrero de 1935; Defelice, Vicente. "La prevención y tratamiento de las enfermedades en la industria del petróleo". *S.M.* XLIV (25):1686-1691, junio de 1937.
- (47) Por ejemplo Roffo, Angel y Rodríguez Rey, Oscar. "Industrialismo y cáncer. Su legislación y prevención". *S.M.* XLVII (4):190-198, enero de 1940; Schicht, Jorge. "Incidencia de la tuberculosis en el medio obrero de la Capital Federal en el año 1941", *S.M.* XLIX (29):147-149, agosto de 1942.
- (48) D'Amato, Hugo. "Los problemas de la higiene del trabajo en la República Argentina". *S.M.* L (17):958-961, abril de 1943.
- (49) Decretos 81 566 del 20-IV-1936 y 29 766 del 7-XI-1944.

(50) Urbandt, Ismael y Francone, Mario Pablo. "Consideraciones sobre las enfermedades e intoxicaciones profesionales en el país". *S.M.* XLVII (5):278-285, febrero de 1940.

(51) "Las enfermedades profesionales". *S.M.* XLIV (45):1138-1139, noviembre de 1938, pág. 1139.

(52) *Anales. Repertorio de leyes nacionales*, pág. 967

(53) Fernández Rojas, Francisco. "Los procesos tumorales en la medicina del trabajo" *S.M.* LXIII (3256):748-756, mayo de 1956.

(54) "La Medicina Industrial". *Rev Fed Med Rep Arg* III (21):25-26, febrero de 1943, pág. 25.

(55) Carrillo, Ramón. Discurso pronunciado el 1º de diciembre de 1949 con motivo de la inauguración del Congreso Americano de Medicina del Trabajo, en *Contribuciones al Conocimiento Sanitario. Obras Completas* T. II:85-89, pág. 92.

(56) Medina, Antonio. "Medicina Tecnológica". *S.M.* LVII (2957):565-568, setiembre de 1950.

(57) "Interpretación de la Medicina del Trabajo". *Rev. A.M.A.* LXX (825/826):246-248, agosto de 1956.

(58) C.D.D.S., año 1948, T. IV. Reunión 38, agosto 26:3123-3136, pág. 3128.

(59) *Ibidem*.

(60) *Ibid*, pág. 3113

(61) C.D.D.S., año 1960, T. IV, reunión 44ª, setiembre 21:3013-3031, pág. 3023.

(62) C.D.D.S., año 1960, T. IV, reunión 45ª, setiembre 22:3077-3092.

Capítulo final. Historia y método

Más allá de nuestras referencias introductorias a la hipotética construcción de un modelo de organización de servicios articulado de manera compleja a la emergencia de un determinado régimen social de acumulación, que ha sido en parte el hilo conductor de los temas recogidos en este libro, la elaboración histórica requiere algunas precisiones referidas a lo teórico-metodológico.

En primer lugar está el problema de la periodización, del que nuestra reconstrucción no se hace cargo, por lo menos de manera explícita, por dos razones de diferente índole que de algún modo se vinculan.

La primera de ellas es el rechazo de toda periodización *a priori*. Cuando se trabaja la materia histórica en el nivel empírico en que hemos ubicado nuestra presentación de resultados, la periodización puede pensarse como una conclusión, como un producto, como una síntesis de la materia previamente elaborada.

En segundo lugar, representa un obstáculo serio a cualquier intento de periodización el recorte cronológico que hemos seleccionado para esta presentación. Como señalamos al comienzo de nuestro trabajo, este libro contiene una historia que comenzamos en otro lugar y de cuyo final todavía no podemos dar cuenta plenamente. Cualquier intento de periodización, aunque fuera provisoria, desbordaría los procesos cuyo análisis incluimos en esta publicación.

Hay un tercer elemento de posible consideración, referido ya a la materia específica que conforma nuestro objeto de estudio: es tal la fuerza de las significaciones asociadas al peronismo, que su ascenso y caída impregnan de manera prácticamente insoslayable el ritmo de los procesos históricos que los contienen, cuando el componente político-ideológico tiene peso significativo en su desarrollo. Una periodización que en otros contextos marcados por la estabilidad institucional resultaría escasamente representativa, como es aquella basada en los cambios de gobierno, aquí parece imponerse con todo el peso derivado de las consecuencias que la experiencia peronista tuvo para el país, tanto en aspectos vinculados al desarrollo de su estructura productiva como en la configuración de su sistema político y la conformación de los actores sociales, políticos e institucionales de mayor relevancia.

Una posible (y legítima) lectura de los procesos bajo estudio podría sintetizarse en los antecedentes que confluyen en la construcción del modelo de servicios propio de la etapa peronista —protagonismo del sector público, función reguladora

del Estado, atribución de ciudadanía social fragmentaria— y las convulsiones y reformulaciones que se producen como consecuencia de su ruptura.

Este enfoque, que hemos utilizado en algún trabajo anterior (1), se haría cargo de un primer período —el signado por la etapa de sustitución de importaciones livianas destinadas al mercado interno, con distribución positiva del ingreso y pleno empleo— en el que las líneas de desarrollo del aparato productivo se articulan eficazmente con los contenidos de las políticas de salud, en un esquema de potenciamiento recíproco. Parte del proceso redistributivo utiliza como mecanismo las políticas sociales. La importantísima expansión de la red hospitalaria, los aportes estatales a las nuevas Direcciones Generales y las contribuciones excepcionales a mutualidades obreras, se insertan en esa lógica.

El proyecto se inscribe, en clave latinoamericana, en lo que Habermas designa como "utopía de la sociedad del trabajo" (2). La sociedad, afirmándose sobre el crecimiento de la producción y del consumo, aseguraría el pleno desarrollo de sus miembros en una atmósfera de bienestar, al mismo tiempo que otorgaba legitimidad al proyecto que se condensaría en el "Estado de Compromiso". Los gestores del modelo se preocupan por el pleno desarrollo de las potencialidades vitales de una población que debía estar en condiciones de hacer frente a las necesidades de la defensa y de la producción, al mismo tiempo que se abocan a la construcción de una sociedad sin conflictos. La cobertura de salud, uno de los pilares de ese proyecto, en su triple vertiente de medicina preventiva, curativa y rehabilitadora, llegaría a toda la población a través de la protección otorgada a los trabajadores y sus familias. Niños, mujeres, ancianos, explícitamente reconocidos como sectores particularmente vulnerables, quedaban automáticamente protegidos bajo la tutela que el Estado desplegaba sobre la población incorporada al mercado de trabajo.

La heterogeneidad del aparato productivo —derivada de la imperfecta penetración de capital y tecnología, y de la expansión sobredimensionada del aparato estatal destinada a asegurar el pleno empleo— y las contradicciones del sistema político —en el que las organizaciones sindicales tienen diferente peso conforme a su capacidad de organización y lucha— influyen para que esa protección se alcance de manera fragmentada. La ciudadanía plena que conquistan diferentes grupos de trabajadores en esos años a partir del reconocimiento de sus *derechos sociales*, no solo se otorga en condiciones diferenciales que suponen situaciones de inequidad aun entre los grupos beneficiados; mucho más grave todavía es que porcentajes significativos de población no llegarán nunca a participar de sus beneficios.

La utopía del crecimiento sostenido, la vocación del Estado de hacerse cargo de las carencias en forma sistemática y en buena medida dilapidatoria, ayudan a empujar el problema hacia adelante. Es una cuestión de tiempo y de confianza. El Estado se erige como garante de las pautas de convivencia, y solo pide tiempo y acatamiento de su disciplina para asegurar el reinado de la justicia social.

Los límites "estructurales" de aplicación del modelo se ponen dramáticamente en evidencia con la primera crisis del sector externo, producida en 1949. Su repercusión en las políticas laborales, de empleo y de expansión de los servicios de atención médica se verificará en las disposiciones del Segundo Plan Quinquenal.

A partir de 1952 se congela el explosivo crecimiento de las camas hospitalarias asociado con la gestión de Ramón Carrillo.

El nuevo estilo de desarrollo, estructurado en función de condiciones internas y externas relacionadas con la situación del aparato productivo y la reconversión del mercado mundial de productos y capitales posterior a la guerra de Corea, supone también la redefinición de las relaciones entre Estado y sectores populares, y consecuentemente de los límites y modalidades del reconocimiento del derecho a la salud. La heterogeneidad, la fragmentación y la exclusión dejarán de ser vistas como fallas transitorias para convertirse en un componente permanente y cada vez más significativo del modelo de cobertura.

El proceso de sustitución de importaciones de bienes de consumo duradero y bienes de capital, que se abre en la segunda mitad de los años cincuenta, con la incorporación de empresas de capital extranjero, en condiciones de crisis fiscal y gran inestabilidad política supone una mayor heterogeneización del aparato productivo y del mercado de trabajo, el deterioro de las condiciones de pleno empleo y la consiguiente contracción del mercado interno. El Estado abandona de buen grado en manos privadas las funciones productivas, y detrás de la máscara legitimadora de la descentralización y la desburocratización traspa a provincias empobrecidas la gestión de sus instituciones de salud.

A esa altura, la utopía de crecimiento sostenido y bienestar generalizado se muestra insostenible, aun proyectada hacia el futuro. Los alrededores de la Capital Federal, uno de los principales polos de crecimiento, han visto diseminarse asentamientos irregulares, familias carenciadas, niños desnutridos. La generalización del derecho a la salud a través de la protección otorgada al trabajador y su familia resulta notoriamente insuficiente. Las políticas sociales tendrán que dirigirse principalmente a dar respuesta a las necesidades insatisfechas de poblaciones marginales.

No parece necesario redundar aquí en torno a los límites explicativos de este modelo de análisis, ampliamente debatidos en la literatura especializada a lo largo de los últimos años, y parte sustancial de la denominada "crisis de los paradigmas".

En relación con nuestro material de trabajo, las insuficiencias más notorias corresponden a la débil articulación que puede verificarse entre estos procesos "estructurales" y la peculiar conformación de las relaciones de poder internas al sector, expresadas en la organización del sistema de servicios, un campo de variables más cercanamente ligadas a la esfera de lo político-ideológico.

Si bien es cierto que los grupos sindicales mejor ubicados en la estructura de producción de bienes y servicios y dotados de mayor capacidad organizativa son los primeros beneficiados con la implementación de sistemas de cobertura —aunque no los únicos—; si es también evidente que algunos actores que parecen operar fuera del espacio público pero están dotados de gran capacidad de presión —como sucede con las empresas productoras de fármacos en el momento en que se intenta garantizar las mejores condiciones de mercado al capital internacional— comienzan a tejer redes de negociación en torno a los aparatos de gobierno, imponiendo su poder de veto a decisiones que podrían perjudicar sus intereses, las determinaciones provenientes de la estructura no alcanzan a explicar la dinámica particular impresa al sector por decisiones tomadas en las instituciones del Estado,

ni las modalidades particulares que sume la relación entre Estado y sindicatos, o Estado y sectores profesionales.

Si lo político es definido como expresión, reflejo, consecuencia, de relaciones de poder gestadas a nivel de lo económico, quedan fuera del análisis, y por lo tanto sin explicación posible, los procesos asociados a la construcción de formas alternativas de expresión política que resultan de las estrategias utilizadas por diferentes actores para potenciar su capacidad de negociación y presión en el interior de los límites y condiciones fijadas por la estructura.

Si el Estado se piensa como mera superestructura, instrumento o reflejo de la dominación condensada en la estructura, no solo quedan subsumidas en una lógica economicista las prácticas políticas de las fuerzas sociales en conflicto, no solo es impensable la constitución de actores con identidades y proyectos independientes de su inserción en determinadas relaciones de producción, también queda opacado el proceso mismo de construcción de la relación que constituye al Estado, más allá de la institucionalización de sus aparatos. Las prácticas de los sujetos que resultan en la construcción de un determinado orden político a partir de la confrontación de proyectos y alternativas que suponen diferentes propuestas de distribución de poder, aparecen como un inútil juego, gobernado por algún tipo de conciencia escindida, si la concepción que orienta el análisis niega la historicidad de la vida social bajo el imperativo de la necesaria reproducción de la estructura.

ESTRUCTURAS Y PROCESOS

La necesidad de integrar el análisis de fenómenos que devienen de la praxis junto a los condicionantes que provienen de la estructura nos pone ante el compromiso de definir conceptualmente las interrelaciones reconocidas entre *estructuras* y *procesos*.

Son las estructuras las que definen campos sectoriales de intereses específicos, mientras en los procesos históricos se desarrolla una dinámica de acumulación de poder que hace que algunos intereses ganen espacio político y capacidad de presión.

En palabras de Przeworski:

Si hemos de sacar lecciones de la experiencia de la historia, no podemos dar por hecho ni que la práctica de los movimientos políticos está determinada únicamente por unas determinadas condiciones objetivas, ni que estos movimientos son libres para actuar según su propia voluntad, independientemente de las condiciones que quieren transformar. Esas condiciones conforman en cada momento la estructura de la decisión: la estructura en la que unos determinados actores deliberan acerca de los objetivos, advierten las diferentes alternativas, las evalúan, eligen determinadas líneas de acción y las siguen para crear nuevas condiciones (3).

La perspectiva histórica resulta invaluable si se pretende reconstruir esa dinámica: las condiciones heredadas del pasado determinan la gama de sus posibles transformaciones. Tales condiciones son objetivas en tanto pueden considerarse

dadas en un momento determinado, los individuos o grupos que las sufren entran en conflicto para preservarlas o transformarlas en determinado sentido.

Individuos y grupos se constituyen como actores cuando consiguen construir identidades socialmente significantes. Tal como señala Garretón, los protagonistas verdaderamente relevantes son siempre portadores de un principio de identidad que los asimila a un determinado proyecto de organización societal. Este tipo de representaciones está caracterizado porque en última instancia propone una determinada distribución de poder. Todo actor significativo se identifica con un sujeto histórico, y en ese carácter se hace portador de un proyecto de organización social que lo trasciende (4).

Aquí se ubica nuevamente la historia, que remite al proceso de construcción de tales identidades. Es a través de su historia, de las experiencias pasadas, de los resultados de confrontaciones, triunfos y fracasos anteriores, como los actores se constituyen. Esa historia define la percepción de sí mismo que tiene cada uno, de su lugar de inserción en un determinado sistema de relaciones. Cada actor se constituye como sujeto en el interior de un determinado sistema de relaciones que ha internalizado a partir de su experiencia, pero también es portador de la posibilidad de potenciar una alternativa.

Volviendo a Przeworsky, "lo que la gente cree y hace es un efecto a largo plazo de un proceso de persuasión y de organización de las fuerzas políticas e ideológicas a lo largo de una serie de luchas en prosecución de sus objetivos" (5).

ACTORES Y PROYECTOS

Insertos en la dinámica social, con la experiencia de sus luchas y realizaciones, en base a sus representaciones del lugar que ocupan y de aquel al que aspiran, los diferentes actores construyen sus proyectos de organización de las relaciones sociales, modelos de organización que sintetizan un diagnóstico y una estrategia. Ambos se conforman en base a categorías tales como "lo bueno" o "lo posible", enfrentadas a "lo que existe" (6).

Los modelos construidos en el interior del sector salud, remiten en general a una determinada organización del sistema de servicios, núcleo condensador de las relaciones de poder vigentes en el mismo. En consecuencia, tales modelos definen la posición relativa de cada uno de los actores comprometidos, el rol que debe jugar el Estado, el balance entre lo público y lo privado, la organización de las instituciones, sus funciones y sus competencias. Tales modelos no son más que abstracciones formuladas sobre procesos sociales en permanente cambio, orientando las estrategias de sus agentes. Cada iniciativa, cada demanda, cada decisión, cada nueva modalidad organizativa, pueden ser pensadas en función del reforzamiento o la negación de alguno de los modelos posibles.

En cualquier corte realizado en el desarrollo histórico del sector salud en la Argentina, pueden recuperarse diferentes propuestas de modelos asociativos. Nosotros hemos podido definir con alguna precisión —dependiente del nivel de explicitación en las fuentes— las que dividen al gremio médico en los años treinta y,

veinte años más tarde, las que se expresan en modelos de organización del Seguro de Salud o Enfermedad. A lo largo de esos años, sin embargo, otras propuestas/modelos se delinearán tras las expresiones y prácticas de diferentes actores: los técnicos que colaboran en la definición de las políticas públicas, los funcionarios del Ejecutivo, diputados y senadores, respaldan diferentes modelos con mayor o menor protagonismo del Estado, con mayor o menor espacio para el protagonismo de instituciones, grupos o individuos.

HISTORIA Y POLITICA

En un libro de reciente aparición Hugo Zemelman caracteriza las transformaciones sociales como "el producto de luchas coyunturales entre fuerzas con concepciones antagónicas sobre el futuro". Propone un análisis de lo político que trasciende las condiciones de ejercicio del poder. Piensa la política como conciencia de la historicidad, proceso de construcción de proyectos, "articulación dinámica entre sujetos, prácticas sociales y proyectos, cuyo contenido específico es la lucha por dar una dirección a la realidad en el marco de opciones viables" (7).

De acuerdo con esa concepción, la reconstrucción histórica nos pone en presencia de una dialéctica configurada, por una parte, por el sujeto social, sus proyectos y prácticas, y por la otra, por las estructuras, instituciones y relaciones entre fuerzas en pugna (8). "El objeto de la historia se amplía a partir del reconocimiento de los horizontes históricos" que resultan de la compleja y variable articulación de procesos sociales, en el descubrimiento de las alternativas posibles en cada coyuntura, en vez de cerrarse encuadrando situaciones históricas "en estrechos modelos ideológicos" (9). La forma del razonamiento se abre hacia el reconocimiento de "las potencialidades de una situación histórica determinada".

La perspectiva de este cambio está en la incorporación al conocimiento de la problemática de la constitución y práctica de las voluntades sociales objetivas, de los esfuerzos para darle a la realidad una organización según distintas visiones de futuro. Esfuerzo que implica reivindicar el "productente" sobre el "producido", la construcción sobre lo construido. (10)

En la explicitación de su propuesta también aborda Zemelman la necesidad de definir la relación entre estructuras y procesos, y opta por transformar el razonamiento corriente, centrado sobre regularidades, en un modo de razonar que considera propio de lo político, y se dirige a reconocer las direccionalidades posibles de los procesos reales.

Lo político como construcción remite al resultado de una pugna entre diferentes sujetos sociales. Cada uno de ellos apoya e impulsa distintos proyectos de reproducción o transformación de sus condiciones de existencia, constituidos por "una forma particular de articular los elementos económicos, sociales y culturales de la realidad" (11).

La lectura de ese texto enriquecedor estimuló el reconocimiento de algo que,

en cierta medida en base a intuiciones, habíamos transformado en el hilo conductor de nuestro relato. En primer lugar, la forma en que diferentes sujetos explicitan diagnósticos y alternativas referentes a la organización del sector que, aunque suelen basarse en argumentos técnicos o de administración, remiten siempre a una propuesta de reproducción o transformación de las relaciones de poder internas al mismo, y en ese sentido pueden ser enmarcadas dentro del espacio ampliado de lo político. En segundo término, la reconstrucción de los procesos que expresan la confrontación de alternativas, y los límites y reformulaciones que el juego político impone a los proyectos en disputa, de manera que la distribución de poder efectivamente alcanzada es siempre singular y hasta cierto punto resultado de una negociación, explícita o implícita, entre los diferentes grupos con capacidad de presión en el interior del sector.

Una posible síntesis que exprese las líneas de clivaje entre propuestas de organización del sector salud podría referirse a diferentes maneras de articular la relación Estado-instituciones, que puede plantearse como la forma particular que asume en el interior del sector la relación entre aparato estatal y sociedad civil.

En los años treinta el referente común a la necesidad de centralización y unidad de comando aparece colmado de ambigüedades cuando se abre en propuestas que van desde la coordinación que respete la autonomía de cada institución adecuando su funcionamiento a un esquema concertado, hasta la absorción de todos los servicios por el sector estatal.

Cualquiera sea el nivel de centralidad otorgado a la presencia estatal, la exigencia de su intervención ordenadora parece hegemónica en esos años. El debate pasa en gran medida por los límites que deben imponerse al imperio de lo político, confrontado en algunas propuestas por la superioridad del enfoque técnico, en otras por la necesaria racionalización que puede asegurar una perspectiva de administración.

La aparente hegemonía lograda en el interior del gremialismo médico por el sector más proclive a una absorción de los servicios en manos del Estado —los defensores de un "organismo técnico y apolítico conducido por los profesionales"— parece confluír de manera natural hacia 1944 en la convocatoria realizada desde Trabajo y Previsión a múltiples sectores sociales.

Aquellos que siguen considerando la función del poder político solo como respaldo y garantía de libertades individuales, aquellos que defienden una propuesta "societalista" de autonomía relativa de grupos y asociaciones intermedias, permanecen en un segundo plano, desbordados seguramente por la magnitud de la crisis y la fuerza de las interpelaciones nacionales e internacionales que reclaman la presencia del Estado.

La invitación a participar de manera protagónica en la construcción del nuevo poder político, formulada desde Trabajo y Previsión entre 1943 y 1945, provoca adhesiones y rechazos que terminarán contribuyendo de alguna manera a la reformulación del sector. La tensión entre autonomía y heteronomía presente en la vinculación Estado-sindicatos en todo lo relativo a la política laboral, también se manifestará en lo específico vinculado a Direcciones Generales, mutualidades, más tarde obras sociales. La distribución diferencial de beneficios no solo se vincula con la importancia de la organización y las posibles alianzas a entablar, también

seguramente se asocia con el achicamiento de los tiempos de prosperidad y de la capacidad distributiva del Estado. Otras fracturas, internas al aparato estatal, reflejan también un juego de clientelas y minipoderes. La propuesta más clara, más estructural, más orgánica, más política en última instancia, la que formula Carrillo, resultará débil y fragmentada por una lógica que se inscribe en la necesidad de dar respuesta a presiones emergentes de un sistema político viciado de clientelismo, verticalismo, negación del oponente, manipulación de los mecanismos de representación. El acceso diferenciado a los beneficios de la ciudadanía social responde por una parte al esquema de negociación que ordena la participación subordinada de los sindicatos en el poder, pero también se inserta en tradiciones de lucha en función de las cuales las conquistas obtenidas por un grupo forman un conjunto no negociable, ni siquiera en prenda de mayores beneficios futuros. Reivindicaciones de este tipo pueden asociarse con el mantenimiento de una cierta autonomía frente al poder, con una relativa desconfianza en relación con el Estado y su capacidad de gestión, con la necesidad de los dirigentes de legitimar su gestión ante las bases, con una relativa patrimonialización de beneficios sociales que se confunden con reivindicaciones laborales de usufructo individual. Cualquiera sea el referente explicativo, la consecuencia es relativamente uniforme en sus efectos sobre el sector: cada grupo construye sobre los beneficios obtenidos y en su práctica rechaza los principios igualitarios y universalistas que se declaman desde las órbitas del Estado.

La caída del peronismo se vincula con cambios significativos en la perspectiva de los actores. Reacción defensiva en algunos, ofensiva en otros, respaldada por uno de esos movimientos pendulares tan comunes en la dinámica de las sociedades, la desconfianza ante el poder encarnado en el Estado se transforma en referente general. En algunos se basa en el rechazo a la expansión de las funciones estatales, en otros se circunscribe a la oposición al gobierno de turno. En las mismas instituciones representativas del poder político, la delegación de funciones y la transferencia de responsabilidades se convierten en aceptación sin reparos de las demandas que se formulan desde la sociedad civil.

La descentralización del sector público encuentra en muy pocas realidades provinciales condiciones favorables para fructificar. Allí donde el proceso de reciclaje de los servicios adquiere relevancia de proyecto político, su gestión se coloca en manos de los técnicos y en algunos casos se tiñe de corporativismo.

Sin embargo, lo más significativo en términos de recuperación de un proceso histórico de constitución de actores es la paulatina conformación de un proyecto gremial que se concreta en una aproximación entre asociaciones de prestadores y entidades financiadoras, entre entidades gremiales y obras sociales y mutualidades.

Aquellos estratos profesionales nucleados en el gremialismo autodenominado "independiente", por no haber aceptado —o obtenido— la protección del poder político, ponen en marcha una estrategia exitosa de negociación con sus tradicionales contendientes: los organismos que nuclean la posible clientela del subsector privado que, aunque aspira a acceder a sus servicios, no tiene capacidad de pago directo de las prestaciones que requiere.

Con alternativas de éxitos y fracasos, a través de experiencias puntuales, el sec-

tor profesional comienza a abandonar sus cargos retribuidos por salario, los honorarios pactados en las condiciones de debilidad que derivan del aislamiento. En los lugares donde los médicos que ejercen su práctica en consultorios aislados pueden fortalecer sus demandas con el apoyo de sanatorios y clínicas el éxito parece asegurado. El monopolio de la oferta es una buena estrategia de mercado, aun cuando tenga que enfrentarse a una cierta concentración de la demanda.

Las viejas reivindicaciones de la práctica privada, aquellas que la medicina tradicional había convertido en garantías de eficacia terapéutica: la libre elección del médico, la libertad de prescripción por un lado, y por el otro el honorario aplicado a cada práctica, en condiciones que lo transforman en componente ético y expresión irrenunciable de la solidaridad interprofesional, se transforman en pautas ordenadoras del nuevo modelo. La organización del IOMA, obra social gestada por un médico gremialista, se transforma en demostración contundente de su viabilidad. De estas primeras experiencias relativamente exitosas derivarán las formas organizativas que terminarán afianzándose diez años más tarde.

Puede pensarse en una dinámica que replica las modalidades que asume el sistema político posperonista: la transformación de un corporativismo estatalista, en el que el Estado garantiza al mismo tiempo la capacidad negociadora de las instituciones y la estabilidad de los acuerdos, en un corporativismo pluralista, conflictivo, trabado en las condiciones del empate. Sin embargo, la negociación corporativa en el interior del sector se diferencia en estos años precisamente por su creciente estabilidad y la formulación de condiciones para el acuerdo que tornan viable —al menos en el mediano plazo— una financiación ordenada de las prestaciones del sector privado.

Un sector público debilitado que comienza a perder eficacia técnica y prestigio social; un sector privado que se fortalece al compás de la expansión de la capacidad de cobertura de las obras sociales. La intervención del Estado llegará tardíamente, cuando las bases contractuales del sistema hayan mostrado su eficacia, y se hayan fortalecido con la explicitación de los beneficios recíprocos que pueden asegurar a sus protagonistas. Las relaciones de poder en el interior del sector salud han quedado plasmadas de manera independiente a la regulación de sus aparatos, y continuarán resistiendo su pretensión reglamentadora.

La discusión doctrinaria entre los técnicos continuará reclamando racionalidad y haciendo depender la efectivización de la promesa de acceso igualitario y equitativo de una mayor eficiencia del sistema. El sistema, sin embargo, continuará resistiendo las presiones reguladoras que no aparecen comprometidas con la construcción de alternativas políticas con las que sus protagonistas puedan sentirse identificados. En este nivel sí puede afirmarse que las relaciones de poder en el interior del sector son fuertemente dependientes del sistema político que lo trasciende. Se trata de una posible hipótesis a desarrollar que nos brinda la posibilidad de seguir tejiendo los hilos de esta historia.

Referencias bibliográficas

- (1) Belmartino, Susana, y Bloch, Carlos. "Estado, clases sociales y salud". *Soc Sci Med* 28 (5):497-514, 1989.
- (2) Habermas, Jürgen. "La crisis del Estado de Bienestar y el agotamiento de las energías utópicas". *Ensayos Históricos*, Barcelona, Ed. Península, 1988, pág. 118.
- (3) Przeworski, Alan. *Capitalismo y socialdemocracia*. Madrid, Alianza Universidad, 1988, pág. 13.
- (4) Garretón, Manuel. "Actores sociopolíticos y democratización". *Rev Mex de Sociología XLVII (4)*: 5-16, oct./dic. 1985.
- (5) Przeworski, Alan. *Capitalismo y socialdemocracia*, cit., pág 86.
- (6) Therborn, Goran. *La ideología del poder y el poder de la ideología*. Madrid, Siglo XXI, 1985.
- (7) Zemelman, Hugo. *De la historia a la política*, México, Siglo XXI, 1989, pág. 13.
- (8) *Ibid*, pág. 34.
- (9) *Ibid*, pág. 33.
- (10) *Ibid*, pág. 19.
- (11) *Ibid*, pág. 31.

Abreviaturas utilizadas

Boletín A.M.P. Boletín Agrerriación Médica Platense
Bol Col Med Boletín del Colegio de Médicos
C.D.D.S. Cámara de Diputados de la Nación. Diario de Sesiones
C.S.D.S. Cámara de Senadores de la Nación. Diario de Sesiones
H.C.D.C.B.A. Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires
Rev A.M.A. Revista Asociación Médica Argentina
Rev Col Med Revista del Colegio de Médicos
Rev Conf Med Rep Arg Revista de la Confederación Médica de la República Argentina
Rev Fed Med Entre Ríos Revista de la Federación Médica de Entre Ríos
Rev Fed Med Rep Arg Revista de la Federación Médica de la República Argentina
Rev Jur Arg Revista de Jurisprudencia Argentina
Rev Med Ros Revista Médica de Rosario
Rev San Asist Soc y Trab Revista de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo
S.M. Semana Médica

**Esta edición
se terminó de imprimir en
RIPARI S.A.
General J.G.Lemos 248, Buenos Aires
en el mes de julio de 1991**

