

CORPORACION MEDICA Y PODER EN SALUD
Argentina, 1920-1945

ISBN 950-99324-0-X

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S.)
España 401 - 2000 Rosario - Rep. Argentina

Impreso en Argentina, 1988 / Printed in Argentina

CORPORACION MEDICA Y PODER EN SALUD
Argentina, 1920-1945

Susana Belmartino

Carlos Bloch

Ana Virginia Persello

María Isabel Carnino

Para Pedro

De quien, por Frases de una amiga Joel
forjada en el-trabajo en común, puede
valorar sus ricas dotes intelectuales,
su gran sensibilidad por todas las
realizaciones del hombre

Carlos

30-12-88

Susana Belmartino: Licenciada en Historia, Investigadora por contrato de CONICET en el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. 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 y presentación de los resultados.

Carlos Bloch: Médico. Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Ana Virginia Persello: Licenciada en Historia, Investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario. Profesora Adjunta de Historia Argentina Siglo XX en la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.

María Isabel Carnino: Alumna del último año de la Licenciatura en Historia. Facultad de Humanidades y Artes. Auxiliar de Investigación.

A mediados de 1986 nos propusimos iniciar una investigación destinada a analizar el proceso histórico que, en nuestro país, condujo a la conformación de las actuales relaciones de poder en el interior del sector salud. Nuestro proyecto ponía como eje del estudio la actuación de la Corporación Médica, y tomaba como punto de partida los últimos años de la década de 1930, momento en que se consolida la agremiación de los profesionales en medicina y se sientan las bases de la emergencia del Estado de Compromiso, primer protagonista político en la articulación de tales relaciones.

El contenido de este libro explicita el momento constitutivo de ese proceso, en los años que van desde la primera postguerra hasta mediados de la década de 1940. Como tal, constituye sólo la primera parte de una historia en cuya continuación estamos trabajando.

La tarea se realizó en el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S.) de Rosario, y diversas instituciones contribuyeron a hacerla posible. En primer lugar la Asociación Médica de Rosario, que favoreció el crecimiento de nuestro Centro con su permanente y generoso estímulo a todas las tareas vinculadas con la investigación, docencia y difusión de los aspectos sociales de la salud/enfermedad.

En lo relacionado de manera específica con esta investigación, el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud permitió la conformación del equipo de trabajo que la llevó adelante, y un contrato de CONICEI significó el respaldo institucional para quien tuvo a su cargo las funciones de dirección.

Un grupo importante de dirigentes médico gremiales de diferentes lugares del país nos facilitó el acceso a la documentación pertinente y, en algunos casos, el conocimiento de experiencias personales relacionadas con la dinámica bajo estudio.

En el ámbito de las relaciones personales, un buen número de compañeros contribuyó a nuestro trabajo. En primer término el equipo de investigadores del C.E.S.S., lugar donde la polémica y la confrontación de ideas se produce en un clima que permite la explicitación del disenso y estimula la creatividad. También el personal de gerencia, y de las secretarías gremial y de publicaciones de nuestra institución huésped merecen nuestro reconocimiento por el cotidiano apoyo brindado a la realización de la tarea investigativa.

LOS AUTORES

PROLOGO

La preocupación de la Organización Panamericana de la Salud por el desarrollo de los recursos humanos aplicables al sector en Latinoamérica tiene ya varias décadas de historia, en las que se han acumulado experiencias significativas. Del apoyo a becarios o la capacitación en pedagogía médica -que fueron los instrumentos iniciales de la cooperación técnica- se pasó en años recientes a actividades de fortalecimiento institucional, producción de libros de texto, desarrollo de programas de investigación, formación de postgrado e innovaciones en tecnología educativa. En sus aspectos fundamentales, sin embargo, la expansión de la actividad en este campo no ha surgido de la voluntad de promoción de la O.P.S./O.M.S., por el contrario, ha descansado en la dinámica de trabajo generada en los países miembros, la creación de grupos de investigación y la actividad de las instituciones que han contribuido a convertir a Latinoamérica en un espacio de importantes innovaciones en la temática de salud a lo largo de las últimas dos décadas.

El rasgo más fructífero de estos avances fue el reforzamiento del enfoque interdisciplinario en la investigación de los problemas de salud. La construcción de un nuevo objeto de estudio, ya se tratara de definir cuestiones epidemiológicas, caracterizar el trabajo médico, o profundizar en los aspectos vinculados a la formación de recursos humanos, requirió la utilización del bagaje teórico y metodológico de las ciencias sociales. La historia, la economía, la sociología, la antropología, entre otras, se convirtieron en una presencia necesaria e innegable para un mejor conocimiento de los problemas del sector y la elaboración de políticas adecuadas para su transformación.

En múltiples ámbitos académicos, a lo largo de América Latina, la investigación en ciencias sociales aplicadas a salud contribuyó a la generación de nuevas perspectivas teóricas y posibilitó nuevas estrategias de intervención. La O.P.S./O.M.S. ha apoyado a muchos de esos centros académicos y se ha nutrido a su vez de los avances, los conocimientos y las experiencias que en ellos se gestaban, consolidando así una solidaria vinculación entre países en torno a la salud como nexo y valor indiscutible.

Argentina se inserta tardíamente en ese movimiento. Los primeros intentos de incorporación de esta problemática se vieron abruptamente interrumpidos por la política univertaria llevada adelante por el gobierno militar

a partir de 1976. Sin embargo, correspondió a un médico y sociólogo argentino, el Dr. Juan César García, iniciar, llevar a cabo y lograr la no fácil legitimación de este abordaje interdisciplinario en el seno de la O.P.S. / O.M.S. Durante los años en que fue funcionario en Washington D.C. alentó la formación de investigadores, el establecimiento de programas educativos y la aparición de publicaciones periódicas que expresaran las necesidades de los países latinoamericanos e intentaran darles una respuesta.

Dentro de las áreas reconocidas como prioritarias, en los últimos años se genera la preocupación por las transformaciones que se estaban produciendo en el mercado de trabajo en salud. La estructura del empleo, las condiciones de trabajo, la definición de profesiones, el papel de la tecnología o la configuración de sistemas de producción de servicios aparecen como nuevos y relevantes problemas que obligan a cambiar lo que hasta entonces era el enfoque dominante en materia de recursos humanos.

La investigación se orienta hacia los aspectos políticos, económicos y culturales del trabajo en servicios de salud, aprovechando los aportes teóricos y la valiosa experiencia acumulada en el enfoque interdisciplinario de la problemática.

La preocupación por definir las líneas de fuerza subyacentes a los procesos vinculados a la organización de la atención médica se acentúa en muchos países de la región en el marco de la crisis económica y política. El afianzamiento de formas mercantiles de funcionamiento, estructuralmente fragmentadas y de gran complejidad organizativa, pone en cuestión la posibilidad de garantizar el derecho a la salud como atributo fundamental del ser humano. En la dinámica de tales formas de organización cobra relevancia el análisis de la movilización de diferentes actores sociales, comprometidos en inestables relaciones de poder en el interior del sector.

Como representante de la O.P.S./O.M.S. en Argentina y como participante de este proceso de producción colectiva de una visión latinoamericana sobre los recursos humanos en salud, considero que la aparición de este libro sobre Corporación Médica y Poder en Salud -Argentina 1920-1945- es una expresión coherente de toda esa historia de esfuerzos compartidos. Es como un mosaico de pequeñas piezas que lentamente se pueden ir integrando: la tarea de Juan César García, los esfuerzos de muchos grupos en América Latina, y la paciente y meritoria labor de los investigadores del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Armar este mosaico no ha sido una actividad fácil; muy por el contrario, se ha visto plagada de obstáculos: limitaciones a la vida académica, restricciones al pluralismo, apremios económicos, han dificultado la tarea, pero la voluntad y el compromiso han dado sus frutos.

Esta indagación minuciosa y esclarecedora acerca de la formación de la corporación médica en Argentina, enmarcada dentro del análisis de la sociología de las profesiones, supone además la incorporación de la metodología histórica para el abordaje del problema. Ilustra por lo tanto no sólo acerca de las complejas mediaciones presentes en la relación entre sociedad y sistemas de atención médica, además procura indagar el proceso histórico de conformación de las instituciones implicadas y los actores sociales

comprometidos.

Por tales razones entiendo que será de interés para los estudiosos del tema en Argentina y otros países de la región. Por tratarse de un estudio riguroso de alta calidad científica y por las nuevas líneas metodológicas que propone constituirá sin duda un apoyo para el trabajo de otros grupos preocupados por la problemática del Poder en los sistemas de salud.

Dr. Carlos Vidal
Representante de O.P.S./O.M.S. en Argentina

INTRODUCCION

“La mentalidad médica argentina ha cambiado. El primer síntoma es que el antiguo individualismo, que llenó su misión, obedeciendo a causas muy dignas de una época, se abandona. En la actualidad tiene más aceptación la unión, la colaboración, lo mismo en el trabajo que en la vida. Antes de 1910 los médicos estaban atomizados, en 1936 los médicos del país, como los del mundo, están unidos, agremiados. Antaño cada profesional se sentía señor de la tierra, ogaño cada médico se considera unidad de un todo que armoniza y estructura el trabajo. (...)

“Tal cambio se debe a una nueva orientación de las ciencias. En el orden científico la división del trabajo y la especialización son condiciones indispensables, no sólo de progreso, sino de todo conocimiento. (...)

“Si para nuestros inmediatos antecesores el microbio lo era todo, para nosotros el terreno toma cada día más importancia (...) las condiciones ambientales determinan procesos colectivos e individuales para los cuales la antigua técnica o arte se atenía a la sintomatología y la cura individual. (...)

“La medicina deja de ser un asunto privado, principalmente privado, para entrar briosamente en el campo de lo público. La salud, si es individual, es también un fenómeno eminentemente de interés colectivo y público (...)

“Después de la gran guerra la medicina toma caracteres sociales en los aspectos de Previsión, Higiene, Sanidad, etc., y en el mismo de la Asistencia Médica que parecía el último baluarte. Los hospitales municipales y nacionales y sobre todo los seguros sociales le dan una extensión e importancia que nunca tuvo. La asistencia médica se convierte en una función pública cuyo principio es la asistencia pública de todos. Nace un derecho a la Salud que implica un deber funcional de atender a todo el mundo en sus problemas médicos (...)” (*Boletín de la Federación Gremial Médica de la Provincia de Santa Fe*, año 1936)

Para apreciar todos los matices de un texto como el que antecede, para comprenderlo en su integridad, es indispensable fecharlo, inscribirlo en una época y un lugar determinados, en un momento particular del desarrollo de las concepciones sociales relacionadas con la salud, la enfermedad y la atención médica, y obtener una perspectiva histórica que permita evaluar 11

lo acertado o erróneo de las apreciaciones que el autor formula, en función del desarrollo posterior de los procesos sociales a los que se refiere.

El objetivo de este libro es “datar” ese texto, o cualquier otro de los muchos y muy similares que en la misma época se publican; ubicar la medicina y la atención médica en una sociedad determinada, -la argentina-, en período de cambios profundos y conflictivos, -los años que corren entre 1920 y 1945- y, finalmente, analizar en qué medida esos cambios afectan la inserción de la profesión en el conjunto de las relaciones sociales, de qué manera la perturban, y cuáles son los caminos que se exploran para lograr una nueva adecuación.

Hemos tomado como eje de análisis el proceso de constitución de la corporación médica, aun cuando tenemos plena conciencia de que el problema excede ampliamente sus límites. La conformación del gremio es una de las consecuencias de las transformaciones de la práctica médica que intentamos describir. Ellas explican el conjunto de demandas y expectativas que sustenta el agrupamiento de los profesionales; sin embargo, este nucleamiento no es la única consecuencia de tales transformaciones, y tal vez ni siquiera sea la más importante.

¿Por qué, entonces, elegir *la corporación médica* como eje analítico? Las razones son variadas, de diversa índole, y han tenido diferente incidencia en la toma de decisión al respecto. Algunas pueden conceptualizarse en forma inmediata, otras se irán precisando a lo largo de este trabajo.

La razón primera y principal es nuestro intento de reconstruir el proceso histórico que conduce a la estructuración actual de las relaciones de poder en el sector salud. En esas relaciones, la corporación médica es un factor que influye relativamente sobre el conjunto de las decisiones que se toman en el interior del sector. Esta primera parte de la investigación constituye entonces el eslabón inicial de una cadena que en el futuro integrará la perspectiva de otras fuerzas sociales influyentes y el proceso de su compleja articulación.

En segundo lugar, las décadas que estudiamos constituyen un momento de afirmación del corporativismo, tanto en Argentina como en otros lugares del mundo. El estudio de este mecanismo específico de representación de intereses se ha centrado casi exclusivamente en las organizaciones representativas de las principales fuerzas que actúan en el terreno económico: empresarios y obreros y, de manera secundaria, en las corporaciones que con reservas se puede llamar “ideológicas”, Iglesia, Universidad y, más recientemente, en la corporación militar. El gremio médico tiene algunas connotaciones particulares, que devienen precisamente del diferente nivel de centralidad que asume en los procesos sociales que lo afectan.

En tercer lugar hemos querido mostrar los procesos sociales a partir de la visión que sus protagonistas tienen de ellos o, tal vez, en una formulación menos ambiciosa, la visión de los protagonistas capaces de dejar testimonio, porque pueden difundir sus ideas por escrito. Para eso hemos rastreado tres grandes conjuntos de fuentes donde se hallan opiniones, evaluaciones o propuestas relacionadas con la articulación entre medicina y sociedad: las revistas publicadas por instituciones académicas, como *La Se-*

mana Médica, o la que constituye el órgano de difusión de la Asociación Médica Argentina; las publicaciones de los diferentes organismos gremiales que comienzan a difundirse en esos años, y los debates que sobre el tema se producen en el parlamento argentino. Pensábamos obtener así una perspectiva “académica”, una “gremial” y una “política”. No fue ese el resultado: los actores se mezclan, se superponen y se confunden; las propuestas no difieren por el ámbito del cual emanan, sino porque las sustentan visiones particulares del lugar de la medicina en la sociedad. En la gran mayoría de ellas predomina la convocatoria a la unidad, a la organización, al gremio -como forma de lucha o de defensa-, frente a la complejidad de los problemas con los que la profesión se enfrenta.

Tales problemas remiten a la percepción de una “crisis” omnipresente en la perspectiva médica de la época. El propósito de este trabajo nos exime de la compleja tarea de precisar el contenido conceptual del término, de por sí ambiguo, debido a su uso generalizado para calificar procesos sociales de índole diversa.

Nuestro objetivo no es analizar la crisis de la sociedad argentina, sino la percepción que tienen los médicos de los cambios que se están produciendo en esa sociedad, en el interior de la medicina como actividad científica y en la práctica médica. Asimismo intentaremos examinar cómo se expresa la incidencia de esos cambios en el ejercicio de la profesión y cuáles son los caminos que se proponen para adecuar ese ejercicio a las nuevas necesidades y expectativas sociales vinculadas con la problemática de la salud/enfermedad.

De todos modos, algunas definiciones de la crisis, elaboradas en un plano de generalidad mucho mayor, parecen adecuarse a esta perspectiva de transformaciones que generan necesidades y la redefinición de las prácticas dirigidas a satisfacerlas.

Si tomamos la definición de Lechner, por ejemplo, cuando afirma que desde el punto de vista del *statu quo* la situación de crisis se expresa como fracaso u obstáculo de una *élite* para controlar el desarrollo social, descubrimos que buena parte de la explicitación de la crisis de la medicina pasa por la percepción de la pérdida de liderazgo, por la necesidad de procurar nueva legitimación a una situación de predominio.

Si en cambio nos remitimos a Poulantzas, con su idea de condensación de contradicciones, no podemos dejar de pensar en la forma particular como los médicos argentinos se plantean las contradicciones inherentes a aquella modalidad de ejercicio que se identifica con el calificativo de “liberal”. No sólo el desarrollo técnico, que en la perspectiva médica de la época aparece como determinante, sino también las condiciones sanitarias generalizadas, las carencias y superposiciones en la distribución de los 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 solamente como práctica que se ejerce de individuo a individuo.

Por otra parte, aunque centremos nuestro interés en los problemas relacionados con la organización de la práctica médica y su capacidad para dar

respuesta a nuevas demandas sociales, no podemos dejar de preguntarnos por qué cambian o se incrementan esas demandas, y por qué varía la posibilidad o la disposición del conjunto social para satisfacerlas.

Esto nos lleva a considerar el particular período de la historia argentina en el que nuestra problemática específica se inserta. Ya en otras oportunidades hemos intentado caracterizarlo como una etapa de transición entre dos modelos de organización social bien definidos: el modelo centrado en la producción agropecuaria, con Estado cuasi prescindente y en el cual el crecimiento está orientado hacia el exterior, y el modelo industrializador / distributivo, que se basa en el desarrollo del mercado interno y está regulado por el difícil equilibrio del Estado de compromiso.

Pensar estos años -1920 a 1945- como una "etapa de transición" es enfatizar el agotamiento del modelo de articulación entre sociedad civil, sistema político y aparato estatal, que se implantara con relativa eficacia a partir de 1880. Hablar de "transición" no significa retomar la perspectiva de Germani, de un proceso cuya salida está de alguna manera prefijada. Por el contrario, tiende a considerar períodos de inestabilidad -en los que la sociedad argentina observa y analiza de manera crítica sus instituciones fundamentales y discute formas de organización alternativas- precedidos y continuados por otros en los que la balanza se inclina hacia una mayor estabilidad de tales instituciones. Hablar de "transición" y no solamente de "crisis" supone precisar que la superación de la etapa conflictiva no pasa por un retorno a la situación anterior; por el contrario, se logra en virtud de una redefinición de las relaciones sociales fundamentales, de la configuración de nuevas modalidades de articulación entre Estado, sistema político y sociedad civil.

Creemos que las páginas que siguen brindarán algún tipo de apoyo para fundamentar esta hipótesis de orden general en la microhistoria de las relaciones centradas en la medicina y su respuesta a la enfermedad.

Nuestra intención, tal vez sea necesario aclararlo, es dejar hablar a los protagonistas y servir solamente de intérpretes para mostrar cómo se expresan, en esos años, los problemas relacionados con la organización social de la práctica médica. Por otra parte es indudable que la función de intérpretes implica en este caso la selección de los temas, el privilegiar algunas cuestiones, un ordenamiento que supone cortes y superposiciones en el desarrollo de los procesos, en fin, todo lo relacionado con la construcción de un objeto de trabajo investigativo. Que nos definamos como intérpretes no significa que nos declaramos prescindentes, sino todo lo contrario. Simplemente conduce a señalar que en buena parte de este libro se leerá el discurso de la medicina de la época, y que nuestra palabra sólo se introducirá para aclarar temas, ordenar procesos, establecer conclusiones.

CAPITULO PRIMERO

EL "MALESTAR" MEDICO. DIFERENTES PERCEPCIONES DE LA CRISIS.

En términos muy generales podría afirmarse que los años que transcurren entre 1920 y 1940 constituyen el período de consolidación del gremialismo médico. En nuestro país pueden rastrearse antecedentes aislados de formación de asociaciones de defensa de los intereses profesionales desde fines del siglo XIX, pero en la década del 20 surgen las primeras instituciones destinadas a perdurar. El proceso parece acelerarse en los años 30 a partir de la conformación de federaciones provinciales -en un movimiento que intentaremos precisar más adelante- hasta culminar en 1941 con la consolidación de la Federación Médica de la República Argentina, organismo de tercer nivel con continuidad institucional hasta el presente.

Acompañando ese proceso de fortalecimiento de la perspectiva gremial médica, a lo largo de la década del 30, "crisis" es la palabra que se utiliza con más frecuencia para caracterizar la situación de la profesión -y ocasionalmente de la misma Medicina-. Crisis económica, crisis política, crisis ética, crisis de civismo, crisis de orientación: la incorporación de calificativos supone diferentes evaluaciones de las causas y las consecuencias de una situación que generalmente escapa a definiciones conceptuales más precisas. Otras expresiones colocan el mismo problema en diferentes planos de análisis: malestar profesional, plétora, tiempo de vacas flacas, miseria del gremio, bancarrota del profesionalismo, mercaderes del templo, médicos cazadores de clientes.

Gremialistas, funcionarios, docentes universitarios, políticos, intelectuales, los médicos que se ocupan del problema en las páginas de revistas especializadas, mitines, conferencias radiotelefónicas, coinciden en el nombre de la entidad mórbida -y de allí la referencia generalizada a la existen-

cia de un "malestar"- pero discrepan cuando se trata de precisar su etiología, manifestaciones, pronóstico y, como consecuencia, en la propuesta de una terapéutica. En la polémica -directa en ocasiones, en otras apenas manifiesta- muestran un fragmento, seguramente muy pequeño, del "torbellino ideológico" que, según la expresión de uno de ellos, caracteriza a la Argentina del momento (1).

Las formulaciones no siempre son claras, los excesos retóricos, frecuentes, las contradicciones no faltan, así como tampoco las identificaciones mecánicas con procesos ocurridos en otras esferas o con situaciones -bien o mal conocidas- existentes en otros países. Resulta difícil caer en la tentación de "etiquetar" el pensamiento médico en ese período particularmente conflictivo de la historia argentina. A lo sumo se podría, tal vez, diferenciar entre sus exponentes a aquéllos claramente nostálgicos del pasado de quienes miran hacia el porvenir y, entre éstos, los que se preparan para enfrentar tiempos difíciles y los que confían en el carácter progresivo de las convulsiones que perciben en el desarrollo societal.

Las dificultades para identificar vertientes ideológicas claramente definidas en los diagnósticos referentes a la "crisis" no invalidan, sin embargo, el intento de agruparlas según algunas líneas de clivaje relativamente netas. La primera diferenciación que proponemos agrupa, por un lado, aquéllas expresiones que encaran los problemas profesionales como parte de procesos más generales inherentes a las sociedades contemporáneas, y, por otro, las que se dedican a analizar las condiciones del trabajo médico en sí mismas. En algunos textos ambas perspectivas se complementan; sus autores, después de reconstruir las situaciones "macro", pasan a describir sus consecuencias sobre la actividad profesional. Otros, en cambio, se limitan a analizar las dificultades inherentes a la práctica médica, negando o minimizando la incidencia de procesos de carácter más general, y consideran los factores disruptivos como agentes que operan "desde afuera" de una situación de equilibrio. Dentro del primer grupo es posible establecer una segunda línea de diferenciación, considerando la índole de los factores a los que se atribuye mayor peso en la conformación de la crisis. A continuación intentaremos caracterizar esquemáticamente cada una de las corrientes así esbozadas, en primer lugar porque aportan elementos para nuestra propia valoración del problema, y en segundo término porque cada una de esas perspectivas fundamenta propuestas políticas y organizativas para superarlo.

Crisis de valores, crisis ética

En esta perspectiva el origen de la crisis se remite a la conmoción de los valores tradicionales provocada por el estallido de la Primera Guerra. "Estamos en el crepúsculo de una época histórica", sostiene Pedro Cernadas (2) en 1936, y a partir de esa afirmación el discurso toma claras reminiscencias arielianas: predominio de un individualismo saturado de espíritu utilitario, de materialismo, jerarquía basada en el dinero, valorización de la máquina por encima del ser humano, abusos del capital, corrupción de

los funcionarios públicos, decadencia del parlamentarismo, negación del cristianismo, sustitución del auténtico patriotismo por un nacionalismo cerrado y agresivo. La crisis señala el fracaso del liberalismo y su incapacidad para garantizar el orden y la estabilidad indispensables para el desarrollo humano.*

La corrupción de los valores ha penetrado también la institución universitaria.** Atrás han quedado los tiempos en que una sencilla tarima esperaba a los futuros doctores que ascendían a ella para defender su tesis, adornada tan sólo con una inscripción que sintetizaba toda una concepción del médico y la medicina: "Dios te ha instituido sacerdote del sagrado fuego de la vida"(3). A partir de 1918 las universidades prestaron más atención a la cantidad que a la calidad de los estudiantes; se acordaron títulos a granel, no había barreras de entrada ni de salida, pero sí consejeros estudiantiles que influían poderosamente en los dictámenes de los jurados (4). Las posibilidades crecientes de ascenso social tuvieron como efecto inevitable derivar hacia la universidad a "sujetos cuya educación primaria y sobre todo cuya educación moral no es la más adecuada para el ejercicio de la medicina"(5).

La perspectiva no es, sin embargo, pesimista: "se está operando insensiblemente en la presente generación del mundo entero civilizado una transmutación que nos lleva de la inquietud y el inmoralismo al orden y a la moral"(6). Una auténtica *élite* médica, impregnada de los valores tradicionales de la profesión, tendrá un papel dirigente en ese proceso, convirtiendo en realidad la profecía de Gladstone: "tiempo vendrá en que los médicos serán los guías de las naciones".(7)***

*En una referencia más directa a prácticas políticas contemporáneas, la Revista del Colegio de Médicos, comentando el debate sobre la situación de los hospitales municipales desarrollado en el Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires, concluía en noviembre de 1938: "En el fondo lo que está en crisis, en gravísima crisis, es la moral administrativa. Los funcionarios de la comuna detentan sus empleos con segura impunidad. Entre nosotros no se conocen los procesos por inmoralidad en el desempeño de los cargos públicos, no se echa a nadie, no se suspende a nadie...Y todo ello no es más que un episodio del mal de nuestra hora, de la crisis moral de civismo, de moral administrativa y de coraje patrio" (*Rev.Col.Med.* VII 71:5, noviembre de 1938)

***"El exceso de tecnicismo y maquinismo nos ha sumido en un avaro egoísmo sin Dios" afirma el Decano Bullrich al inaugurar los cursos en la Facultad de Medicina en 1934. (Citado por BERMANN, Gregorio, "La crisis de la Medicina", *S.M.*, XI.I 20: 1501-1909, mayo de 1934, pág. 1503)

***El Profesor titular de Medicina Legal y Deontología de la Facultad de Medicina de La Plata, José Belbey, publica en 1943 un libro sobre Charlatanismo Médico. En sus consideraciones sobre ética profesional afirma tener la segura convicción de que el momento presente constituye "la hora de los médicos; no la hora de la espada, como opinaron algunos espíritus impresionables, pasivos mentales, implorantes de violencias; tampoco la hora de los políticos, ni de los economistas, cada cual visor del problema humano a través de su anteojo. Es la hora de los médicos, de los únicos que no tienen sólo su problema, porque tienen los de la humanidad, los únicos que pueden ver en las inquietudes, en la conducta moral o inmoral de los hombres complejos psíquicos explicables; los únicos que pueden decir a los otros hombres su palabra serena por encima de los odios, los lamentos y las ansias"(S.M. L 18:1036, mayo de 1943)

Crisis económica, proletarización, desaparición del “médico/artesano”

“El médico se convierte, cada vez más, en un pequeño industrial acosado (...) las tendencias de la época, que podrían calificarse de históricas porque responden al modo de ser del orden actual, se manifiestan en forma persistente y continuada, a través de los períodos de prosperidad y de depresión. Estas tendencias, ya conocidas y extendidas en la industria, en nuestro medio profesional se traducen en las formas de explotación capitalista de la medicina, en los organismos financieros cuyos grandes recursos les permiten llevar al campo de la medicina los métodos de la gran industria: la especialización cada vez más diferenciada, la racionalización, los servicios mejorados, los precios rebajados. Como en el resto del mundo económico, aquí también la gran empresa desaloja el taller del artesano: los grandes establecimientos médicos acosan al médico independiente, al pequeño industrial.”(8)

El párrafo transcripto, extraído de las Actas del Segundo Congreso Médico Gremial, reunido en 1936, es un buen ejemplo de otra perspectiva en torno de la crisis. En las Conclusiones del mismo Congreso, aparecen aún con mayor fuerza los factores económicos relacionados con el mercado y las tendencias a la concentración de la producción en grandes empresas como determinantes de la crisis profesional:

“I. La decadencia económica de los profesionales del arte de curar es consecuencia directa de la crisis mundial. (...)”

“III. El ejercicio individual de la medicina está en plena decadencia, la cual se acentuará en los años venideros, hasta convertirse en algo casi imposible (...)”*

“IV. Las posibilidades económicas de los médicos actuales son precarias en las presentes circunstancias, por el avance de los grandes institutos que absorben al profesional aislado y a las masas de enfermos.” (9)

La argumentación es relativamente clara: como consecuencia del avance del capitalismo la libre competencia industrial se traslada a la profesión, que comienza a regirse por la ley de la oferta y la demanda. En función de

*“¿Resistirse?. El consultorio particular es, al lado de esas concentraciones de la medicina, como el tallercito del artesano zapatero al lado de la gran fábrica de calzados. Los que se resisten [...] movidos por la esperanza de la vuelta a la edad de oro de la profesión, son víctimas, o lo serán fatalmente. Vivirán como los artesanos que se resisten a la concentración industrial: miserablemente, intranquilos, agitados, obsesionados por la caza del cliente, recorriendo a miles de expedientes de carácter comercial, trabajando mal, prestando servicios insuficientes al enfermo” (BOSIO, Bartolomé, “La tragedia del médico independiente” *BOLETIN F.G.M. Santa Fe*, II 11:2-3, diciembre de 1935, Pág. 3).

Una perspectiva similar planteaba Juan Lazarte en 1943: “La crisis que está viviendo ese conjunto, calificado bajo un mismo denominador económico, se manifiesta en sus profesiones típicas. Esa clase media, incluidos los empleados, forma la quinta parte de la población productiva de nuestro país (la clase media en nuestro país está formada por un 21% de la población); en Francia, la sexta parte. No es tan independiente como se cree (la crisis lo está demostrando) sino que aparenta serlo. ¿Dónde está la independencia de los médicos, abogados, ingenieros, proclamada a voz de cuello antes de 1929, como razón para no intervenir en las cuestiones sociales?” (LAZARTE, Juan, *Problemas de la Medicina Social*, Americalee, 18. Buenos Aires, 1943, Pág.29).

ese proceso, la actividad médica sufre las mismas alternativas de auge y depresión que caracterizan al ciclo comercial en el resto del mundo. Pero existe además otro proceso paralelo, resultado de la concentración empresarial favorecida por el capital financiero que, habiéndose manifestado originariamente en la producción industrial, va absorbiendo otros campos de actividad, “y cuyo efecto es operar la separación entre los instrumentos de trabajo (el consultorio) y los productores individuales (el médico), empobreciendo a éstos y convirtiéndolos al fin en asalariados (a sueldo o porcentaje).”(10)

Crisis política. Reconocimiento de los derechos sociales. Nuevo rol del Estado

En esta visión de la crisis se parte nuevamente de los procesos sociales de la primera posguerra, y se los asocia con el agotamiento del modelo liberal. Pero no se habla de “crepúsculo”, sino de “transición”. Y el centro del proceso no se pone en una crisis de valores, ni en una manifestación del fracaso de las democracias; por el contrario, se lo plantea como una “intensificación de la evolución democrática de la población.”(11)

La creciente ingerencia del Estado en todas las esferas de la actividad social, su intervención en los problemas relacionados con la salud pública, el cuestionamiento de los dogmas individualistas, la socialización de la práctica médica, no son más que aspectos de un único proceso, que afecta también la perspectiva de las funciones sociales de la medicina; que es una actividad profesional y no sacerdotal, una actividad científica de utilidad social y no una simple tarea humanitaria. Existe todavía un “resabio ético”(12) que identifica consagración mística al alivio del dolor ajeno y existencia de hospitales de caridad. Esta concepción, aunque se encuentra grabada hondamente en el acerbo moral de la sociedad argentina, debe ser sustituida por la idea de solidaridad social, que incluye la noción de deber social y el correlativo reconocimiento de derechos sociales reconocidos jurídicamente.

También puede encontrarse una visión pesimista de la crisis política, que habla de un retroceso de la humanidad “hacia sociedades instintivas que no evolucionan”. En este caso, el autoritarismo y la negación del individuo aparecen como salidas no deseadas de la crisis: “la Rusia es un hormiguero, e Italia y Alemania dos colmenas industriales, donde si todos los hombres trabajan y comen, lo consiguen al precio de la pérdida de su libertad de pensamiento y acción”. (13)

Crisis del ejercicio profesional

Cuando la explicitación de los contenidos de la crisis aborda las modalidades del ejercicio de la medicina o, más concretamente, las transformaciones del mercado de trabajo, el análisis se hace más preciso y hay más coin-

cidencias en la descripción del problema, aún cuando persistan las discrepancias en torno a causas y soluciones posibles.

Un ejercicio profesional insatisfactorio, escasamente retribuido, crecientemente mercantilizado, que en ocasiones se desliza hacia prácticas reñidas con principios éticos de aceptación generalizada, parece constituir el horizonte más o menos cercano de buena parte de la población médica.*

El aumento significativo del número de profesionales, su concentración en las principales ciudades, la canalización de la clientela hacia las grandes instituciones públicas y privadas, que brindan atención gratuita o financiada a partir de diferentes modalidades de prepago, y las innovaciones diagnósticas y terapéuticas que encarecen y complejizan la atención, son los procesos asociados de manera más inmediata a la aparente o real contracción de la clientela privada con posibilidad de pago directo, que demanda atención en los consultorios profesionales. De cada uno de estos procesos existen evaluaciones controvertidas que sintetizaremos a continuación.

El aumento del número de médicos, ¿plétora, mala distribución o falta de demanda solvente?

Hacia 1930 se estima una población de 6.500 médicos para diez millones de habitantes, lo que equivale a 1.523 habitantes por médico (14). Cinco años después, con cifras actualizadas en virtud del censo de 1934, 9.600 médicos y más de doce millones de habitantes suponen una relación de 1.250 habitantes por médico. Las cifras que manejan los profesionales agremiados en la Provincia de Santa Fe hablan de 450 nuevos egresados anuales de las facultades de medicina existentes en el país, y cerca de 20 médicos extranjeros que revalidan, también anualmente, su título (15). El decano Bullrich, al inaugurar los cursos de 1935, habla de “una hornada de jóvenes médicos que no baja de 600 por año”.(16)

Poco expresivas resultan esas relaciones globales si no se las matiza en función de distribuciones regionales. La mayor concentración de médicos se verifica en las grandes ciudades, Buenos Aires, Rosario y Córdoba. En la primera la relación era de 600 habitantes por médico; en la provincia de Santa Fe, 1.800; en Santiago del Estero, 6.000; en La Rioja, 9.000; en For-

*La descripción de las condiciones del trabajo profesional que transcribimos no tiene otro mérito que el de la síntesis. Reproduce un cuadro que, con diferentes tonos y matices, se despliega incansablemente en el discurso médico de la época: “El médico ‘independiente’ se empobrece. Busca afanosamente el cliente. Hace reclame en toda forma. Busca suplementos o los acepta. Trabaja agitadoamente. Utiliza prácticas comerciales. Desea ardientemente que haya enfermos, muchos enfermos. Se hace ágil a la caza del cliente. Desencadena o intensifica la lucha intestina en su propio gremio. Trata de desplazar de cualquier manera al colega. No le queda ni tiempo ni voluntad para cultivarse en su ciencia y en su arte. Las necesidades económicas cada día le apremian más. Pierde el entusiasmo de su profesión, como ciencia y arte, si alguna vez lo tuvo. No puede consagrarse, deja de ser recto, poco a poco, hasta ser invadido por el pesimismo y convertirse en un indiferente o un cínico [...] Ya no consigue fijar el precio de su trabajo, es cada día más juguete de la ley de la oferta y la demanda. El estímulo mayor que le mueve es el de perfeccionarse en la caza del cliente, de esa cada vez más ‘rara avis’ para su consultorio” (BOSIO, Bartolomé, “La tragedia...” *op.cit.* pág. 2).

mosa había 15.000 habitantes por médico. En la gobernación de Los Andes aún no se había establecido ningún profesional.(17)

Algunos años después las tasas no muestran contrastes tan agudos: la distribución ha mejorado, o bien se han afinado los instrumentos de medición. En 1944 se habla de 13.924 médicos para 14 millones de habitantes (1.010 hab./méd.). En la Capital Federal hay 400 habitantes por profesional; en la provincia de Buenos Aires, 1.328; en Santiago del Estero, la provincia más desfavorecida, 4.350. Pero todavía no se menciona población médica para Los Andes.(18)

Año tras año, declaraciones de autoridades universitarias, discursos de apertura de clases, artículos periodísticos, reviven la polémica. ¿Existe plétora profesional? ¿Debe limitarse el ingreso en las facultades de medicina? ¿Puede mejorarse la distribución del recurso humano médico?

En 1937 el rector de la Universidad de Buenos Aires, doctor Vicente Gallo, proporciona cifras comparativas del egreso de abogados y médicos en 1916, 1926 y 1936. En el primer año mencionado se recibieron 96 abogados y 151 médicos, luego las cantidades ascienden a 126 y 353, y 150 y 417, respectivamente.(19)

Dos años antes había sido Bullrich, decano de Medicina, el encargado de conmover al gremio con un discurso en el que asociaba crisis profesional y plétora. Afirma el Decano que el número de médicos es mayor que el que realmente se necesita en función del volumen profesional; que ese sobrante, y el aumento *in crescendo* se deben al afán de ciertos sectores de la población que ansían que sus hijos consigan el diploma; que las facultades sin razón valedera, anualmente vuelcan cantidades crecidas de diplomados; que el sistema universitario adolece de defectos tales que permite una superproducción de profesionales, y que la Universidad y sus dirigentes deben poner límite a esa fabricación ininterrumpida y creciente de médicos.(20)*

La polémica no es simple, y engloba no sólo los defectos y virtudes de la institución universitaria, y diferentes modalidades y momentos para la selección de los futuros médicos, también supone elaboradas y a veces muy agudas valoraciones de los factores que aseguran el "éxito" del joven profesional: "vocación", buena formación técnica, relaciones familiares o sociales, etcétera.

Otro plano de la discusión, más cercano a nuestro interés por desbrozar los contenidos de la "crisis", se centra en el cuestionamiento de la misma noción de "plétora". Una primera respuesta plantea, como concepto alternativo, el de "mala distribución", y nuevos desacuerdos surgen cuando se analizan sus causas: preferencia por la vida "fácil" de los grandes centros urbanos, aislamiento del médico rural, falta de intervención estatal,

*Los partidarios de la restricción del ingreso disponen también de estadísticas internacionales que respaldan su propuesta: "Según el Bureau Internacional del Trabajo, en la Argentina la plétora médica supera a la de Yugoslavia, Polonia, Bulgaria, Suecia, Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Francia, Dinamarca, Alemania y Letonia; iguala a la de Hungría, Suiza e Italia; y solamente es inferior a la de Inglaterra y Noruega". (CARRERA, José Luis. "Los problemas de la profesión médica. Sus soluciones (II)". *Rev. Col. Med.* IX 87: 24-25, marzo de 1940, Pág. 24).

inexistencia de una política demográfica, etcétera.

Más allá de los datos demográficos puros existen argumentos de peso que avalan el énfasis puesto en los problemas de distribución del recurso humano médico. Estadísticas provenientes de algunas provincias como La Rioja, Santiago del Estero, Catamarca, Corrientes, hablan de un porcentaje de defunciones sin certificado médico superior al 50 por ciento (21). Los profesionales, además, aportan a la polémica datos extraídos de su experiencia directa, que indican que el problema no se limita a las extensas regiones poco pobladas que conformaban buena parte del territorio nacional. Los mismos barrios pobres de Buenos Aires carecen de médicos, y en muchos establecimientos sanitarios la atención de pacientes obliga a los profesionales asalariados a largas jornadas de trabajo.(22)

Por otra parte, ¿cómo puede hablarse de plétora cuando las condiciones sanitarias del país muestran tal nivel de deterioro?. Los contingentes de tuberculosos sin medios de asistencia, los blenorragicos no atendidos, el paludismo endémico, la sífilis, el tracoma, la lepra, diezman a la población al mismo tiempo que ponen de manifiesto las necesidades de atención insatisfechas.(23)*

¿Cómo puede esperarse que los médicos se establezcan en el interior si se tienen en cuenta las condiciones de vida de la población de la campaña? Quienes los acusan de indolencia o de apego a las comodidades ciudadanas, “se han detenido a considerar las posibilidades económicas de la peonada de los grandes latifundios, de los ingenios, de los obrajes, de los yerbales?”(24). Paulatinamente el argumento va deslizándose desde el punto de vista de la mala distribución hacia una concepción que se apoya en los límites de la demanda solvente.

“La ley de la demanda y la oferta -tomada abstractamente- será una ley, pero en los hechos, demanda, para el caso de la población, no significa demanda de médicos, sino capacidad del demandante para retribuir los servicios profesionales. Hay muchos enfermos que demandan y demandarían médicos, más médicos, pero de esos enfermos, pocos, muy pocos, o ninguno, puede retribuir al profesional.”(25)

En el modelo de práctica que comienza a revelarse incapaz de satisfacer las necesidades del profesional en tanto trabajador y de la población necesitada de atención, el médico vive del enfermo, que insensiblemente va transformándose en *cliente*(26)**. Establecida la relación en esos términos, el pro-

*“Se necesita del concurso de todos los médicos existentes para afrontar la solución de numerosos problemas [...] El problema de la desnutrición de una parte numerosa de la población infantil y también adulta. El de la morbilidad y mortalidad infantil. El de la tuberculosis [...] el de las enfermedades mentales, cada día más numerosas y variadas, por la complicación de la vida económico social. El de las enfermedades venéreas. El de las enfermedades derivadas del trabajo. Y un sinnúmero de renglones más”. (BOSIO, Bartolomé. “El médico y la Sociedad” S.M. XLVIII 34: 476-480, agosto de 1941, Pág. 478).

**En Francia existía una institución que fue anexada luego a la administración de los montes -la Louveterie- cuyos empleados no tenían otra misión que la de conseguir, por todos los medios posibles, la extinción de los lobos. El público se ocupaba poco de los lobos, porque

fesional queda sujeto a las contingencias que afectan la capacidad de pago de sus pacientes. Y urgido por sus propias necesidades vitales insatisfechas, paulatinamente se mercantiliza: compite con sus colegas en la caza de clientes, integra asociaciones con farmacéuticos o productores de fármacos, cobra honorarios irrisorios, acepta comisiones, multiplica las visitas y las prescripciones.

La profesión se “desmerece” por múltiples vías: “haciendo ilegalidades productivas o apelando a recursos poco honestos, como el ‘anaana’ tan en boga, ya casi aceptado, el tanto por ciento por receta, etc.” Pero también percibiendo honorarios insignificantes “no ya por visita sino por intervenciones de gran cirugía, v.gr. por una apendicitis se cobra 150 pesos, incluyendo sanatorio y atención profesional (!), 300 pesos por un Wertheim. ¿Cuánto se deberá cobrar entonces por un panadizo, una uña encarnada, o por una simple visita?”(27)

¿Cómo comienza la vida profesional?

“El pobre comienza su trabajo cobrando dos o tres pesos o menos por visita. Su pudiente compañero, diez o veinte pesos a su regreso de un viaje por Europa, donde pasó ‘seis meses estudiando’. Así ‘especializado’, tiene derecho a criticar a su ex compañero que cobra miserablemente, no pudiendo esperar la muerte por inanición que le acecha si persevera en una tarifa mayor.”(28)

La crónica de la crisis profesional supone disquisiciones filosóficas, alegatos de elevado contenido moral, anécdotas pintorescas y una cierta dosis de ironía. Pero en ese complejo entrecruzamiento discursivo es posible percibir dos encadenamientos causales diferentes. El primero es el que terminamos de describir: empobrecimiento o disminución de la clientela, mercantilización, pérdida del interés por mejorar la capacitación, deterioro de los cuidados médicos, recurso a actividades reñidas con la ética, desprestigio, mayor retracción de la demanda poblacional; el segundo pone el origen del problema en la formación universitaria, que resiente la calidad favoreciendo la cantidad, que permite el ingreso de individuos sin la necesaria formación moral.

Esta última es, sin duda alguna, la visión de quienes ven la crisis general como crisis de valores, la de quienes abogan por la restricción del ingreso universitario y afirman que la profesión debe conformar una *élite* intelectual con capacidad dirigente.*

ya tenía a los loberos encargados de cazarlos; pero éstos cumplían su misión muy “inteligentemente”: sin destruir las guaridas y favoreciendo la reproducción para no aniquilar una especie tan beneficiosa... para ellos. Los campesinos acabaron por considerarlos como los conservadores de los lobos. Y estaban en lo cierto, porque ¿de qué vivirían los empleados de la Louveterie si hubieran destruido a todos los lobos?” (BIANCO, Pedro C., *La socialización de la medicina*, Buenos Aires, 1933, pág. 16).

*También es la perspectiva que aporta Gregorio Marañón, que visita el país en esos años. En su opinión la crisis se debe a la ausencia de una verdadera vocación por parte de los jóvenes que afluyen a las facultades para seguir estudios médicos y, por ende, a esa misma falta de vocación para ejercer luego las actividades profesionales. “Esta insuficiencia vocacional es reemplazada, en cambio, con un prematuro afán de lucro y de expectabilidad que esteriliza desde muy temprano los nobles impulsos del espíritu para realizar los fines de la profesión

En esta perspectiva, el problema se muestra agravado por las deficiencias de la enseñanza universitaria que no está preparada para la educación masiva. Los nuevos egresados, por su manifiesta incapacidad, se ven obligados a aumentar el número de los aspirantes al puesto público. La "empleomanía" distorsiona las finalidades de la enseñanza técnica que, en lugar de cumplir su objetivo de impulsar el progreso del país y aliviarlo del cáncer de la burocracia, por el contrario, la refuerza. El médico no fracasa por la crisis, sino por su ineptitud, su incapacidad, y la falta de valores morales que lo conducen a prácticas reñidas con la tradición profesional: no sólo se mercantiliza, incurre en charlatanismo prometiendo curaciones espectaculares, desvaloriza su profesión a través de una escandalosa propaganda o la búsqueda desenfrenada de clientes, sino que, además -como afirmaba hacia 1940 el Decano Profesor Gabastou- acuciado por la necesidad, va a otrecerse complaciente a la socialización de la medicina a precios de liquidación.(29)

El doctor Soturón, agudo humorista que ridiculiza los males de la profesión al mismo tiempo que plantea verdades que muchos de sus colegas consideran de peso, en 1938, en ocasión de un mitin organizado por el gremio para solicitar la retribución del trabajo hospitalario afirmaba: "Nunca me hubiera figurado que los médicos descendieran tanto, como es eso de abandonar su sacerdocio, claudicar en su apostolado, para pedir, como cualquier albañil, un poco más de sueldo"(30).

Pero no sólo el descrédito individual es presentado como consecuencia inevitable del ingreso masivo en una Universidad que no cumple su función social, también se plantea la posibilidad de amenazas sociales más graves: "El proletariado médico es temible por su masa, su cultura y su amargura(...) Difícil es pedir prudencia a los que tienen vacío el estómago y plétórico el cerebro"(31). Se señala que en España los médicos se constituyeron en uno de los factores del triunfo del extremismo político: empujados por el pauperismo profesional, "en uno u otro bando, pero siempre en los extremos"(32).

Lo que se discute, de una manera u otra, implícita o explícitamente, es si debe seguir considerándose a la medicina como un apostolado, patrimonio de una *élite*, o una función social a cargo de profesionales que no deben avergonzarse por exigir una retribución por su trabajo. La perspectiva de una potencial amenaza social encarnada en médicos mal retribuidos se explicita en algunos casos como censura a la agremiación: el prestigio de la medicina no condice con la formación de "sociedades de resistencia"*.

con sencillez, con generosidad, con un verdadero interés intelectual y disposición para el sacrificio." (Citado por FIORI, Vicente, "Un punto de vista en el problema de la crisis médica". A propósito de un juicio del Profesor Gregorio Marañón . *Rev.Col.Med.* IX 87:42-43, marzo de 1940, Pág. 43).

*Carlos Carulla, en un artículo aparecido en 1941, afirmaba: "hay muchos médicos mal mirados por sus colegas a causa de que hasta ahora se mostraron recalcitrantes a toda tentativa de agremiación con propósitos de resistencia. Sin embargo, tienen razón aquéllos. Y la razón está en lo que acabamos de decir: hay o debe haber en la medicina un contenido humano moral, incompatible con los actos de rebeldía" (Citado en "Grandeza y decadencia de la profesión médica. Una opinión sin valor" *Rev.Col.Med.* XI 97: 51-55, enero de 1941).

Muy pronto aparece en las revistas gremiales la reiterada afirmación: “Nuestra agremiación es de ‘defensa’ y no de ‘resistencia’. Es necesario comprender que son cosas bien distintas”(33).

El desarrollo de las grandes instituciones de atención

“Sólo se siente médico en el Hospital, allí donde da lo mejor de su ciencia y su conciencia para atender a esa policroma muchedumbre de indigentes, de necesitados, al par que de pequeños burgueses, propietarios, comerciantes e industriales que desde que se instituyera el sistema de puertas abiertas usufructúan la labor gratuita del médico del hospital.

“No obstante, con ser enorme la clientela hospitalaria, es muchísimo mayor la cantidad de personas enfermas que no se asisten en esos establecimientos. ¿Dónde concurren tantos y tantos que necesitan asistencia médica? Cada barrio de la ciudad cuenta con innumerables sociedades de socorros mutuos. Todas las colectividades extranjeras poseen sus mutualidades de asistencia médica; otro tanto ocurre con las reparticiones públicas nacionales, provinciales o comunales; con los establecimientos bancarios, con los comercios e industrias grandes o pequeñas... Y estas instituciones acogen en su seno tanto a ricos como a pobres”(34).

¿A qué atribuyen los observadores de la época este proceso de canalización de la demanda hacia las grandes instituciones de atención, o el paralelo proceso de incremento de la búsqueda de una cobertura socializada para financiar los servicios médicos?

Una corriente bastante difundida identifica el aumento de la atención en grandes instituciones con los avances técnicos de la medicina. “En la era puramente clínica, el médico bastábase a sí mismo. Sin más recursos que sus naturales medios de observación y la simplicidad de las doctrinas médicas imperantes, resolvía ante el propio lecho del enfermo todos los problemas que la enfermedad le planteaba”(35). El desarrollo de los medios de diagnóstico y tratamiento, la instalación de laboratorios y salas de Rayos X, supuso la necesaria colaboración de laboratoristas, radiólogos, anatómopatólogos, etcétera, disciplinas auxiliares de la clínica.

También se transforma -de acuerdo con esta perspectiva- la manera de abordar la atención por especialidades. Originariamente, cuando la amplitud del conocimiento acumulado por las ciencias médicas tiene como consecuencia inevitable la especialización, la concepción organicista dominante concede importancia preponderante -en la diferenciación de las áreas de trabajo- a la división en órganos y aparatos y, en algunos casos, a la consideración del mecanismo etiopatogénico. Cuando los progresos de la fisiología hacen perder todo significado al órgano y a la función aislada, al descubrirse los mecanismos de correlación e interdependencia funcional entre distintos órganos y tejidos, afirma Aristides Artusi en 1938, resulta indispensable la recuperación de la unidad vital, especialmente a partir del estudio de la endocrinología, el sistema neurovegetativo, el metabolismo, etcétera.(36)

Como conclusión de ese proceso, se pone de manifiesto lo arbitrario y artificioso de dividir la clínica en especialidades, y por ende el aislamiento

de cada especialista dentro de su propio dominio. Si lo complejo y extenso del conocimiento producido obliga al hombre a esta división del trabajo, la naturaleza de éste le impone una labor en conjunto que hace indispensable la tarea en equipo.

Según la concepción de algunos comentaristas de los problemas del ejercicio profesional, el desarrollo técnico constituye el origen de la necesaria superación del trabajo individual aislado y la consiguiente muerte del consultorio privado.(37)

Una segunda perspectiva, que analiza el proceso, reconoce la incidencia de los cambios técnicos, pero pone el acento en cuestiones de índole económico-financiera.

Se está produciendo un proceso de concentración, se afirma. Sanatorios, clínicas y hospitales privados, institutos, etcétera, adquieren un marcado carácter capitalista. Pueden ser médicos los que los dirigen, profesionales que, como no pueden dar cumplimiento total a la demanda de servicios, incorporan colegas a los que retribuyen por salario; o bien se trata de empresarios, ajenos a la profesión, que organizan esta clase de instituciones y emplean profesionales asalariados, o se asocian con médicos que, además del diploma, aportan capital.

“En los primeros tiempos de la transformación el médico se defendía enviando a su enfermo en busca de una radiografía o de un análisis, pero luego surgieron otros adelantos y paulatinamente el consultorio privado se fue despoblando(...) ha quedado únicamente para la ínfima minoría de la población, esa ínfima minoría constituida por la clase rica, que puede afrontar el gasto que significa el recorrido por diferentes especialistas y laboratorios, para traerle después a su médico un legajo de documentos expedidos en cada uno de los destinos que le fue indicado, previo desembolso del monto que para ello se requiere.”(38)

Según Nicolás Capizzano, dirigente del primer sindicato médico, ese encajamiento de la atención se refleja en el aumento del mutualismo, de los beneficios de la asistencia pública y de la previsión social. Ya en 1922, en una conferencia pronunciada en Rosario, anunciaba que el futuro de la medicina pasaba por su transformación en una profesión asalariada.

Para reforzar su argumento proporcionaba algunas cifras sobre la cobertura social de la enfermedad: 700.000 socios de mutualidades, según datos del Departamento Nacional del Trabajo, y 600.000 obreros asegurados contra accidentes y enfermedades profesionales por compañías de seguros. Además, las obras particulares, municipales y nacionales de asistencia pública y previsión social, diariamente multiplicadas, “despertando en el pueblo el concepto de que el gobierno debe atender a su salud”, le permitían afirmar que una tercera parte de los habitantes del país se atendía gratis en los hospitales en caso de enfermar.(39)*

*Es posible detectar otros intentos -probablemente no muy rigurosos- de cuantificar el problema: “En la ciudad, de cada cien enfermos (...) un 3% son ricos y pueden pagar a sus clínicos y cirujanos. Un 58% está en condiciones de pagar algo, aunque sean sumas mínimas; un 29% no está dispuesto a ningún desembolso, va a los hospitales a hacer uso de los servicios gratuitos, o a los consultorios particulares donde son atendidos de la misma manera”. Una encuesta realizada en la ciudad de Córdoba arrojaba el siguiente resultado: “un 55% de los

La explicación que remite al desarrollo de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos y a la complejización de la práctica para dar cuenta de los cambios percibidos en el ejercicio profesional, y aquella que los analiza desde la perspectiva del costo creciente de la atención médica y la difusión de la cobertura social de la enfermedad, -ya sea a través de instituciones gratuitas o diversas formas de previsión social-, pueden sin duda reconocerse como aspectos complementarios de un mismo fenómeno, y en muchos autores así aparecen.

Sin embargo, el eje del problema suele ubicarse en uno u otro de tales procesos, dando lugar así a un diferente énfasis, y, en algunos casos, a diversas propuestas para superar las dificultades o las deformaciones del ejercicio profesional.

Por último, puede identificarse una tercera perspectiva, que no reconoce los factores que afectan al ejercicio profesional como elementos internos de la misma medicina, ni como procesos sociales ante los cuales sea indispensable la búsqueda de algún mecanismo de adaptación, sino que ubica el problema en el exterior de la profesión y entre sus elementos componentes menciona un conjunto de deformaciones o aberraciones sociales que sería posible superar sin modificar las condiciones fundamentales de aquél ejercicio. En este caso el diagnóstico es terminante: se trata de una "enfermedad parasitaria externa", fácilmente curable si se decide la eliminación de los parásitos, que son "de variada naturaleza y tenacidad". La tipología propuesta se sintetiza de la siguiente manera:

"Grupo A: Médico inmigrante no revalidado

Farmacéutico o idóneo de farmacia

Estudiantes crónicos

Parteras

Enfermeros

Grupo B: Sociedades de seguro de vida y de accidentes de trabajo

Sociedades de socorro mutuo

Médicos políticos

Asistencia hospitalaria sin restricción

Grupo C: Especifico nacional o extranjero

Empresas médico-bioquímico-farmacéuticas" (40)

La concepción del problema puede parecer excesivamente simple. Sin embargo, para nosotros tiene la virtud de proporcionar la enunciación exhaustiva de un conjunto de factores que a lo largo de muchos años -antes de que comenzara a hablarse de crisis o malestar profesional- fueran analizados como elementos perturbadores del ejercicio de la medicina.

No sólo una importante cantidad de artículos en la prensa especializada se dedican a especular sobre las razones de su emergencia, también un número considerable de instituciones médicas se organizan con el declarado

enfermos que solicitan los servicios profesionales particulares no pagan honorarios; el 53% de los médicos consultados tiene como complemento indispensable sueldos de empleos; el 13% vive de rentas particulares; el 33% de los médicos que contestaron la encuesta solamente pueden vivir, más o menos bien o pobremente, de su profesión" (LAZARTE, Juan, *Problemas...* op.cit. pág. 29).

objetivo de combatir la incidencia de alguno de ellos en la práctica profesional. Además, -y esto es lo que resulta más significativo- conforman un listado prácticamente omnipresente de elementos disruptivos, para cuyo control se reclama, cada vez con mayor insistencia, la intervención reguladora o represora del Estado.

La conflictiva evaluación del progreso técnico

La medicina está en crisis en tanto práctica social. ¿Está también en crisis la medicina como ciencia?

“La terapéutica totalmente empírica con sus complicados brebajes, ha sido sustituida por la terapéutica científica. La cirugía, merced a los estudios de Pasteur, Lister y Roentgen, ha emprendido un vuelo prodigioso. La morbilidad y la mortalidad han descendido notablemente (...) El descubrimiento de los sueros y vacunas, de la síntesis orgánica y de las hormonas y vitaminas ha revolucionado la terapéutica, facilitando el tratamiento de numerosas enfermedades y brindando ocupación a millones de hombres (...) La ciencia médica ejerció en la Gran Guerra una influencia tan eficaz que, por primera vez en la historia militar, las enfermedades infecciosas mataron menos hombres que los proyectiles (...) El progreso de la ciencia es el hecho más conspicuo de los tiempos nuevos (...) La ciencia no contempla la felicidad de unos pocos sino el bienestar de todos.”(41)

Sin embargo, desde otro lugar se afirma:

“Encandilados por el esplendor de algunos descubrimientos sensacionales y por la eficacia de algunos métodos, se ha perdido la visión exacta de la asombrosa insuficiencia e incoherencia en que se debate el arte de Hipócrates aun en estos sus días de gloria y grandeza (...) No creo exagerado decir que el imponente aparato de la medicina moderna, incluyendo la maravillosa eficiencia, audacia y seguridad de la cirugía, modificó tan sólo la suerte de un pequeño tanto por ciento de enfermos.”(42)

¿Se trata, efectivamente, de dos perspectivas antagónicas?

El reconocimiento de los avances espectaculares en los medios diagnósticos es generalizado: broncografías, colecistografías, pielografías, ventriculografías, endoscopías, permiten interrogar al interior del cuerpo humano. Es impensable el tratamiento de la tuberculosis sin la ayuda de la radiología, que permite descubrir y precisar las lesiones; en el examen del corazón y de los vasos la ortodiagrafía y la telerradiografía en diversas posiciones proporcionan un trazado cardíaco, mientras el registro gráfico de los tonos y ruidos suministra datos más precisos que la palpación y la auscultación. Precisiones semejantes se obtienen a partir de los métodos de análisis bioquímicos y de las pruebas biológicas de sangre y otros humores o líquidos. Es comprensible pues, que el técnico considere que tiene a su alcance todos los elementos indispensables para formular un diagnóstico certero.(43).

El centro de la polémica parece ubicarse en el siguiente interrogante: ¿pueden los recursos técnicos por sí solos garantizar la eficacia de la medicina como práctica técnica ejercida sobre el individuo enfermo? En algunas evaluaciones, sin embargo, comienza a dibujarse una perspectiva más amplia

del problema: ¿puede el desarrollo científico asegurar la eficacia de la medicina como práctica social?.

Las respuestas no siempre son claras, y en muchas de ellas se mezclan la nostalgia del pasado, la inseguridad frente al cambio, la búsqueda de pautas que permitan la adecuación a condiciones nuevas.

Gregorio Marañón, por ejemplo, en un texto que se difunde en nuestro país a fines de los años 20, afirma que uno de los fenómenos característicos del avance contemporáneo de la ciencia es “la dilución del médico en la Medicina”. Antes, el médico lo era todo, la medicina sólo le prestaba algunos pocos libros, aprendidos y luego olvidados, en su mayor parte, a los pocos meses del examen. Lo demás, “es decir, casi todo, lo ponía el empírico tesoro de la propia experiencia y el singularmente mágico poder del ojo clínico”. Progresivamente, sin embargo, el componente individual en el trabajo médico ha ido reduciéndose y ha aumentado el aporte de la medicina en tanto ciencia. Desde que se descubrió el suero antidiftérico ningún médico ha vuelto a curar a un niño a quien “el garrotillo” pusiera en trance de morir. “Es el suero el que los cura, con la misma eficacia si lo inyecta un pozo de ciencia o un practicón iletrado”(44).

En la misma época, Aráoz Alfaro rescata sin embargo la necesidad imprescindible de no desdeñar ese componente individual: “*la observación prolija, completa y reiterada* que es necesaria para que no escapen hechos importantes, cuya falta de constatación puede hacer desviar totalmente el juicio clínico”(45) (énfasis en el original). Es indispensable desarrollar en los estudiantes la facultad de pensar, de razonar, de comparar...

“La multiplicidad de los procedimientos modernos de examen, la cantidad de novedades casi cotidianas, perturban fácilmente a los espíritus que no son muy fuertes (...) Perdidos entre el fárrago de los signos acumulados, ilusionados por la falsa certidumbre de los métodos de laboratorio -falaces como todos los métodos y expuestos frecuentemente al error de técnica o a la falta de prolijidad- vese a menudo a los médicos vagar desorientados y perder (...) la sana y firme ruta que lleva al concepto general y sintético”(46).

“La función y finalidad de la medicina” se dice en otro momento, “rebasa ampliamente, en extensión y profundidad, a la de un taller de reparaciones de cuerpos humanos(...) no se puede radiografiar la angustia; el análisis químico no puede medir el dolor”(47)*.

Finalmente, no puede olvidarse que los complejos métodos diagnósticos no están al alcance de la totalidad de la población. No todos los enfermos se benefician con ellos, ya sea porque no pueden trasladarse hasta los centros donde se practican, ya porque no pueden afrontar su elevado costo.

“Hay que multiplicar los centros diagnósticos, se dice, pero ¿cuándo podremos tenerlos en la mayoría de las ciudades? ¿Y cuántos centenares y cen-

*Y también: “Poseemos instrumentos de precisión en número creciente (...) hacemos, gracias a ellos, numerosas observaciones útiles, pero esas observaciones (...) nada son si se las compara con los resultados de un estudio cuidadoso y paciente del enfermo por un observador sagaz que sabe interrogar a su enfermo y hacer uso de sus ojos, de sus oídos, de sus dedos y de algunos sencillos métodos auxiliares” (DESFOSESSE, P. “La medicina en la encrucijada de los caminos” S.M. XLI 7: 546-549, febrero de 1934, pág. 548).

tenares de médicos de campaña se verán obligados por muchos años todavía a no servirse de otra cosa que sus propios medios, recurriendo por excepción a análisis fáciles, o algunos exámenes radiológicos!"(48).

Si la respuesta no aparece con claridad, por lo menos la pregunta se está precisando. Tal vez podría formularse en estos términos: ¿Puede diferenciarse la medicina como práctica técnica de la medicina como práctica social?.

La perspectiva desde el presente

En este punto resulta indispensable formular algunas precisiones que nos permitan ordenar el trabajo futuro. Para ello el primer paso consiste en buscar respuesta a una cuestión planteada, pero no resuelta, en los textos que analizamos: ¿De qué hablan los médicos cuando hablan de "crisis"?

En primer lugar, podría decirse que hablan de un intenso proceso de cambios. Cambios relacionados con su práctica. Cambios relacionados con la sociedad en la que dicha práctica se integra.

¿Por qué los cambios aparecen como críticos? Porque, cualquiera sea el grado de certeza que se esgrima frente a sus causas, pocas seguridades pueden computarse con respecto a su dirección. Y menos todavía en cuanto a la posición relativa que ocupará cada individuo o grupo en un tejido social cuyas mallas parecen progresivamente abrirse, desintegrarse, perder su capacidad de contención, fracasar en su misión de mantener un ordenamiento relativamente estable.

¿Cómo afectan dichos cambios a los médicos en tanto miembros de una profesión? Prácticamente en todos los elementos que constituyen a la profesión como tal:

a) en la definición de un área específica de eficacia técnica;

b) en la reestructuración de mecanismos sociales que permitan vincular las necesidades de la población con la capacidad de intervención de los profesionales en condiciones de satisfacerlas (ya se trate de una operatoria de mercado, de la intervención del Estado a partir de la organización de servicios propios, o de prácticas individuales o sociales de prevención del riesgo de enfermar);

c) en el reconocimiento social de la eficacia de esa práctica y, por lo tanto, en el necesario contralor de aquellas acciones de sus miembros que puedan incidir desfavorablemente en ese reconocimiento, restar legitimidad a la intervención;

d) en la búsqueda de formas organizativas que permitan defender los intereses profesionales ante los organismos del aparato estatal o ante otras instituciones, cuando sea necesario superar situaciones conflictivas;

e) en las relaciones con el Estado, en tanto garante del derecho de la profesión a reclamar un ámbito exclusivo de práctica y poseedor de la capacidad jurídica para definir los límites de dicho campo; en su capacidad para intervenir como regulador de los mecanismos de mercado, o para establecer servicios o instituciones financiadoras que desvinculen la práctica profesional de esos mecanismos; y, finalmente, como núcleo crecientemente

visible de una red más o menos estable de relaciones de poder en la cual la profesión procura insertarse.

¿Existe contemporaneidad entre la emergencia de dichos cambios y la percepción generalizada de una situación de crisis?

Plantaremos como hipótesis provisoria que los cambios que mencionamos son anteriores a que la condición profesional se defina como crítica. Definición que los documentos de que disponemos parecen ubicar a partir de 1930.

Una segunda hipótesis procurará relacionar dichos cambios con el agotamiento de un modelo de ejercicio profesional que se consolida en los últimos años del siglo XIX, y ya en las primeras décadas del XX comienza a evidenciar límites en su capacidad de intervención y control de las condiciones de salud/enfermedad de la población a su cargo.

CAPITULO SEGUNDO

LA DELIMITACION DE UN ESPACIO DE EFICACIA TECNICA

En su estudio sobre la profesión médica en Estados Unidos, Elliot Friedson(49) propone como característica distintiva, que permite diferenciar a una profesión de otras ocupaciones, el reconocimiento social de su derecho a definir por sí sola los contenidos de su actividad, con absoluta exclusión de la ingerencia de los profanos.

Para la profesión médica, esa autonomía en la esfera de lo técnico y el reconocimiento social que la legitima, el resultado de un largo y complejo proceso histórico, que permitió a un grupo particular de curadores ubicarse en condiciones de reclamar del Estado la protección de su práctica como única actividad legítima, destinada a dar respuesta a las necesidades sociales vinculadas a la salud/enfermedad.

Es evidente, sin embargo, que ese proceso no puede pensarse como cerrado en un momento determinado del desarrollo de las sociedades contemporáneas, ni dicho derecho considerarse adquirido de una vez y para siempre. El mismo carácter histórico de los procesos de salud/enfermedad obliga a la medicina a redefinir sus modalidades de intervención. Y si bien puede plantearse que en las sociedades occidentales, la profesión médica a fines del siglo XIX había logrado una cuota de poder que le aseguraba el apoyo del Estado en sus pretensiones de autonomía sobre un ámbito exclusivo de práctica, la respuesta social a esas pretensiones -base de legitimidad, de consenso, de "demanda"- sigue dependiendo de que se compruebe la eficacia de dicha intervención.

En este capítulo pretendemos mostrar a la profesión médica argentina, -ya constituida como tal y en el goce del reconocimiento jurídico formal de su exclusivo derecho a practicar la cura-, enfrentada, en las primeras déca-

das del siglo XX, a la necesidad de redefinir un espacio de eficacia técnica que otorgue legitimidad a su pretensión de ingerencia exclusiva sobre los procesos patológicos individuales y sobre la organización de la respuesta social a la problemática de la salud y la enfermedad.

Sometida a las tensiones emergentes de los procesos de urbanización y modernización que transforman a la sociedad argentina en esos años, la medicina enfrenta un triple espacio de conflicto: frente a otros curadores, formalmente excluidos, pero aceptados por determinadas capas o sectores sociales; en relación con sus auxiliares, las actividades paramédicas, que el desarrollo técnico y la complejización de la práctica hacen cada vez más indispensables, y en el interior de la misma profesión, donde la creciente división técnica del trabajo obliga a redefinir áreas de incumbencia cuyos límites todavía no han obtenido reconocimiento jurídico o institucional.

Médicos y curanderos

“Reumatismo, Parálisis, Abatimiento, Asma, Anemia, Bronquitis, Caída del cabello, Dolor de caderas y de espaldas, Clorosis, Colores pálidos, Cólicos, Palpitaciones del corazón, Desmayos, Diarrea, Dolores de cabeza o de costado, Flujos, Erisilla, Escrófula, Esterilidad, Esputos de sangre, Estreñimiento, Fiebres, Garganta, Gota, Hemorroides o Almorranas, Hernia, Hígado, Histerismo, Incontinencia de orina, Insomnio o falta de sueño, Jaqueca, Locura, Menstruación, Ataques nerviosos, Venéreas, Enfermedades de los ojos, Enflaquecimiento, Obesidad”. (50)

He aquí el pintoresco listado de enfermedades y síntomas que promete curar el señor Joaquín Vázquez, uno de los tantos “famosos” curanderos que inquietaban a los médicos porteños a principios de siglo.

La literatura médica referente al curanderismo es tan variada como la misma oferta de curadores ilegítimos: se ocupa de proporcionar información relacionada con métodos e instrumentos, intenta tipologías del fenómeno, analiza posibles causas y propone respuestas más o menos contundentes.

El curandero propiamente dicho* se define por la administración de “brebajes o agentes terapéuticos internos o externos”, cuya índole difería según se tratara de curanderos urbanos o rurales.**

* “El curandero del campo, ‘médico’ o ‘médica’ de los pequeños pueblos y suburbios de las ciudades, generalmente analfabeto, que cura con hierbas, la mayoría laxantes o diuréticas, o con baños de diversas infusiones, con zahumerios; el refregador, ya sea de abdomen para desparramar el ‘padrón’ o ‘padrejón’, y el refregador de miembros para dolores reumáticos, esguinces, edemas, etcétera; el ‘compositor de huesos’ o también refregador, que se dedica a la ortopedia; queda aún por agregar, aunque no pretendo que sea completa esta lista, el curandero o curandera, especialista en brujerías, daños, males, etcétera, son los demiurgos del campo de las neurosis.

“La mayoría de estos curanderos se dedica con preferencia a cierta clase de enfermedades, en la cual se han especializado, usando siempre la misma terapéutica, en la cual son especialistas” (ROSENSTEIN, Marcos. “Condiciones de la asistencia médica en ciudad y campaña”. Curanderismo. Segundo Congreso Médico Gremial y Social, *Trabajos*, pág. 191).

** “En los pueblos y suburbios de las ciudades existe un curandero más docto, que receta 34 productos farmacéuticos, por ejemplo, píldoras Foster, De Witt, Rosadas, de Vida, etc., de-

Los manosantas, en cambio, “someten al candidato a una terapéutica puramente sugestiva, sin necesidad de los agentes o maniobras a que recurren los curanderos”(51). El “magnetismo animal” al estilo mesmeriano, o algún poderoso “fluido vital magnético”*, constituyen los únicos y politerapéuticos instrumentos de muchos de estos curadores, que atraen multitudes y suelen tener un poderoso vehículo de propaganda en la difusión que los medios de comunicación hacen de sus actividades.

En 1936 un gremialista santafesino se lamenta:

“Hemos tomado al azar una serie de periódicos y revistas del país, en todas ellas los avisos de taumaturgos, quiromantes, adivinas y lechuceras, ofrecedoras del número de la suerte o del porvenir sin nubes, del talismán infalible o de la panacea milagrosa, abundan en forma descarada, con una insistencia de meretrices”(52).

Veinte años antes, en 1917, un Director de la Asistencia Pública había considerado necesario recabar asesoramiento legal antes de encuadrar a la adivinación en los casos de ejercicio ilegal de la medicina. El asesor consultado se pronuncia afirmativamente, aclarando que “la adivinación no tiene límites necesarios de separación con el curanderismo (por lo menos en el terreno del ejercicio y de la práctica) y, lo que es más, siempre resulta éste el complemento de aquélla”(53). El motivo de la consulta había sido la actividad desarrollada en una casa de la Capital Federal y el pueblo de Tundera (cercano a Temperley) por la madre María y un hombre que afirmaba ser su yerno.

En 1924 volvemos a encontrar al mismo personaje en el mismo lugar, actuando en un “local propio, construido ‘ad-hoc’, de estilo arquitectónico que tiene algo de capilla evangélica y mucho de salón de cine(...) Como en los santuarios consagrados por la Iglesia Católica se negocia fuerte en baratijas de toda especie, expendiéndose además, a buen precio, amuletos infalibles contra la “jetta”, el daño y el mal de ojo. Todo ello para mejor honra y provecho de la pitonisa”(54).

Cuando pocos años después muere la adivina, la prensa porteña comenta “el espectáculo increíble de la multitud, una multitud formada por hombres y mujeres de nuestro pueblo, del Buenos Aires actual, desfilando con

purativos diversos, envían recetas, como por ejemplo, 0,20 ctvs. de ‘uso externo’ (fricciones a base de salicilato de metilo y bálsamo tranquilo) o unguento de altea. Algunos recetan vacunas antipiógenas y hasta ¡Septicemina!” (ROSENSTEIN, Marcos “Condiciones de la asistencia médica...” *op.cit.* pág. 191).

* “Entre las fuerzas misteriosas a que hacíamos alusión anteriormente puede citarse en primer término el fluido vital magnético, que por don de la naturaleza se encuentra en algunos hombres, superiores por el solo hecho de poseer condiciones que constituyen un verdadero privilegio.

“A esta clase de hombre pertenece don Joaquín S. Vázquez que, según la voz pública, ha realizado curas maravillosas practicando sobre pacientes deshauciados el poder del fluido vital magnético de que la naturaleza le dotó y cuya fuerza ha puesto al servicio de la humanidad doliente.” “Los misterios de la naturaleza. El fluido vital magnético”. Folleto de propaganda citado por BARBIERI, Pedro “El ejercicio de la medicina en la República Argentina y el charlatanismo” S.M. XII 29: 713-717, julio de 1905, pág. 714.

unción por la capilla ardiente y acompañando consternada el sepelio de la curandera”(55).*

También los herboristas solían invadir el ámbito de ejercicio de la medicina, publicando avisos en los que publicitaban las propiedades curativas de sus productos, o rotulando sus establecimientos como “consultorios”. En agosto de 1901, los Hermanos Bustamante, propietarios de una herboristería ubicada en la calle Chile 1864 de la Capital Federal, ante una citación del Departamento Nacional de Higiene, alegan que no practican el curanderismo, limitándose “a la venta de yerbas medicinales traídas de la Cordillera de los Andes”. Rechazan como contraria a sus intereses la posibilidad de asociarse a una droguería y reputan inconstitucional la obligación que en ese sentido pretende imponerles la autoridad sanitaria. Acceden a dejar de llamar “consultorio” a su negocio, pero continúan presentándolo como “única casa autorizada por el Departamento Nacional de Higiene para la venta de yerbas, yuyos y resinas altamente medicinales”. Un expediente de más de 200 fojas concluye con una sentencia del juez del crimen imponiéndole un multa de 200 pesos moneda nacional.(56)

Preocupación institucional y evaluación de las causas del problema

Muy tempranamente las instituciones médicas se ocupan de evaluar y proponer soluciones al problema del curanderismo. Se analizan la legislación represora y los procedimientos destinados a aplicarla, se formulan denuncias y, más allá del constante reclamo de una más eficaz acción de los organismos estatales, se procura dilucidar las causas de la aceptación popular de la actividad de tales curadores y, a partir de ellas, las posibles acciones destinadas a modificar la situación.

La preocupación por el curanderismo forma parte importante de la agenda de cuestiones del Sindicato Nacional de Médicos, organizado en 1921. Las conferencias de divulgación que uno de sus directivos, Nicolás Capizzano, pronuncia en diferentes ciudades del país, incluyen el tema, junto al de otras trabas en el ejercicio profesional que el nuevo organismo procura solucionar: la plétora de médicos, los cargos *ad honorem*, la asistencia hospitalaria, la relación con mutualidades y compañías de seguros, etcétera.**

*Hacia 1929 la crónica de las desdichas médicas registra la actuación en el noroeste de la república de Vicente Díaz (alias Mano Santa), andaluz, obrero tabaquero en Salta, que llega a la noticia periodística en virtud de haber sido defendido de la represión policial por sus seguidores, “una multitud fanática y agresiva”. Pueden dar fe de dicha característica “el Gobernador, el presidente del Consejo de Higiene, y el jefe de Policía de Jujuy, quienes por poco dejan la osamenta en aquellas, de ordinario tranquilas y plácidas calles de la pintoresca ciudad norteña, por haber querido tomar medidas contra el mago” (ACUÑA, Pedro. *Un rímero de verdades. La profesión médica y el gremialismo*. El Ateneo, 2ª edición, Buenos Aires, 1938, pág. 132).

**Capizzano, en la conferencia pronunciada en Rosario, cuando señala los perjuicios a la salud pública derivados del crecimiento del curanderismo, afirma: “El Sindicato tendrá que vencer la inercia de las autoridades y, por medio de su acción, tendrá que obligarlas al cumplimiento de las leyes”. (CAPIZZANO, Nicolás, “La agremiación de los médicos en Argentina”. Conferencia en el Círculo Médico de Rosario. *Rev. Med. Rosario* XII 5: 328-342, set./oct. 1922, pág. 40).

También el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, en su "Primera Conferencia Profesional de Médicos" realizada en diciembre de 1924, incorpora un informe sobre la difusión de esta práctica(57). A partir de entonces, prácticamente todos los congresos médico-gremiales incluyen en sus resoluciones un apartado en el que reclaman una acción de control más eficaz y la modificación de los códigos de procedimientos para facilitarla, a la vez que estimulan a las organizaciones gremiales a crear mecanismos destinados a suplir o reforzar la acción de las autoridades*. Todavía en 1941 se menciona entre los objetivos que sustentan la fundación de la Agrupación Médica Platense: "Combatir por todos los medios a su alcance el curanderismo y el charlatanismo médico."(58).

Entre las instituciones académicas también es posible recoger síntomas de esta preocupación. El Círculo Médico de Córdoba, por ejemplo, anuncia en 1926 la iniciación de una "activa y enérgica campaña contra el curanderismo", para la cual ha obtenido la colaboración del Colegio de Abogados, dispuesto a brindar su asesoramiento. En este caso, el mayor obstáculo para una acción eficaz se atribuye a la ley provincial que establece el juicio criminal como procedimiento para sustanciar cualquier causa por curanderismo. Las dificultades inherentes a la prueba y los inconvenientes que resultan para el denunciante, inducen a muchos profesionales a tolerar tales situaciones, y a abstenerse de denunciarlas.(59).

Esta falta de operatividad en los procedimientos y en la legislación destinados a combatir el curanderismo constituye una de las causas que se alega desde comienzos de siglo para explicar su difusión**. A ello se agrega, de manera relativamente reiterada en la perspectiva de los profesionales, la falta de cultura de los sectores populares, que los convierte en presa fácil de estafadores de todo tipo. Sin embargo, no faltan elaboraciones más complejas dedicadas al problema, a partir de las cuales podemos construir un listado -seguramente no exhaustivo- de las condiciones que los médicos de la época asociaban con la perduración del curanderismo:

1. La ya mencionada situación de ignorancia de algunos sectores: por una parte, la población extranjera, con sus creencias arraigadas sobre curación de enfermedades, milagros, etcétera; por la otra, el gaucho y el campesino, por naturaleza supersticiosos, que creen que los remedios de botica pier-

*El Primer Congreso Médico Gremial Argentino, reunido en 1934, señala la conveniencia de modificar el Código de Procedimiento Penal y resuelve: "mientras no se obtenga el mecanismo legal propiciado por este Congreso como conveniente, se aconseja que las entidades gremiales organicen oficinas jurídicas para la lucha directa contra el curanderismo dentro de los medios de las leyes vigentes". ("Conclusiones del Primer Congreso Médico Gremial Argentino" S.M. XLI 28: 145-146, julio de 1934, pág. 146).

**Afirmaba un funcionario del D.N.H. en 1909: "Los procedimientos dilatorios que se observan en la marcha de los sumarios administrativos que se inician contra los curanderos debido a las imperfecciones de la ley, los mil medios de que se valen para eludir las responsabilidades de sus actos, aparte del cúmulo de pruebas que se requiere para proceder contra ellos, hacen de todo punto imposible iniciar con éxito seguro una enérgica campaña contra los falsos profesionales". (*Anales D.N.H.* XVI 4:184, 1909).

den eficacia fuera del "poblado" y otorgan su confianza a los "payés"*, amuletos con propiedades fundamentalmente preventivas. Relacionadas de alguna manera con el tema de la ignorancia y la superstición, también se alegan como causas del arraigo del curanderismo las creencias religiosas, "...que no sólo en las clases inferiores, sino en la media y superior, han arraigado profundamente la creencia en las curas milagrosas efectuadas por las virtudes sobrenaturales de vírgenes y santos"(60).

2. La pobreza, que impele a buscar asistencia y medicamentos accesibles, como por ejemplo, las hierbas que se compran por el valor de una moneda; la escasez e incomodidad de los consultorios, el hacinamiento y las largas esperas, las farmacias desprovistas y, en el medio rural, las grandes distancias que aumentan las dificultades para obtener atención(61).

3. Razones políticas, relacionadas con la influencia de los curanderos sobre el electorado, en particular en los medios rurales y los barrios populares, y sus conexiones con los caudillos políticos** que los protegen de cualquier sanción(62).

4. Los fracasos de la medicina: "médicos que se equivocan en el diagnóstico, que hacen un pronóstico terminante, también equivocado, y que abandonan al enfermo como 'caso perdido', sobre todo si se trata de enfermos pobres (...) ignorantes y no ignorantes, acuden al curandero a última hora, cuando los médicos han pronunciado la sentencia fatal"(63).

5. Las dificultades, o el desinterés por parte del médico en ganar la confianza del paciente, "no basta haber acertado con el diagnóstico, que muchas veces se impone de inmediato a la simple vista del enfermo; es indispensable para que éste quede satisfecho oír pacientemente las explicaciones que nos da: una vez que nos hemos hecho cargo de él, mantener su contacto, interesándonos por todo lo acontecido entre una y otra visita; no darnos jamás prisa en la consulta, eso al enfermo le huele a "time is money", lo que naturalmente es de mal efecto"(64).

*"El payé es un amuleto que entre los indígenas e ignorantes está fabricado de las más curiosas maneras y objetos: El payé de piedra imán, al cual hay que darle de comer de tiempo en tiempo, agregándole pedacitos de aguja u otros metales. Payés fabricados con huesos de muerto, preferentemente de criaturas infieles (sin bautizar), pulverizados, mezclados con cera y colocados furtivamente debajo del altar para que queden consagrados durante una misa. Los payés contra las heridas de bala, fabricados con paño blanco que se coloca en las cruces de los cementerios o lugares donde fue asesinado alguien". (DENEHEN, Alberto, "Curanderismo y charlatanismo profesional". S.M. XXXII 53: 1672-1676, diciembre de 1925, pág. 1676).

**"muchos de estos apóstoles de la mentira son elementos electorales y de ahí que toda tentativa emanada de la autoridad competente para contrarrestar el mal quede neutralizada por influencias venidas de más arriba". (COHAN, Wolff. "El curanderismo en Mendoza", S.M. XXVII 38: 8, jul. de 1920).

El prolongado y agudo enfrentamiento de los médicos de San Juan con los hermanos Cantoni -también profesionales- cuenta entre sus alternativas una acusación por "repetidas, intencionadas y graves transgresiones a la ética profesional" por parte de aquéllos. El cargo se relaciona con la costumbre -orientada a obtener aliados políticos entre los curanderos- de proporcionar a éstos recetas formuladas y firmadas, de manera que puedan prescribir medicamentos. ("Una medida severa". BOLETIN L.C. IV 42:10-12, octubre de 1926).

6. Lo que podríamos definir como impotencia de la medicina para incorporar totalmente el método científico. Estas limitaciones, que se expresan generalmente en la insistencia en definir la medicina como ciencia, pero también como “arte”, se relacionan con la supervivencia de tendencias muy antiguas, que basaban las doctrinas y prácticas curativas en el “empirismo, el animismo y el espiritualismo” y que no han podido ser erradicadas “a pesar de los largos decenios de predominio del método científico”(65). El mantenimiento de diferentes orientaciones filosóficas, como teosofías, iluminismo, espiritismo y otras semejantes, ha limitado y estrechado el reino de la ciencia.

Se plantea cierto conflicto -más o menos explícito- entre estas tendencias y la medicina moderna, encaminada al tratamiento racional de las enfermedades mediante la investigación de sus causas complejas, y que plantea como axioma fundamental *sublata causa tollitor effectus*. El médico práctico comprueba a diario que las teorías médicas en general tienen corta duración, y descubre que “la misma causa puede producir lesiones diversas, y el mismo proceso anatómico puede ser originado por diversas causas. que la misma lesión anatómica puede tener expresiones clínicas distintas, y que la misma expresión clínica puede ser debida a diversos procesos anatómicos”(66). Ante las dificultades para aplicar el diagnóstico etio-patogénico, logra mantener su arte y su terapéutica ajenos a las especulaciones científicas...

7. La escasa importancia asignada a los factores emocionales en el desarrollo y la curación de la enfermedad. Los enfermos curados por sugestión son en general individuos cuyo sistema nervioso presenta reacciones anormales: hiperemotivos, angustiados, etcétera. “Priman en ellos las facultades subconcientes (imaginación, emotividad, etc.) a expensas de las más elevadas de la conciencia (razón, voluntad, juicio, etc.)”. Afirmar un psicoterapeuta: “el enfermo que acude a mi consultorio trae ya consigo la mitad de su curación”(67).

8. La falta de reconocimiento por parte de las corporaciones médicas de las limitaciones en el desarrollo científico de la medicina, y la consiguiente actitud conservadora que rechaza avances que parecen excesivamente audaces, así como la negación de las mutuas influencias, reconocibles históricamente, entre curadores científicos y profanos. “En Viena las sociedades médicas se cuadraban en contra de Semmelweis, el propagandista de la asepsia en obstetricia; las sociedades médicas de Londres condenaban a Jenner, etc. Todos estos disparates históricos de corporaciones profesionales han dejado un precipitado en el conocimiento del pueblo”(68).

Miseria, ignorancia, superstición, dificultades para establecer una adecuada relación médico-paciente, escaso tratamiento teórico de los factores que inciden en el desarrollo de la enfermedad, insuficiente incorporación del método científico en una práctica profesional que basa su legitimidad, precisamente, en su dominio creciente de los avances de la ciencia y en su capacidad para aplicarlos al tratamiento de la enfermedad, el encadenamiento de las causas del curanderismo no deja de ser sugestivo y merece una profundización que escapa a nuestros objetivos inmediatos.

Sin embargo, tal vez sea posible concretar algunas ideas provisorias, relacionadas con el lugar donde se ubica la emergencia del problema. Las interpretaciones más superficiales o el reclamo de soluciones de corto plazo, están ligadas a la necesidad de aguzar los mecanismos represores. De manera no explicitada, esta visión se vincula con la hipótesis de incultura ciudadana. Así como la ignorancia se considera motivo legítimo para negar a la población el derecho al autogobierno, y se otorga a la *élite* en el poder la facultad de ejercitar -en bien de esa misma población- una especie de "autoritarismo protector", la ignorancia también respalda la necesidad de resguardarla de los riesgos asociados a una elección equivocada de los procedimientos de defensa frente a la enfermedad. La profesión, que mira con desconfianza al poder político cuando se trata de preservar su propia autonomía, le reclama apoyo para erradicar prácticas alternativas basadas en un supuesto abuso ejercido sobre los más débiles, a quienes la profesión y el Estado tienen la obligación -y la facultad- de proteger.

Las perspectivas más complejas implican un cuestionamiento de las líneas de desarrollo de la medicina como ciencia y como práctica, y en esa medida, remiten a la crisis de legitimidad de las instituciones existentes, lo que aparece como una característica relevante de la época.

La profesión, o mejor, algunos de sus intelectuales, se atreven a cuestionar las bases de reconocimiento científico de la disciplina en la que fundamentan su práctica: la búsqueda de relaciones singulares y predeterminadas entre causas y efectos; las dificultades para utilizar el razonamiento científico a fin de resolver los problemas individuales de salud-enfermedad. Se cuestiona a la vez el biologismo que caracteriza a la concepción dominante en la materia; se propone la necesidad de integrar factores emocionales; muy pronto, también comenzará a pensarse en términos de perspectiva social.

El modelo dominante de práctica -la relación distante que se establece entre aquél que "sabe" y por lo tanto es el único legitimado para resolver en torno a la enfermedad de quien "no sabe"- también es puesto sobre la mesa de discusión y cuestionado.

La profesión se observa a sí misma a partir de la necesidad de explicar el vínculo de la población con los curadores alternativos y, aunque buena parte de sus miembros sigue confiada en que domina el único conocimiento verdadero aplicable a los problemas de salud del ser humano, un sector -todavía minoritario- expresa su inseguridad, su insatisfacción y, con ellas, la necesidad del cambio.

Las prácticas alternativas sin encuadramiento preciso

Los médicos no sólo están preocupados por la adhesión de los sectores populares al tipo de curador "no científico", encarnado genéricamente en el curandero, y el consiguiente cuestionamiento tácito a la eficacia de la medicina para resolver la problemática social vinculada a la enfermedad, también aparece con marcada insistencia la inquietud acerca de ciertas prácticas que ponen en manos de profanos la aplicación de recursos terapéuticos producidos y avalados por el desarrollo científico que respalda a los cu-

radores “legítimos”. Parte de este proceso de “apropiación” de los recursos generados por el progreso técnico se expresa en la utilización, por los curanderos urbanos, del arsenal terapéutico de la farmacopea corriente. Pero además de este avance de prácticas alternativas que se encuadran dentro del ejercicio ilegal y que por lo tanto podrían ser reprimidas con una legislación adecuada y la decisión política de aplicarla, existen otros fenómenos que se ubican en una zona gris, donde la diferencia entre legalidad/ilegalidad no parece tan manifiesta.

Entre los reclamos que la profesión interpone ante los poderes públicos, con una dinámica que parecería acentuarse a partir de la segunda mitad de la década del 20, tiene un lugar importante la denuncia de los peligros para la salud pública derivados de una presunta o real tendencia a la automedicación, favorecida por las características que asume la publicidad de específicos y los prospectos informativos que acompañan a sus presentaciones.

No deben existir medicamentos de venta libre protegidos por el Estado, se afirma, aún cuando no contengan drogas heroicas ni estupefacientes, pues frecuentemente entretienen o disfrazan afecciones, ocultando sus síntomas, y permitiéndoles llegar a un estadio de su evolución en el que el tratamiento adecuado se hace más difícil. La experiencia cotidiana de los profesionales documentaría -según sus apreciaciones- la frecuencia de “toses”, “resfríos”, “bronquitis”, tratados con jarabes de libre expendio en virtud de diagnósticos realizados por profanos sobre una afección tuberculosa; “niños débiles”, a los que se aplica el clásico “tónico” vigorizante, cuando en realidad son heredo-específicos o descalcificados; manifestaciones crónicas de enfermedades venéreas mal curadas, etcétera, etcétera. No parece haber enfermedades que escapen a la influencia de estos productos, usados ante la aparición de los primeros síntomas, “que traen escritas en el envase las ciento y una aplicaciones que poseen”(69).

En 1938 la Revista del Colegio de Médicos de la Capital Federal* publica una carta abierta al presidente del Departamento Nacional de Higiene. En ella se transcribe una expresiva síntesis de la publicidad referente a los específicos:

“la publicidad de los productos médicos alcanza un desenfreno que raya en la irrisión más desconcertante (...) Tomo al azar un diario cualquiera, un diario de la mañana: Pág. 14: Píldoras de Witt para los riñones y la vejiga

*En abril de 1940 la misma Revista publica una advertencia dirigida a la población por el Patronato Nacional de Ciegos, en la que se pone de manifiesto los peligros resultantes de la aplicación indiscriminada de medicamentos para tratar afecciones oculares. Señala el riesgo que significa desconocer las dosis adecuadas, conservar durante mucho tiempo medicamentos, aun cuando hubieran sido prescritos correctamente, continuar la aplicación de la droga una vez que la afección se encuentra curada (*Rev. Col. Med.* IX 88:57, abril de 1940). En otro artículo sobre ejercicio ilegal de la medicina se acusa a los fabricantes de específicos de hacer curanderismo “cuando en los prospectos que acompañan sus drogas se dedican a diagnosticar, indicar posología, etc.; cuando no lo hacen más descaradamente, como sucedió con “La Estrella”, que repartía formularios con síntomas que llenaban los enfermos y por correspondencia se les indicaba el producto de esa casa que curaría su afección.” (*Rev. Col. Med.* 1 3:5, abril de 1933).

(...) indicadas para las enfermedades producidas por el exceso de ácido úrico. Pág. 15: Tos infantil, Tosantil. Pág. 18: en pocos días cicatriza el eczema el aceite Esmeralda de Moone. Pág. 22: Resfrios, Pomada Merck de efetoni-na. Pág. 25: Fosforina, el tónico de los nervios, suministra en forma concentrada y fácilmente asimilable los elementos tónicos que sus miembros más necesitan (...) Pág. 30: Si quiere aumentar el apetito y el peso de su niño flaco, enfermizo, anémico o raquítico, pastillas Mc. Coy”(70)

También la radiotelefonía brinda espacios a charlas y consultas no supervisadas por los técnicos, que avanzan de manera ostentosa sobre temas de exclusivo resorte de la práctica profesional. En 1930 el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires solicita que intervenga la Dirección de Correos y Telégrafos por considerar que una emisora bajo su jurisdicción incurría en actividades que podían encuadrarse entre los delitos contra la Salud Pública sancionados por el Capítulo cuarto del Código Penal. Se trataba de una sección denominada “La hora de la Salud”, en la que se contestaba a “infinidad de consultas sobre el tratamiento de enfermedades, prescribiendo regímenes y dando fórmulas para la preparación de medicinas”. La autoridad receptora de la denuncia “no se dignó a suscribir un acuse de recibo”(71).

Menos frecuentes, pero también reveladoras de la falta de un límite claro entre las áreas destinadas específicamente a la práctica profesional y aquellas donde puede intervenir el profano, son las denuncias referentes a institutos de belleza que invaden el terreno de la dermatología y la fisioterapia. Las “máscaras secretas”, los “procedimientos infalibles” traídos de París, Viena o Hollywood, suelen producir “quemaduras por aparatos de ondulación, empobrecimiento y resquebrajamiento del cabello por las tinturas, dermatosis químicas por depiladores sulfurados, traumáticas por el cete o las piedras de desgastar el vello; melanosos de Rielh (...) infecciones en el tratamiento de verrugas y callos; estímulo de los nervios pilosos por tratamientos repetidos e imprudentes”(72). En otros casos es más claro el avance sobre terreno médico y la comisión de ejercicio ilegal: las “profesoras en depilación” que aplican técnicas electrolíticas o diatermocoagulación; las que realizan aplicaciones de rayos ultravioletas; quienes utilizando una simple lámpara de filamento común y un vidrio azul practican a la vez “la psico y engaño-terapia”(73).

Sabemos que en 1935 un juez en lo correccional condenó por lesiones causadas por imprudencia al propietario de un instituto de belleza donde se efectuaban extirpaciones de vello por cauterizaciones eléctricas, y consideró dicho procedimiento como “propio de la profesión médica”. La revista gremial que consigna el hecho estimaba que el pronunciamiento facilitaría la labor de la policía dirigida a proceder contra esos “pseudo-fabricantes de belleza”(74). La situación, sin embargo, no parece haberse modificado en 1940, cuando se denuncia la publicación, en un diario de la ciudad de La Plata, de un aviso que informa sobre el tratamiento de “verrugas, manchas, puntos negros, quistes y cualquiera otra manifestación que afecte la belleza de su cutis”, por parte de una experta diplomada en Viena(75).

La esfera de acción de los paramédicos

La medicina se desarrolla y complejiza de manera paralela a un proceso de urbanización que, en grandes y pequeñas ciudades, produce una oferta de mano de obra relativamente barata, en la que los médicos comienzan a delegar los aspectos más simples y rutinarios del acto terapéutico.

Cuando el profesional ha logrado una clientela relativamente abundante, especialmente en el trato con pacientes de buena posición, aplicar una inyección o poner una "cataplasma" se transforman en prácticas banales que abandona en manos de domésticos, ayudantes empíricos o enfermeras. Incluso algunos textos dejan entrever cierto detrimento de la dignidad profesional asociado con la realización de pequeñas curaciones a pacientes que pueden proporcionarse por sí mismos la ayuda de personas no técnicas.*

En los hospitales, por otra parte, la exigüidad de los recursos destinados a sueldos facilita la existencia de numeroso personal que concurre a practicar en forma *ad honorem*, atraído por la esperanza de obtener una suplencia o acceder a un cargo efectivo. Mucamas, enfermeras, visitadoras, aplican inyecciones, lavan pisos o sirven de escribientes, mientras aprenden a realizar tareas pequeñas, y no tan pequeñas, teóricamente reservadas a los técnicos.

Cuando tales ayudantes actúan bajo la tutela y supervisión del médico, su presencia no constituye problema. Este se presenta cuando alguno de ellos decide "independizarse" y trabajar por cuenta propia, abriendo una "sala de curas", en particular si llegan a la audacia de ofrecer su experiencia en la realización de curaciones y la aplicación de tratamientos de todo tipo a los mismos profesionales.**

Cuando la supuesta o real "plétora" y los fenómenos con ella asociados reducen la afluencia de enfermos a los consultorios, muchos profesionales intentan recuperar el terreno cedido, reprochando a sus colegas la facilidad con que permiten que "enfermeros adoctorados, flebotomos, masajistas y todo un ejército de auxiliares", vivan a su sombra y se hipertrofien día a día.(76)***

Se alega entonces, por ejemplo, el peligro que resulta de permitir a cual-

*El Boletín de La Cosmopolita nos proporciona, bajo el epígrafe "La dignidad del médico", el siguiente ejemplo: "Un médico abdica de su dignidad cuando a la cabecera de su enfermo -un señor pudiente- se dedica personalmente a confeccionar una cataplasma y aplicársela, buscando con ello captarse la simpatía del enfermo o de la familia que le rodea. En el mismo caso se encuentra cuando prescribe y aplica una ventosa o un enema, teniendo a mano un enfermero que supla esos menesteres." (BOLETIN L.C. IV 40:11-12, agosto de 1926)

**En un artículo publicado en 1931 un médico indignado comenta haber recibido la siguiente oferta: "Distinguido Doctor: Ofrézcole mis servicios profesionales. Pongo a su disposición mi consultorio de Cirujano Pedicuro y Sala Curatorio General, instalada en Cabildo 1742. Sondajes uretrales, masajes prostáticos, profilaxis venérea, y toda clase de curaciones por prescripción médica, a domicilio o en la sala de curaciones establecida." (CARAVIAS, Dionisio. "La hora de los charlatanes" S.M. XXXVIII 33:567, agosto de 1931)

***¿Quién de nosotros, los médicos, ignora que este parásito es fruto de nuestra propia desidia? ¿Por qué le enseñamos o confiamos el uso de la jeringa o el beniqué, la dermoclosis o inyecciones intramusculares y hasta introvenosas, los *especulum* y portatáticos de otorrino-

quiera la aplicación de tratamientos inyectables, los riesgos inherentes a considerar la inyección como una técnica simple que cualquiera domina, olvidando la necesidad de vigilar la posible intolerancia, de dosificar la cantidad con relación a cada enfermo, etcétera, etcétera.(77)*

También se cuestiona la costumbre de indicar la aplicación de rayos ultravioletas y dejar su cumplimiento a cargo de la familia del enfermo, con aparatos alquilados. En este caso no sólo se alega el posible riesgo para el paciente, sino que también se advierte la necesidad de evitar una "mala educación del público en cuanto a la seriedad de las técnicas médicas". Es preciso, se afirma, que los procedimientos médicos lleguen al público revestidos de la seriedad, el control y la moralidad imprescindibles. "Su abandono en manos profanas contribuye a nuestro desprestigio y a nuestra desmonetización."(78)

Los optometristas también son a menudo acusados de invadir jurisdicciones reservadas, cuando indican lentes y llevan clientela a sus negocios con el ofrecimiento de consultas gratuitas**. El gremio médico se considera afectado en sus intereses y reclama la intervención reguladora del Departamento Nacional de Higiene en la actividad de las casas de óptica. Una reglamentación adecuada penaría la presencia en tales negocios de todo aparato que se utilice para medir vicios de refracción: su sola tenencia debería constituir, desde el punto de vista legal, prueba suficiente de práctica del curanderismo.(79).

laringología y ginecología, la pequeña curación ocular, quirúrgica, etc.? Mis jóvenes colegas y compañeros de hospital saben con qué tesón combato esta desidia perniciosa y cómo les obligo a practicar sistemáticamente todo acto que corresponda al médico, por simple que sea y por hartos que estén de su ejecución, y dirán cómo han encontrado razonables estas observaciones que, en su defensa, cumplen con agrado." (BOERO, Enrique, "El malestar de nuestra profesión" S.M. XXXVIII 9:537-541, febrero de 1931, pág. 539)

* En el Boletín de la Agronomía Médica Platense leemos la siguiente recomendación: "Doctor: Si usted no puede o no desea hacer las inyecciones que prescribe a sus enfermos, no caiga en el error de dejarlas en manos de un farmacéutico. Eso es favorecer el curanderismo, penado por la ley 4534. Recomienda a un colega joven para tales tratamientos. Eso es solidaridad y colaboración" (BOLETIN A.M.P. 1:16, diciembre de 1941)

**Los periódicos gremiales suelen reproducir los avisos publicados en la prensa para mostrar que el fenómeno no tiene carácter clandestino, y estimular la preocupación por sus alcances. Reproducimos uno de tales avisos:

"Gabinete Optico Oculistico 'El Fénix'

¿Siente molestias en sus ojos, al leer, escribir, o en el cine?

¿Sufre Ud. con frecuencia dolores de cabeza?

Todo esto puede desaparecer con cristales bien recetados.

En este Gabinete Optico Físico se dispone de los instrumentos más científicos y modernos que se conocen para el examen de la vista.

Anteojos, lentes, cristales para cualquier defecto de la vista.

M. Alvarez Fernández. Optico diplomado. Avenida Villarino 82. Chivilcoy."

(BOLETIN L.C. V 50:10, junio de 1927)

Las acusaciones sobre el peligro para la salud de los posibles clientes rayan a veces en la exageración: "son los causantes de más de una ceguera" se afirma "provocada por la mala indicación de lentes para corregir defectos de la vista." (ROMERO, José "El ejercicio ilegal de la medicina. Plan para combatirlo" Rev. Col. Med. I 3:7, abril de 1933)

Es posible que el desarrollo de una educación sistemática destinada a formar un cuerpo de auxiliares de la medicina con identidad profesional y dotados de un título específico que reconociera su aptitud técnica, haya contribuido a precisar gradualmente las esferas de incumbencia de médicos y enfermeros.

A una primera escuela de enfermeras que funcionaba en el Hospital Británico, se agregó en 1923 la dependiente de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, instalada en el Hospital Ramos Mejía. Además, en 1939 los asistentes a la Conferencia Nacional de Asistencia Social reclaman el establecimiento de escuelas de Visitadoras de Higiene Social, encargadas de la formación del personal sanitario auxiliar destinado a las organizaciones de medicina preventiva.

Sin embargo, el desarrollo de tales institutos de enseñanza de ninguna manera clausura la polémica referente a los límites de la capacitación técnica de los auxiliares del médico. Tampoco se logra establecer un consenso general con respecto a atribuciones y responsabilidades respectivas, como veremos enseguida.*

La singular repercusión que tuvo en la prensa especializada y lega, y los múltiples pronunciamientos de organismos profesionales a que dio lugar el llamado "caso del Hospital Durand", ocurrido en 1937, pueden servirnos para reconocer el grado de indefinición existente -aun en las instancias de gobierno- en relación con las funciones y roles atribuidos a la enfermera.

El "caso" en sí mismo es relativamente simple, y las diferentes opiniones emitidas no cuestionan los hechos tales como fueron relatados por sus protagonistas. En lo fundamental las divergencias remiten a cuestiones de interpretación sobre los deberes y derechos de cada uno de ellos.

Una enfermera aplica a una paciente una inyección endovenosa, ordenada por el médico responsable de su atención; equivoca la solución inyectada y se produce la muerte de la enferma por intoxicación. El Ministerio Fiscal ordena el procesamiento de los profesionales implicados por delegación indebida de funciones, y el de la enfermera por ejercicio ilegal de la medicina. El Departamento Nacional de Higiene, llamado a consulta, dictamina que "la inyección endovenosa es un acto de cirugía menor"(80).

Los asesores de la Asistencia Pública, por el contrario(81), consideran que la competencia técnica del personal hospitalario para el cumplimiento de las prescripciones médicas está garantizada por el examen de suficien-

*Vale como ejemplo un artículo de Lelio Zeno, que cuestiona como pretensiosos los programas teóricos de las escuelas de enfermeras: "La labor de la enfermera se limita a una serie de cuidados con los cuales nada tiene que ver la preparación científica. Los programas de estudio para enfermeras no destacan el propósito real y la finalidad de la enseñanza por ellas requerida. La enfermera nada tiene que saber sobre traumatismos viscerales ni medulares, para cuyo cuidado primero se establece el diagnóstico que es función del médico y no de la nurse. Fuera de una elemental cultura biológica la enfermera debe adiestrarse para indicaciones precisas ordenadas por el médico. Ella no es una colaboradora en el sentido científico; es indispensable, pero es una ayudante subalterna. Como instrucción técnica sabrá lavar el estómago, pero la nurse no tiene por qué conocer en qué circunstancias ha de recurrirse al lavado gástrico" ("Bases para una escuela de enfermeras". *Rev. Med. Rosario* XXI 1: 688-691, enero de 1931, pág. 688)

cia a que debió someterse en 1936 la totalidad de los enfermeros no diplomados, y que la autorización que se les otorga para aplicar inyecciones deriva de las ordenanzas y reglamentos dictados por el Municipio para regular la atención hospitalaria. El Colegio de Médicos de la Capital Federal también se pronuncia rechazando la responsabilidad de los profesionales involucrados

Sin embargo, el fallo que dispone su sobreseimiento es apelado por el fiscal, y el 20 de marzo de 1939 una nueva sentencia condena a los médicos procesados a seis meses de prisión y el pago de las costas procesales. Finalmente, después de más de dos años de polémica, la Cámara Criminal ordena el cierre de la causa por prescripción, sin llegar a sentar jurisprudencia que respalde a una u otra de las posiciones enfrentadas(82).

La situación de las profesiones paramédicas con título universitario

En el abundantísimo material relevado sobre la temática relacionada con el curanderismo y el ejercicio ilegal de la medicina, no hemos podido encontrar ni una sola mención que acuse de tal proceder a los kinesiólogos. Por el contrario son éstos quienes, hacia 1939, denuncian las actividades de curanderos que invaden de manera ilegítima su área de práctica, y exigen, igual que los médicos, una actividad más eficaz de los organismos encargados de controlar el ejercicio profesional(83).

Esa circunstancia particular puede tal vez relacionarse con su escaso número. En un momento en que todos los profesionales vinculados a salud discurren en torno a la presunta o real "plétora" que afecta su ejercicio, los kinesiólogos se lamentan por su número reducido, no acorde con la importancia de la rama de las ciencias médicas a la que se dedican(84).

El conflicto, sin embargo, aunque en ningún momento se explicita, aparece a través de la existencia de una Asociación Médica de Kinesiología, que en 1937 realiza el primer congreso dedicado a su especialidad, y un Círculo de Kinesiólogos que poco más tarde, en 1943, denuncia gestiones realizadas en favor del otorgamiento de un título universitario de Médico Kinesiólogo, aclarando que actúa en defensa de los derechos que corresponden al Kinesiólogo no médico, en tanto miembro de una profesión universitaria(85).

Con parteras y farmacéuticos, en cambio, el conflicto es abierto. Se acusa a las primeras de tener acaparadas dos ramas de la medicina: ginecología y obstetricia; de ganarse la confianza de sus clientas, intimando con ellas y, de ese modo, convertirse en consejeras cuya opinión tiene fuerza de ley.(86).

A pesar de la existencia relativamente temprana de una escuela de parteras dependiente de la Facultad de Medicina, el número de profesionales diplomadas parece haber sido bastante escaso hacia 1915, momento en que un defensor de sus fueros las estima en alrededor de 500 en la Capital Federal, y algo más en el interior del país (87). Quince años después su incursión en el curanderismo y la práctica del aborto clandestino se asocia con

la situación de plétora.(88).

La división de funciones entre médicos y parteras parece haber pasado, en opinión de los primeros, por la diferenciación entre el parto distósico y el normal. Este último correspondía a la obstétrica, pero no en forma exclusiva, a pesar de los reclamos de su gremio en ese sentido. Ya en la década del veinte, la institución municipal de la guardia obstétrica y la asistencia domiciliaria del parto por profesionales médicos había hecho disminuir su clientela. Posteriormente, cuando el ejercicio legal de la obstetricia se dificulta aún más a medida que aumenta el número de partos producidos en maternidades, sus defensores exigen para ella un lugar en la atención hospitalaria.*

En lo relacionado con farmacéuticos e idóneos de farmacia, sus actividades de consulta y la correspondiente invasión del área limitada a la práctica médica están ya incorporadas al folklore argentino y no parece necesario abundar aquí sobre la pintoresca crónica de sus vicisitudes. Ya en 1903 los funcionarios del Departamento Nacional de Higiene lamentaban el excesivo número de farmacias abiertas al servicio público**, y afirmaban que la mayoría de tales establecimientos vivía del curanderismo.

Más que en su excesivo número, la causa de las dificultades económicas de los farmacéuticos comienza a ubicarse de manera creciente -según los testimonios de la época- en el abandono de las fórmulas magistrales y la correlativa difusión de los específicos. Después de haber soportado durante varias décadas las acusaciones de ejercicio ilegal y las pretensiones de control sobre su actividad formuladas por los médicos, hacia 1932 los farmacéuticos parecen tomar la iniciativa. En una asamblea celebrada con los auspicios de la Sociedad Nacional de Farmacias, la Cámara Sindical Farmacéutica de Buenos Aires y el Centro de Estudiantes de Farmacia y Bioquímica, se solicita la creación de la División Farmacia en el Departamento Nacional de Higiene, integrada "única y exclusivamente por farmacéuticos (...)" concluyendo así, de una vez por todas, la injusta e irritante tutela que ejercen actualmente médicos sin noción alguna de lo que es y significa la profesión farmacéutica"(89).

Dos años más tarde, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas da a conocer una declaración referente a las atribuciones de los egre-

*"Siempre dije que era una injusticia privar a la mujer madre de la asistencia de la mujer partera. Y siempre sostuve, y lo sostengo hoy con 33 años de obstetra, que nadie tiene mejor ni mayor paciencia que la obstétrica para esperar el parto, sabiendo seguirle en sus incidentes y accidentes.

**Siempre también sostuve que el médico invadía una jurisdicción que le corresponde a la partera. Y que si la invade, porque algunos derechos tiene, no debe excluirla, ni mucho menos reemplazarla por una enfermera" (CHAMORRO, Tomás, "Entre médicos y parteras, entre error y errores" S.M. LI 41: 766-769, octubre de 1944).

**Había en ese momento en Buenos Aires 314 farmacias, para una población de 800.000 habitantes, de lo que resultaba un promedio de una por cada 2.800, sin contar las correspondientes a hospitales e instituciones de beneficencia. Según la misma fuente, en las capitales europeas la proporción era por lo general de una farmacia por cada 10.000 habitantes (ANALES D.N.H. X 7: 322-331, 1903)

sados de la Escuela de Farmacia y Bioquímica. En virtud de ella se los considera como "únicos profesionales habilitados legal y técnicamente para la preparación, valoración y fraccionamiento de los medicamentos, ya sean éstos orgánicos o inorgánicos, opoterápicos, sueros, vacunas, vitaminas, o de cualquier otra naturaleza (...) incluyéndose en algunas de esas actividades, por excepción y en vista de lo consignado en la reglamentación de la ley N° 4.687, sobre ejercicio de la farmacia, a los médicos especializados en microbiología."(90).

El paso siguiente en las presiones por redefinición de las áreas de práctica corresponde a los médicos. La oportunidad se presenta en 1936, cuando se crea el Doctorado en Bioquímica y Farmacia en la Universidad de Córdoba, y la Comisión de Enseñanza de la Escuela de Medicina aconseja la incorporación a su plan de estudios del método histológico, considerado como auxiliar valiosísimo en la investigación biológica. El Colegio de Médicos de la Capital Federal, enterado de la propuesta, rechaza enfáticamente la posibilidad de utilizar la histología patológica en alguna aplicación diferente de su contribución en el diagnóstico de la patología humana. Apoyándose en declaraciones de las Facultades de Medicina de La Plata (1929) y Buenos Aires (1931), emite una resolución en la que exige se reserve el examen anatómopatológico para el área de ejercicio privativa de la medicina.*

La división técnica del trabajo en el interior de la medicina: Las especialidades

Si la autonomía de la medicina y el reconocimiento de su derecho exclusivo de ejercicio sobre un ámbito determinado de pericia técnica se basó históricamente en el desarrollo de un conjunto de conocimientos, técnicas y destrezas que le permitieron demostrar su capacidad de predicción y control sobre un amplio campo de enfermedades humanas, el mismo proceso debió reproducirse para justificar el desgajamiento sucesivo de las ramas médicas especializadas.

A medida que el desarrollo científico y la capacidad de aplicarlo operativamente a la prevención, diagnóstico y curación de la enfermedad fue acumulando crecientes posibilidades de intervención sobre determinados ór-

*El texto completo es el siguiente:

"1° El examen anátomo patológico debe ser privativo de los médicos, porque implica siempre una consulta médica.

"2° Su realización por otros profesionales significa un verdadero ejercicio ilegal de la medicina.

"3° No hay razones científicas ni profesionales para pensar en substituciones de los médicos por otros profesionales en su ejercicio técnico.

"4° En términos generales, representa un grave daño y un serio peligro para la salud pública, así como también una intromisión inaceptable en el campo de los derechos y de la responsabilidad médica por parte de profesionales no médicos.

"5° Para evitar hechos como el que motiva esta resolución y otros como el que produce la superposición de estudios en distintas Facultades, es de toda necesidad que los poderes Ejecutivo y Legislativo reglamenten por ley el ejercicio de las profesiones liberales, y las Facultades delimiten los alcances y campos de acción profesional de sus graduados" (S.M. XLIII 40:

ganos, funciones o aparatos, a la vez que ciertas condiciones demográficas o de índole social más general justificaban la delimitación de un espacio de intervención diferenciado, la división técnica del trabajo se operó en el interior de la misma medicina.

A la primera gran división entre cirugía y clínica siguen las subespecialidades clínicas y quirúrgicas. Algunas estimuladas por la distribución de la población en grupos étnicos, o la centralidad de los procesos reproductivos en la problemática de salud/enfermedad de la mujer; otras en razón de necesidades impuestas por la alarmante difusión de flagelos como la tuberculosis, las enfermedades venéreas o el cáncer.

Del mismo modo como el desarrollo de la pericia técnica y el reconocimiento social de la eficacia de la intervención dieron fundamento a un proceso político orientado a exigir del Estado el reconocimiento formal de un derecho exclusivo de ejercicio, en algún punto de su desarrollo las especialidades deben autorreglamentarse o ser reglamentadas, definir las condiciones exigidas para el ingreso en el área de práctica, y los límites de su respectiva capacidad de intervención. En este caso, el recurso para lograr reconocimiento no se formula en primer lugar frente al Estado, ni parece haber sido explícito o sistemático; las especialidades van ganando progresivamente un lugar propio y reconocido en el interior de las instituciones específicas de la profesión: organismos académicos, universidad, grandes instituciones de atención.

Los especialistas se agrupan en Sociedades Científicas, con fines seguramente defensivo/defensivos. De la construcción y ampliación de un cuerpo común de conocimiento surgirá seguramente la autonomía relativa que los diferenciará entre sus pares.

En el especialista se reconoce el máximo nivel de pericia aplicado a un área restringida del conocimiento médico. El uso del título de especialista supone la apelación a ese reconocimiento por parte de la sociedad en general y de los demás profesionales en particular. A medida que cada especialidad se amplía por el ingreso de nuevos miembros surge la necesidad del autocontrol de la pericia técnica en cada uno de ellos. De su actuación dependerá la credibilidad que el conjunto pueda ganar ante los que demandan atención.

Otro proceso, sin duda paralelo, es la delimitación de la esfera de acción entre especialidades que tienen áreas de intervención próximas o relativamente superpuestas, y entre los troncos mayores y las ramificaciones que se van produciendo al impulso del progreso técnico o la emergencia de nuevas necesidades sociales.

La regulación "formal" por parte del Estado de la práctica especializada es relativamente tardía en Argentina, y en los años previos a las primeras regulaciones, aunque se registran conflictos interespecialidades que luego describiremos, no parece manifestarse una demanda global por su instrumentación.

El "estado de la cuestión" hacia 1940

"La especialización se acentúa cada día más en el campo profesional. La mayoría de los egresados de nuestra escuela apenas reciben su título se dedican al cultivo de una especialidad, y en la medida de lo posible limitan a ella sus actividades. Los sanatorios e institutos de asistencia médica se anuncian con el subtítulo de "Asociación de especialistas", y las revistas y sociedades médicas especializadas en un ramo determinado de la medicina son cada día más numerosas. En Rosario contamos ya con una decena de asociaciones de esta clase, y se anuncia la formación de otras nuevas".(91)

El párrafo transcrito nos permite introducirnos en la temática de la regulación de la especialidad médica. Corresponde a una publicación del *Círculo Médico de Rosario*, aparecida en su revista en diciembre de 1944, en la que se anuncia la realización de una encuesta dirigida a recabar la opinión de los médicos de esa ciudad sobre la oportunidad de una reglamentación de las especialidades médicas y la orientación que debería darse a la misma.

Hasta ese momento, la adopción del título de especialista quedaba librada exclusivamente a la decisión del profesional de limitar su actividad o dedicarse de manera preferente a una de las áreas de práctica consagradas por la costumbre, la orientación de los estudios universitarios o la organización de las grandes instituciones de atención. La formación en la especialidad se conseguía a través de estudios individuales, actuación en servicios hospitalarios, concurrencia a cursos más o menos formales, incorporación a una cátedra, etcétera. La solvencia del profesional en la especialidad a la que se adscribía carecía de reconocimiento formal, de manera que, tal como afirma la publicación que mencionamos, una vez que se generalizó la práctica especializada, no bastaba ya el título de Doctor en Medicina, expedido por las universidades, para garantizar al público la competencia profesional.

La inquietud del *Círculo Médico de Rosario* tiene su origen en un Decreto Ley sancionado por el Poder Ejecutivo Nacional en marzo de 1944, destinado a reglamentar el ejercicio de la medicina y demás ramas del arte de curar. Lleva el número 6.216/44, y en su artículo 10° establecía las condiciones requeridas para la utilización del título de "especialista".

Sólo podrían usarlo quienes poseyeran certificado expedido por una Facultad Nacional, otorgado después de haber seguido cursos especiales, o en los casos que expresamente autorice la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, previa comprobación de una antigüedad continuada de cinco años en el ejercicio de la especialidad respectiva. Podían certificar la antigüedad el Director del establecimiento oficial donde actuara, y las autoridades de los servicios donde la hubiera practicado.

En ese momento en el país existían muy pocas carreras universitarias de posgrado dirigidas a formar especialistas. En la Universidad de Buenos Aires podían obtener títulos específicos los fisiólogos, higienistas, dietólogos y

médicos forenses;*en la de Rosario existía solamente una carrera de médico legista.

No se registraban tampoco antecedentes de proyectos de reglamentación de especialidades. En el ámbito nacional sólo el decreto reglamentario de la ley N° 12.262, de Carrera Médica Hospitalaria, sancionada en 1935, al establecer las modalidades de los concursos de ingreso, distribuía los servicios hospitalarios en 21 especialidades, ampliadas luego a 25 por sucesivos decretos complementarios.**

En la provincia de Santa Fe el proyecto de Código de Ética redactado por los Consejos Deontológicos en 1940 reconocía como especialista "al médico que se ha consagrado a una de las ramas de la ciencia médica, para lo cual ha realizado estudios especiales en facultades, hospitales o instituciones afines que estén habilitados por su jerarquía científica a certificar la especialización llevada a cabo por el profesional."(92).

Una forma posible de reconstruir el proceso de conformación de especialidades médicas a partir de algún tipo de reconocimiento institucional de su existencia, podría ser el análisis de la diferenciación de los servicios hospitalarios, o la creación de Institutos dedicados a una especialidad, dentro o fuera de los mismos hospitales. Hay otro camino, sin embargo, de más fácil acceso, y que tiene la ventaja de registrar un hecho que no depende de una decisión oficial, sino tan sólo de la voluntad de algún grupo entre los mismos especialistas, que deciden nuclearse para defender y profundizar el conocimiento de aquella rama de la medicina a la que destinan su es-

*En 1940 en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires se había creado también la "Cátedra de Patología y Clínica de las Enfermedades del Aparato Digestivo, preferentemente para graduados". En la lección inaugural, su profesor titular defiende la necesidad de que la Facultad otorgue los títulos que autoricen el ejercicio de las especialidades, "para ello correspondería exigir previamente la asistencia durante algunos años a las salas de clínica general, sea médica o quirúrgica. Me alarma hasta cierto punto que hoy nadie se oponga a que el médico novel, al día siguiente de abandonar las aulas, se designe a sí mismo especialista y se anuncie capacitado para atender un determinado grupo de enfermedades.

"La Universidad, lejos de abandonar a los graduados el día que se diploman, debe continuar amparando a aquéllos que por vocación sientan la necesidad de perfeccionarse en algunas ramas de las actividades médicas". Más adelante detalla las razones técnicas que justifican otorgar *status* de especialidad a la Gastroenterología: "Ni siquiera de las exploraciones instrumentales con técnica delicada, están exentos los que sufren del tractus digestivo; los diversos cateterismos, las exploraciones gastrocópicas, la fotografía intragástrica, las endoscopias por vía rectal, etc., exigen del médico determinado *modus operandi* no inferior o en dificultades al que a diario ejecuta el oftalmólogo, el renólogo, ginecólogo, etc." (MARTINI, Tulio, Conferencia pronunciada el 15 de abril de 1940. S.M. XLVII 23: 1357-1364 junio de 1940, pág. 1360) (énfasis en el original)

*Por el Art. 4° del decreto 91.526 del 3 de octubre de 1936 los servicios hospitalarios se distribuirían en las siguientes especialidades: clínica médica, cirugía general, ortopedia y traumatología, cirugía neurológica, cirugía infantil, clínica pediátrica, clínica obstétrica, urología, clínica de las enfermedades infecciosas, fisiología, clínica ginecológica, clínica oftálmica, clínica otorrinolaringológica, clínica neurológica, clínica psiquiátrica e higiene mental, clínica de las enfermedades de la nutrición, clínica de enfermedades de la sangre, clínica dermatológica y sifilográfica, proctología, radiología y fisioterapia, y laboratorio. El decreto N° 108.309 de diciembre de 1941 agrega endocrinología y semiología, y el N° 112.741, cardiología y gastroenterología.

fuerzo: nos referimos a la organización de Sociedades Científicas integradas por los miembros de una misma especialidad.

Las primeras asociaciones de índole científica -la Asociación Médica Argentina, el Círculo Médico de Rosario, el Círculo Médico de Córdoba- tenían carácter general y aspiraban a integrar a los profesionales sin distinguir su área de especialización. Paulatinamente, sin embargo, se va conformando un segundo nivel de agrupamiento basado precisamente en esa diferenciación. De una manera prácticamente paralela, los médicos comienzan a nuclearse en Círculos o Asociaciones según su lugar de trabajo, ya se trate de un hospital o de una sala dentro de éste y también, algo más tarde, por patologías o cuestiones institucionales que afecten a una determinada región, o tengan una característica particular.

En 1938 el Círculo Médico de Rosario se hace cargo del riesgo de dispersión existente en ese proceso, invitando a las Sociedades Científicas ya constituidas en la ciudad a integrarse en condición de filiales(93).

Sin pretender conformar un listado exhaustivo y como simple ilustración de lo que intentamos señalar, podríamos decir que la Sociedad Dermatológica Argentina y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires tienen un nacimiento precoz, en 1907 y 1908. Al celebrarse el 25º aniversario de aquélla se aclara que es la primera Sociedad del país constituida por médicos dedicados a una misma especialidad. Le sigue en 1911 la Sociedad Argentina de Cirugía. Como filiales de la Asociación Médica Argentina se constituyen en 1920 la Sociedad de Patología Quirúrgica y las de Medicina Interna, Oftalmología e Higiene y Microbiología; en 1921 la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, en 1923 las de Otorrinolaringología, Urología, Radiología y Electrológica. En los primeros años de la década del 30, también como filiales de la A.M.A. comienzan a sesionar las Sociedades de Farmacología y Terapéutica, Medicina Legal y Toxicología, y Tisiología, y en 1929 la Sociedad de Cirujanos y la Sociedad Argentina de Medicina Social.

Mientras tanto, y con carácter independiente, se habían formado en 1919 la Sociedad Eugénica Argentina, en 1926 la Sociedad de Patología Regional del Norte, en 1931 la Sociedad de Psicología y el Círculo de Médicos Legistas. Ya en la década del 40 se constituyen la Sociedad Argentina de Médicos del Deporte, la Sociedad para el Estudio de la Alergia, la Sociedad Argentina de Proctología, la Sociedad Argentina de Epidemiología y Lucha contra las Enfermedades Infecciosas, la Sociedad Argentina de Hidrología y Climatología Médicas, la Sociedad de Medicina Industrial, etcétera.

Existen también especialidades que se frustran, que no encuentran las condiciones para afirmarse y terminan desapareciendo. Valga como ejemplo la Sociedad de Nipiología, creada en 1923 como filial de la Asociación Médica Argentina(94). La inquietud había nacido seguramente en el Tercer Congreso Americano del Niño, reunido en Río de Janeiro entre el 27 de agosto y el 5 de setiembre de 1922. En él había presentado una comunicación el Profesor Ernesto Cacace, de la Universidad de Nápoles, que se autotitulaba fundador de esta nueva rama de la ciencia, reconocida ya, al parecer, en Italia y España. La nipiología "deriva su nombre de 'ne' (no), 'eipein'

(hablar) y 'logos' (discurso), y es entonces la ciencia de la edad en que no se tiene el habla, o bien la ciencia de la primera edad''(95). La nueva disciplina se diferenciaría de la Pediatría o la Puericultura por abarcar el estudio integral del niño que no habla, e incluir los más diversos aspectos: "médico, higiénico, sociológico, jurídico, psicológico, etc."(96).

No está entre nuestros propósitos profundizar el tema de la conformación de especialidades dentro de la medicina. Únicamente queremos mostrar algunos fenómenos que son sólo manifestaciones epidérmicas de un problema seguramente más profundo, del que no vamos a ocuparnos. En la misma forma relativamente asistemática como hemos intentado mostrar algunos conflictos producidos en torno a la conformación de un ámbito exclusivo de intervención técnica de los profesionales médicos -que no tuviera sólo reconocimiento formal sino que contara con las garantías de la legitimidad social- trataremos ahora de desarrollar algunos "casos" en los que el problema de la definición de incumbencias se plantea con respecto a la órbita la intervención del especialista.

En esta esfera particular, referente la división técnica en el interior del trabajo médico, los ejemplos de conflicto que hemos detectado se refieren, por una parte, a cuestiones planteadas por el reconocimiento formal de la existencia de ciertas especialidades, y el consiguiente derecho de sus miembros a ocupar determinados cargos, y por la otra, a los límites del área de intervención a la que el título de especialista otorga acceso exclusivo. Los ejemplos que siguen aclararán seguramente nuestro pensamiento.

La inserción de los especialistas en diferentes servicios oficiales

La creación del Colegio de Tisiólogos, producida en diciembre de 1940, aparece como excesivamente tardía con relación al desarrollo de la tuberculosis en el país, la fundación de institutos especiales para el tratamiento de la enfermedad, la organización de dispensarios, la preocupación por cuantificar la respectiva morbilidad y mortalidad, la importantísima cantidad de trabajos dedicados al tema a lo largo de varias décadas, la variedad de puntos polémicos con relación a la etiología y el diagnóstico, etcétera, etcétera.

Existía, efectivamente, una Sociedad de Tisiología organizada como filial de la A.M.A. en 1932; sin embargo, la misma nota que nos informa sobre la creación del nuevo Colegio de Tisiólogos, nos hace saber que uno de sus objetivos primordiales es el reconocimiento del título de especialista, otorgado por la Universidad de Buenos Aires(97).

Algunos años antes, en diciembre de 1932, tanto la prensa lega (La Vanguardia, La Prensa), como la especializada (Semana Médica) reproducen *in extenso* las alternativas de un conflicto generado por la sustanciación de un concurso para llenar un cargo de Jefe de Sala en el Hospital Tornú. La Comisión Permanente de Ternas -entidad municipal encargada de asesorar a la Asistencia Pública sobre las condiciones de realización de los concursos- ante un recurso interpuesto por un grupo de postulantes que cues-

tiona la designación de un clínico para llenar dicho cargo, afirma "que la asistencia del tuberculoso pulmonar no constituye una especialidad, y que ella se halla englobada dentro de la Clínica Médica General"*.

Los argumentos de orden científico que los autotitulados médicos tisiólogos utilizan para justificar la existencia de su especialidad, suelen repetirse en los mismos términos para respaldar reclamos similares; podemos por lo tanto considerar de aceptación generalizada: a) el carácter complejo de la afección, b) la existencia de tratamientos específicos, c) el largo aprendizaje necesario para conducir con eficacia dichos tratamientos y alcanzar el dominio de la clínica y la terapéutica de la enfermedad.

Otras razones, también generalmente explicitadas en estos casos, remiten a la frecuente realización de congresos internacionales sobre la enfermedad; la enseñanza en cátedras o cursos *ad hoc*; la publicación de revistas dedicadas exclusivamente a la especialidad, que actúan como órganos oficiales de asociaciones científicas y servicios de atención médica.

La designación cuestionada en este caso se objeta porque el candidato elegido no presenta antigüedad o antecedentes en servicios de tuberculosis, y porque tampoco ha probado en ninguna forma su competencia para dirigir un servicio de esa especialidad. Cierta número de años de práctica en un servicio especializado parece haber sido la modalidad operativa más generalizada para demostrar aptitud para el desempeño de cargos hospitalarios, mientras no hubo reglamentación de concursos. En este caso particular se abunda afirmando que aun los médicos parteros debieron someterse a un examen de la especialidad pulmonar para optar al cargo de la Jefatura de la Maternidad, en el mismo Hospital.

Con posterioridad al conflicto, la Facultad de Medicina incluyó entre sus carreras de posgrado la de Médico Tisiólogo, y el Colegio que nos ocupa se organiza para la defensa de ese título. Su misma denominación permite pensar en el deseo de mimetizarse con los organismos específicamente gremiales, que a fines de la década del treinta constituían ya un fenómeno generalizado.

Otro caso, de características similares, ilustra el problema referente a la diferenciación de la lepra en el interior de las enfermedades infecciosas y su vinculación, o no, con la dermatología.

Se trata nuevamente de un concurso. El 11 de julio de 1936 se concursó el cargo de Jefe de Sala de la Lepra del Hospital Muñiz. En la respectiva resolución se lo declara abierto para los médicos de la especialidad Dermatología.

*Dicen los afectados: "Quienes así sostienen por 'unanimitad' son: un cirujano, un partero, un ginecólogo y un clínico, cuya gran autoridad en Dietética es indiscutible. Faltó pues (...) la opinión autorizada del médico experto en tuberculosis (...) Reducirla a un simple capítulo de la Clínica Médica importa retroceder más de treinta años, cuando la tuberculosis se curaba únicamente con reposo, aire y buena alimentación. En la actualidad, los progresos de los métodos diagnósticos y las nuevas y múltiples adquisiciones terapéuticas han creado la necesidad de una mayor experiencia y dedicación preferente al estudio de la tuberculosis, confiéndole carácter definido a la especialidad." (S.M. XXXIX 50: 1835-1838, diciembre de 1932, pág. 1836)

El Colegio de Médicos de la Capital Federal se dirige al Decano de la Facultad de Medicina solicitándole información acerca de si la enseñanza de la lepra se imparte en la Cátedra de Enfermedades Infecciosas o en la Cátedra de Dermatosifilografía. Para aclarar aún más la cuestión, se le interroga acerca de si, en términos científicos, la lepra está incluida en la Epidemiología o en la Dermatología(98).

El Decano responde en forma terminante: “la enseñanza de la lepra se imparte fundamentalmente en la Cátedra de Clínica de Enfermedades Infecciosas, y aquélla se halla incluida en la Epidemiología. Dicha cátedra cuenta para esa enseñanza con una Sala de Leprosos en el Hospital Muñiz de esta Capital”(99).

Tercia en el problema el Patronato de Leprosos, que cuestiona también los términos del concurso, pero añade un ingrediente nuevo: que se pudieran presentar especialistas en clínica infecciosa o especialistas en piel que no hubieran estado nunca en un servicio de lepra, situación que le parece cuestionable, puesto que ésta constituye ya, “una verdadera especialización”(100).

Un último ejemplo nos los proporciona un grupo de médicos que se identifican como “especialistas en niños”. En mayo de 1933 piden la modificación del reglamento de concursos para la provisión de cargos de médicos escolares. El informe del Jefe del Cuerpo Médico Escolar rechaza la pretendida aptitud particular de estos médicos para ocuparse de la salud de los escolares. “La escuela recibe al niño de los seis a los catorce años”, afirma, “y la patología a esa edad es similar a la del adulto”; introduce además el problema de la difusión de las enfermedades infectocontagiosas, afirmando que “su prevención por la profilaxis específica, vacunación anti-diftérica, antiescarlatinosa, etcétera, hace necesario el dominio de la epidemiología”*. El presidente del Consejo Deliberante adhiere a los fundamentos y conclusiones de dicho informe, y el caso se cierra(101)**.

Los límites del área de intervención de cada especialidad

En junio de 1936 en la comisión de legislación de la Cámara de Senadores se discute el proyecto de ley sobre profilaxis antivenérea. Ha sido invitado el presidente de la Liga Argentina de Profilaxis Social, Alfredo Fernández Verano, quien se refiere a la proyectada creación de un Instituto Dermatovenerológico, que no solamente se ocuparía de la lucha antivenérea,

*Dice además el informe: “La lucha en defensa del niño débil, en la escuela, en que los factores mórbidos, hereditarios o adquiridos, se suman a los del medio ambiente, etc., requiere práctica y conocimientos que no corresponden a un servicio hospitalario de clínica infantil, sino a los de otros organismos que pertenecen exclusivamente al médico especializado en higiene escolar, como son las escuelas al aire libre, las colonias de vacaciones, escuelas climatéricas, etc.”

**Cuestiones similares plantea la presencia de médicos puericultores en las maternidades, o las relaciones de subordinación entre éstos y los obstetras en los Centros de Higiene Materno Infantil, la inclusión de guardias especializadas en los servicios municipales, el cuestionado derecho de los homeópatas a declararse especialistas, etc. Todos los conflictos son semejantes, y detenernos en ellos parece excesivo.

sino también de la profilaxis de todas las enfermedades contagiosas relacionadas con la piel. Lo considera un organismo híbrido, con dudosas ventajas, y para fundamentar su opinión se interna resueltamente en el escabroso terreno de la diferenciación de especialidades:

"Hace mucho tiempo que la Sifilografía se ha independizado de la Dermatología*. Se consideraba incluida en esta última a la sífilis, cuando se estudiaban sobre todo sus manifestaciones aparentes, pero después se ha demostrado que la sífilis engloba casi toda la patología y abarca por entero el campo de la clínica. De modo que es necesario deslindar bien el radio de acción de estas dos importantes ramas médicas: la Dermatología, en la cual se incluiría, por ejemplo, la lucha contra la lepra, que por sí sola merece atención especial, y la Sifilografía, que comprende toda la lucha antivenérea, sobre todo desde el punto de vista social, que adhiere cada día mayor importancia"(102).

El instituto a crearse, continúa argumentando el doctor Fernández Verano, al que se pretende encomendar el estudio de las enfermedades contagiosas existentes en el país, invadiría el terreno asignado al Instituto de Enfermedades Infecciosas, anexo al Hospital Muñiz, que tiene bien delimitadas sus funciones. Si se crea un organismo de profilaxis antivenérea -que podría denominarse más adecuadamente de Higiene Sexual- debe darse por descontado que encare no solamente la parte de asistencia y profilaxis de la sífilis y la blenorragia, sino también la faz moral, educacional y social del asunto, que son de tanta o mayor importancia todavía que aquéllas(103).

En ese momento Fernández Verano no advierte que su propuesta también invade jurisdicciones: las del área de Higiene y Medicina Social, cuyos cursos se inauguran en ese mismo año en la Facultad de Ciencias Médicas. Comienza así a desplegarse una nueva contradicción sobre la cual volveremos.

Los médicos legistas, por su parte, son los primeros en conseguir una re-plantación que explícitamente les reconoce una esfera exclusiva de intervención. La ley N° 12.120 de octubre de 1935 sanciona la necesidad de poseer "diploma de médico legista, otorgado por universidad nacional, o ser médico con antecedentes científicos, títulos docentes o dedicación manifiesta, que demuestren idoneidad médico legal...", para ser nombrado Director de la Morgue, médico de los Tribunales de la Capital, de la Policía o del Instituto de Criminología de ésta, y para actuar como perito médico, ya sea a propuesta de los jueces o a pedido de parte. (Art. 3° y 5°).

El Círculo de Médicos Legistas venía desarrollando por lo menos desde 1930 una intensa campaña para lograr el reconocimiento de la especialidad en lo relacionado con la designación de peritos médicos. En una nota dirigida en 1931 al Colegio de Abogados de la Capital Federal, señalan el avance

*No se trataba de una opinión generalizada. En 1929 la Asociación Argentina de Dermatología y Sifilología aprueba la siguiente resolución: "consecuente con el voto aprobado por unanimidad en el Tercer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilología, respecto a la indivisibilidad de la especialidad, resuelve negar su concurso a todos los certámenes en que aparezcan en secciones separadas la Dermatología y la Sifilología. En consecuencia, decide no adherir al Cuarto Congreso Nacional de Medicina." (S.M. XXXVI 31: 343-344, agosto de 1929, pág. 344).

de la especialización en todas las ramas de la práctica médica, y agregan:

“Sin embargo, parece ser que la única rama no respetada de la medicina especializada es la medicina legal, en la que todos los médicos hacen incursiones hoy con aciertos variables (...) La improvisación médico-legal despoja a la justicia de las garantías de seriedad que deben acompañar a un peritaje y es la causa del descrédito en que van cayendo las pericias ante los magistrados que se asesoran por ellas”(104).*

La sanción de la ley 12.210, sin embargo, no deja satisfechos a los legisladores, que consideran su articulado excesivamente impreciso, al extremo de ser interpretado de manera muy diferente por las distintas cámaras. El punto de fricción parece ser la facultad otorgada a los jueces para evaluar la “idoneidad médico legal” de los médicos peritos que no posean título habilitante.

A fines de esa misma década, y como resultado de una recomendación del Sexto Congreso Nacional de Medicina, reunido en Córdoba, referente a la unificación de las funciones de sanidad, higiene y asistencia en una Dirección centralizada, un médico legista toma la palabra y define con cierta amplitud el área de incumbencia de su especialidad:

“Corresponde al médico legista (...) toda preocupación al respecto: toca a ellos, en fusión de ideas, proyectar, discutir, hacer aprobar, con criterio oportuno y medidas de rigor, las leyes pertinentes; cabe a ellos la apreciación de las alteraciones mentales u orgánicas vinculadas al proceso de evolución (trastornos de la infancia, juventud, pubertad, embarazo, menopausia, vejez), los problemas psiquiátricos y criminológicos (peligrosidad, capacidad civil, responsabilidad penal), la interpretación de los accidentes de trabajo y grados de indemnización, los problemas de las relaciones sexuales, de las anomalías, de las perversiones, de las toxicomanías, de la gestación (aborto criminal); a ellos corresponden los servicios médicos de urgencia -todo auxilio con carácter de urgencia presupone, según nosotros, un caso judicial y hasta tanto el profesional llamado a intervenir no certifique lo contrario, como tal debe ser atendido y como tal dilucidado-; los de asistencia social (...); a ellos, en fin, el control de la salud mental y física de la población”(105).**

*En 1933, ante una nota del Colegio de Abogados de Buenos Aires, solicitando el establecimiento de un registro público de designaciones de peritos de oficio, el Colegio de Médicos Legistas declara su más franca adhesión a la medida, señalando que el Curso de Especialización en Medicina Legal tiene ya más de diez años de funcionamiento en la Facultad de Ciencias Médicas. En otros considerandos agrega: “con respecto a la designación de peritos médicos, la iniciativa de ese colegio solucionaría en parte el problema existente, ya que ante la publicación de sus designaciones, los obstetras, radiólogos y otorrinolaringólogos no se atreverían, desafiando a la opinión pública y renovando casos de verdadero escándalo científico, a aceptar pericias psiquiátricas, por ejemplo, que requieren un tecnicismo y una especialización manifiesta para su diagnóstico e interpretación jurídica”. (S.M. XI 23: 1952, junio de 1933).

**En 1943 la misma voz proclama: “a la medicina legal le corresponde una misión aun más amplia: la de concurrir, de modo especialísimo, a la fiscalización, supervigilancia, mantenimiento y equilibrio de la salud mental y física de las masas -*salus populi suprema lex*- base esencial de la seguridad del Estado. En tal carácter su puesto es de vanguardia y su participación en materia de prevención, profilaxis, orientación, seguridad, cura o asesoramiento (municipal o legislativo) de primera fila. Relegarla al olvido, a un segundo plano cuando las cuestiones que se discutan sean problemas vinculados con la salud, es exponerse a dejar las cosas inconclusas, a mantener en pie errores substanciales, a tropezar con resquebrajamientos futuros”. (COSTA, Germán. “Medicina Legal. Especialidad de vanguardia” S.M. I., 24: 1384, junio de 1943).

Sin pretender discernir si se trata sólo de una interpretación individual o de una opinión colectiva, la propuesta de control, más allá de la especialidad desde donde se la formula, merece comentarios de dos órdenes.

El primero de ellos destinado a destacar -aunque sea someramente- los cambios que se habían producido en la forma de pensar la relación entre medicina y sociedad si se la compara con manifestaciones similares formuladas a comienzos de siglo. En las primeras décadas del siglo XX, la función de control, inherente a la práctica médica y en la que se basa por lo menos una parte de su legitimidad social, se centra en la regulación de las actividades que pueden asociarse con la difusión de la infección. La actividad pública de la medicina está fundamentalmente orientada a evitar el contagio. La intervención reguladora de los organismos de salubridad en una cantidad de actividades propias de la vida cotidiana de la población se justifica por el temor a la epidemia. Poco más tarde, buena parte del rechazo de lo extranjero, lo diferente, servirá como base para el desarrollo de la eugenesia y de la psiquiatría. En los últimos años de la década del 30 y primeros de la del 40, en cambio, el enemigo no llega de afuera, está en el interior mismo de la sociedad, que debe reorientar las funciones de control: vida sexual, toxicomanía, delincuencia; la vigilancia no se instala en las áreas de frontera -geográfica o cultural-, el arsenal terapéutico fundamental deja de descansar en la estufa de desinfección o el análisis de la cadena genética: actividades de policía y de asistencia social se proponen a la par como medios de prevención y cura.

En segundo término, si relacionamos esta manifestación con otras, mucho más acotadas y prudentes, que en esos años comienzan a generalizarse, tenemos la obligación de interrogarnos acerca de qué cambios se están produciendo en el ámbito de la medicina puesto que al reclamo por una esfera propia de actuación sobre la enfermedad en sus manifestaciones individuales, se incorpora el intento de legitimar la intervención del médico sobre la problemática social vinculada con ella, e incluso, como veremos más adelante, su acción sobre el problema relativamente ajeno de la conservación de la salud.

En las demandas que interponen los médicos procurando obtener el reconocimiento social de su hegemonía sobre todas las cuestiones referentes a la salud/enfermedad -tanto individuales como sociales- pueden discernirse algunos niveles, que intentaremos precisar.

El primero de ellos, relativamente elemental, se dirige a asegurar la presencia profesional en todo organismo oficial cuyas funciones puedan vincularse, de manera más o menos directa, con su área de práctica, desde escuelas hasta registros estadísticos(106).

Un segundo nivel, ya más ambicioso, porque le obliga a enfrentar opositores "socialmente fuertes", supone colocar en manos profesionales la dirección de todas las instituciones de salud.* Sólo como ejemplo, podríamos

*En mayo de 1935 la Revista del Círculo Médico del Sud formulaba el siguiente interrogante:

"¿Sabe Ud...

"Que en los hospitales municipales no opinan los médicos, y que en su lugar lo hacen los concejales, el señor Intendente, y el señor Director de la Asistencia Pública?

mencionar la resolución del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, dictada en junio de 1935 en razón de un conflicto suscitado en un hospital provincial. En ella se expresa: "Los médicos no deben aceptar en el desempeño de sus funciones, disposiciones que los priven de autoridad suficiente", asimismo se indica que "debe existir una clara delimitación en las funciones y atribuciones de las Comisiones Administrativas y la Dirección Técnica"(107). Al hablar de la organización futura de la sanidad se decía, más o menos en la misma época: "Los hospitales, instituciones sanitarias, departamentos y consejos de higiene, podrán existir regidos por nosotros mismos; claro está, subvencionados y vigilados por el Estado, pero sin necesidad de que intervengan las comisiones de damas, el caudillismo y los intereses creados"(108).

En un tercer nivel, que podría ubicarse *prima facie* en un terreno meramente declarativo, los Congresos y Reuniones científicas dedican una parte de su tiempo a formular votos y recomendaciones para las políticas estatales. Nuevamente sólo a título de ejemplo: en el XXX Aniversario de su fundación, la Asociación Argentina de Dermatología y Sifilología recomienda la habilitación de hospitales-colonias destinados a los enfermos de lepra, la efectivización del cumplimiento de la profilaxis pública contra la lepra y las enfermedades venéreas, y la adopción de la Libreta de Salud para todos los habitantes del país(109). En el mismo sentido y de manera cada vez más frecuente, entre los objetivos de las Sociedades Científicas de reciente creación se menciona la colaboración con instituciones estatales para la formulación de sus respectivas políticas*.

Finalmente, el mayor nivel de exigencia supone demandar la entrega a los médicos del gobierno de la medicina, entendiendo por tal la totalidad de los recursos que el Estado destina a la prevención de la enfermedad y la recuperación y promoción de la salud: "tenemos el derecho de esperar -debiéramos decir- de exigir- que el gobierno de los asuntos médicos pase a resorte exclusivo de los médicos, desde el plan superior de la medicina profiláctica, hasta la realización de los menores detalles de la medicina curativa, sin dejar en manos ajenas la cuestión administrativa y financiera"(110)**.

"Que en los hospitales de beneficencia tampoco pesa su opinión, y que para ello están las damas de beneficencia y las congregaciones religiosas?"

"Que en los hospitales de colectividad (...) Bueno, bueno, allí sí opinan los retan como a chiquillos que cometen una travesura; la opinión más valedera es la de los señores Directores". (II 12: 5, mayo de 1935).

*Fundada en mayo de 1943, la relativamente insólita Sociedad de Hidrología y Climatología Médica declara entre sus objetivos prestar su colaboración científica a la Comisión Nacional de Climatología y Aguas Minerales, y la Dirección de Parques Nacionales (S.M. L. 21: 1.217, mayo de 1943).

**Es posible suponer que el fundamento de la demanda radique en la necesidad de sacar la sanidad de manos de los políticos. Por lo menos ésa es la conclusión que saca un periódico gremial de conflictos ocurridos en diferentes pueblos de la Provincia de Buenos Aires y que al parecer no sólo tuvieron como protagonistas a médicos y autoridades, sino también a la misma población: "Variadas enseñanzas deja el episodio: 1° que no habrá organización sanitaria posible mientras se halle en manos de los políticos y sólo se busque con ella satisfacer ape-

En estas condiciones, ¿qué reacción pudo haber provocado en sus oyentes la manifestación del Concejal Rubinstein -en un mitin organizado en el Teatro Smart de Buenos Aires para la defensa de reivindicaciones netamente gremiales- afirmando que "la salud ya ha dejado de ser una cuestión de médicos"?(111).

La idea había dejado de ser novedosa en la medicina argentina de los años treinta. * Se habla ya en ella de la importancia de las condiciones ambientales, e incluso de "*procesos colectivos e individuales*"(112) (el subrayado es nuestro. S.B.) para los cuales la antigua técnica revela su insuficiencia cada vez en mayor medida. Sin embargo, el reconocimiento del peso de factores sociales no sólo en la etiología de la enfermedad sino también en las condiciones de su tratamiento y cura; la necesidad de atender a vivienda, vestido, familia, trabajo, no se perciben como límites a la función de la medicina, por el contrario, extienden de manera inconmensurable su capacidad de intervención. Recordemos nuestra cita inicial: "La medicina deja de ser un asunto privado, principalmente privado, para entrar briosamente en el campo de lo público (...) la medicina (...) abarca todas las funciones sociales".

A modo de cierre provisorio

Nos resulta difícil medir hasta qué punto hemos sido capaces de transmitir, en las páginas precedentes, que la necesidad de redefinir un ámbito de eficacia técnica es, desde su origen, planteada como un problema social.

No sólo es planteado como cuestión social el problema del reconocimiento de los curadores legítimos frente a los ilegítimos cuando se lo remite a la acción represora del Estado o se lo radica en la incultura ciudadana. Aun en el momento en que la raíz del problema se ubica en la esfera de lo específicamente técnico -la insuficiencia del desarrollo de la medicina como ciencia- el reconocimiento de la existencia de un problema sólo se produce debido a los límites que los técnicos encuentran en su práctica cuando tratan de satisfacer las necesidades sociales de las que procuran hacerse cargo con exclusividad.

titos electorales; 2º que se impone una intensa acción medicogremial para lograr que la sanidad sea dirigida por los únicos que de ella entienden, o sea los propios médicos; 3º que el pueblo nos apoyará para esa campaña, como lo ha demostrado en San Martín y Ciudadela, cuyos habitantes, por encima de colores políticos, salieron a la calle a defender la autonomía de las instituciones sanitarias, porque saben que sólo así éstas cumplirán debidamente su misión." (BOLETIN F.G.M. Santa Fe II 16: 2, Mayo de 1936).

*Para reforzar esa idea, Pedro Bianco aporta en su libro la siguiente cita de Marañón: "Combatir la tuberculosis con unos cuantos dispensarios en las grandes ciudades y unos cuantos sanatorios en las sierras es tan soberanamente ridículo como lo sería el querer agotar con un cubo la corriente desbordada de un río. Yo tengo la convicción -compartida por autoridades mucho más altas que la mía- que sólo la habitación amplia, limpia, soleada, influiría por sí sola, en el mejoramiento del problema tuberculoso en mucha mayor medida que los otros remedios de tipo médico y social". (MARAÑÓN, Gregorio. *El problema social de la infección*, Madrid, 1929, pág. 36, citado por BIANCO, Pedro, *La socialización de la Medicina*, Buenos Aires, 1933, pág. 86).

Si lo técnico es inseparable de lo social desde el comienzo, ¿habrá que reconocer la no verificación del cambio?

Por el contrario, el cambio se manifiesta en el progresivo desplazamiento del eje de intervención de los técnicos en los problemas sociales vinculados a la salud/enfermedad. El médico adscripto en un principio fundamentalmente a la acción sobre el individuo, al abandonar a los poderes públicos la regulación de las condiciones sanitarias del medio y la organización de las grandes instituciones de asistencia y al permitir a la beneficencia privada el despliegue de una acción supletoria o delegada en la atención del indigente, reivindica como escenario exclusivo el consultorio, y como relación privilegiada el contacto con el paciente. Si bien la medicina está presente en la acción reguladora o asistencial del Estado a través del médico funcionario, la profesión no reclama esa esfera de decisión como propia ni mucho menos como exclusiva.

En forma progresiva, a partir de las dificultades reconocidas en la esfera del ejercicio, la percepción de la insuficiencia organizativa de las instituciones de atención, la complejización de las demandas, la creciente competencia por el control de ciertas esferas de poder -la cátedra, el servicio hospitalario, la administración estatal-, el reclamo por un área exclusiva de intervención comienza a ampliarse, dirigiéndose a la organización hospitalaria, a la delimitación de las políticas públicas, y a la definición de las condiciones sociales de emergencia de los procesos de salud/enfermedad.

CAPITULO TERCERO

LA "PUESTA A PUNTO" DE MECANISMOS QUE VINCULEN OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

Un segundo gran problema que debe tomar a su cargo la profesión en estas décadas de inestabilidad es la reestructuración de las modalidades de vinculación entre oferta y demanda de servicios.

Aquellas interpretaciones de la crisis que la proponen como crisis económica, caída del poder adquisitivo de la población, pauperización de los sectores medios, decadencia de las profesiones liberales y paulatina proletarización de sus miembros, remiten directamente a este "problema" profesional. En estos años, se torna evidente que, la visión 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, había dejado de tener vigencia. Si hemos de creer en el testimonio de sus protagonistas, ha caducado cualquier tipo de ordenamiento que relacione a determinado sector de la población -definido por su capacidad económica- con determinado tipo de servicios de salud. Todo está confundido, y esa confusión, ese desorden, aumentan, si no provocan, el malestar profesional. La reestructuración de la que hablamos se orienta a poner fin a esa situación.

Dicha reestructuración puede tomar diferentes formas. Puede pasar, en primer término, por una reorganización del sistema prestador que lo adecue a las transformaciones sufridas por la demanda poblacional, -ya se deba a cambios relacionados con la percepción de las necesidades de salud/enfermedad y la mejor forma de satisfacerlas, ya por modificaciones en la capacidad de pago de los servicios requeridos que afecten a importantes sec-

tores sociales-. Una segunda modalidad de adecuación es aquella que no altera de manera significativa a las instituciones prestadoras, pero en cambio incide en las modalidades de financiación que permiten acceder a los servicios privados a la población de escasos recursos. En este caso la adecuación puede consistir en una modificación de las condiciones de negociación entre prestadores e instituciones financiadoras, o bien en la sustitución de intermediarios profanos y la puesta en marcha de mecanismos financiadores administrados por los mismos profesionales.

Finalmente, hay un tercer ámbito de cambio que, aunque no remite directamente a la relación entre demanda poblacional y oferta de servicios, no puede menos que afectarla. Se trata de las modificaciones producidas en la relación laboral de los médicos que actúan en las instituciones públicas y subvencionadas, encargadas de la atención del indigente.

Los textos referentes a la cuestión diferencian claramente tres grandes áreas de conflicto: las mutualidades, las compañías de seguro de accidentes surgidas como consecuencia de la ley N° 9688 y los servicios gratuitos de atención organizados por el Estado, la beneficencia u otras instituciones o agentes sociales. Cualquier conmoción, endurecimiento, cambio, en alguna de ellas tiene repercusiones, a veces indirectas, en los servicios privados. A continuación trataremos de sistematizar los componentes fundamentales del problema.

Médicos y mutualidades

Para presentar el tema ante todo es indispensable formular algunas salvedades que limiten el riesgo de caer en una sobresimplificación. La primera remite a que en ningún momento el conflicto supone agrupamientos globales: siempre hay un sector de mutualidades expresamente liberado de todo cuestionamiento,* y seguramente habrán existido médicos que no se sintieran tocados por el problema, aunque no hayamos recogido ningún testimonio directo que exprese dicha situación. Aun reducido en estos términos, el conflicto que enfrenta a médicos y mutualidades ocupa mucho espacio en la deliberación de los organismos gremiales a lo largo de por lo menos cuatro décadas, y muchas páginas de las revistas médicas, tanto de índole científica como gremial.

Una segunda aclaración se refiere a que dicho conflicto no estalla repentinamente en los años de crisis. Por el contrario, parece surgir de las propias condiciones de conformación de las relaciones médico-mutuales, y en

*"Otro de los problemas cuya solución se impone y que sólo ha de lograrse por nuestra acción conjunta y decidida, es el de las sociedades de socorros mutuos, que abundan y se propagan ilimitadamente. Hay algunas entre ellas, muy dignas de nuestra consideración y respeto porque no han desvirtuado jamás la noble finalidad que persiguieron en su creación; pero al lado de éstas cuya evolución a través de los años se ha traducido en real beneficio para los médicos y los asociados, existen otras -y no son las menos- que los explotan y mistifican en provecho exclusivo de los dirigentes, que se enriquecen a nuestra costa o practican la caridad a nuestras expensas" AQUINO, Pedro B. "La Asociación Médicos de los Hospitales. Su importancia". S.M. XXIV 29: 78-79, julio de 1917, pág. 79.

nuestros testimonios se remonta al comienzo del período de indagación: los primeros años del siglo XX. Sin embargo, es posible suponer que esa condición básicamente conflictiva se agudiza a partir de los años veinte por el encarecimiento de la atención médica, debido a la incorporación de nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos, y el paralelo proceso de reducción de los recursos destinados a remunerar el trabajo profesional en razón de los mayores costos de medicamentos, radiología, análisis y fisioterapia.(113)

Mario Caffuri, en una tesis doctoral presentada en la Facultad de Ciencias Económicas de Buenos Aires en 1939, proporciona una buena síntesis de las modalidades de organización de la asistencia médica en las mutualidades. Distingue en primer lugar tres modalidades en la contratación de profesionales: a) *Médicos fijos*, que atienden en sus propios consultorios o en los de la mutualidad, y a domicilio, exclusivamente dentro de la zona que la institución le asigna (radio). Los socios deben acudir a uno de los médicos de su radio; b) *Médicos inscriptos permanentes*, no existe organización en radios, cualquier profesional tiene derecho a ingresar en el sistema, siempre que una vez por año dé su conformidad a las tarifas de honorarios que fije la institución. Los socios pueden tener libertad de elegir al médico que prefieran o bien deben inscribirse en la lista de alguno de ellos; c) *Médicos no inscriptos*, los socios pueden requerir la asistencia de cualquier profesional, siempre que éste acepte como pago los honorarios de la tarifa en vigor.

Las principales formas de retribución serían: a) tanto por visita;* b) tanto por enfermedad; c) tanto por socio; d) prorrata de una suma fija entre todos los médicos de una sociedad, según el trabajo realizado por cada uno; e) por salario (114).

La multiplicidad de formas de contratación y retribución y sus posibles combinaciones da una idea de las diferentes situaciones en que podía encontrarse el profesional frente a la entidad que contrataba sus servicios, y de la diferente capacidad de negociación de cada uno de ellos.

Expresada a través de muy diferentes matices en cuanto a la utilización de tono condenatorio y selección de calificativos (las versiones más duras hablan de explotación del médico y del enfermo), la alarma de la profesión médica ante el desarrollo del sistema mutual se plantea fundamentalmente en tres planos:

a) El creciente número de asociaciones y socios y la importancia de los recursos financieros canalizados a través del sistema. En 1941 una revista gre-

* El valor adjudicado a la visita podía tener variaciones muy importantes de una mutualidad a otra, pero era siempre mucho menor que las tarifas generalizadas en la práctica privada. Un artículo de *La Razón* afirmaba en 1935: "El médico, para atender al enfermo en su consultorio privado, cobra de la sociedad por cada consulta de 25 a 50 ctvs. por enfermo, y cuando va a domicilio de 50 a 60 ctvs. por visita" (29-XII-1935, pág. 8). Los administradores de la Asociación Obrera de Socorros Mutuos rechazan la imputación afirmando que destinan al pago de servicios médicos el 32,12 por ciento de las cuotas percibidas, y la tarifa vigente por visita es un peso a consultorio y tres a domicilio. (*La Mutualidad*, XXXVIII, 373, febrero de 1935).

En Trenque Lauquen, provincia de Buenos Aires, algunos años antes (1924) se pagaba tres pesos la visita a consultorio y cuatro a domicilio (*BOLETIN L.C.* 19:11, enero de 1924).

mial comenta alarmada la información periodística referente a la difusión del mutualismo en el país: en 1905, 500 asociaciones invirtieron en servicios sociales trescientos mil pesos, en 1919, mil asociaciones y diez millones de pesos, en 1940, mil quinientas sociedades destinaron veinte millones de pesos moneda nacional a proporcionar servicios a una población estimada en un millón de asociados.*

b) La diferente integración de la masa societaria. Organizadas en su origen para cubrir la atención médica de las personas de escasos recursos, habían sido beneficiadas con honorarios muy inferiores a los que eran habituales en la atención realizada en el consultorio privado, ya fuera porque los profesionales se sintieran inclinados a apoyar tales prácticas de asistencia social, ya porque las consideraran instrumento adecuado para hacerse conocer, fundamentar su prestigio profesional, y aumentar de ese modo su clientela privada. La queja que comienza a generalizarse a partir de los años veinte se centra en la desvirtuación de los objetivos originarios del mutualismo. En algunos casos se habla de camarillas o grupos guiados por intereses personales que se apropian del gobierno de las instituciones desplazando a la masa societaria**; en otros de la ampliación "indebida" del otorgamiento de beneficios a partir de la incorporación de personas "pudientes". El trabajo desinteresado del médico sería entonces usufructuado para favorecer intereses mezquinos, al mismo tiempo que disminuye la clientela con posibilidad de pago directo***.

c) El indebido control de administradores y comisiones en aspectos de la práctica privativos del profesional: limitaciones cualitativas o cuantitativas que se imponen a la prescripción, presiones para limitar el número de visitas o simple control sobre éstas; actitudes desconsideradas que resultan lesivas para la dignidad del profesional.****

* "Creemos que el movimiento mutual [...] tiene para el futuro profesional una influencia decisiva, pues su desarrollo y evolución nos lleva insensiblemente hacia uno de los sistemas que se pretende constituyan la solución ideal e integral del problema médico social" (Se refiere a la adopción del seguro social obligatorio). (*Rev.Fed.Med.R.Argentina*, I 5:8-11, octubre de 1941, pág.9).

** "El mutuo beneficio consistió en adelante en reducir a su límite la atención del asociado enfermo a costa de su salud y en vigilar con ojo avizor las prescripciones galénicas a fin de que ellas no acarrearán demasiados gastos, así poder con jactancia amasar dinero en sus cajas para construir costosos edificios propios o explayarse en inútiles lujos con dinero sustraído al trabajo médico". (*Rev.Cir.Med.Sud* I 3: 19-20, agosto de 1924, pág. 19).

*** No es fácil determinar los contenidos del término "pudiente", generalizado en los textos de la época para definir a un sector de la población que no sólo usufructúa indebidamente el sistema mutual, sino que demanda en forma creciente servicios gratuitos al hospital público. Se habla en general de propietarios, comerciantes, industriales, e incluso "bodegueros". La delimitación *a contrario sensu* no ofrece más precisión, serían "no pudientes", conforme a un documento de la época, "obreros o jornaleros, empleados (incluyendo a los maestros), pequeños comerciantes, pequeños industriales, pequeños propietarios, etc." ("El Dr. Augusto Bunge no ignora los móviles ni el significado del conflicto mutualista de Chivilcoy". *BOLETIN L.C.* II 16:18-23, agosto de 1924, pág. 19).

**** El médico, se afirma, "muchas veces tiene que oír quejas impertinentes, porque a juicio de la sociedad 'se ha excedido en su solicitud para con su enfermo'". Por consiguiente se de-

d) La reivindicación del principio de la libre elección del médico por parte del paciente, no reconocido por muchas mutualidades y progresivamente dejado a un lado a medida que estas instituciones organizan consultorios propios con profesionales a sueldo.

Las prácticas defensivas

He aquí recogido alguna información dispersa sobre acuerdos entre médicos y mutualidades para fijar honorarios o acordar otras condiciones de la atención. Aunque ya en 1917 un documento referente a la organización de la Asociación de Médicos de los Hospitales recoge como ejemplo a imitar la resolución de un Congreso Mutualista de Montpellier (Francia) del año 1913, por la que se “nombró una comisión compuesta por nueve médicos y nueve mutualistas para establecer contacto entre los sindicatos médicos y las sociedades de socorros mutuos, organizando los servicios médicos de la Mutualidad” (115), las primeras noticias de que disponemos sobre ese tipo de acuerdos datan de la década del veinte y se relacionan de manera más o menos próxima con las actividades del Sindicato de Médicos organizado por esos años y con filiales en diferentes lugares del territorio nacional.

Este tipo de negociaciones se vio sin duda facilitado en las ciudades de menor importancia, donde el número de médicos, relativamente pequeño, favorecía la acción concertada. Al menos eso es lo que podemos inferir de algunos episodios producidos en localidades de las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, y en ciudades como San Juan, Concordia, San Francisco (Córdoba), etcétera. En general, los médicos se reúnen en algún tipo de Asociación, Sindicato o “Bloque” iniciando negociaciones con las mutualidades -a veces también reunidas en federaciones- con resultados variables. En San Martín (Pcia. de Buenos Aires), por ejemplo, se logra eliminar a los socios pudientes de los beneficios de la atención médica, y se consiguen la libre elección, la consideración del enfermo venéreo en iguales condiciones que los demás, y un arancel que nuestra fuente considera relativamente favorable: tres pesos por visita a consultorio, cinco por visita a domicilio (116). El Bloque de Médicos del Sur de la Provincia de Santa Fe, por su parte, en Asamblea del 29 de noviembre de 1922 resuelve comunicar a las mutualidades de la zona la vigencia de una nueva tarifa (cuatro pesos por visita a consultorio y cinco a domicilio), y se acuerda que los médicos adherentes al organismo gremial que ocupen cargos retribuidos por salario en instituciones mutuales presenten sus renunciaciones antes del 1º de enero de 1923.*

fiende un sistema que “sustraiga a los gerentes, inspectores o miembros de comisiones las anacrónicas prerrogativas confiadas a profanos y en muchos casos a personas que por añadidura son incultas; una misión que jamás la podrán desempeñar con justicia y acierto”. Igualmente consideraciones merece “el juego de algunos gerentes al desviar al enfermo hacia un determinado médico porque lo consideran poco visitador, tratando de que no vaya hacia el otro que por el contrario hace muchas visitas, etc.” (Subrayado en el original, S.B.) (“Sistema Chivilcoy”. *BOLETIN L.C.* 17: 16-26, noviembre de 1923, pág. 19/20.)

* Pocos meses más tarde, el presidente de la Asociación Española de Socorros Mutuos de Santa Teresa declara en una Asamblea: “la comisión Directiva estima que el Bloque de Médicos organizado para la mejor defensa de los intereses gremiales de los facultativos asociados, re-

El Sindicato de Médicos de General Pueyrredón, en cambio, no consigue llegar a un acuerdo con la respectiva Sociedad Española, a pesar de ofrecerle atención médica para sus asociados a cambio de una suma mensual fija, porque pretendía además un contrato exclusivo en beneficio de los profesionales que lo componían. La contratación exclusiva con los médicos sindicalizados se obtiene en Lincoln, donde una mutualidad rechaza en los siguientes términos la oferta de servicios de un profesional no adherido: "La Comisión, teniendo en cuenta el estado de relaciones entre el cuerpo médico de Lincoln y a fin de evitar los conflictos que pudieran originarse, acordó, con sentimiento, no aceptar su generoso ofrecimiento, mientras duren las actuales circunstancias"(117). Los ejemplos, que pueden multiplicarse, sirven para mostrar que tales acuerdos refuerzan la heterogeneidad de las formas de organización y remuneración características del sistema.

Fracasada la negociación, una alternativa posible era la organización de una "empresa de socorros médicos", administrada por los mismos profesionales. Estos tempranos antecedentes de lo que serían mucho más tarde los "sistemas de prepago gremiales", aunque no ocultaban su carácter de "empresa" médica, se mimetizaban con las mutualidades en lo referente a los riesgos que cubrían: se hacían cargo de la cobertura de medicamentos, el pago de subsidios por incapacidad laboral y, en un caso al menos, también del servicio de panteón. Este parece ser el principal rasgo que diferencia a estas empresas de las organizaciones similares que se difunden en los años treinta, dedicadas exclusivamente a brindar servicios de atención médica. De estas últimas nos ocuparemos cuando analicemos los mecanismos de reestructuración del sector privado.

Hemos podido conocer relativamente bien una de las primeras empresas médicas, que se presentaban como oferta alternativa a la organización mutual, a través de un "Boletín" publicado por una de ellas con periodicidad mensual entre 1923 y 1930. "La Cosmopolita" de Chivilcoy, había sido fundada el 13 de abril de 1912 a raíz de un conflicto entre los médicos de la localidad y las asociaciones mutuales existentes en la misma. A partir de 1923, por razones que ignoramos, pero seguramente pueden relacionarse con el primer brote de sindicalismo médico que aparece fugazmente en esos años, inicia una campaña de difusión de sus ideas con respecto a lo que llama "el mutualismo desvirtuado", e incursiona más tarde en los conflictos con las compañías de seguro y la organización del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

Por una cuota mensual de dos pesos y luego de un período de carencia de tres meses, como cualquier mutualidad bien constituida, La Cosmopolita admitía como suscriptores a toda clase de personas no pudientes, sin distinción de nacionalidad, raza, sexo, ideas políticas o religiosas, y les brin-

presenta para la sociedad una garantía moral y material para la asistencia médica de nuestros asociados, cualquiera sea el punto donde residan, y es en virtud de tales garantías que os aconseja pactar con dicho sindicato. Nada de preferencias para tal o cual médico, sino una inteligencia clara y definida entre las dos sociedades: la que necesita de los servicios médicos y la que puede prestarlos en cualquier punto del Departamento" ("Acá no es como allí". *BOLETIN L. C.* II 13: 7-14, mayo de 1924, pág. 15).

daba los beneficios tradicionales del movimiento mutual. El único rasgo original, que sus autores presentaban como una variante del “sistema Leipzig”, estaba constituido por la forma de retribución del trabajo médico. La mitad del ingreso mensual procedente del pago de cuotas se destinaba a gastos de administración y otorgamiento de otras prestaciones, y el otro 50 por ciento se dedicaba a remunerar el trabajo médico. De ese monto destinado a honorarios, la mitad se distribuye en forma igualitaria entre los médicos asociados, el resto se divide por el número de enfermos atendidos, con lo que se obtiene un cociente que sirve de base para calcular el segundo componente de la retribución, vinculado con el monto de trabajo realizado por cada profesional. Los honorarios se calculan “por enfermo” y no “por visita”, de manera de garantizar la más amplia libertad terapéutica a cada uno de los médicos asociados.

¿Qué diferencias existían entre estas organizaciones y las grandes empresas de atención médica que se desarrollaban en ciudades como Buenos Aires y La Plata desde comienzos de siglo, y que llegan a tener hasta treinta o cuarenta mil asociados, fuertemente criticadas por tratadistas, funcionarios y dirigentes mutuales debido a la baja calidad de la atención prestada? Además de la indudable preocupación existente por asegurar una buena calidad de atención, la principal diferencia parece haber radicado en la relación de trabajo entre médicos e instituciones financiadoras. Las primeras empresas de atención médica estaban organizadas por uno o varios socios, a veces ni siquiera médicos, y trabajaban con profesionales a sueldo, generalmente muy mal retribuidos. Parecen haber constituido un fenómeno típico de las grandes ciudades, donde el anonimato tiene más posibilidades de afirmarse.* Las sociedades del tipo de La Cosmopolita de Chivilcoy, en cambio, estaban organizadas como cooperativas de trabajo, y sus gestores se muestran como profesionales típicos de ciudades pequeñas, con su preocupación por el prestigio local, sus rivalidades y alianzas, su interés por convertirse en factor de poder en la comunidad en que habitan.**

*“Empresas de lucro privado” eran llamadas en los ambientes gremiales, y también “vulgares empresas de corretaje de enfermos” que “bajo la pomposa designación de mutualidades, infectan todos los barrios de la ciudad”. (DODERO, Osvaldo. “El problema de las mutualidades”. *Rev. Cir. Med. Sud.* V 52: 35-36, septiembre de 1938, pág. 36). Como ocurre con todos estos multiformes productos sociales, existen siempre ejemplos que escapan a cualquier tipología: en septiembre de 1928 una noticia policial da cuenta de la existencia de un amplio local ubicado en la calle Bernardo de Irigoyen N° 1328, donde funcionan varios consultorios y una sala de operaciones, propiedad de una sociedad denominada Sociedad Española de Ayuda Mutua, “de la que es propietario el sujeto Francisco Cantarella, italiano, de 50 años de edad, casado, quien en otras épocas ha dado algún trabajo a la policía”. (ACUÑA, Pedro, *Un rimero de verdades... op. cit.* pág. 85)

**Tal diferenciación no debe haber aparecido muy nítida en ese momento, ni haber tenido consenso generalizado. Augusto Bunge acusa a La Cosmopolita de ser una “mutualidad simulada”, primero en La Vanguardia del 8 de octubre de 1923, y luego en una asamblea del Sindicato de Médicos Nacional del 30 de mayo de 1924. Encuentra fuera de lugar en una empresa médica los términos “socorros”, “protección” y “patriotismo”. Los médicos de La Cosmopolita se defienden a través de su Boletín: ellos no hablan de “socorros” a secas, sino de “socorros médicos”, precisamente para evitar confusiones; hacen patriotismo porque despiertan en la masa popular el espíritu de previsión, le enseñan a cuidar su salud sin recurrir

Las manifestaciones de la preocupación gremial

A lo largo de lo que hemos llamado el período constitutivo del gremialismo médico, las resoluciones de los congresos médico-gremiales tienen siempre algún acápite referido a la situación del trabajo en las mutualidades. También abordan con frecuencia el problema las declaraciones que los organismos gremiales emiten con relación a algún conflicto particular, cuando evalúan las condiciones generales del ejercicio profesional, o sugieren a sus miembros determinadas pautas de conducta frente a los pacientes y las instituciones empleadoras.

Las declaraciones y resoluciones referidas a mutualidades repiten durante muchos años algunos contenidos generales que sin duda conforman las líneas de fuerza del conflicto: limitación de la atención a los no pudientes, rechazo del trabajo médico asalariado, autonomía del trabajo técnico, denuncia de la desvirtuación de los objetivos originarios de la mutualidad cuando los recursos se destinan a fines diferentes de la cobertura de riesgos vitales para sus beneficiarios. Las demandas suelen dirigirse también a reclamar una acción reguladora del Estado que asegure la adecuación entre disponibilidad de recursos y otorgamiento de beneficios y que confiera a los técnicos funciones de control en la regulación y efectivización de las prestaciones de atención médica.(118)

Paulatinamente, sin embargo, se van introduciendo ciertos replanteos de las primeras reivindicaciones, el principal de ellos relacionado con el trabajo médico retribuido mediante salario. En septiembre de 1940, el V Congreso Médico Gremial Ordinario de la Capital Federal reclama la intervención reguladora del Estado para garantizar: a) que las cuotas de afiliación sean suficientes para cubrir los beneficios ofrecidos; b) la proporcionalidad entre número de asociados y de técnicos; c) la representación de los técnicos en los cuerpos directivos. Otros ítems remiten a la exigencia de una "retribución decorosa para dichos técnicos" con estabilidad y escalafón.(119)

Es posible relacionar esta aceptación del trabajo médico asalariado en las mutualidades con los cambios ocurridos en la concepción de la misma relación de trabajo en el hospital público. La exigencia de retribución para los profesionales con cargos hospitalarios fue paralela a la demanda del establecimiento de una carrera que pautara el ingreso a la administración y las condiciones de ascenso, y un escalafón que jerarquizara las remuneraciones, garantizando estabilidad al personal técnico, con independencia de los vaivenes políticos. Tales demandas y los conflictos suscitados al respecto cubren con amplitud los años de la década del 30, y por lo menos un sector de la dirigencia gremial puede haber previsto la posibilidad de que las mismas condiciones se aplicaran al trabajo en relación de dependencia en las asociaciones mutuales.*

al curandero ni convertirse en "clavo" del médico, "rebajando así su personalidad"; finalmente "proteger es favorecer a otro cuando se le da de más en proporción a lo que paga: este es nuestro caso." ("Los médicos de Chivilcoy replican al Dr. Bunge". *BOLETIN L.C.* VII 84: 10-26, abril de 1930, págs. 11 y 23).

*Como ejemplo de la perduración de un cuerpo de reivindicaciones que se mantiene a lo largo de los años puede servir la moción votada en el II Congreso Argentino Sanitario y de

El conflicto con las compañías de seguro

De mucha menor importancia en términos cuantitativos y cualitativos que la relación con el mutualismo, los conflictos entablados entre los médicos y las compañías de seguro que toman a su cargo la cobertura de los accidentes de trabajo protegidos por la ley N° 9.688, merecen sin embargo ser considerados. En primer lugar porque -con altibajos, avances y retrocesos, períodos de incentivación y períodos de calma- se arrastran a lo largo de por lo menos cuatro décadas, y constituyen un posible indicador de la debilidad de la corporación médica en sus primeros años, frente a otros sectores de poder. En segundo término, porque se ubican sin ninguna duda entre los “factores convocantes” que estimularon la emergencia de las primeras asociaciones gremiales de la profesión.

En la Revista Médica del Litoral, órgano del Circulo Médico de Rosario, en junio de 1922 se publica la siguiente nota:

“Distinguido Colega:

“El Comité Ejecutivo del Sindicato de Médicos de la República Argentina está gestionando en estos momentos la solución del conflicto entablado entre los médicos de la Provincia de Córdoba y de Santa Fe y las compañías de seguros, en lo que respecta al aumento de honorarios.

“Como el asunto debe interesarle, puesto que no habrá escapado a su conocimiento la remuneración irrisoria con que las compañías satisfacen la labor médica, y como las mismas pretenden hacer firmar a los médicos nuevos contratos aún más inconvenientes que los actuales, este Comité ha creído necesario comunicarle que velando Ud. por su derecho, por el decoro de la profesión, y por los intereses generales del gremio, debe Ud. abstenerse de firmar esos contratos hasta que las gestiones del Sindicato lleguen a término, lo cual le será comunicado en su oportunidad”(120).

El crecimiento de la actividad de las compañías aseguradoras posterior a la sanción de la ley 9.688 parece haber sido muy rápido, y los beneficios obtenidos, muy significativos. En 1916 se emiten 4.916 pólizas de seguros colectivos, en 1922 llegan a 55.519, que aseguran a más de 500.000 obreros. Según la información que nos brindan médicos preocupados por el problema, operaban en el país 16 compañías, pero las dos más importantes,

Medicina Social: “que la acción de las asociaciones mutualistas esté sujeta a un control legal que impida la desnaturalización de sus fines en desmedro de la clase médica”. Entre los fundamentos de dicha moción se señala: “Frente al agravio de la clase adinerada a nuestros intereses, por vía del mutualismo, es menester que un instrumento legal tutele nuestros derechos y propenda a que el régimen se desenvuelva con arreglo a sus fines específicos. Ello, sin lesionar los intereses en juego en el problema. La ley debe ajustarse a las siguientes bases: que las entidades mutualistas aseguren ampliamente sus beneficios a los que deben ser sus beneficiarios, que se excluya del amparo de su régimen a quienes, insensibles al control moral, se benefician no obstante sus buenas condiciones económicas; que se evite la anomalía actual, caracterizada por la inversión por parte de las entidades mutualistas de su capital, en una gran proporción, en obras suntuosas, ajenas a lo que debe ser objeto de previsión; y por la distribución de mínima parte de dicho capital a los médicos, que son los que realizan los fines esenciales de dichas entidades; que tengan su representación los médicos en los organismos directivos, para ser los asesores en las cuestiones técnicas sujetas a decisión, para que ejerzan el contralor sobre la ética de los profesionales que prestan servicios a la entidad y para que dictaminen en lo relativo al ingreso o remoción del personal técnico”. (*Rev.Fed.Med.R.Argentina* IV 37: 30-31, junio de 1944).

La Continental y La Franco Argentina tenían a su cargo más del 40 por ciento de la cartera.

Los excepcionales beneficios obtenidos en la gestión de este seguro motivan en 1927 un proyecto de ley presentado por el Poder Ejecutivo a la Cámara de Diputados de la Nación, por el cual el Estado, a través de una Caja Nacional de Seguros se reserva su administración. En su fundamentación se registran cifras que muestran que las indemnizaciones pagadas no superan el 40 por ciento de lo percibido en carácter de primas.(121)

El oponente al que se enfrentaban los médicos era excepcionalmente fuerte, como puede presumirse por la falta de sanción de dicho proyecto, pero también tenía mucho margen para la negociación.

La intervención del Sindicato resulta exitosa. La Continental acepta el nuevo arancel, con aumentos que oscilan entre 18 y 60 pesos, y promete destinar al pago de honorarios un adicional equivalente al 6 por ciento de sus ingresos en concepto de pólizas, compromiso que, al parecer, nunca se hizo efectivo.

Pese al éxito relativo, los médicos de la Provincia de Buenos Aires deciden poner en marcha una estrategia más contundente, organizando su propia compañía de seguros, "La Primera", Compañía Médica de Seguros contra Accidentes, con sede en Trenque Lauquen. Iniciadas sus actividades a partir de una propuesta de los médicos de esta ciudad, en acuerdo con los de Pehuajó y 9 de Julio, a mediados de 1923, cinco meses más tarde otorga respaldo a 1.500 pólizas, por un total de 300.000 pesos en primas, en 19 partidos de la provincia, al mismo tiempo que comienza a extender su actividad sobre otros quince.(122).

La Primera se afirma, sin duda, independientemente de la importancia que pueda haber alcanzado su cartera en el total del rubro. En 1928 inaugura un Sanatorio en la Capital Federal*, y a comienzos de la década del 40 un artículo en la Revista de la Federación Médica de la República Argentina nos habla de la celebración de su Asamblea anual (123). Para entonces había ampliado su cartera incorporando seguros de vida, incendio, automotores y granizo (124).

No tiene sentido reconstruir aquí la pequeña historia de los conflictos que se transparentan en la a veces ingenua crónica de sus primeras actividades. Pero no cabe duda que sus bases organizativas muestran el predominio de una preocupación por asegurar la igualdad de oportunidades y fortalecer la solidaridad entre los miembros de la profesión: se limita el número de acciones que puede disponer cada socio, se facilita el ingreso al Directorio de los pequeños accionistas, se destina un porcentaje de las primas recau-

*"Largo sería detallar las innumerables dependencias del Sanatorio que está para terminarse, que empiezan en el subsuelo donde se ha instalado la maquinaria que ha de generar la calefacción, la luz, fabricar el hielo, mantener las cámaras frigoríficas, desinfectar, lavar y planchar la ropa, incinerar las basuras, cocina, etc., hasta su sexto piso que termina con amplias terrazas, independientes unas de otras para las diversas categorías de enfermos. Dos entradas, departamentos de lujo y otras categorías, independientes unas de otras, departamento para el personal, salas de operaciones, salas de curaciones, consultorios, departamentos de esterilizaciones, todo comunicado por tres líneas de ascensores, etc. etc." (BOLETIN L.C. VI 67: 15-18, nov. de 1928, pág. 16).

dadas en cada partido para ser distribuido de manera igualitaria entre los médicos adherentes al sistema*, se establece un seguro mutuo para el caso de incapacidad o fallecimiento de los asociados. Lamentablemente, nuestro conocimiento directo de la gestión de La Primera se limita a la década del veinte. No sabemos si posteriormente se fueron desdibujando estas características, del mismo modo que la cobertura médica de los accidentes de trabajo dejó de constituir el rubro atendido con exclusividad.

La Primera tuvo al menos una imitadora, menos afortunada, la Unión Médica Argentina, que obtuvo personería jurídica en septiembre de 1926. Los redactores del Boletín de La Cosmopolita nos informan acerca de las características que la diferenciaban de aquélla: no es una cooperativa de trabajo médico, no se dedica solamente al seguro contra accidentes de trabajo, incluye también el de granizo, automóviles, etcétera, “que nada tienen que ver con el ejercicio del arte de curar”(124). La U.M.A. se liquida por decisión de una Asamblea General de accionistas, en noviembre de 1929, y deja un pasivo de 200.000 pesos. Todavía en 1938 los periódicos gremiales se ocupan de las demandas de los liquidadores contra los médicos accionistas por integración del capital suscripto.(125)

Para la misma época se había reactivado el conflicto entre organismos médicos y compañías aseguradoras, representadas por su Cámara Sindical. El Boletín de la Federación Médica santafesina nos proporciona una síntesis de lo sucedido con posterioridad a la implantación, en 1922, del arancel impuesto por el Sindicato Nacional de Médicos:

“bien pronto la mayoría de los médicos beneficiados con este formidable elemento de lucha, el Sindicato, dejaron de prestarle su apoyo y desapareció, juntamente con las organizaciones gremiales surgidas a su sombra. Entonces las compañías de seguros volvieron a la carga, esta vez decididas a vencer con el argumento de la crisis que les afectaba profundamente, pero eso sí, conservando siempre el 60% para gastos de explotación y el 40% para pagar a los médicos, farmacéuticos, indemnizaciones, pleitos, etc.

“Los médicos se acordaron otra vez de que era necesario unirse en nuevas asociaciones, sindicatos, etc., y empezó la lucha por zonas, por provincias, con resultados mediocres...”(126)

Las Compañías efectivamente, habían iniciado una campaña para obtener la reducción de los aranceles médicos aplicados a la atención de accidentes de trabajo. En noviembre de 1933 el Colegio de Médicos de la Capital Federal rechaza esa pretensión y exhorta a los médicos todavía no agremiados a hacerlo en defensa de sus intereses.**

* Esta práctica de distribución igualitaria de un porcentaje del ingreso en forma independiente del trabajo realizado por cada asociado, se basa en la misma filosofía que el sistema de retribución implementado por La Cosmoplita de Chivilcoy, que ya hemos descrito. Según su Boletín, se trata de “el premio o la recompensa o indemnización si se quiere, de la suma de peligros, perjuicios y riesgos corridos durante la lucha, que han sido más o menos iguales para todos, de modo que nadie regala nada a nadie, cada uno lo ha obtenido por sus cabales” (“Los aranceles de La Primera”. *BOLETIN L.C.* V 51: 9-10, julio de 1927, pág. 10).

**El texto de la respectiva declaración es el siguiente: “Que la ley de accidentes de trabajo llena una función social, que es la de proteger al obrero cuando se incapacite en sus tareas, y determina que es el patrón el que debe cargar con los gastos que ocasione su aplicación. “Que el médico no tiene por qué compartir cargas, que la ley impone exclusivamente a los

Para la misma fecha, el *Círculo Médico de Mendoza* intenta formalizar canales de comunicación con la *Cámara Sindical de Aseguradores*, para garantizar la aplicación de un arancel que mantiene los honorarios establecidos en 1922, e incorpora nuevas especialidades no previstas, sin obtener ninguna respuesta. Al año siguiente se inician algunas tratativas en el ámbito nacional y el problema se discute en el *Primer Congreso Médico Gremial*, sin que se llegue a ningún acuerdo sobre posibles acciones a desarrollar. El 15 de octubre de 1934 los médicos de la *Provincia de Mendoza* inician un movimiento destinado a presionar a las compañías, y el 20 de noviembre el respectivo *Círculo* anuncia que éstas aceptan las demandas interpuestas.

En junio de ese mismo año, una asamblea de la *Asociación de Médicos del departamento Las Colonias (Prov. de Santa Fe)* había decidido comunicar a las compañías aseguradoras que deberían "pagar los honorarios del *Sindicato Médico Argentino*"; en otra asamblea, realizada en octubre, uno de los presentes declara que la compañía *La Mercantil Rosarina* "había intentado sobornarlo, proponiendo la exclusividad en la atención de sus siniestrados, siempre que aceptara un veinte por ciento de descuento sobre los aranceles del *Sindicato de Médicos Argentinos*". Algunos meses después la *Asociación de Médicos* pide el apoyo del organismo de segundo grado, la *Federación Provincial*, y en una nota dirigida a su *Secretario* afirma: "las compañías siguen la táctica de ignorar la existencia de nuestra *Asociación* y nunca contestaron las comunicaciones de *Secretaría*, lo mismo hace la *Cámara Sindical de Aseguradores*. Pero entretanto siguen minando nuestra unión"(127).

Todavía en 1941 los organismos médicos siguen bregando por restablecer los aranceles pactados en 1922. El *Colegio Médico de la Provincia de Córdoba* decide "la reimplantación uniforme de los aranceles fijados por el ex *Sindicato Médico Argentino*, por atención médica de accidentados asegurados en todas las compañías de seguros que actúan en el territorio de la *Provincia*"(128). Se organiza una comisión dedicada a elaborar un proyecto de reformas en el que se contemplen servicios médicos a accidentados "que no han sido previstos y no figuran en los actuales contratos de las compañías aseguradoras". Con el fin de obtener su aprobación se organiza una reunión a la que se invita a las autoridades del *Departamento Provincial del Trabajo*, a delegados de los médicos de toda la provincia, y a representantes de las compañías de seguros independientes y de la *Cámara Sindical de Aseguradores*.

La reunión prevista se realizó el 29 de noviembre de 1941. De los veintitrés representantes de compañías aseguradoras invitados, diez comunica-

patrones, aunque éstos delegan esta obligación en las compañías de seguros.

"Que la tarifa establecida es exigua, y en consecuencia es imposible aceptar que se reduzca más. Por estas razones resuelve:

"1° Dirigir una nota a la *Cámara Sindical de Aseguradores*, en representación de nuestro gremio, en la que conste nuestra oposición a la rebaja de honorarios solicitada [...]

"2° Comunicar a los colegas que han pedido nuestra intervención, las gestiones realizadas, y exhortarlos a que funden el *Círculo Médico* de su zona, única forma de fortalecer el *Colegio* cuando se consiga la *Federación de los Círculos Médicos de la República*". (*S.M.* XL 48:

ron que no concurrirían por no estar facultados para discutir ni resolver sobre el asunto motivo de la invitación, el que debía ser tratado directamente con la Cámara Sindical de Aseguradores, con sede en la Capital Federal; otros doce ni siquiera enviaron acuse de recibo de la invitación. Únicamente asistió y participó de las deliberaciones el señor José Nicanor Castellanos, agente de la Compañía Inglesa de Seguros «Nueva Zelandia». La revista gremial que nos proporciona la noticia no aclara si el Departamento de Trabajo de la provincia aceptó la invitación y envió sus delegados al encuentro.

Las relaciones del incipiente gremialismo médico con las mutualidades y las compañías de seguro parecen regirse por las mismas coordenadas de orden general. Organismos relativamente aislados, que no consiguen incorporar a todos los médicos de su jurisdicción ni pueden imponer a sus miembros el estricto acatamiento de sus decisiones, están en desventaja frente a instituciones ya consolidadas, que constituyen una importante fuente de trabajo. La fuerza relativa de cada institución en cada lugar específico determinará el resultado de las tratativas. Los médicos no tienen fuerza para imponer una negociación de alcance nacional, las compañías y mutualidades cuentan con la posibilidad de encontrar médicos dispuestos a resignar parte de sus honorarios para lograr una contratación en exclusividad e incluso a trabajar bajo salario.

Servicios gratuitos, hospitales, beneficencia

“Es sabido que el auge de la asistencia pública ha creado dos problemas serios: la pauperización de los médicos y el enorme gasto de asistencia pública a cargo exclusivo del Estado, ya sea éste nacional, provincial o municipal. En casi todas partes el servicio hospitalario o de asistencia pública es gratuito, usan de él los que no pueden costear los servicios particulares y también los que pueden hacerlo. Ello ha elevado considerablemente el costo de sostenimiento de esos establecimientos, sin tener ningún recurso propio de que echar mano. El resultado es que a los médicos se les abonan sueldos irrisorios, considerados simple ayuda de costas, y los elementos de curación escasean al extremo de que el paciente debe adquirirlos por su cuenta.

“Este sistema trae también la disminución del trabajo profesional del médico en la vida civil, con el trastorno lógico que eso trae aparejado. En las manos del médico está la salud del paciente; es menester la atención seria y decidida del profesional; y como todos somos humanos, esa moral puede fallar en determinados momentos, pudiendo crearse por ese motivo una situación sumamente delicada”(130).

En tales términos se expresa, en 1941, la fundamentación de un proyecto de seguro de enfermedad, presentado ante la Cámara de Diputados. La evaluación de la asistencia hospitalaria contiene todos los elementos del diagnóstico que los miembros de la profesión formulan reiteradamente desde hace más de una década: extensión de los servicios gratuitos, remuneración irrisoria de los médicos a cargo, disminución del trabajo profesional independiente, peligro de deterioro moral con las consiguientes consecuencias sociales adversas.*

* En realidad, la perspectiva gremial se expresa en términos mucho más duros: “La explotación de nuestro gremio por el Estado, brindando a la población solvente y pudiente de todo el país servicios hospitalarios, de dispensarios, etc., gratuitamente, y exigiendo a los profe-

Si hemos de creer al gremio, no sólo el Estado presta asistencia médica gratuita sin tomar en cuenta las posibilidades de pago del paciente, y entabla así una competencia ruinosa para el consultorio privado. La extensión de la atención gratuita cubre también otros espacios: "Difícilmente se encuentra un comité político o una congregación religiosa, un club social o una sociedad vecinal o cualquier otra entidad que agrupe a las personas con mil variantes sociales, que no ofrezca en primer término a sus asociados asistencia médica gratuita"(131). También las sociedades de beneficencia y los hospitales de colectividades gravitan sobre el presupuesto estatal a través de subsidios y subvenciones; reciben pacientes con capacidad de pago a los que destinan lujosas instalaciones sometidas al régimen de "pensionado" y pagan a los médicos sueldos irrisorios con la excusa de una caridad que ya no practican más que a medias. Cuando en noviembre de 1938 el Consejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires votó un subsidio de cincuenta mil pesos para el Centro Gallego, el Colegio de Médicos de la Capital manifestó su oposición sin reservas. Se trata, afirmó, "de una entidad rica, que economiza a costa del trabajo de los médicos mal retribuidos, que no llena función social alguna, y que por su carácter de entidad privada escapa a todo control por parte de nuestras autoridades."(132)*

El gremio también se siente afectado por la actividad de diferentes organismos estatales que asegura "a empleados nacionales que ganan buenos sueldos" los servicios gratuitos de los médicos que desempeñan cargos en reparticiones oficiales.(133)

Semejante desarrollo de la atención gratuita no sólo falla por la falta de coordinación que produce superposición de recursos en algunas áreas y ca-

sionales la prestación gratuita de dichos servicios, so pretexto de que los médicos se beneficiaban aprovechando su aprendizaje por la práctica profesional que entraña el atender a tales enfermos en un medio nosocomial cualquiera" ("Con motivo de la Caja Nacional de Pensiones y Jubilaciones de los Médicos de la Rep. Argentina". *S.M.* XL 27: 2158-2159, junio de 1933, pág. 2158).

"Funcionarios y políticos, que son en el Estado, resortes o instrumentos principalísimos, resultan los más interesados en la asistencia gratuita. Son hombres de gran corazón, particularmente sensibles al dolor humano, mucho más si de sus partidarios se trata, y a quienes con permanente empeño cuidan de brindar salas y facultativos, multiplicando los elementos de la más fácil y menos onerosa asistencia" (LLOBET, Francisco. "Al margen del discurso del Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Rafael A. Bullrich". *S.M.* XLII 20: 1470-1471, mayo de 1935, pág. 1471).

* En una revista gremial se afirma: "Los hospitales de colectividades extranjeras en nuestro país funcionan haciendo una competencia intolerable a los médicos en general y a los sanatorios privados en particular [...] Estos 'hospitales', en mucho menos grado se dedican a atender a esos enfermos pobres, transformándose en instituciones en las que se registra el pago de pensiones difícilmente superadas en nuestros más lujosos sanatorios [...] Cuando el conacional es pobre y no pertenece a alguna sociedad mutualista se ve prácticamente necesitado a recurrir a los Hospitales Municipales y Nacionales"(MARQUET, Raúl "Los 'Hospitales' de colectividades extranjeras". *Rev.Col.Méd.* VI 50:20, marzo de 1937).

Un reclamo similar provoca en 1935 el otorgamiento de un subsidio al Hospital Italiano de Santa Fe, "entidad capitalista que explota por igual a los médicos y a los enfermos, obligando a los médicos de consultorios externos a atender 25 pacientes por hora" ("El gobierno fomenta instituciones que explotan a los médicos". *BOLETIN F.G.M., Santa Fe* II 11:3, diciembre de 1935).

rencias muy graves en otras; se realiza, además, sin una base financiera suficiente y termina excluyendo a aquél que más la necesita: el auténtico indigente.

En la óptica de la época el problema de la asistencia pública se identifica con el problema hospitalario. A pesar de la relativa difusión de dispensarios, consultorios y otros centros de atención ambulatoria, el hospital constituye el núcleo de las polémicas y el eje de cualquier proyecto de reorganización. (134)

Desde la perspectiva profesional se pueden definir dos grandes áreas problemáticas relacionadas con el tema: a) la definición de la "clientela" hospitalaria y la determinación de las condiciones de prestación de los servicios; b) la organización y remuneración del trabajo médico responsable de los mismos.

El hospital de "puertas abiertas" y su cuestionamiento

Cuando en 1919 el Partido Socialista logra representación minoritaria en el gobierno municipal, se inicia un proceso de discusión y reformulación de la atención hospitalaria, cuya génesis reivindican los socialistas, pero en el que intervienen activamente concejales de otras tendencias. La primera medida de significación que se adopta parece haber sido la supresión de la "tarjeta de pobre", que limitaba la acción de las instituciones municipales a la atención del indigente y obligaba a éste a demostrar esa condición mediante un certificado otorgado por la autoridad policial correspondiente a su lugar de domicilio.

En una discusión producida en la Cámara de Diputados en 1936, Angel Giménez atribuye a su bloque la paternidad de la iniciativa: "yo he propiciado como concejal la supresión del certificado de pobreza, de esa humillante tarjeta verde que sólo servía para favorecer los bajos y mezquinos intereses políticos, para negar la asistencia hospitalaria a quienes no comulgaban con el caudillo del barrio"; pero reconoce al mismo tiempo que el problema no se ha solucionado, y advierte sobre la necesidad de "seguir trabajando hasta que desaparezca la actual situación realmente desconcertante de la excesiva concurrencia de enfermos de todas las clases sociales". (135)*

* Más adelante amplía su descripción del problema. "No sólo vienen los elementos de provincia a utilizar los servicios hospitalarios de Buenos Aires; no son solamente los recomendados quienes disputan a los necesitados el sitio en el hospital; son muchos los industriales que pretenden que quienes se enferman o sufren accidentes en sus fábricas sean atendidos gratuitamente por los hospitales municipales [...] Y recuerdo que, en épocas en que era secretario de la Municipalidad el Dr. Ravignani, hubo que luchar empeñosamente contra las sociedades de seguros, por heridos, accidentados y enfermedades profesionales que pretendían eximirse del pago de los derechos fijados en el arancel respectivo"

El problema, sin embargo, persistía aún en la época en que Giménez lo menciona, según el relato oficial del Primer Congreso Interno de la Asistencia Pública, reunido a fines de 1935. Las compañías de seguros eludían el pago de los servicios prestados a sus asegurados beneficiándose con el término legal de prescripción de la deuda que en ese momento era sólo de un año. (CHUECO, Alberto. "Fuentes de recursos de la Asistencia Pública". *S.M.*, XLII 1:2-5, enero de 1936).

Es difícil encontrar una evaluación integral de las causas subyacentes al incremento de la demanda poblacional de atención gratuita. Razones electoralistas o de propaganda de diferentes sectores políticos;* el arraigado clientelismo que permite obtener una cama en el hospital en virtud de la recomendación del caudillo;** la clásica referencia a la "crisis de las capas medias" que ha determinado la contracción del poder adquisitivo de sectores que antes acudían a los servicios privados;*** cambios en la percepción de la población respecto de la eficacia de la atención hospitalaria;**** por último, el desarrollo tecnológico, la complejización de la práctica, la diferenciación de especialidades y el consiguiente encarecimiento de la atención***** son esgrimidos como factores o causas -únicas o complejas, determinantes o coadyuvantes, atribuibles a la corrupción de ciertos sectores, a la falta de autoridad del Estado, o bien a procesos sociales imposibles de controlar- de un problema que todos perciben pero que nadie llega

* A comienzos de la década del veinte, en Lomas de Zamora, la Brigada local de la Liga Patriótica obtuvo que los médicos fijaran días y horas de consulta gratuita en sus consultorios particulares; "único requisito de admisión era una tarjeta con los emblemas de la Liga que las farmacias se encargaron de expedir" (IRIARTE, Juan Ignacio. "Curanderismo Ad-Portas" S.M. XXXIII 1:35-37, enero de 1926, pág. 37).

** "los espléndidos y confortables servicios hospitalarios, que con sus buenas instalaciones hacen hasta agradable la concurrencia del amigo del personaje influyente, que dedica la mañana a concurrir a los hospitales para hacerse una radiografía, un electrocardiograma" (BARDI, Emilio. "La situación del médico ante el problema hospitalario". *Rev.Col.Med.* VI. 50:16-18, marzo de 1937, pág. 16).

Según el Director de la Maternidad del Hospital Pirovano, Dr. Enrique A. Boero, "la supresión del certificado policial de pobreza automáticamente lo reemplazó por la carta de recomendación del político y de los colegas, amigos y clientes del médico de los servicios hospitalarios" (citado por BIANCO, Pedro *La socialización... op.cit.*, pág. 52/53).

*** "las demandas de amparo aumentan no sólo dentro de los elementos más pobres de la sociedad y en razón del crecimiento normal de la población, sino que constatamos también que a las demandas de aquéllos hay que sumar las que ahora formulan los miembros de otras clases sociales que fueron pudientes, que antes se bastaban a sí mismas, mientras que hoy, ante los desastres pecuniarios que las aquejan, las vemos recurrir al Estado y a las entidades de beneficencia para solicitar un modesto lecho en el hospital o en el asilo" (DIER, Carlos M. "Discurso Inaugural". *Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, Buenos Aires, 1933 T. I, pág. 86).

**** "¿Qué mal conceptuados eran entonces los hospitales! ¡A ellos se iba en última instancia y sin que se pudiera clasificar de orgullo o amor propio, preferían agotar todos los medios a su alcance, antes que trasponer sus puertas, estaban convencidos que de ellos no volvían sino pocos! [...] ¡Cuánto más fácil es hoy convencer a un paciente de la necesidad de ser operado [...] cómo buscan la cama del hospital donde encontrarán asistencia y comodidades gratuitamente y de donde vuelven hoy casi todos! (CORBELLA, Eduardo. "Lo que va de ayer a hoy". *Rev.Cir.Med.Sud.* V 49 :76, junio de 1938).

***** "ese 15% que se envía al hospital desde los consultorios privados nos da la clave de todo el problema y su solución: Esos enfermos son enviados al hospital en consulta de especialidades, pues ese conjunto de consultas no podrían costearlo particularmente. Los colegas que envían esos enfermos al hospital bien lo saben, pues si hubiera alguna posibilidad de que pudieran abonar todo eso, no se arriesgarían a perder sus clientes enviándolos donde la asistencia es más completa y gratuita [...] De esto no tienen la culpa los médicos ni los enfermos, sino la evolución, la perfección de la técnica [...] ¿creen los colegas que ellos pueden ofrecer una asistencia por equipo, a bajo precio, superior a la que puede brindar gratuitamente el Estado en sus hospitales?" (ABADIE, Juan "El problema gremial". S.M. XLV 36: 572-574, setiembre de 1938, pág. 573).

a cuantificar o cualificar acabadamente.

No intentaremos develar aquí la incógnita referente a la verdadera situación de las instalaciones hospitalarias, que en algunas versiones aparecen como centros de excelencia, bien equipados y con relativo confort, y en otras en francas condiciones de deterioro, carentes de elementos indispensables, absolutamente insuficientes para la cantidad de enfermos que se ven obligadas a recibir, en una situación de promiscuidad intolerable. Probablemente ambas versiones sean ciertas, y toda la especulación se teje sobre una realidad que no es en verdad una, sino múltiple.*

Tampoco es posible recoger información relativamente confiable sobre qué porcentaje de la población hospitalaria pertenece al sector "pudiente". Las estimaciones varían entre un 30 y un 5 por ciento conforme a la tesis que quiere sostener cada autor y las soluciones que propone. Ni hay acuerdo sobre el "piso" salarial por debajo del cual se otorgaría el derecho a una atención gratuita. Algunas propuestas plantean límites de ingreso según las respectivas cargas de familia; pero rápidamente sus oponentes esgrimen razones que se basan en el cuestionamiento de la capacidad de pago de los sectores que dichas escalas consideran como población solvente.

Sólo hay un margen de acuerdo entre todos los comentaristas que se ocupan del tema: la situación presente es insostenible. Pero cuando se trata de diseñar las soluciones de corto plazo, el abanico se abre en por lo menos tres grandes opciones: el mantenimiento del sistema de "puertas abiertas", inyectando recursos que lo hagan viable; la limitación del hospital a la población indigente; el arancelamiento, que permita obtener un flujo financiero proveniente del sector con capacidad de pago, sin limitar la atención gratuita al carenciado.

Las propuestas de acción a corto plazo

La bancada socialista, tanto en la Cámara como en el Concejo Deliberante, defiende la necesidad de asegurar recursos que permitan mantener al hospital abierto a toda la población. También en el interior de la profesión se levantan voces, al parecer minoritarias, que afirman que cualquier limitación sería socialmente contraproducente, aun como medida transitoria o solución de corto plazo. Los argumentos para rechazar toda limitación suelen referirse a las dificultades inherentes a la verificación de la condición de indigente y las trabas burocráticas asociadas a la obtención del

* Los trazos con que se describen los servicios hospitalarios suelen ser tan antagónicos que es imposible pensar en diferente percepción de una situación similar. Además, algunos testimonios permiten formular la hipótesis de la coexistencia de condiciones fundamentalmente opuestas: "Es menester decir la verdad, por dolorosa que sea: dentro de la Asistencia Pública existen desigualdades que engendran enconos; al lado de los servicios provistos de todo, los hay que les falta todo; dentro del perímetro de la Capital, cercano al hospital que se muestra como ejemplo digno de imitar, está el hospital que constituye una nota desagradable" (LLOBET, Francisco. "Al margen del discurso..." *op.cit.* pág. 5).

certificado de pobreza*; pero también se propone a la discusión el porcentaje de la población asalariada de escasos recursos y los límites que aun los poseedores de salarios relativamente importantes (de hasta 500 pesos mensuales) pueden encontrar para solventar sus necesidades de atención médica. La propuesta asimila en este caso soluciones de corto y mediano plazo:

“¿Cuál sería la solución del problema? Ayudar al Estado a absorber la asistencia en todo el país, por intermedio de un organismo apolítico, autárquico, y autónomo, dirigido por médicos, elegidos por los colegas de toda la República, con representantes del Poder Ejecutivo”(136)**

En otra perspectiva, en cambio, el certificado de pobreza deja de ser mirado como exigencia vejatoria para convertirse en derecho inalienable:

“La Municipalidad debe munir al pobre de solemnidad, al indigente, al necesitado, de un documento que le otorgue un derecho inalienable: el derecho a ser admitido en el hospital para su asistencia. Certificado de admisión que los interesados deberán recabar personalmente ante el poder comunal, el cual, asesorado por las oficinas fiscales de recaudación de impuestos a las transacciones, réditos, etc., entregará o no a quien lo solicitare.”(137)

En este caso, la pauperización generalizada vale como argumento para reservar de manera exclusiva la atención hospitalaria al indigente. Se menciona información procedente del Departamento de Trabajo que afirma que el 70 por ciento de la población metropolitana debe calificarse como pobre, mientras los hospitales municipales con su poco más de ocho mil camas sólo pueden absorber el 45 por ciento del total.(138)

En 1934 la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires realiza una encuesta sobre el régimen hospitalario. La respuesta del Colegio de Médicos de la Capital Federal es contundente:

“La internación libre que rige actualmente en los hospitales está supeditada a la escasez de camas disponibles que la limita y reduce, lo que va en perjuicio del verdaderamente necesitado, siempre postpuesto por aquél cuyos re-

* Un artículo de *Crítica*, aparecido en 1942, cuestiona las dificultades intrínsecas a la certificación de la pobreza. “El candidato debía exponer su estado de pobreza y luego esperar también que una visitadora llegara a tiempo. Hubo casos en que la comprobación se realizaba después que el enfermo había fallecido. Era imposible conseguir rápidamente un certificado de pobreza si se carecía de influencias personales. Y el pobre nunca tiene amigos para estas cosas” (18-XI-1942).

**“Los defensores del sistema de limitación de la asistencia a una clase determinada de la sociedad [...] cifran sus ilusas pretensiones en el hecho de que al proceder a limitar la asistencia se verán, de inmediato, colmados de enfermos sus consultorios privados. Pero muy otra es la realidad [...]

“Discriminadas las capas societarias, debemos pensar en los porcentajes que les corresponden a cada una de ellas y tenemos que entre los que son verdaderamente pobres (indigentes), los semi-pobres y los infiltrados en presupuestos hasta 500 pesos toman para sí el 80%, quedando el 20% restante para los presupuestos de 500 pesos para arriba. El promedio de trabajo de un obrero es de 5½ días semanales, con un promedio de salario de 6.50 pesos diarios; 22 días de trabajo mensual con un sueldo totalizado de \$143. El empleado de comercio empieza con un sueldo de \$60 mensuales, llegando al término de varios años a ganar aproximadamente \$300. El empleado de industria difícilmente supera al anterior. El empleado de banca, que podría creerse goza de sueldos mayores, no se aleja de los totales que arrojan los otros empleados.” (“La Ronda Catonga”. *Rev. Cir. Med. Sud* V 52:14-16, setiembre de 1938, pág. 14).

... cursos y vinculaciones le permiten obtener prioridad en su atención y cuidado. Liberalidad que resulta creadora de privilegios, modificando el verdadero concepto de la asistencia social que debe prestar el Estado.”(139)*

La misma institución toma partido en 1938 ante el debate que sobre la situación hospitalaria se produce en el Concejo Deliberante de la Capital, y luego de fundamentar los perjuicios que para el mismo Estado, la población indigente y los intereses de los médicos supone la asistencia ilimitada imperante, se pronuncia por “el mantenimiento de la asistencia absolutamente gratuita y la exclusión de las clases pudientes, quedando en beneficio exclusivo de los que necesitan sus servicios y para los cuales fueron creados.”(140)

Buena parte de los funcionarios estatales y un sector minoritario dentro del gremio defienden en cambio la introducción del arancel hospitalario, y la consiguiente clasificación de la población en categorías según su capacidad de pago.

El ámbito donde con más interés se discute la posible aplicación de un arancel es probablemente el de la Asistencia Pública, acosada por las sucesivas interpelaciones de la bancada socialista en relación con el deficiente funcionamiento de los servicios, su repercusión en los medios de comunicación masiva, el ahogo presupuestario, y las posibles consecuencias electorales de cualquier medida limitativa. En el relato oficial de su primer congreso interno se afirma que el sistema argentino se inspiró en la reglamentación de la Asistencia Pública de París, con servicios gratuitos, y hospitalares “en los que el hacinamiento y asistencia de los enfermos adolece de iguales males que entre nosotros”.

“Hemos copiado lo peor (...) por desdeñar el aporte del grano de arena con que se levantan las montañas (...) El pequeño aporte como contribución a los beneficios recibidos (...) es una necesidad imprescindible que eleva la dignidad del que los solicita; en nuestro medio el pobre mendiga una cama, el de la clase media pide una recomendación, y el pudiente que oculta sus alcances substraer a la comuna una fuente de recursos.”(141)

La duda, relativamente bien fundada, que esgrime el gremio médico como parte de su argumentación opuesta a la medida, es el efectivo aporte que la suma de esos granos de arena podría significar. Para 1934 se habla de un total de un millón seiscientos mil pesos para un presupuesto de veintidós millones y la reconocida necesidad de habilitar diez mil camas para

* En el mismo documento el Colegio intenta rebatir el argumento de los que defienden el hospital de “puertas abiertas”, como servicio público financiado por el aporte de todos los contribuyentes: “El argumento más poderoso que esgrimen los defensores del sistema de puertas abiertas es que manifiestan que los hospitales son en realidad sostenidos por los contribuyentes y que ellos son los que tienen más derecho a usar de esos servicios en caso de necesidad [...] Pero este sofisma es, como todo sofisma, falso por su base, y es falso porque no hay ningún impuesto ni contribución para los hospitales: los contribuyentes pagan sus gabelas por determinados servicios, como ser alumbrado, barrido, limpieza, patentes de cine o de automóvil, etc., y deben darse por satisfechos si por este dinero que pagan les devuelven un servicio eficiente de luz y limpieza, vigilan los espectáculos y tienen las calles más o menos transitables, pero hay que notar bien, no se paga ningún impuesto para mantener hospitales, sino que esos los debe mantener la Municipalidad de su presupuesto general” (Ibid. pág. 12).

responder a la demanda de atención en el municipio.(142)*

Entre los defensores de un hospital destinado exclusivamente al indigente, igual que entre los partidarios de reservar para éste la atención gratuita, con la incorporación de un arancel que tenga en cuenta la capacidad de pago de cada demandante de atención, las propuestas de largo plazo abarcan una gama que va desde la absorción por parte del Estado de la totalidad de la atención, hasta un sistema absolutamente estratificado, que incorpore los servicios privados, en el cual cada habitante tenga un lugar y un grado de confort tipificado conforme a su ingreso, incluyendo también, aunque con apoyo francamente minoritario, la defensa del seguro de enfermedad.

Si bien volveremos sobre este tema más adelante, no quisiéramos dejar de mencionar aquí una propuesta que, aunque aislada, puede ser significativa como expresión de la percepción del problema hospitalario por parte de los miembros de la profesión médica y de la demanda de ésta de apropiarse el control de todas las relaciones sociales vinculadas a la salud/enfermedad. En 1935, en uno de los momentos en que el debate hospitalario alcanza mayor repercusión en la opinión pública a raíz de la campaña de los médicos municipales para lograr remuneración para su trabajo, en la Revista del Círculo Médico del Sud, se publica un artículo en el que uno de sus colaboradores habituales propone lisa y llanamente la supresión del hospital.

“El Hospital actual debe desaparecer, ya que el Estado olvida sus obligaciones. Y en su lugar establecer los centros policlínicos en donde el médico contemplará, bajo el tutelaje de las agrupaciones gremiales, las demandas de asistencia de la clase productora, ajustando la misma de acuerdo a la situación económica de aquélla y estando en contacto directo con sus necesidades.”(142)**

Propuestas y efectivización de medidas restrictivas

Tanto la propuesta de limitación de la atención hospitalaria a la población indigente, como aquélla que defiende la implantación de un arancel, enfrentan la dificultad de definir un mecanismo que permita la certificación de la condición de pobre.

Uno de los primeros intentos de solución del problema surge de la misma bancada socialista que propició en 1919 la abolición del certificado de po-

* En 1940, cuando la discusión se retoma en razón de un nuevo proyecto de arancelamiento, los cálculos realizados por los funcionarios municipales suponen la percepción de cinco millones de pesos en concepto de aranceles. La falta de datos fidedignos relativos al porcentaje de la clientela hospitalaria en condiciones de pagar arancel hacen ilusoria toda pretensión de cálculo de recursos derivados de él.

**Aquí aparece también la reivindicación igualitaria en la organización del trabajo médico: “El médico dentro de la sociedad actual debe ejercer su profesión sin intermediarios, por eso no debe admitirse la función estadual, comunal, benéfica o particular, ya que ella determina al empleador y al empleado. En cambio, en la forma propuesta más arriba, el médico cumple directamente, palpando sus resultados, buscando mejoras, investigando y realizando una labor científica insuperable, que con el tiempo se transforma de curativa en preventiva” (*ibid.* pág. 19).

breza. Germinal Rodríguez, en la fundamentación de su proyecto de ordenamiento de la asistencia social en la comuna porteña, recuerda la inscripción estampada en los formularios que autorizaban la atención hospitalaria: “a N.N. el Municipio le da una cama por caridad”. (143).

La propuesta no reside en este caso en la certificación de la condición de pobre como requisito para acceder a los servicios, por el contrario, se piensa en utilizar la demanda de atención hospitalaria para individualizar a la población carenciada y asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas con un amplio programa de asistencia social *

El proyecto elaborado en 1934 por el Circulo Médico del Sud, en cambio, aunque también remite a la concesión de una Cédula Comunal de Asistencia Social, no va más allá de la verificación de la condición de indigencia. Se crea una oficina de Informes y Asistencia Social que llevará un Registro de Asistencia Social en el que podrán inscribirse los habitantes de la Capital Federal y la población volante que desee gozar de los beneficios de la atención médica gratuita municipal. Para ello se deberá presentar, entre otros documentos, una declaración jurada de ingresos individuales y familiares. La oficina de informes comprobará la veracidad de lo declarado y entregará la respectiva Cédula, que constituye un documento habilitante para acceder libremente a los servicios de atención médica del municipio. (144) **

Un tercer tipo de reglamentación de la asistencia al indigente fue efectivamente puesto en vigencia por la Dirección de Higiene de la Provincia de Buenos Aires en julio de 1940. Los enfermos que solicitaran atención en los establecimientos sanitarios de su dependencia debían llenar una ficha personal en la que se consignaban, además de los datos personales, la existencia de seguros que cubrieran riesgos de accidentes o enfermedad, la pertenencia a entidades mutualistas que prestaran asistencia médica, la renta mensual devengada, la suma total que ingresa mensualmente al hogar, el alquiler mensual y el grupo de personas que integran el grupo conviviente. “Al pie de la ficha se recabará autorización para dar a publicidad el nombre del interesado en la lista de personas inscriptas como enfermos gratuitos”. (145) No existía aquí un monto de ingreso que estableciera una línea demarcatoria con respecto al derecho a la atención. Su otorgamiento que-

* En su Proyecto de Ordenanza por el cual se crea la Asistencia Social del Municipio Rodríguez propone la incorporación a la Asistencia Pública de una nueva secretaría que se llamaría de Asistencia Social. Propone a la visitadora de higiene diplomada “como el lazo de unión entre el hogar del enfermo y la sala hospitalaria, estando encargada de levantar una encuesta social del asistido, es decir de sus recursos y medios de vida”. En la fundamentación de su proyecto afirma: “El sistema de la mano abierta, que parece ser el ideal de muchos funcionarios (y aún de médicos) nos lleva a un atraso social más que a un adelanto, pues la comuna es lo suficientemente pobre para no poder darse el lujo de regalar sus servicios públicos”. (RODRÍGUEZ, Germinal “La asistencia social del municipio”. S.M. XXXVI 8:473-482, febrero de 1929, pág. 474)

** Tendrían derecho a la asistencia gratuita todos los integrantes de una familia no mayor de cuatro personas que globalmente no perciban más de 300\$ mensuales, ni posean bienes muebles o inmuebles de más de \$8.000; los integrantes de familias de más de cuatro personas y menos de ocho que no perciban más de \$75 mensuales por persona ni posean bienes de mayor valor que \$ 2.000 por persona, etc.

daba librado a la decisión de los directores de hospitales, que debían estudiar caso por caso*.

Un año más tarde los dirigentes de la recientemente constituida *Agremiación Médica Platense* elevan un memorial al Presidente de la Dirección de Higiene provincial, reclamando por el incumplimiento de dicha reglamentación. En junio de 1942 la revista gremial da a publicidad el reclamo y la nueva propuesta: un proyecto de reglamentación en el que se establecen toques de ingreso familiar por debajo de los cuales las personas se consideran "desposeídas" y, por lo tanto, con derecho a la atención hospitalaria. Lo novedoso en este caso es el establecimiento de sanciones para quienes logran evadir la reglamentación, ocultando su situación de solvencia. En ese caso quedarían obligados al pago de honorarios a los profesionales - conforme a los usuales en la práctica privada- y a la retribución al hospital de los servicios que se les hubieran prestado, según una escala establecida por la misma reglamentación. (145)

En torno de esa misma fecha se impone el arancelamiento en los hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires, a través de la Ordenanza General Impositiva que comienza a regir el primero de junio de 1942. La medida es precedida por una campaña periodística desarrollada en *Noticias Gráficas y Crítica*, que recupera todos los argumentos vinculados con las dificultades existentes para probar la calidad de "indigente" y la insuficiencia de los recursos recaudados por medio del arancel para satisfacer las necesidades crecientes de los hospitales metropolitanos. (146)

Las propuestas de reordenamiento de la clientela hospitalaria no sólo resultan complejas, difíciles de aplicar, y en algunos casos suponen mayores gastos que los que demanda mantener el insuficiente sistema en vigencia, sino que además enfrentan un obstáculo aún mayor: parecen circular por arriba y por afuera de las corrientes que conmueven a la sociedad argentina de la época, no toman en cuenta los mecanismos que los diferentes grupos sociales arbitran para la defensa de su salud, los condenan sin evaluarlos, como deformaciones que se mueven en contra de una racionalidad preestablecida. Pretenden organizar la sociedad por decreto, pero en el articulado de ese decreto no incorporan ni las demandas de quienes deberán obedecerlo, ni su específica percepción de sus necesidades y los modos de satisfacerlas.

La retribución del trabajo médico en hospitales

Un artículo aparecido en *La Prensa* el 23 de febrero del 1933 decía en sus párrafos centrales:

"El hospital Rawson está dotado de 1.140 camas para internación de enfermos y sólo cuenta con 23 médicos rentados para la atención de los hospitali-

*Art. 3º. Los Directores de Hospitales resolverán en cada caso si el enfermo será o no internado o atendido en los consultorios externos, servicios de radiología, fisioterapia, especialidades, farmacia, laboratorios, etc. teniendo en cuenta su posición económica e inspirados en el más estricto espíritu de justicia y equidad, procediendo a rechazar aquéllos que a su juicio puedan atenderse por médicos particulares" (ACUÑA, Pedro. "Una importante y significativa conquista". *S.M.* XLVII 36:558-560, setiembre de 1940, pág. 559).

zados y los concurrentes a los consultorios externos. Según la estadística comunicada a la Dirección de la Asistencia Pública, en el curso del año 1932 los enfermos internados fueron 1.000 y los atendidos en los consultorios externos del mismo hospital alcanzaron a ser 284.000.

“A cualquiera se le ocurrirá pensar que 23 médicos no habrían podido atender debidamente a esa excesiva cantidad de necesitados, entre los cuales están incluidos muchísimos que fueron objeto de intervenciones quirúrgicas, prolijas curaciones, búsquedas de laboratorio, etc. La explicación de que hayan podido ser satisfechos todos los demandantes de asistencia médica nos la proporciona el dato contenido en la memoria citada, de que aquellos 23 médicos rentados contaron con la colaboración de 258 médicos agregados y asistentes, ninguno de los cuales recibe retribución por los servicios prestados a la Municipalidad en tal carácter.”

La información se precisa en el debate parlamentario de la que sería más tarde la “ley Dickmann”. Dos mil profesionales prestan servicios en los hospitales municipales; de ellos perciben sueldos relativamente modestos 200 médicos y 1.800 no reciben ninguna remuneración.

De los 700.000 pesos que la Municipalidad de Buenos Aires ha gastado en 1934 en sueldos hospitalarios, 50.84 por ciento se destinó a los enfermeros, 22.68 por ciento a obreros, 6.71 por ciento a médicos de sala, 1.56 por ciento para directores, 3.64 por ciento para remunerar a los médicos internos, y el resto para la administración. (147)

Sería relativamente fácil asociar el comentario de La Prensa con el movimiento que algún tiempo después iniciarían los médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires para lograr la retribución de su trabajo en los hospitales de la comuna. Sin embargo, el tono general de sus comentarios parece relacionarse en mayor medida con la campaña que estaba realizando el Colegio de Médicos en defensa de la limitación de la clientela hospitalaria.

En realidad, aunque el Colegio se ha ocupado de la Reglamentación de la Carrera Hospitalaria, no parece haber figurado entre sus objetivos inmediatos la remuneración de los médicos ad-honorem, ni tampoco constituía una preocupación para los Círculos en los que se agrupaba la población profesional del municipio porteño. La eclosión del llamado “movimiento pro-remuneración” los sorprende, tal vez un tanto desagradablemente.*

Si bien expresan su inquietud con mayor o menor crudeza, los líderes gre-

* “Yo pido. Ellos piden.

“Es el derecho que adquieren todos los componentes de una sociedad o de un gremio de conjugar el verbo para solicitar algo que pueda redundar en su propio beneficio. Pedir por pedir, sin base firme, es bastante aleatorio; individualmente los hay que piden la Luna, sin poder, por cierto, ver satisfechos sus sinceros anhelos.” (“Mosaico de redacción”. *Rev.Circ.Med.Sud.* II 15:16-17, agosto de 1935, pág. 16).

“La entusiasta y unánime agitación surgida con motivo de la acción de un núcleo de médicos de los hospitales municipales para obtener la justa remuneración de sus servicios profesionales, ha conseguido sacudir hasta a los más apáticos en las lides gremiales. El entusiasmo se hizo evidente en todas partes y las discusiones -a veces acaloradas- demuestran que a fin de cuentas todos están más o menos de acuerdo con la finalidad perseguida.” (“Encarrilándose”. *Rev.Circ.Med.Sud.* II 16:5, setiembre de 1935).

miales se ven colocados en una situación difícil ante el nuevo movimiento. Y de la discusión que éste genera puede inferirse que la dificultad se debe a que su presencia pública y el carácter de sus reivindicaciones ponen de manifiesto las débiles bases de sustentación del movimiento gremial, tanto en sus aspectos organizativos como ideológicos.

En primer lugar, se trata de un movimiento gestado y conducido fuera de las organizaciones gremiales existentes. Sólo después de iniciado el movimiento proremuneración sus líderes entablan conversaciones con el Colegio y aceptan la necesidad de incorporar a su conducción a representantes de los Círculos (148). Poco más tarde produce otro motivo de alarma con el proyecto de creación de la Asociación de Médicos Honorarios de los Hospitales Municipales*, aún cuando la nueva agrupación se propone como filial del Colegio.**

En segundo término, la lucha de los médicos municipales por la remuneración de su trabajo pone de manifiesto no sólo los antagonismos que dividen al gremio a partir de diferentes propuestas de solución del problema hospitalario, sino también los que resultan de las diferentes inserciones de aquéllos en el mercado de trabajo.

El movimiento emprendido significa un toque de alarma para el grupo de profesionales que, en la limitación de la atención hospitalaria cifra la posibilidad de recuperar la clientela privada. Un incremento masivo de la retribución del trabajo en los hospitales significaría sin duda una mejora en los servicios y el consiguiente aumento del flujo de personas con capacidad de pago, que encontraría motivaciones adicionales para abandonar los ya decaídos consultorios, todavía adscriptos al modelo de práctica individual. Por lo tanto, la remuneración del personal ad honorem no puede obtener-

* En efecto, la entidad gremial de los médicos municipales se organiza después de iniciado el movimiento pro-remuneración, en su momento de mayor repercusión pública. En su origen, la conducción de dicho movimiento estuvo en manos de un "comité ejecutivo proremuneración", cuyas actividades parecen haber despertado rápidamente el interés de la prensa y los medios profesionales.

La Nación proporciona una detallada crónica de aquéllas desde sus comienzos, en agosto de 1935: mítines en los teatros Cervantes y Liceo, un acto en el Anfiteatro de la Facultad de Medicina con la presencia de Gregorio Aráoz Alfaro y Bernardo Houssay, asambleas en la Asociación Médica Argentina, debates en el Congreso Interno de la Asistencia Pública municipal. El matutino porteño considera justa la reivindicación salarial de los médicos hospitalarios, pero no estima equitativo que el problema se solucione con un subsidio nacional. En su opinión, el rico municipio capitalino "no tiene el derecho de presentarse como una provincia pobre, ni le asiste ninguno para no cumplir su obligación de sostener integralmente un servicio hospitalario digno de la capital y también de la República" (*LA NACION*, 17-XI-1935, pág. 6).

**Las explicitaciones del conflicto no siempre acatan las reglas del buen gusto: "un entenado nacido fuera del calor del hogar común, casi diríamos 'de otros padres' no puede tener cabida en la casa paterna sino a regañadientes o por compasivo consentimiento. Subrayamos: una filial así no es filial porque se constituye a espaldas de los organismos médicos gremiales, y porque sus componentes, que ya forman o debieran formar parte de los Círculos que engloban a todas las categorías de médicos, no pueden tener nuevamente representación en la Federación, cuyos estatutos establecen categóricamente su estructura y su organización" ("Antagonismos suicidas". *Rev.Cir.Med.Sud.* II 18:7, noviembre de 1935).

se con independencia del reconocimiento del derecho exclusivo de la población indigente para acceder a la atención proporcionada por los servicios de salud del sector público.*

Tres años más tarde el problema se retoma al plantearse la posibilidad de obtener cargos municipales con dedicación *full time*. El III Congreso Médico Gremial Ordinario del Colegio de Médicos de la Capital Federal, en sesión plenaria del día 17 de agosto de 1938, rechaza esa propuesta por inconveniente. ¿Cuáles fueron los argumentos esgrimidos?

Como solución parcial, dejaba a gran número de colegas fuera del sistema, empobreciéndolos, en razón de la gran cantidad de pacientes que preferirían la atención gratuita oficial, “la casi perfecta asistencia que podrían brindarles los establecimientos en que imperase el nuevo sistema”. Por otra parte, el verdadero gremialismo consiste en defender la situación económica de los médicos, “desentendiéndose de la buena prestación de servicios a la población, desde que para defender a ella ya estaba el Estado, que trataría de conciliar ambos intereses”. (149)

Es forzoso reconocer que expresiones tan cerradamente corporativas resultan excepcionales en el discurso médico de la época. También hay que tener en cuenta que los contenidos de la discusión son detallados por el sector minoritario, que estaba a favor de la aceptación de la medida y perdió la votación. Posiblemente jugó también el interés por desacreditar a sus oponentes. De todos modos, constituyen un eslabón más en un encadenamiento de hechos puntuales que muestran hasta qué punto la situación era percibida como amenazante para la prosperidad futura de la práctica privada.**

La lucha por la remuneración no se agota con la obtención del subsidio

* El planteo se realiza con toda claridad: “la agitación se reducía a pedir una retribución por el trabajo, retribución que nunca puede llegar a ser decorosa en las circunstancias actuales y con el absurdo régimen de portones abiertos, dado que, al transformarnos en semiempleados, esa situación nos crea obligaciones a cumplir que tal vez redunden en directo perjuicio de nuestra actividad profesional particular. Si vemos que ahora concurre al hospital todo el que quiera, ¿cómo no ha de concurrir con mayores pretensiones si se estará obligado a atender cuando el municipio lo disponga?” (“Encarrilándose”. *Rev. Círc.Med.Sud.* II 16:5, setiembre de 1935).

**Al mismo tipo de manifestaciones de inseguridad frente a las consecuencias futuras de una medida que habría de modificar las formas de práctica en el sector público, corresponde el cambio sufrido por las resoluciones de una Asamblea realizada en el Círculo Médico del Sud el 3 de octubre de 1935. La primera moción que se propone, enteramente de acuerdo con la tradición de dicho Círculo, de defender como medida de largo plazo la oficialización de la medicina, tiene los siguientes ítems: “1- El Círculo Médico del Sud sostendrá como solución integral del problema hospitalario la oficialización de la medicina, ya sea la nacionalización o la municipalización. 2-Si ello no fuera posible en los momentos actuales, transitoriamente el Círculo Médico del Sud debe bregar por la limitación del hospital al enfermo necesitado - con perfeccionamiento de todos los servicios- y la remuneración al médico por prestar dichos servicios”. La resolución que finalmente se aprueba es la siguiente: “1- El Círculo Médico del Sud debe bregar por la limitación de la asistencia hospitalaria al enfermo necesitado -con el perfeccionamiento de los servicios-y la remuneración del médico por prestar dichos servicios. 2- Una vez conseguido esto, el Círculo Médico del Sud sostendrá como solución integral del problema hospitalario la oficialización de la medicina, ya sea la nacionalización o la municipalización”. (“Nuestra Asamblea”. *Rev.Círc.Med.Sud.* III 17:5-6, octubre de 1935)

que la Nación otorga a la Municipalidad de Buenos Aires para retribuir el trabajo de los médicos en los hospitales municipales, puesto que más del 30 por ciento de los enfermos asistidos en ellos procedía del interior del país. (Ley 12.309/1936). Por la ley general de presupuesto de 1937 (N° 12.345) el beneficio se hace extensivo a todos los médicos que prestaran servicios gratuitos en las dependencias sanitarias del país. La subvención recibida, sin embargo, no suponía estabilidad ni beneficios sociales para los profesionales implicados, ni tampoco que se los incorporara en un escalafón -se otorgaba un subsidio, lo que no supone que automáticamente se crearan los respectivos cargos, ni que se los incluyera en los presupuestos futuros. El artículo 172 de la referida ley de presupuesto reglamentaba sus condiciones de aplicación: la subvención se pagaría a razón de \$ 200 por médico, y se computaría en el servicio hospitalario clínico un médico cada 20 camas, en el servicio quirúrgico uno cada 15 camas y en el servicio de consultorios externos un médico cada 30 enfermos; tendrían derecho a la remuneración los médicos que tuvieran una antigüedad no menor de cinco años y asistencia regular en los tres servicios mencionados.

El más tarde controvertido art. 172 se aplica sin dificultades en el momento de la sanción de la ley, pero poco tiempo después comienza a generar problemas: los profesionales excluidos del beneficio por no tener suficiente antigüedad consideran que deben ser incorporados automáticamente al cumplir los años de servicio requeridos; la redistribución de los médicos en los distintos servicios produce conflictos interminables por la persistencia de las "clientelas" hospitalarias; no todos están de acuerdo con el régimen de incompatibilidades que procura la distribución del subsidio entre el mayor número de profesionales. A los problemas resultantes de la particular situación derivada de la existencia del subsidio se unen las dificultades en la aplicación de las ordenanzas que se refieren a la regulación de la Carrera Médica Hospitalaria. En tales circunstancias, se inaugura la década de 1940 sin que se haya logrado regularizar el trabajo médico en los hospitales.* (Del problema de la reorganización de los servicios del sector público y las dificultades de reglamentación de la Carrera Médica nos ocuparemos en un trabajo futuro).

Intentos de reestructuración del sector privado. Viejos y nuevos problemas.

"El consultorio privado ha muerto" y "El consultorio privado no puede ni debe morir", constituyen los términos de una polémica que en 1941 ocupa las páginas de *La Semana Médica*. La perspectiva relacionada con la decadencia irremediable del consultorio privado no es privativa de uno de los antagonistas, por el contrario, subyace a buena parte del discurso médico sobre la crisis profesional. Se fundamenta en general en los avances técnicos: la multiplicación de los medios de diagnóstico y tratamiento, el

* Un detallado y completo análisis de las sucesivas regulaciones del art. 172 puede encontrarse en el Memorial elevado por el Colegio de Médicos de la Capital al Intendente Municipal de Buenos Aires en julio de 1941. Publicado en *Rev. Fed. Med. R. Argentina* 12: 43-49, julio de 1941.

desarrollo de las especialidades, el encarecimiento consiguiente de la atención y la doble imposibilidad de reunir en una sola persona la totalidad del conocimiento médico disponible y en un consultorio la mínima aparatología necesaria aún para la clínica general. Pero esta perspectiva también tiene en cuenta la problemática del mercado -empobrecimiento de la población, capacidad de las grandes instituciones para bajar costos- y las ventajas organizativas de la medicina en equipo, que incluye a auxiliares no médicos que se ocupan del papeleo, concentra los medios diagnósticos y terapéuticos y atiende al paciente en forma integral.

Los defensores de la supervivencia del consultorio privado no ignoran ni desdennan esa suma de factores adversos, pero ubican por encima de cualquier otra consideración la indispensable supervivencia de una relación médico-paciente basada en la confianza y el conocimiento mutuo, fundamento y razón de ser, en su opinión, de la eficacia de la medicina como práctica curativa. La medicina no es sólo ciencia, ni tiene capacidad operativa sobre las situaciones de enfermedad exclusivamente a partir de la cientificidad. También es un arte, para el que no hay reglas, sólo la intuición que permite la aplicación del conocimiento general al caso particular. Tampoco hay enfermedades, sino enfermos. Cada caso es una individualidad, y la acción terapéutica es un acto único, imposible de normatizar o tipificar.

En estos años, los defensores del consultorio privado también están comprometidos intimamente con la supervivencia de los postulados de la práctica liberal: libertad de elección, libertad de prescripción, derecho del médico a estimar el precio de su trabajo. La solución a los problemas de la profesión pasaría por delimitar en forma precisa los espacios donde se establece esa relación privilegiada: el hospital para el pobre, a quien el médico atiende gratuitamente por propia decisión; un mutualismo reglamentado, o mejor aún, controlado por los médicos, de manera de evitar abusos; y el consultorio privado destinado al paciente con capacidad de pago.

Volveremos sobre esto cuando tratemos las propuestas de políticas de salud que la profesión elabora y debate en estos años. Pero lo que nos interesa comenzar a discutir es la visión polarizada con la que se observa el futuro: vida o muerte del consultorio privado, medicina socializada o medicina liberal. 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 en la demanda profesional, 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, pro-

riedad 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 y/o regulación que evite abusos o competencia desleal, y ante la inacción o la impotencia de los poderes públicos se suele responsabilizar al gremio por la función de arbitraje.

Las nuevas formas organizativas.

Para abordar la descripción de las nuevas formas organizativas*, la primera dificultad radica en diferenciar los primeros sistemas de prepago y las clínicas cooperativas organizados por médicos, en los cuales la atención estaba exclusivamente en manos profesionales, de las “clínicas populares”; al parecer muy difundidas, que constituían formas degradadas de ejercicio profesional por la asociación de médicos y profanos, y se encuadraban en las prácticas de “mercantilización” de la medicina de las que nos ocuparemos más adelante.**

La doctrina gremial no es muy clara al respecto. Si bien se reivindica el control del gremio para cualquier tipo de asociación destinada a la práctica profesional, no existen pronunciamientos unánimes que precisen con claridad los límites del comportamiento ético.

En ocasiones se condenan expresamente las asociaciones que por medio de “agentes, corredores y propagandistas viajeros [...] ofrecen prestar asistencia médica y quirúrgica, mediante el pago de cuotas fijas, pólizas y otros

* Cuestionadas sin reparos por los representantes más “duros” del movimiento gremial: “Es inobjetable que dentro de la clase médica existen dos tendencias para desarrollar su ejercicio. Unos abogan por la continuidad del ejercicio individual, y otros por aquél que se ejerce en forma pseudo colectiva, ya por medio de agrupaciones de especialidades que ofrecen servicios médicos económicos, sin asistencia a domicilio, o bien en asociaciones para el servicio médico de abonados, en consultorio o a domicilio, con cuotas mensuales únicas. Uno y otro tienen fallas lamentables que los mismos interesados no tratan de subsanar; cada cual se ampara en el suyo y cree que ha resuelto su problema económico. El médico argentino continúa dentro de la improvisación” (“Individualidad”. *Rev. Cir. Med. Sud.* II 19: 8-9, diciembre de 1935, pág. 8).

** Una de las descripciones más completas de la actuación de dichas clínicas populares es la que proporciona un fallo de la Cámara en lo Criminal publicado en *La Prensa* el 15 de junio de 1932 (pág. 7): “Por lo regular, la ambición desmedida y la falta del pleno concepto del alcance social del título de médico, prestigian proyectos de meros aventureros con capital. Y así nace la clínica popular, inspirada por el lucro, y como tal exteriorizada con arbitrios de corte puramente comercial. El aviso o anuncio en los diarios con leyendas deplorables, procurando llegar, a toda costa, aún al ignorante, la propaganda radiotelefónica, los volantes callejeros, los corredores o agentes diseminados por la ciudad en procura de clientes, los simuladores que alaban ante ellos las bondades y eficacias de los métodos de la clínica, constituyen la labor sistemática del asociado administrador. La técnica queda, aparentemente a cargo del otro asociado, el médico. Y digo en apariencia, en razón de que la presente causa, como tantas otras, revela la intimidad de la clínica. El socio administrador, familiarizado con el ambiente, solicitado y denominado como ‘doctor’, termina por hermanarse con el título, y por ende actuar audazmente como médico, simulando cualidades de las que carece, con grave desmedro de la salud de los pacientes. Más adelante, entre ambos asociados se entabla una notoria competencia, procurando cada cual desplazarse. Y el administrador sabrá conducir con mayor eficacia sus intereses. Luego la denuncia del médico contra el asociado, por ejercicio ilegal de la medicina, será el corolario de la singular asociación, a la que no pocos reparos de orden moral es dable oponer”.

sistemas de retribución de pagos anticipados, sin distinguir la capacidad económica de los interesados [...]'(150) pero no queda claro si lo que se condena es la actividad de corredores viajeros cuyas prácticas de “caza” de ingenuos forman parte del anecdotario médico de la época, el establecimiento de cuotas fijas que no distinguen la capacidad económica de los interesados, o ambas cosas. También se suele cuestionar un tercer elemento que frecuentemente aparece asociado a los anteriores en la organización de las “clínicas populares”, pero no remite a las formas organizativas del abono sino a la prestación de los servicios: la existencia de médicos retribuidos con sueldos o con porcentajes muy bajos de lo que se percibe en calidad de cuotas.

Algunas asociaciones bajo el control exclusivo de médicos -es decir que se encuadraban en las pautas de ejercicio legal de la profesión- utilizaban corredores, cobraban cuotas uniformes y tenían profesionales a comisión o sueldo y, como veremos más adelante, cuando se acusó a alguna de ellas de organizar su actividad en oposición a los principios aceptados por el gremio, el dictamen del organismo arbitral fue relativamente ambiguo.*

Las sociedades por abono.

El Segundo Congreso Médico Gremial nos permite conocer dos formas organizativas que podrían encuadrarse como antecedentes del “prepagó gremial” tal como se organiza en la década del 60.

Las denominaciones varían. Todavía se conserva en algún caso el nombre de “mutualidad” -Mutualidad Médica de Laboulaye, por ejemplo, organizada en 1936- pero la asociación no se mimetiza con los beneficios otorgados por el mutualismo *stricto sensu*, que vimos incorporar en La Cosmopolita de Chivilcoy. Esta Mutualidad Médica ofrece sólo atención profesional y un 20 por ciento de descuento en la provisión de medicamentos en cualquiera de las farmacias de la localidad. (151)

También presenta sus estatutos al Congreso la Asociación de Asistencia Médica del Círculo del Noroeste (en la Capital Federal) (152). Las bases organizativas de ambas entidades tienen algunas diferencias dignas de

* El Primer Congreso Médico Gremial Argentino reunido en Buenos Aires en junio de 1934 se limitó a establecer: “que los médicos debieran organizarse entre sí con intervención de su entidad gremial, para poder reemplazar a los hospitales que prestan actualmente servicios particulares y a las sociedades de socorros mutuos en la asistencia colectiva de enfermos” (“Conclusiones del Primer Congreso Médico Gremial Argentino”. *S.M.* XLI 28: 145-146, julio de 1935, pág. 146). En cambio el Segundo Congreso Ordinario del Colegio de Médicos de la Capital Federal, reunido en julio de 1937, elabora una detallada reglamentación que pone en manos de las instituciones gremiales locales el control de las asociaciones organizadas “para el ejercicio colectivo de la medicina”. En ella se prohíbe la existencia de médicos a sueldo, se determina la necesidad de establecer honorarios según la capacidad económica del paciente, se prohíbe limitar el número de profesionales asociados, y se entrega a las entidades gremiales el poder de decretar “el auspicio, la desaprobación, o el rechazo de los organismos existentes”. El Art. 4º establece que las instituciones en cuestión “Deberán aceptar las modificaciones que sucesivos congresos gremiales creyeran necesario introducir en sus respectivas estructuras” y el Art. 7º: “Las instituciones médico gremiales no deben poseer ni administrar estas asociaciones, ejerciendo tan sólo el control de las actividades de las mismas”. No tenemos información que nos permita inferir si tales disposiciones fueron acatadas. (*Rev. Col. Med.* VI 55:5-7, agosto de 1937).

mención. Mientras la Mutualidad Médica de Laboulaye acepta como asociadas exclusivamente a personas que no tengan un ingreso familiar superior a 300 pesos, o a 350 cuando la familia esté constituida por más de cinco personas, la Asociación del Círculo Médico del Noroeste reconoce como socios a personas de cualquier condición, estableciendo que "la cuota aumentará proporcionalmente al monto de las rentas mensuales que perciba el abonado". Los estatutos de la entidad de Laboulaye no mencionan la forma de distribución del ingreso entre los profesionales adheridos; la entidad capitalina reconoce cinco categorías de médicos: generales, especialistas, del servicio de urgencia, consultantes, cirujanos del Sanatorio. Los médicos de urgencia y los cirujanos del Sanatorio son retribuidos por sueldo; los médicos generales y los especialistas reciben una parte proporcional de los ingresos; los consultantes perciben por cada consulta una cantidad estipulada previamente entre la Junta Administrativa y el respectivo profesional.

Uno de los ejemplos más difundidos y por lo tanto mejor conocido de sociedades médicas por abonos de origen gremial es la organizada por los médicos del Departamento San Martín en la Provincia de Santa Fe.

En dicho departamento en 1924 se había organizado una filial del Sindicato de Médicos Nacional, convocados, según su propio testimonio, por la lucha en torno de las contrataciones con las compañías de seguros y el respectivo arancel. Más tarde, siguiendo una dinámica que parece haberse repetido en diferentes lugares, el nucleamiento se debilita, hasta que la situación económica posterior a la crisis de 1929 los impulsa a constituir nuevamente una entidad gremial. El 7 de enero de 1933 se funda la Asociación de Médicos del Departamento de San Martín. (153)

Se pensó luego en alguna organización que permitiera a individuos o familias contratar la asistencia médica mediante abonos o pólizas, "cuyo costo se adaptaría a la economía de la región". También se consideraba indispensable contrarrestar la competencia realizada por institutos médicoquirúrgicos de Rosario. Como resultado de la conjunción de ambos propósitos, el 1° de setiembre de 1937 se constituye la Sociedad de Médicos del Departamento San Martín, que reúne a 26 de los 30 médicos radicados en el Departamento. Una primera noticia de su existencia, en enero de 1938, nos informa de la suscripción de 400 abonos familiares, el funcionamiento de un sanatorio bien equipado en la localidad de Sastre, y la construcción de un policlínico en Carlos Pellegrini, población situada en el centro del Departamento (154). Al año y medio de vigencia los suscriptores habían aumentado a 1.500 familias, el Policlínico se encontraba en actividad y la atención de los indigentes se realizaba en forma gratuita en los hospitales de El Trebol y Sastre. Las reglamentaciones no revelan límites para la suscripción, o diferencias en la cuota relacionadas con la capacidad económica del beneficiario.

La regulación de la asistencia era relativamente simple. Se brindaba atención en consultorio y domicilio con libre elección del profesional. El servicio era gratuito, pero se imponía un recargo para las visitas a domicilio fuera

del horario de atención y para las que se realizaran fuera del ejido del pueblo. Los exámenes radiológicos y radiográficos y las aplicaciones eléctricas tenían un descuento del 50 por ciento sobre los precios del arancel establecido por la entidad gremial. Se excluían del beneficio del abono la asistencia de partos normales, los análisis biológicos y bioquímicos, las lesiones producidas por terceros, las consecuencias de maniobras prohibidas (abortos provocados), las enfermedades mentales que requirieran tratamientos especiales, la cirugía estética y la ortopédica, y los accidentes y enfermedades contemplados por la ley n° 9688. Los abonados internados en los polí-clínicos de la Sociedad debían pagar las pensiones y derechos operatorios vigentes en ellos.

El artículo 3° del contrato de sociedad tal vez merezca un comentario especial: “El producido de las primas recaudadas, luego de deducir los gastos que se irroguen, sea para el desenvolvimiento de la sociedad como para la atención de los abonados, se dividirá en partes iguales a la terminación de cada ejercicio anual, practicándose al efecto el balance correspondiente”. (156)

Esta cláusula, que no es posible dejar de relacionar con el antecedente de la distribución igualitaria entre los asociados de parte de los beneficios, tanto en La Cosmopolita de Chivilcoy como en La Primera, resulta más llamativa si se tiene en cuenta que el grupo de médicos que organiza la sociedad es muy heterogéneo. Según el cronista cuya información aprovechamos, “los había radicados desde 18 años hasta recién llegados, siendo la situación económica buena en algunos, regular la de otros y mala en una minoría. Médicos que trabajan mucho y médicos con clientela reducida. Médicos políticos de distintos matices y médicos prescindentes”. (157)

El mismo sistema de distribución igualitaria de beneficios establecen los médicos del Departamento de San Pedro (Prov. de Buenos Aires), en una sociedad similar que inicia sus actividades en mayo de 1938. En este caso se cierran los consultorios particulares y los médicos atienden diariamente en los consultorios centrales de la Asociación, en las localidades de San Pedro y Santa Lucía. El abono se paga en forma anual en una escala que va desde 60 pesos para una sola persona hasta 300 para familias compuestas de 10 ó más individuos. (158)

En estos años también se han difundido organizaciones de atención médica por abono de carácter privado, dirigidas por un profesional que retribuye el trabajo de sus colegas a porcentaje. Conocemos la existencia de dos de estas instituciones, sanatorios instalados en las localidades de Pehuajó y 9 de julio (Prov. de Buenos Aires), a raíz de una denuncia formulada ante el Colegio de Médicos de la respectiva Provincia. En ella se acusa al Director del Sanatorio Oeste, de 9 de julio, de haber organizado “una empresa de industrialismo médico y al margen de la ética”. Por 1) haber establecido un sistema de abonos por cuotas fijas, sin considerar la capacidad económica de los interesados; 2) utilizar corredores o viajantes para recoger suscripciones; 3) retribuir el trabajo profesional a porcentaje. El Jurado de Honor reunido al efecto se limita a “advertir” al mencionado director que su

actividad no se encuadra dentro de los principios sustentados por el Colegio. (159)

El episodio no termina allí, y la intención de desagravio del afectado nos permite conocer el dictamen que sobre el caso pronuncia el Colegio de Médicos de la Capital Federal, que en su parte medular expresa:

“que existen en el territorio de dicha provincia (Bs.As.) múltiples organismos de asistencia privada que funcionan bajo el sistema de abonos uniformes, en cuyo otorgamiento la posición económica del enfermo no gravita, situación que por producirse en dicha provincia, escapa a la jurisdicción del Colegio de Médicos de la Capital Federal.

“Que los colegas que desde la Capital Federal concurren al Sanatorio Oeste de 9 de Julio para prestar sus servicios médicos especializados lo hacen a trueque de honorarios que, según informes que obran en poder de este Directorio, no lesionan los conceptos de dignidad profesional y por lo tanto aquéllos no han violado los preceptos de la ética” (160)*

Sanatorios y clínicas cooperativas

Las clínicas y sanatorios fundados y administrados por sociedades cooperativas médicas configuran otra modalidad organizativa de la atención privada que se difunde particularmente en los años 30. Sin embargo, hemos registrado un primer antecedente en el Sanatorio Chivilcoy, fundado en la ciudad homónima en 1926, por el mismo grupo de médicos que administraba la “sociedad de socorros médicos” La Cosmopolita. Los motivos de su fundación no parecen referirse directamente a la problemática del mercado sino a conflictos políticos con las autoridades del municipio que cerraron a dicho grupo de profesionales el acceso al hospital local (161).

En la década del 30, una de las primeras iniciativas orientadas a la defensa de la práctica privada a partir de una organización cooperativa, parece haber correspondido a los médicos de la ciudad de Las Rosas, en el sudoeste de la provincia de Santa Fe. La Asociación se hace sobre la base de un sanatorio preexistente, el Sanatorio Argentino, construido en 1927. En 1932 lo adquieren cinco médicos que instalan allí sus consultorios. Tres atienden por la mañana y dos por la tarde; la guardia nocturna y la dominical se cumple por riguroso turno entre cuatro de ellos, el quinto queda dis-

* En noviembre de 1942 un artículo en el Boletín de la Agronomía Médica Platense denuncia la existencia de “cadenas de sanatorios” dependientes o adheridos a las instituciones que organizan abonos en la Capital Federal y en la Provincia de Buenos Aires, y describe su actividad en la siguiente forma: “*Lo que es el abono médico* : En realidad no es como lo hacen aparecer; posee más vicios que virtudes y el principal es que ya se mencionan algunos abonos organizados por *particulares* que tienen a su servicio a numerosos colegas necesitados y que ignoran que trabajan para un sanatorio que no es de médicos [...] Y no se puede hacer desaparecer al *productor de abonos*, agente a comisión de estos sanatorios que sale a la calle a vender pólizas, desarrollando su labor al margen de la ética médica, porque al establecerse la competencia entre dos instituciones, para convencer al presunto cliente, utiliza argumentos reñidos con la moral profesional, desprestigiando a otros facultativos, atribuyendo fracasos diagnósticos y terapéuticos a los integrantes de la otra entidad médica o a colegas que no forman parte de la organización que representa [...] Este productor de abonos es el que se lleva la mejor parte en el reparto anual de las entradas, sin otro diploma que su verborragia: tiene generalmente una comisión del 40% de todo lo que produce”. (BOLETINA.M.P. “Los abonos médicos y las cadenas de sanatorios”. 4:11-12, noviembre de 1942, pág. 11).

pensado en razón de su edad. Todos los asociados gozan de una licencia anual de 60 días. Existe una administración que lleva el control de las entradas y salidas.* Del 1 al 5 de cada mes se reparten por partes iguales las utilidades del mes anterior, y se establece un fondo de reserva. (162)

En la Capital Federal se reúnen en octubre de 1935** los miembros del Círculo Médico del Sud, para constituir una Sociedad “posiblemente cooperativa, destinada a reunir todos los elementos de investigación diagnóstica y de especialistas, a objeto de sustraer a la corriente hospitalaria todos aquellos enfermos que hasta la fecha, a pesar de no ser menesterosos ni mucho menos, acuden al Hospital frente a la necesidad del empleo de recursos de varias especialidades de la técnica médica para su diagnóstico y tratamiento.” (El énfasis es nuestro, S.B.) (163). Ocho años después, en julio de 1943, se coloca la piedra fundamental del Sanatorio de la Corporación Médica del Sud.***

El funcionamiento o la instalación de entidades similares se registra en 1936 en Santa Fe (Sanatorio Santa Fe), en 1937 en Mendoza**** y en la Capi-

* “La caja se hace todas las noches con los egresos e ingresos habidos en la jornada (contado y cuentas cobradas). Nadie cobra cuentas particulares, pues la administración se encarga de ello. Todo ingresa a caja, centavo por centavo, incluso los sueldos de los puestos públicos desempeñados.” (BORRUAT, Arturo. “El problema hospitalario”. *S.M.* XLIII 18: 1420-1426, abril de 1936, pág. 1423).

** En mayo de ese mismo año, el Círculo Médico del Sud había inaugurado un Servicio Médico Permanente de Urgencia, “no oficial y retribuido”, destinado a los vecinos de su radio. En noviembre de 1935 la revista del Círculo recuerda a los colegas la posibilidad de disponer de él, al paso que les aclara: “No olvide que este útil Servicio Médico, que le proporciona la seguridad de que su enfermo estará bien atendido PARA USTED, en su ausencia, por cuanto, al llamarse por su orden el médico de turno, éste concurre sólo para hacer la medicación e indicaciones de urgencia pertinentes, estándole vedado en absoluto seguir atendiendo al enfermo y debiendo comunicar su atención al médico de la familia” (*Rev. Cir. Med. Sud.* II 18: 11, noviembre de 1935).

*** En ese momento la Corporación tenía 7 años de actividad, y al parecer brindaba atención ambulatoria, según la noticia que nos brinda la Revista de la Federación Médica de la República Argentina: “el presidente de la institución, Dr. José M. Moret, al hacer uso de la palabra, historió las causas que determinaron su fundación hace siete años, destacando la figura del Dr. Juan B. Doberti, verdadero gestor de la Corporación Médica del Sud, que auspiciada de inmediato por sus colegas y amigos de la Sala III, Pabellón I del Hospital Rawson, aseguró el concurso de médicos de la casi totalidad de los servicios de dicho hospital, a los que fueron agregándose colegas del Ramos Mejía, Argerich, Fiorito, etc. hasta alcanzar el número de 275 socios con que cuenta en la actualidad. Ello, unido al permanente progreso evidenciado en sucesivos ejercicios,[...] han tenido como lógica consecuencia la necesidad de pasar a la etapa definitiva de su desenvolvimiento, es decir, completar con la internación nuestra entidad”. (*Rev. Fed. Med. R. Argentina.* III 26:45, julio de 1932).

****A fines de 1937 también el Círculo Médico de Mendoza había organizado un servicio de atención médica, respaldado por setenta profesionales, cuyos beneficiarios se diferenciaban por la posesión de un “Carnet Médico Social”. La atención se prestaba en las siguientes condiciones: “A los poseedores del carnet color verde, o sea, los que tienen una entrada mensual hasta de \$ 125, dos pesos en consultorio y cuatro pesos a domicilio; a los poseedores del carnet color borra de vino, o sea los que tienen una entrada mayor de \$ 125 hasta \$ 250 por mes, tres pesos en consultorio y cinco a domicilio. Tales servicios serían prestados durante horas y días hábiles”. (“El Carnet Médico Social de Mendoza”, *Rev. Col. Med.* VI 58:26, nov/dic. de 1937).

tal Federal (Corporación Médica del Sud Oeste*), en 1939 en Paraná (Asociación de Médicos), en 1940 nuevamente en la ciudad capital (Policlínico Modelo, Cooperativa Médica Ltda.), en 1944 en Bahía Blanca (Corporación Médica del Sur)** .

Sería sin duda arbitrario suponer el carácter cooperativo de todas estas instituciones: carecemos de mayores detalles sobre su funcionamiento, y es posible que en muchos casos se hayan encuadrado en otro tipo de asociación civil. Nuestra intención, sin embargo, es sólo mostrar un movimiento que amplía la capacidad instalada del sector privado y pone a disposición de los médicos instituciones de internación con un régimen diferente del hospital público, y que en muchos casos se publicitan expresamente como una alternativa de éste.

La expansión de los sanatorios privados

Información proporcionada en 1909 por Penna y Madero (164), da cuenta de la existencia en la ciudad de Buenos Aires de 20 sanatorios particulares, con un total de 724 camas. De ellos, tres atendían enfermos mentales (Frenopático, Charcot y Flores), siete se dedicaban exclusivamente a cirugía, y los demás hacían clínica y cirugía general. El Sanatorio Modelo tenía, además, un servicio de maternidad.

En 1912, un nuevo relevamiento de la inspección de sanatorios y casas de maternidad refiere la existencia de 25 sanatorios, pero ya sin identificación de nombres, salvo para los especializados, y sin especificación del número de camas. Nos informa en cambio que sólo dos de ellos (el Sanatorio Policlínico y el Buenos Aires) pertenecen a sociedades con personería jurídica, y uno es propiedad de una persona no profesional, pero todos se encuentran bajo la dirección técnica de médicos. En los demás, los propietarios y directores técnicos son profesionales. En atención especializada, se ha incorporado un nuevo instituto de enfermedades mentales -el Sanatorio Rivadavia- y una clínica destinada exclusivamente a la asistencia de partos. (165)

No forma parte de nuestros objetivos un relevamiento de la capacidad instalada para internación en el sector privado en la ciudad de Buenos Aires, pero alguna información dispersa proporcionada fundamentalmente por los avisos aparecidos en las revistas médicas permitiría adelantar una hipótesis relacionada con nuestro interés por detectar cambios en la organización de la oferta de servicios: el aumento del número de instituciones de

*El nuevo sanatorio publicita su actividad en la Revista del Colegio de Médicos: "Colega: contamos con todos los elementos necesarios para serle útil, ya sea en clínica, cirugía, especialidades, rayos X, laboratorio, etc. etc., con los honorarios que Ud. mismo indique y a fin de restar nuestra clientela del hospital". (*Rev. Col. Med.* VI 55:34, agosto de 1937).

**En 1935 Nicolás Repetto presenta en la Cámara de Diputados un proyecto de ley de creación de "un sistema de estímulo y ayuda para las clínicas cooperativas constituidas por diplomados argentinos especializados en las principales ramas de la investigación, el tratamiento y la prevención de las enfermedades". Para obtener el subsidio tenían que disponer de "un espíritu de organización que las haga muy accesibles a la masa de la población, tanto por la modicidad de las tarifas como por la bondad de la asistencia y el trato". (*Cámara de Diputados, Diario de Sesiones*, 1935, tomo III, Reunión 28, 3 de septiembre, págs. 122-126).

internación especializadas y las destinadas específicamente a brindar tecnología aplicada al diagnóstico y tratamiento, que se agrega a la organización de los sanatorios gremiales, durante los años que siguen a 1920.

La Corporación Médica del Norte, el Sanatorio del Oeste y el Sanatorio "San Telmo" habían sido constituidos por integrantes de los respectivos Círculos Médicos. Se crean nuevos institutos neuropsiquiátricos, el del doctor Mouchet, el dirigido por el doctor Alejandro Raitzin, y el Sanatorio doctor Mazzarelli Cardeilhac, el Sanatorio "Mon Repos" -especializado en asistencia e internación de enfermedades no quirúrgicas, el Sanatorio del Pulmón y el Castelar, que cubrían la misma especialidad, una Maternidad y una Clínica Obstétrica y Ginecológica y, lo que puede ser más significativo del listado, cinco institutos de diagnóstico y fisioterapia. En mayo de 1935 se inaugura el primer hospital de niños privado, que se identifica precisamente con esa designación: "Primer Hospital de Niños Particular".*

En 1933 se registra la existencia de una Corporación Argentina de Hospitales Privados, de cuya actuación no hemos podido obtener ninguna referencia. En lo relacionado con la penetración de formas de propiedad más típicamente empresariales en las instituciones con internación, una sentencia dictada en 1935 en un juicio por cobro de honorarios médicos nos permite conocer la existencia de una sociedad anónima que opera bajo el rubro Establecimientos Médicos Argentinos y es propietaria de por lo menos dos sanatorios: el de Open Door en la provincia de Buenos Aires y otro en Ascochinga, Córdoba.(166)

La reglamentación de la capacidad instalada privada

En 1923, en el Concejo Deliberante de Buenos Aires se comienza a discutir la necesidad de reglamentar la instalación de sanatorios privados y ejercer una inspección rigurosa de su funcionamiento. Se toca nuevamente aquí el tema de las "Clínicas populares" y la práctica de los corredores viajeros: "verdaderos antros donde se esgrime la estafa, valiéndose de ardid de todas clases, donde se hospitalizan individuos a quienes se sugestionan y se les hace creer que están gravemente enfermos"(167). La respectiva ordenanza, presentada al Concejo en junio de 1924, fue promulgada en ene-

*En relación con los institutos de diagnóstico y tratamiento, el del Dr. Slementson, por ej., ofrecía: radio y electrodiagnóstico, electrocardiografía, radioterapia superficial y ultrapenetrante, radiumterapia, diatermia, ondas cortas, rayos ultravioletas y ultrarrojos, termoterapia y alta frecuencia, galvanoterapia, iontoforesis, metabolismo basal, endoscopia, laboratorios de análisis clínicos, biológicos y anatomo-patológicos, transfusiones sanguíneas y hemoterapia, servicio de radiodiagnóstico y fisioterapia a domicilio. Al pie del respectivo aviso figura la siguiente leyenda: "Se atienden exclusivamente enfermos remitidos por profesionales" (*Rev.Fe.Med.R.Argentina*, abril 1944). En cuanto al Hospital Privado de Niños, no es un aviso comercial, sino una noticia publicada en *La Semana Médica*, la que nos informa que el nuevo instituto tiene consultorios externos, clínicos y de todas las especialidades: garganta, ojos, rayos X, odontología, cirugía, etc." Cuenta además con un servicio externo de médicos a domicilio, que realizará en la Capital Federal una verdadera *asistencia pública privada*. Ha encarado también el abono de salud del recién nacido, cuyo crecimiento podrá ser vigilado y también ser tratado en caso de enfermedad". (El énfasis nos corresponde. S.B.) (*S.M.* XIII 15:1108, abril de 1935).

ro de 1926. En 40 artículos no sólo se regulan condiciones que garantizan el control profesional de la actividad de los establecimientos con internación, también se determinan los requisitos de espacio, higiene y calefacción que deben llenar las instalaciones destinadas a los enfermos, las modalidades de la provisión de drogas y medicamentos, la manera de llevar las historias clínicas y la obligación de informar semanalmente el movimiento diario de enfermos a la Administración Sanitaria del Municipio.(167)

Una evaluación contemporánea

En 1941 Luis Tettamanti, uno de los principales dirigentes del gremialismo médico a nivel nacional, intenta una evaluación del proceso de desarrollo de la capacidad instalada privada como “movimiento de defensa profesional”.(168)

Afirma que en la Capital Federal la experiencia no ha sido alentadora, y como causa de ese aparente fracaso reconoce los siguientes factores: a)el capital considerable que demanda la instalación de un policlínico privado en condiciones de competir con los grandes centros hospitalarios y mutuales; b)las dificultades para educar a un público orientado hacia una asistencia oficial gratuita, cada día más completa y perfecta; c)la participación de un número considerable de profesionales, que hace necesaria la percepción de ingresos abultados para satisfacer las aspiraciones económicas de todos; d)las dificultades para organizar un verdadero trabajo en equipo tendiente a sustituir el trabajo individual, motivo por el cual se convirtieron en apéndices de los consultorios particulares; e)la falta de un plan uniforme, lo que determinó un estado de competencia entre las instituciones, y llevó a agravar el malestar económico que diera origen al movimiento.

En el interior del país, en cambio, la perspectiva resulta más favorable, en razón del “incremento extraordinario que ha tomado el ejercicio colectivo de la profesión y los halagadores resultados económicos y sociales que va rindiendo”(169). Los centros médicos de Río Cuarto, Chivilcoy, General Pico, Carlos Pellegrini, Bragado, 9 de Julio, Tucumán, etcétera, dan testimonio de las condiciones que deben reunir tales organizaciones para rendir los frutos esperados. El listado que propone Tettamanti es el siguiente:

- a)Supresión del ejercicio individual.
- b)Absorción de todos los profesionales de la zona.
- c)Perfeccionamiento técnico del equipo.
- d)Labor colectiva orientada hacia la prevención.
- e)Capitales iguales, para evitar la participación de elementos ajenos a la profesión.
- f)Prohibición del trabajo profesional a sueldo o porcentaje.

Por el contrario, no hay pautas uniformes para la remuneración del trabajo en estas instituciones; íntimamente ligada a las condiciones del medio, no puede prestarse a reglas fijadas de antemano. Sería aconsejable, sin embargo, tender a la nivelación cuando se valora el trabajo de los distintos integrantes del equipo. Con el correr del tiempo una orientación de este tipo

aparecerá justificada “por la disminución progresiva del valor individual inicial a favor del aumento del crédito que la labor colectiva otorga a la institución”.(170)

Reflexión final

Tanto o más importante, en la perspectiva de los profesionales, que la delimitación de un ámbito de eficacia técnica, el problema de la recomposición del mercado -para muchos identificado o superpuesto al anterior- aparece como mucho más complejo.

Una de las razones de dicha complejidad es aparentemente simple y claramente manifiesta: no hay acuerdo ni sobre los caminos a recorrer, ni sobre el objetivo final propuesto. Hay otra razón, sin embargo, que entra de lleno en las manifestaciones ideológicas del problema y en tanto tal se recubre de infinidad de matices: la afirmación de un ámbito de intervención técnica en cuestiones socialmente problematizadas refuerza la perspectiva de la profesión como portadora de una función social trascendente; la necesaria recuperación del mercado, en cambio, obliga a rever la imagen tradicional del “sacerdocio” y, al cuestionarla, lleva a buscar una alternativa socialmente legitimadora.

La falta de acuerdo en el interior de la profesión médica en relación con la puesta en marcha de soluciones, mediatas o inmediatas, que contribuyan a atemperar el problema vinculado con la retribución del trabajo profesional, no obedece a arbitrariedad o capricho. Se relaciona en parte con las diferentes percepciones sobre las causas de la crisis, con un pronóstico diverso acerca de su desarrollo, con distintas concepciones de lo “deseable” o lo “posible” en términos de organización social. Pero también con una ya claramente manifiesta diferenciación interna en las filas de la profesión, relacionada con las posibilidades de inserción en el mercado y, no menos importante, con la comprobación de que los diferentes espacios de práctica no constituyen ámbitos cerrados, sin comunicación entre sí: cualquier modificación en uno de ellos influirá necesariamente sobre los otros y, por consiguiente, puede modificar las condiciones de ejercicio para el conjunto.

CAPITULO CUARTO

LA NECESIDAD DE LEGITIMACION SOCIAL DE LAS CONDICIONES DE LA PRACTICA

Ante las transformaciones percibidas en la sociedad en la que se inserta, la profesión debe hacerse cargo de reestructurar los componentes técnicos y organizativo-financieros de su actividad. Ese esfuerzo, sin embargo, aparece como insuficiente o estéril si no se complementa con una redefinición de los contenidos éticos de su práctica. Ajustes en los tres planos son indispensables para orientar positivamente el sentido de las transformaciones sociales en relación con sus consecuencias para la Medicina. Esa redefinición, adecuación de contenidos éticos tradicionales a nuevas condiciones sociales que paulatinamente los desbordan, conlleva una ampliación del ámbito de relaciones entre las instituciones gremiales médicas y las que tienen a su cargo la respuesta social a los problemas de salud/enfermedad.

Una de las demandas profesionales estrechamente asociada con la percepción de la crisis se relaciona con la pérdida de prestigio, de autoridad, con la desconfianza de la población ante el médico. Se están minando las bases sociales de la legitimidad que otorga a éste el derecho de control sobre un conjunto de circunstancias relacionadas con la conservación de la salud y la emergencia de la enfermedad. El deterioro progresivo del reconocimiento de su derecho exclusivo a ese control aparece como una clara amenaza para la supervivencia de la autonomía profesional.

No se trata tan sólo de la persistencia de curadores alternativos, cuya actividad no se debilita ante el desarrollo de la urbanización y de mejores condiciones para el acceso de la población a pautas culturales orientadas hacia lo secular/moderno. Tampoco se puede responsabilizar exclusivamente del proceso al aumento de la atención en grandes instituciones que, ya sea por el carácter gratuito de los servicios o por la complejidad técnica que pueden incorporar, parecen asegurar una mayor eficacia curativa. Las burocracias orientadas a organizarlas, administrarlas y, en algunos casos, a via-

bilizar su funcionamiento en términos financieros, pueden restar al médico algunos espacios de decisión, pero éste sigue siendo pieza indispensable de un mecanismo que no podría ponerse en marcha sin su presencia.

Cualquiera sea el peso que se adjudique a tales factores, externos a la profesión, no deja de considerarse la importancia de otros, internos a su misma práctica. Son los propios profesionales quienes han dejado de adecuar su conducta a la idea tradicional del "sacerdocio", al incurrir en ciertas actitudes y al desarrollar conductas que deterioran su imagen y ponen en peligro la *confianza*, que constituye el fundamento de la relación médico-paciente y es una condición de la eficacia curativa de la terapéutica aplicada.

La relación con el paciente como contacto único, personal, secreto, entablado en el ámbito reservado del consultorio, y que muchas veces incluye en sus contenidos integradores no sólo las afecciones del cuerpo sino también la vida psíquica, afectiva, familiar y social de quien se acerca al médico pidiendo ayuda, se ve minada progresivamente por los cambios técnicos y las condiciones sociales en cuyo seno se entabla esa relación. La eficacia curativa ya no queda encerrada en los límites del contacto de persona a persona; el desarrollo de las especialidades, la complejidad de los medios de diagnóstico y terapéutica, la aparición de cierta socialización de las formas de cobertura, se encargan de proporcionarle otro escenario.

Por otro lado, la deplorable situación de salud de buena parte de la población, tanto en la ciudad capital como en el interior del país, comienza a mostrar de manera alarmante la insuficiencia de la práctica curativa individual, centrada sobre el enfermo que demanda atención, y la inoperancia de las tradicionales acciones sobre el medio, propias de un momento en que el contagio parecía el principal enemigo a combatir y la desinfección el arma más eficaz.

Los médicos, si quieren seguir siendo reconocidos como curadores eficaces, si quieren demostrar su capacidad de intervención tanto sobre el individuo enfermo como sobre las condiciones patógenas del medio -que ya no derivan exclusivamente de la naturaleza, sino que constituyen en gran medida productos sociales que no desaparecen con el solo avance de la modernización y/o el progreso- deberán revisar sus códigos tradicionales -no escritos, pero fuertemente arraigados en la conciencia colectiva de la profesión- y adecuarlos a la situación presente.

La ética médica estaba conformada tradicionalmente por un conjunto de principios cuya vigencia tenía aceptación generalizada, tanto dentro como fuera de la profesión, pero cuyo control y aplicación quedaban limitados a la esfera de la conciencia de cada individuo. El carácter personal de la relación médico-paciente, el inviolable secreto que protegía las prácticas desarrolladas en el interior del consultorio, la perduración de una ideología que otorgaba prioridad a los derechos del individuo, protegiéndolos de la intromisión de "lo social", reforzaban esa situación, que sólo podía tener aceptación generalizada en tanto se conservara la imagen que identificaba la función del Médico con la del Juez y el Sacerdote, cuyos dictámenes era inapelables y a quienes se confería presunción de buena fe basa-

da en el reconocimiento de la existencia de una “vocación de servicio”.

El mantenimiento de semejante concepción sólo fue posible mientras la medicina constituyó una “profesión de notables”, el diagnóstico una función basada más en la intuición que en la técnica, la atención del paciente más un “cuidado” que una “cura”. Y en tanto la sociedad en la cual esa práctica se desarrollaba fue relativamente “transparente”, condición que brindaba la posibilidad de reconocer fácilmente a los transgresores y practicar la depuración sin procedimientos excesivamente formales o traumáticos.

El proceso que en algunos textos suele llamarse de “democratización” de la vida social y del ingreso en la universidad, y la consiguiente democratización de la vida profesional, cambiaron radicalmente esas condiciones. La crisis económica subsiguiente agravó la situación de los recién llegados, y buena parte de los profesionales se vieron en la necesidad de dejar de pensar en los “pacientes” y comenzar a preocuparse por “el cliente”. Muchos incorporan modalidades comerciales de propaganda y entablan con otros profesionales relaciones que implican una percepción de beneficios asociada con la derivación de pacientes. También formalizan acuerdos con casas productoras de fármacos, ortopedias, ópticas, y reciben comisiones por la prescripción de determinados productos.

La práctica sanatorial u hospitalaria cobra importancia en la vida profesional, hay una regulación social del trabajo médico cada vez mayor. Una cantidad de poderes “ajenos” más o menos legítimos, pretenden dictaminar sobre las condiciones de su ejercicio: comisiones administradoras, funcionarios del Estado, organismos políticos no técnicos, avanzan sobre prerrogativas que históricamente estuvieron en manos de los médicos y progresivamente se les van cercenando.

La profesión necesita recuperar su lugar de preeminencia en el conjunto social. Para ello tiene que redefinir sus condiciones de ejercicio, pero al mismo tiempo debe volver a ganar el reconocimiento de la existencia de una “vocación de servicio” entre sus miembros. Vocación de servicio y mercantilización se excluyen recíprocamente. Pero hay algo más: esa vocación, para ser acorde con los tiempos, no puede referirse de manera exclusiva a la relación con el paciente, a la protección del individuo enfermo; tiene que ganar proyección social. En la medida en que la enfermedad se constituye progresivamente como fenómeno social, el médico, si quiere reclamar exclusividad en el ejercicio de la función de combatirla, debe obtener un rol dirigente en las instituciones sociales vinculadas a la superación del problema.

La primera cuestión a contemplar en la búsqueda de una nueva legitimidad es la relacionada con la conformación de “organismos de control”, destinados a evaluar las conductas individuales que deterioran la imagen del profesional. Prácticas mercantilistas, propaganda abusiva, competencia desleal, no solamente inciden de manera negativa en la situación económica de los profesionales que mantienen una conducta honorable; también desmerecen la imagen de la profesión, siembran desconfianza en la población y debilitan la credibilidad indispensable para lograr el apoyo de justas

reivindicaciones.

Pero el problema no termina allí. Si las reglas éticas van a dejar de ser patrimonio de una *élite* y el juzgamiento de las transgresiones en adelante ha de superar los límites de la conciencia individual, se vuelve indispensable explicitarlas, formalizar sus contenidos, difundirlos entre los jóvenes estudiantes, asegurar su aceptación entre la masa médica, determinar tribunales arbitrales para evaluar los casos contenciosos y establecer penas que sancionen las conductas desviadas y desalienten su repetición.

Por otra parte, en la medicina la normativa ética no se limita a los problemas vinculados con la mercantilización, la explotación de los enfermos, la competencia desleal, que son aquéllos que adquieren más "visibilidad", ganan espacios en la prensa y conmueven a la opinión pública. Hay otros dos grandes campos con fuertes connotaciones éticas, en los que las pautas tradicionales comienzan a ser revisadas en el interior de la profesión o en las relaciones entre ésta y organismos específicos del Estado, sin alcanzar a conmover a la opinión pública: se trata de lo referente al secreto médico y a los problemas vinculados con la regulación y el cobro de honorarios.

En las páginas que siguen trataremos de mostrar la perspectiva profesional sobre este complejo entrecruzamiento de problemas en los años de crisis.

La ética médica en la concepción liberal

La concepción tradicional de la ética en medicina, asociada con el ejercicio individual y la idea del sacerdocio médico, aparece formulada en un discurso pronunciado por Gregorio Aráoz Alfaro, en 1919, en la colación de grados de la Facultad de Medicina:

"Tenéis hoy en vuestras manos, en toda su plenitud, los poderes y las facultades con que la ley y la sociedad invisten al médico, facultades las más grandes que sea posible concebir, y que os imponen, por eso mismo, las más grandes y severas responsabilidades (...) Si los individuos os confían sus bienes más preciosos: su salud y su vida, no se debe sólo a que reconocen vuestra preparación científica, sino también porque os suponen hombres de bien, de honor y de conciencia".

No hay, sin embargo, una institución que preserve el cumplimiento de tales deberes, el respeto de los derechos que así se entregan al poder discrecional de los médicos. No hay un castigo tangible, un tribunal que juzgue a los transgresores, ni penas ejemplificadoras para los que abusen del poder recibido y no actúen conforme al lugar de predominio que la sociedad les concede.

"Si no creéis en Dios y en la justicia divina, habréis de creer en la justicia humana, y si no confiáis en la de los jueces y funcionarios, tendréis que aceptar la de los pueblos y las sociedades, que ella llega siempre, tarde o temprano, segura, fatal, inexorable".(171)

La ética del médico está regida por un código no escrito, pero no por ello menos preciso: "Los deberes profesionales se deducen de los preceptos inmutables y universales del derecho natural". Para actuar correctamente no basta al médico mantenerse en los límites de la legalidad civil. Una moral superior le hace conocer el camino del deber y le otorga las fuerzas suficientes

para seguirlo.(172)

Esas normas superiores que regulan la conducta del médico se aprenden en la Universidad, en la frecuentación de un ambiente selecto, en el ejemplo de los mayores* y en el cotidiano enfrentamiento con el dolor humano que hace nacer en los espíritus altruistas el deseo de consagrarse a su servicio.

Pero el acatamiento de esa moral superior sigue siendo de exclusivo resorte individual:** no es posible imponerla, sólo fructifica en individuos con una conciencia moral sólida, portadores de esa auténtica “vocación” que impele al hombre a dedicarse a aliviar el dolor de sus semejantes.

La “democratización” de las universidades permitió el ingreso en las aulas de individuos sin una formación moral adecuada. La plétora de profesionales no sólo es perjudicial en sí misma, porque el multiplicar la oferta perturba la adecuada relación entre número de médicos y demanda poblacional, que permite a los primeros hacer frente a los gastos que su mismo prestigio social les impone; es doblemente pernicioso porque inviste de las prerrogativas del médico a individuos que sólo piensan en la profesión como vehículo para enriquecerse, y para lograrlo no vacilan en utilizar procedimientos que resultan violatorios de los más arraigados preceptos de la ética profesional, aunque no caigan dentro de los dictámenes de las leyes civiles.***

La necesidad de generar instituciones de control dirigidas a sancionar tales desviaciones aparece así estrechamente ligada a las reivindicaciones por el reconocimiento social del lugar de preeminencia que la profesión tuvo históricamente y que reclama como propio. La mala conducta de uno de sus miembros significa el descrédito para la totalidad, la disciplina interna es condición ineludible de la proyección social que la medicina pretende.****

*“La Facultad debe ser escuela de moral, donde el honorable ejemplo del maestro fructifique en el terreno generoso que le brinda la honestidad sin tacha del alumno. La sociedad, al entregar la custodia de su vida a los alumnos de la escuela médica, lo hace confiada en que encuentra en ellos garantía absoluta de valor moral, y el título de médico es el salvaconducto ante el que se abren las puertas de los hogares, se confían los más caros secretos de la vida privada, y se somete la salud de los seres más preciados sin limitación que imponga responsabilidad alguna”. (CERNADAS, Pedro. “El médico frente a los arduos problemas que plantea el espectáculo del mundo”. *S.M.* XLIII, 6,469-475, febrero de 1936, pág. 471).

***“En todo momento, la responsabilidad del médico es exclusivamente individual y de conciencia” (CERNADAS, Pedro. “Bases y puntos de partida para un código de moral médica”. *S.M.* XL 40:1038-1043, octubre de 1933, pág. 1040).

****“Los mismos médicos se desprestigian, hay que reconocerlo: entre nosotros, bien lo sabemos, hay seres indeseables: la excepción, pero ¿por qué no excluirlos del medio en que viven? ¿Por qué no limpiar nuestras propias filas? (...) Y si hay entre los médicos malos médicos, ¿cuáles son las causas? (...) *El umbral de la Facultad deben pisarlo quienes merecen subir sus escalones*; tal debe ser el nuevo lema: limitar por muchos, y filtrar por selección; los muchos estorban a los pocos que tienen vocación, los malos estorban a todos”. (El énfasis pertenece al original, S.B.) (CARAVIAS, Dionisio. “La voz de los profanos”. *S.M.* XXXVII 30:300-301, julio de 1930, pág. 301).

*****“Es hora de comprender cómo y por qué caen nuestras acciones en público. No era la levita, la galera cuadrada y la barba las que imponían al médico de tiempos pretéritos. Su personalidad filtraba su ropaje, y al lado del enfermo resplandecía la investidura de un doble amor humanitario y científico.”

Si se quiere defender el derecho a la autonomía, si los profesionales no quieren verse limitados por profanos en las decisiones técnicas que les competen, si no quieren ser utilizados por políticos para llevar adelante proyectos subalternos, si quieren lograr el completo reconocimiento de su función social, entonces la profesión debe autodepurarse.

El reconocimiento de esta necesidad impostergable es común tanto en aquéllos que ven el origen del problema en las condiciones del ingreso universitario y las falencias de la enseñanza de la medicina, como en quienes defienden el proceso de democratización y responsabilizan a la crisis económica por el creciente abandono de la normativa ética.

Los síntomas más evidentes de corrupción: mercantilización, asociaciones ilícitas, propaganda.

En 1932, Angel Giménez, en su carácter de Diputado de la Nación, presenta un pedido de informes al P.E. sobre la aplicación de las leyes N° 2823, de ejercicio de las profesiones del arte de curar, y N° 4867, de reglamentación del ejercicio de la farmacia.

“No vengo”, dice Giménez en su fundamentación del pedido, “a defender los intereses corporativos de un gremio muy respetable, sino en defensa del pueblo, víctima de la deshonestidad profesional”.(173)

Las leyes a las que se refiere estaban destinadas a reglamentar el ejercicio de “honestas profesiones” frente al avance del curanderismo;

“Hoy, por una de esas aberraciones que se producen en ciertos gremios o instituciones, nos encontramos que los profesionales deshonestos parecen querer convertirse en curanderos y caer bajo las penalidades de la ley, y a veces escudarse en las deficiencias de la misma.

“Buenos Aires se encuentra invadido por una serie de institutos, organizaciones y establecimientos dudosos, y junto con ellos una reclame despiadada de las cosas más extraordinarias, de las curas más estupendas realizadas por drogas y específicos de toda índole (...).

“Una propaganda descarada se introduce en todas partes, con avisos que anuncian profesionales, profesores de la Universidad que no son tales, o médicos de hospitales que no tienen esos nombramientos, anuncian las curaciones más extraordinarias (...).

“A eso hay que añadir los abonos de asistencia médica, las curaciones radicales que se anuncian de las enfermedades más raras, y además esa dicotomía, término muy usado en el lenguaje de los médicos, el desdoblamiento que se hace de los enfermos, haciéndolos recorrer una serie de laboratorios, sanatorios e institutos”.(173)

“Hoy no se puede ni se debe pedir respeto del público cuando no es general la integridad profesional. Hay muchos tejemanejes médicos, de los que se valen algunos grandes y chicos para dar incremento a sus entradas, a su clientela y a sus méritos. Es mucha la gente que sabe que su hogar o su renta pelagra cuando la necesidad atrae a un médico a la casa. Sabe que vendrá un doctor y con él quizás el saqueo, el negocio, las muchas visitas innecesarias, las inyecciones tónicas, los análisis y radiografías milagrosos para el diagnóstico, consultas, etc. (...) Y así, cuando un médico llega, en lugar de acogerlo con respeto y veneración y escuchar su consejo desinteresado se le recibe recelando, estudiando y espiando su actuación, comentando o corrigiendo sus indicaciones, discutiendo o evadiendo sus decisiones”. (DIFFERT LASTRA, Mario. “Ética Profesional”. S.M. XL 1:83-85, enero de 1933, pág. 83).

Está en lo cierto Giménez cuando habla de la generalizada difusión del término “dicotomía”. Utilizado originariamente en botánica, se destinaba a designar cierto sistema de ramificación de los tallos. En el ambiente médico la dicotomía tenía dos características fundamentales: una, la repartición de honorarios: cada vez que un profesional requiere los servicios de otros, ya se trate de análisis, o cualquier tipo de prácticas diagnósticas, ya de la derivación a un especialista, a un cirujano, “uno de los médicos recibe del otro una participación de sus honorarios por haberle enviado al enfermo”; la segunda característica se refiere a que el enfermo ignora dicho arreglo, “debiendo pagar a su vez a los profesionales intervinientes”.(174)

El problema parece haberse publicitado extensamente en los principales diarios de Buenos Aires. La Prensa, en su edición del 5 de abril de 1930, afirmaba:

“Abundan los que dicotomizan* (valga el verbo) con farmacéuticos, proveedores de remedios, sanatorios, ortopedistas, panaderos, zapateros, y con cuanto a mano viene. No faltan galenos de retumbo que recomiendan determinados laboratorios donde sus clientes pagarán de acuerdo con el color de la tinta en que llevan escrita la receta o carta de presentación”.**

*Manejada inicialmente en secreto, más tarde la práctica comienza a hacerse pública y se discute en torno de su legitimidad. Se afirma que se trata de una simple división de honorarios, a la cual el enfermo es ajeno en absoluto y no tiene derecho a protestar o reclamar. También se suele argumentar que el honorario percibido pertenece al médico y éste tiene derecho a distribuirlo como quiera. Quienes ven la dicotomía como una simple “coima”, señalan las siguientes consecuencias en perjuicio del paciente:

“(1)La dicotomía encarece el tratamiento. Esto es de fácil comprensión: los laboratoristas, por ejemplo, tiene que subir al doble sus tarifas para pagar al médico que envía el análisis.

“(2)La dicotomía multiplica los exámenes innecesarios. El médico que no puede cobrar más que un tanto por su prestación de servicios envía al enfermo a otros colegas con el solo objeto de cobrar la comisión del envío.

“(3)La dicotomía puede llegar a influir en el acto de aconsejar una operación quirúrgica.” (LANARI, Alfredo. “De la dicotomía”. *Rev.Col.Med.* IX 91:31-32, julio de 1940, pág. 32).

Hacia 1930 la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires recibe una nota de una sociedad similar extranjera en la que se ofrecía la membresía a cualquier cirujano argentino que se comprometiera formalmente a no repartir honorarios. “El presidente de nuestra sociedad de cirugía dijo entonces que no encontraba digno obligarse por mandato ajeno, porque la moral, según él, tenía su código en la conciencia de cada uno. Demostró luego que esa distribución de dineros que hacen los cirujanos con los médicos que los ponen en ocasión de operar, venía de muy atrás. Explicó que en tiempos pretéritos, lo granado del gremio, que lo componían los médicos de bonete cuadrado, tenían a menos manchar sus manos en sangre, por lo que entregaban sus enfermos de pequeña cirugía a los barberos, y las grandes operaciones las hacían ejecutar con los que se denominaban cortadores, quienes recibían enseguida de su trabajo la modesta suma de trece blancas (...) Hizo resaltar que los dineros así habidos eran limpiamente ganados. Y remató su oposición diciendo que era de vituperar el operador que pagaba a sus colaboradores del peculio de sus clientes, no así el que pagaba de lo suyo. Este último cometía simplemente un acto de pura generosidad, cuando no de estricta justicia, porque era de saber que en muchas operaciones el clínico suele ser necesario y eficaz, antes, durante y después del acto quirúrgico”. (“Ética Médica”. *S.M.* XXXVII 16:1021-1022, abril de 1930 pág. 1021).

**Es necesario reconocer que los médicos con mucha frecuencia era tentados por múltiples ofrecimientos que podrían aumentar sus honorarios reducidos por la crisis. En 1935 circula entre los profesionales la siguiente nota: “Nos permitimos dirigir a Ud. con el propósito de ofrecerle en forma absolutamente confidencial y en condiciones altamente convenientes, los productos que nuestro laboratorio elabora (...) Al adjuntarle una muestra de nuestros prepa-

Por esa misma época, el Departamento Nacional de Higiene decide reprimir otra práctica muy generalizada, y conocida como *simbiosis profesional*. Se trata de asociaciones entre médicos y farmacéuticos o entre médicos y casas de óptica, destinadas a explotar en común el respectivo comercio. La asociación entre médicos y farmacéuticos estaba expresamente prohibida por la ley de ejercicio de la farmacia*¹. En su resolución del 4 de abril de 1930 el D.N.H. procura limitar cualquier tipo de asociación o acuerdo entre médicos y ópticas. Su artículo 1º reza así: "Prohíbese que los señores médicos al formular sus recetas prescriban vidrios de determinada marca ni usen signos convencionales de ninguna especie que no puedan ser interpretados por todas las casas de óptica".

Otro capítulo que alimenta el descrédito profesional es el de la propaganda. Las revistas gremiales se escandalizan ante las propagandas de naturistas y homeópatas que pretenden curarlo todo -"bronquios, gordura, piel, pecho, hígado, urinarias, espaldas, flacura, senos, estómago, seborrea, zumbidos"-** o el listado de dolencias para las que prometen curación los "Policlínicos modernos", que en 1929 se ocupaban, entre otras cosas, del reumatismo y la ciática ofreciendo "curación rápida, por crónicos que sean", o curaban enfermedades secretas "aunque sean rebeldes o antiguas, sin dolor" u ofrecían "rejuvenecimiento por el injerto, método Voronoff".(175).

También la tecnología acude en ayuda de la humanidad doliente. El instituto Versalles ofrece en 1940 la aplicación de "radioterapia superficial y profunda para el tratamiento del cáncer, epiteloma, asma bronquial, hipertrofitiroidea (coto) no operable, leucemia, tuberculosis viscerales, rayos X, radioscopia, rayos ultravioletas, electricidad médica galvánica, farádica de alta frecuencia, diatermia"(176). En el mismo año, Crítica anuncia a tres columnas un "extraño aparato que hace retroceder la muerte". Se trata del Magneopático, que ha realizado milagros en todos los países del mundo. "Su eficacia es incontestable sobre la prolongación de la existencia humana, sobre la belleza física y el rejuvenecimiento". Su base científ-

rados (...) queremos desde ya recordarle un hecho por todos los médicos bien conocido: enfermos de sociedades, enfermos clavos que nunca pagan al facultativo, siempre tienen dinero para gastar en bebidas o parrandas. Por eso la cooperación que a Ud. solicitamos no deja de ser a la vez un medio de defensa profesional y que únicamente es conocido por nuestro laboratorio. En la cartulina adjunta hallará una lista de nuestros excelentes preparados y sus importantes detalles. En la misma, cada cuadradito representa un peso de bonificación por cada unidad prescrita; dos cuadraditos equivalen a dos pesos, un cuadradito y un punto, veinticinco, y la L significa setenta y cinco". ("Charlatanismo e inmoralidad". *BOLETIN F.G.M. Santa Fe*. II 14:6, marzo de 1936).

¹*Art. 55: "Queda prohibida la asociación del médico y del farmacéutico para explotar profesiones, así como el establecimiento de consultorios médicos en las farmacias o locales que tengan comunicación con ellas".

***"Estos avisitos son del Dr. Juan Ianni Di Croce, de la calle Rivadavia 2134, se han publicado en Crítica. Se dedica, en especial, a todo: desde el enflaquecimiento de los gordos hasta el engordamiento de los flacos, a base de irisdiagnóstico, homeopatía y pastos". ("Avisos de notabilidades médicas". *Rev.Col.Med.* IX 88:27-31, abril de 1940, pág. 27).

fica es el magnetismo, que “es el principio de vida, es la fuerza de la creación, es la energía de Dios”.(177)

En 1936 la dirección del Departamento Nacional de Higiene dicta una resolución por la cual encarga a la Sección Ejercicio de la Medicina y Profesiones Conexas, la fiscalización de la propaganda profesional. La medida tiende a ejercer cierto control sobre la publicidad realizada mediante avisos -en diarios, revistas, folletos, por radiodifusión, en carteles murales, volantes, etcétera- “en los que se anuncian bajo distintos títulos o en forma subrepticia, métodos, sistemas, curaciones, procedimientos, etc. que están en pugna con los principios básicos de la ética médica o la sana moral, como lo son los tendientes a evitar o malograr el producto conceptual o inducir a errores mediante propaganda engañosa”*. Aclaraba la referida resolución que la propaganda debía limitarse exclusivamente a anunciar lo inherente a la profesión, sin apartarse de las funciones propias de cada una, “dentro del marco de la mayor seriedad científica, corrección y dignidad profesional.” (178)**

El Reglamento de la Facultad de Medicina era suficientemente explícito en cuanto a propaganda se refiere: prohibía a los profesores titulares y suplentes anunciar sus cursos, conferencias o lecciones en la prensa diaria, a no ser que se lo hiciera por intermedio de la Facultad (art. 162). También estaba vedado a los docentes el anuncio de tratamientos “especiales, radicales o infalibles”. El incumplimiento de dicha disposición era causa suficiente para que el Consejo decidiera la exoneración del culpable (art. 163). Tampoco se concederían adscripciones o suplencias a los profesionales que incurrieran en faltas de esa índole.

“Sin embargo”, dice La Prensa del 19 de abril de 1930, “hay catedráticos que encuentran de buena ley (...) mostrarse en funciones médico industriales, plantando su fotografía en algunos de esos papeles que afirman con la autoridad del que allí da su cara, unas veces las virtudes curativas de un agua mineral y otras las propiedades regeneradoras de un vino cualquiera”.(179)

El problema parece haber sido mucho más delicado cuando se trata de enfermedades venéreas, ya que no parece existir acuerdo claro que diferencie

* “La Revista del Colegio de Médicos de la Capital Federal publica en 1937 el siguiente suelto: “55 avisos de médicos, enfermeros y parteras que curan la impotencia, devuelven la virilidad, tratan en 20 días la sífilis, usan toda clase de mecanismos eléctricos, atienden a los enfermos del interior gratis y por carta remitiendo el franqueo, recetando yerbas solamente, especialistas para casos urgentes de embarazo, etc. están invitando en los diarios desde hace tiempo la intervención que dispone la ley de profilaxis venérea y otras disposiciones cuyo cumplimiento está a cargo del Departamento Nacional de Higiene”. (“El cuarto poder”. *Rev. Col. Med.* VI 52:19, mayo de 1937).

**En el interior de la profesión algunas voces rechazan toda propaganda como contraria a la dignidad profesional: “La publicidad extracientífica, o sea la que se hace por medio de carteles, anuncios y reclames, si no es charlatanismo, en el mejor de los casos es un franco mercantilismo que habla poco en favor de los que la practican. Sólo aceptamos y aplaudimos la reputación que surge espontáneamente de los trabajos científicos o de interés moral o gremial, publicados en revistas y libros”. (CERNADAS, Pedro. “Bases y puntos de partida para un código de moral médica”. *S.M.* XL 40:1038-1043, octubre de 1933, pág. 1040).

la propaganda, prohibida por la ley, de las prácticas educativas de difusión del peligro venéreo; ni tampoco hay coincidencias sobre los límites dentro de los cuales se debe circunscribir la educación antivenérea para no caer en el escándalo o la pornografía.

En 1934, en una sesión del Directorio del Colegio de Médicos, su presidente, Pedro Boero, propone un voto "en aras del bienestar social, para que el médico haga la profilaxis social como un sacerdocio y en la intimidad del hogar"* (180). La cuestión se relaciona con la propaganda mural llevada adelante por la Liga de Profilaxis Social, que Boero considera un atentado moral, que sólo consigue "inquietar a los inocentes". En su opinión "no es necesario hacer manifestaciones estentóreas de las lacras sociales". (181)

El presidente de la referida Liga, Fernández Verano, publica una refutación de los conceptos utilizados por Boero para desprestigiar las campañas de propaganda antivenérea y, al mismo tiempo, diferencia la propaganda hecha por la Liga de la que llevan a cabo "profesionales sin escrúpulos" que imitan "en su publicidad la propaganda educativa, a fin de inducir a error a la opinión y explotar fácilmente a los incautos"**(182)

Los primeros intentos de institucionalización de una normativa ética

En agosto de 1907 la Asociación Médica Argentina encarga a una comisión presidida por Luis Agote el estudio de las "relaciones y responsabilidades del Cuerpo Médico con los poderes judiciales, el secreto médico y relaciones de los médicos entre sí". El respectivo dictamen, fundado en la falta de una ley que reglamente el ejercicio de la medicina y demás ramas del arte de curar con criterios actualizados, insiste en la necesidad de fundar un Colegio de Médicos, encargado de juzgar "todos los actos médicos que no encuadren dentro de la ley penal (...) y de analizar las relaciones de la sociedad con los médicos y de éstos con la sociedad"*** (183)

*"El médico debe oficiar en el seno del hogar, hablando al oído de quien le confió el secreto, por cualquier medio y ejerciendo su acción de previsión o profilaxis social llamando la conciencia de su cliente a la realidad de los hechos, con autoridad y dulzura, a la vez que le recuerda la intensidad del dolor de la *mea culpa*". (Ibid. pág. 1629).

**Aclara Fernández Verano: "Durante los últimos años, la Capital Federal se ha visto inundada por una profusa fijación de carteles, fijados clandestinamente por consultorios charlatanescos, denominados pomposamente 'clínicas', 'policlínicos', 'institutos', 'agrupaciones médicas', etc., en los cuales aparecían en letras de gran tamaño los vocablos 'sífilis' y 'blenorragia'. En algunos carteles se leían también, a manera de título, las palabras 'profilaxis social'." (Ibid. pág. 1628).

*** En paralelo, un proyecto de reglamentación del ejercicio de la medicina discutido también en el seno de la A.M.A. establecía en su artículo 22: "Las infracciones comprendidas en los incisos b) y e) del artículo 19 serán juzgadas por la Academia de Medicina, mientras los facultativos no constituyeren voluntariamente un Colegio general del gremio médico encargado de juzgarlas bajo las responsabilidades morales del caso". Los incisos mencionados se referían a "b) Faltas generales de orden moral o contrarias al decoro de la profesión cometidas en la práctica médica." "e) Actos que, sin relacionarse con la práctica médica comprometen el decoro de la persona haciéndola indigna de la consideración profesional." (Sesión del 23 de septiembre de 1907. S.M. XIV 38:1170-1172, septiembre de 1907, pág. 1172).

La iniciativa, sin embargo, no parece haber prosperado. Y aunque periódicamente se reitera el reclamo por una ley de ejercicio, no hemos registrado otras menciones a un Colegio u organismo similar antes de 1925.

La especulación en torno de la necesidad de reforzar los componentes éticos de la práctica reaparece estrechamente asociada con los intentos de agremiación. Como veremos en el próximo capítulo, en la constitución de los organismos gremiales se formulan como objetivos prioritarios la defensa del interés profesional y el resguardo de los valores éticos propios del ejercicio de la medicina.

Entre los profesionales argentinos parece haberse reproducido en esos años la discusión desarrollada en Francia en torno de la constitución de una Orden de los médicos*. ¿El organismo encargado de supervisar el ejercicio profesional debía ubicarse en el interior de los aparatos del Estado, o era imprescindible reclamar su autonomía? En este último caso, ¿podía confundirse con la organización sindical, o era necesaria una institución independiente? Si insertarse en la órbita estatal significaba resignar la indispensable autonomía de la profesión**, ¿cómo obtener el acatamiento de una normativa y la aceptación de las sanciones a su transgresión? ¿Debía demandarse a los poderes públicos la implantación de la agremiación obligatoria? *** (184).

El descontento ante la inoperancia de los organismos estatales encargados de la supervisión de las actividades relacionadas con las condiciones de salud de la población se manifiesta de manera reiterada. En las revistas médicas abundan observaciones dirigidas al Departamento Nacional de Higiene en las que se señalan infracciones y se pide mayor diligencia en la tarea de control, “el Departamento Nacional de Higiene no cumple sus ordenanzas, que son así letra muerta en el fondo de los archivos”, se afirma. **** (185).

*No faltan referencias a otras situaciones europeas y americanas: “En Italia los médicos están inscriptos en la Orden de Médicos y en los sindicatos, y vigilan porque nadie se atribuya títulos de que carece, y que no están oficializados por universidades u organismos del Estado. Las reclames sobre cáncer y tuberculosis están severamente prohibidas (...) Toda reclame panfletaria de opúsculos, escritos, publicaciones pseudocientíficas o en diarios políticos, está prohibida. La reclame autorizada es limitadísima y debe estar aprobada por las autoridades oficiales en su texto”. (CARRERA, José Luis. “Los servicios gratuitos en el hospital de puertas abiertas”. *S.M.* XLV 31:1184-1186, mayo de 1939, pág. 1186).

***“El gremialismo tiende a la solución de los problemas por obra y esfuerzo de nosotros mismos; tiende a encarrilar las normas profesionales por dictados de la conciencia médica, único árbitro de sus designios; sin la ingerencia de factores extraños (...) sin perder el conglomerado médico su independencia y sin soportar la presión oficial, no siempre justa, no siempre despojada de los intereses creados y casi siempre con penetrante olor de comité”. (BORRUAUT, C.A. “La profesión médica frente a la sociedad y el Estado”. *S.M.* XL 29:207-209, julio de 1933, pág. 208).

***En la provincia de Buenos Aires se afirmaba al respecto en 1929: “se considera en primer término y como condición absolutamente indispensable, que para dar mayor fuerza al pedido que oportunamente hará este Colegio en ese sentido a la Legislatura provincial, debía contar por lo menos con la adhesión de la mayoría de los médicos que actualmente ejercen la profesión en la Provincia”. (“Asamblea Ordinaria Anual del Colegio de Médicos”. *BOLETIN L.C.* VII 70: 11-19, noviembre de 1929, pág. 12).

****“Aquellos organismos a quienes se les encomienda una misión de vigilancia, nada difícil, si se tiene en cuenta el personal a sus órdenes, el apoyo que les presta la Policía de la Capital,

En los años veinte, los dirigentes del Sindicato Nacional de Médicos no parecen abrigar dudas sobre la orientación de los cambios producidos:

“El individualismo, conquista de la revolución, tiene que ceder paso al cooperativismo, victoria de la evolución social. La Deontología clásica es hoy anacrónica: la ética profesional tiene que ser formulada y fiscalizada por el Sindicato, guardián de las reglas profesionales”.(186)

Las primeras instituciones emanadas de la profesión y relacionadas con el resguardo de la conducta de sus miembros parecen haber sido los Jurados de Distrito, tribunales de honor creados por los Estatutos del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y encargados de dirimir “las cuestiones que se susciten entre colegas o entre éstos y el público”(187). Este tipo de organismo parece haberse conformado en la casi totalidad de las instituciones gremiales organizadas posteriormente. Más adelante trataremos de evaluar en alguna medida su eficacia.

La pretensión de control se formula con más fuerza aún en la constitución de la Unión de Médicos Municipales, que en 1930 se plantea como objetivo “constituir una corporación” en la que cada uno de sus miembros se constituya como agente de control de cuanto exista o suceda en los servicios de que forma parte”.(188)

Sin embargo, pocos años más tarde parece tener aceptación generalizada en el interior del gremio la propuesta organizativa que terminará afirmándose en las décadas posteriores, a medida que diferentes jurisdicciones estatales den curso a las demandas que la profesión interpone en tal sentido: la conformación de organismos independientes tanto del gremio como de las instancias políticas del aparato estatal, que toman a su cargo la matrícula y el control de las condiciones de ejercicio profesional, conformados exclusivamente por médicos y elegidos por el voto de la totalidad de los matriculados. La provincia de Santa Fe, pionera en muchas materias vinculadas con la salud durante estos años de cambio, lo es también en este sentido: en 1932 la ley provincial N° 2287 ordena la constitución de los Consejos Médicos, de los que más adelante nos ocuparemos en detalle.

También hay un antecedente temprano en el orden nacional que, sin embargo, no llega a ser sancionado: en 1934 el Poder Ejecutivo Nacional encarga a una comisión compuesta por médicos, ingenieros y abogados, la preparación de un anteproyecto de ley reglamentaria de las profesiones liberales (Decreto N° 43.489 del 18-VI-1934). La norma elaborada por esa Comisión Honoraria prevé la conformación de Consejos Profesionales elegidos por voto secreto y obligatorio de todos los inscriptos en la matrícula de cada profesión. Los cargos serían *ad honorem*, obligatorios y renovables cada cuatro años. Entre las funciones a cargo de los Consejos se establece: formar los códigos de ética profesional, proponer al Poder Ejecutivo los aranceles de cada profesión, aplicar correcciones disciplinarias por violación a los estatutos, reglamentos y códigos que regulen el respectivo

y la forma ostensible en que transgreden las disposiciones por cuyo cumplimiento deben velar, no tienen justificación cuando dejan de cumplir la tarea que se les ha encomendado o la cumplen en forma que hace nula su labor”. (“Hay que reaccionar”. *Rev.Col.Med.* VI 58:5-6, noviembre de 1937, pág. 6).

ejercicio. (189)*

Los posibles contenidos de un código de ética

Ya se hable de recuperar los antiguos fueros, ya de formular un código que sancione normas adecuadas a los cambios que la evolución social impone a la práctica, los posibles contenidos de esa normativa no parecen diferir sustancialmente.**

Una serie de normas relacionadas con la actitud del médico ante el paciente y su familia, precisas indicaciones de cómo proceder en caso de realizarse una consulta***, expresas condenas de las prácticas reputadas como "mercantilistas", de las asociaciones que suponen un beneficio más allá del trabajo realizado o pueden inducir a la sobrepráctica, de la propaganda que no acata reglas precisas de decoro profesional; las prescripciones se repiten de una a otra propuesta, con variaciones que sólo son de forma. En algunos casos aparecen novedades que pueden relacionarse fácilmente con

*Cuando en 1938 el Directorio del Colegio de Médicos de la Capital Federal se dirige al Senado solicitando la sanción del proyecto, afirma: "Al cumplimiento diligente, imparcial y severo de los derechos y obligaciones que la ley establece tiende la creación de los consejos profesionales (...) que implican la matriculación obligatoria, con la cual las prescripciones del artículo 14 tendrán la fuerza que es menester para asegurar los alcances de su jurisdicción sobre todos los profesionales de cada matrícula. Dichos consejos, elegidos por los profesionales de la matrícula respectiva, tienen por su propio origen todas las garantías de acierto y de opinión entre sus tutelados, sin olvidar que su mismo carácter los mantiene más fácilmente al abrigo de las influencias extrañas en la represión de los desvíos que entrañan el ejercicio ilegal y las faltas de ética y de conducta de los diplomados". (*Rev. Col. Med.* VII 68:29, septiembre de 1938)

**"El médico debe recuperar su antiguo prestigio, hoy bastante ajado por culpa de él mismo; debe volver a ser el amigo y consejero fiel de la familia, ocupar el puesto de veneración y honor que disfrutaba el médico de antaño. No digáis que esto es imposible, que es pura fantasía, que los tiempos han cambiado, que a épocas nuevas costumbres nuevas. No, mil veces no; la moral básica es una en todas las épocas y en todas partes" (CERNADAS, Pedro. "El médico debe volver por sus antiguos prestigios". *S.M.* XXXIX 47:1556-1559, noviembre de 1932, pág. 1559).

"El ejercicio de la medicina, tal como se realiza hoy ¿es un apostolado? No, y no lo es porque no puede serlo. No abramos el diccionario para buscar el significado exacto de esa palabra. No es necesario. Todos estamos de acuerdo en lo que quiere decir. Las condiciones actuales de la vida moderna, las dificultades diarias ocasionadas por la exigüidad de las entradas y la exorbitancia inevitable de las salidas que forzosamente deben ir de acuerdo con la situación que el médico ocupa en la sociedad, hacen que el profesional ande por altibajos, en los cuales abundan casi siempre más las situaciones desventajosas que los momentos tranquilos". (ABADIE, Juan L. "El ejercicio de la medicina, tal como se realiza hoy ¿es un apostolado?". *Rev. Col. Med.* IX 87:718, marzo 1940).

****"El médico o el 'maestro' consultante no debe modificar el tratamiento, tanto en el fondo como en la forma, sino en caso de verdadera necesidad [...] el 'maestro' levanta tribuna en la casa del paciente y los médicos prácticos debemos resignarnos a escuchar esas extemporáneas conferencias con nombres y signos nuevos a granel. Esta disertación aminora sensiblemente el prestigio del médico de cabecera, que nunca habló a la familia en términos tan elocuentes y tan raros, y sobre todo, tan incomprensibles" (CERNADAS, Pedro. "El médico práctico y el profesor universitario". *S.M.* XXXIX 49:1746-1747, diciembre de 1932, pág. 1746).

la problemática contemporánea: falta a la ética el médico que obtiene un empleo por recomendación directa o encubierta, el que se perpetúa en un cargo técnico impidiendo el avance de los jóvenes, el que no maneja con prudencia las expresiones utilizadas en las campañas de divulgación - especialmente las dirigidas a la profilaxis antivenérea: terreno sin desbrozar, donde la profesión carece de propuestas claras.*

Las discrepancias se plantean con nitidez únicamente en dos áreas: la que se refiere a los honorarios profesionales y la prestación de servicios gratuitos al indigente, y la que se vincula con la controvertida cuestión del secreto médico. De ellas nos ocuparemos más adelante.

En 1927 la Revista Médica del Rosario publica el Código de Moral Médica aprobado por el VI Congreso Médico Latinoamericano. Diez capítulos dirigidos a la clase médica se ocupan de los deberes para con los enfermos, los relacionados con el mantenimiento de la dignidad profesional, los servicios profesionales entre médicos, los deberes de los médicos que reemplazan a un colega, las juntas o consultas, la relación entre especialistas y clínicos, los deberes particulares relacionados con los casos de obstetricia, el secreto médico y los honorarios profesionales. El capítulo undécimo está constituido por consejos dirigidos a la población "en beneficio de los enfermos y de la armonía que debe reinar entre el gremio médico".(190)

Aprobado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y el Sindicato Nacional de Médicos, dicho código parece haber contado con aceptación generalizada. El punto de fricción indudablemente no pasaba por las normas, sino por la posibilidad de garantizar su cumplimiento.

El desempeño de los jurados de honor o tribunales de ética

En una época en que los médicos enviaban padrinos cuando se vertían expresiones agraviantes para su prestigio o dignidad profesional, y en algún caso, por supuesto excepcional, llegaban a morir en el duelo, la existencia de estos tribunales de honor que tenían que juzgar conductas no contempladas en la legislación civil ni penal y regidas por un vago conjunto de preceptos no escritos -en un momento en que los valores que los sustentaban estaban pasando por un proceso de cuestionamiento y revisión-, sólo puede comprenderse dentro de una lógica compuesta fundamentalmente de buenas intenciones.

* También se formula una normativa destinada a pautar la conducta gremial. En este caso suele perderse la línea de demarcación entre la ética profesional y la defensa de las condiciones de ejercicio. Vayan como ejemplo las siguientes normas que publica una revista gremial: "5 normas que no se deben olvidar.

- 1.- No preste servicio médico gratuito en instituciones de fomento, clubs de barrio, entidades mutuales, etc., el trabajo profesional debe ser remunerado.
- 2.- No envíe ni reciba recomendaciones para atender en el hospital a sus amigos u otras personas que puedan pagar asistencia particular.
- 3.- Recuerde que el hospital es para los pobres, no atienda en ellos a gente pudiente.
- 4.- Hablar mal de un colega es hablar mal de la medicina. No cometa esa grave falta de ética profesional.
- 5.- Denuncie a la agremiación cualquier transgresión a las leyes que reprimen el curanderismo".

Hemos recogido algunos casos aislados de conflictos producidos entre profesionales y llevados para su resolución ante tribunales de honor. Sin pretender llegar a ningún tipo de generalización podríamos decir que se trata de cuestiones relativamente banales, asociadas por lo general a pujas entre diferentes grupos para tener el derecho exclusivo de trabajar en un hospital o atender los socios de algunas mutualidades, pedidos de expulsión para colegas que no acataron decisiones gremiales referentes al conflicto con las compañías de seguros, problemas suscitados en el interior de servicios hospitalarios, etcétera.

A pesar de las expectativas que en algunos casos se forman en torno de la decisión de tales tribunales y la dureza con que se exponen las posiciones encontradas, las decisiones son en general relativamente sensatas. Y esto, a pesar de que en la mayoría de los casos nos llegan a través de la versión de la parte afectada.

En un conflicto suscitado en Luján, por ejemplo, la primera medida tomada por el Tribunal de Etica fue tratar de intervenir para lograr algún tipo de acuerdo amigable. Cuando después de cierto tiempo fracasa en dicha gestión, una de las partes exige el pronunciamiento de un dictamen. Reunido el Jurado, declaró “que en la cuestión planteada no había falta de ética profesional que resolver y por el contrario, el asunto giraba alrededor de una cuestión puramente material, pequeña en sí, y que decorosamente no podía entrar a considerar.”(191)

Los tribunales de honor, por sus características, y por la imposibilidad de ejercer cualquier tipo de coerción para que sus fallos fueran aceptados, sólo podían ocuparse de problemas planteados entre los adherentes de la respectiva organización, y la única sanción aplicable era la expulsión, generalmente excesiva para la índole de los problemas que se debatían.*

Las situaciones realmente graves solían presentarse entre un agremiado y otro profesional no adherente, o a raíz de resoluciones de instituciones oficiales que afectaban a médicos que se desempeñaban en los hospitales. Estos casos quedaban absolutamente fuera de la órbita de acción no sólo del Tribunal de Honor, sino también del gremio, que únicamente podía manifestar su opinión a través de notas de protesta o mitines públicos, en general sin obtener resultados.

No podemos desconocer la posibilidad de que el desempeño de los jurados de honor haya sido eficaz a partir de una actuación informal como amables componedores, de manera que sólo trascendían aquellas gestiones en las que el acuerdo privado era imposible y se hacía indispensable pronunciar un fallo, muchas veces lleno de dificultades. De todos modos, no pa-

* En la memoria del segundo ejercicio de la Asociación de Médicos del Departamento de San Martín (Prov. Santa Fe) leemos el siguiente comentario: “Por primera vez se constituyó el tribunal de honor para juzgar a uno de los socios y pudimos constatar las dificultades con que tropezaron sus miembros para actuar con la libertad necesaria. Como el cargo es irrenunciable se produjeron situaciones que en teoría parecen realizables pero que la práctica ha demostrado lo contrario. Los improvisados jueces deben luchar con sus afectos para ser justos y corren el riesgo de cometer injusticias para satisfacer sus preferencias”. (*BOLETIN F.G.M.Santa Fe*. 1 4:3-4, abril de 1935, pág. 4).

recen haber servido para solucionar las graves cuestiones de ética que en ese momento preocupaban a la profesión ni para dictar normas de aplicación generalizada, seguramente porque los infractores no pertenecían al gremio y éste no tenía ninguna jurisdicción sobre ellos. Las apelaciones a la intervención estatal y las denuncias de casos concretos de violación de las ordenanzas del Departamento Nacional de Higiene tuvieron escaso éxito. La formación de los Consejos Deontológicos puede haber sido vista como la solución de tales dificultades, pero su instalación generalizada requirió todavía muchos años de demandas insatisfechas.

Los Consejos Deontológicos en Santa Fe

La Ley de Sanidad de la Provincia de Santa Fe, N° 2287, del 13 de diciembre de 1932, incluye la institución de los Consejos Médicos electivos. A la Dirección General de Higiene, con jurisdicción provincial, se unen por imperio de la ley dos Consejos Médicos que, respetando la tradicional división de la provincia en dos circunscripciones, tienen su asiento en Santa Fe y Rosario. Cada uno de ellos estará compuesto por cinco miembros: tres médicos, un farmacéutico y un odontólogo, elegidos por el voto de los profesionales inscriptos en la respectiva matrícula en cada circunscripción. Posteriormente, en 1939, al reorganizarse las instituciones sanitarias a partir de la sanción de la ley N° 2858, pasaron a ser designados como Consejos Deontológicos.

La organización que la ley establece no supone organismos diferenciados sólo jerárquicamente y por ámbito geográfico de jurisdicción. Las atribuciones de la Dirección de Higiene están claramente establecidas: inspección general, higiene general y profilaxis, instituto químico bromatológico y bacteriológico, farmacia, veterinaria. Los Consejos Médicos en cambio, tienen a su cargo el gobierno de las profesiones, deben reprimir las actividades ilícitas y para ello cuentan con las facultades que la policía de prevención tiene sobre los delitos comunes, incluido el sumario de prevención por delitos contra la salud pública, anteriormente a cargo de la policía judicial. Además debían intervenir en los casos de inobservancia de la ética profesional, imponiendo las sanciones previstas por el Código que oportunamente propondrían, para su sanción en la Legislatura provincial.

En la fundamentación de la ley respectiva se reitera la desfavorable evaluación de los organismos oficiales con jurisdicción sobre la problemática de salud: los Consejos de Higiene, se afirma, constituyen una repartición burocrática absolutamente negativa. Además se reconoce la necesidad de diferenciar la sanidad propiamente dicha y el gobierno de las profesiones del arte de curar, mediante la creación de organismos adecuados para hacerse cargo de cada área. (192)

Las atribuciones de los Consejos están determinadas por el art. 111 de la ley 2287:

a) Velar porque nadie ejerza ningún ramo del arte de curar sin estar autorizado por el mismo Consejo, que llevará los libros correspondientes a las matrículas de los profesionales.

b) Ejercer la superintendencia del ejercicio de la medicina (...) a los efectos de evitar que se infrinjan las leyes y reglamentos vigentes, aplicando en su caso las sanciones prescriptas por esta ley.

c) Intervenir en los casos de inobservancia de la ética profesional, aplicando sin apelación las sanciones que correspondan al código que oportunamente propondrá el Consejo Médico al Poder Ejecutivo.

f) Justipreciar los honorarios médicos en caso de solicitud de las partes interesadas.

Conocemos la actividad de estos Consejos Médicos por sendos informes presentados en el Segundo Congreso Médico Gremial. Conforme a la descripción de sus actividades que se hace en cada uno de los informes, parecen haber dirigido su acción hacia todos los problemas que la profesión reconocía como obstáculos a su ejercicio: curanderismo, anuncios profesionales, propaganda de especialidades medicinales, charlatanismo por medio de la radiotelefonía, tráfico ilegal de drogas, etcétera.

Se regularon las condiciones que debía reunir la publicidad de especialidades medicinales y se impuso el requisito de la autorización previa. En relación con los avisos profesionales, de acuerdo con las disposiciones del Código de Ética aprobado en el VI Congreso Médico Latinoamericano y con consultas realizadas a las Asociaciones Profesionales, ambos Consejos dictan una reglamentación muy semejante en la que formulan un explícito listado de las condiciones inaceptables.*

El Consejo de la Segunda Circunscripción se ocupó también de establecer la necesidad de que los servicios de radiología y electricidad médica fueran dirigidos por profesionales, que estarían obligados a controlar en forma permanente los tratamientos que por su carácter pudieran ser realizados por enfermeros. En 1934 se eleva al Poder Ejecutivo un proyecto de reglamento de la profesión de kinesiólogo en el que se mencionan expresamente los tratamientos que ese profesional puede realizar, los equipos que puede tener en su gabinete de trabajo, y los que tiene prohibido instalar.** (193)

* La Resolución emanada de la Segunda Circunscripción expresa lo siguiente: "1° Declarar que no prestará su aprobación, sea cual fuere su medio de divulgación, a los anuncios profesionales que se encuentren comprendidos en los siguientes casos: a) los que ofrezcan la pronta o infalible curación de determinadas enfermedades; b) los que explícita o implícitamente mencionen tarifas de honorarios; c) los que prometan prestación de servicios a título gratuito; d) los que divulguen fuera de los ambientes científicos el relato de casos clínicos y quirúrgicos; e) los que hagan mención de sistemas, curas, tratamientos, remedios o procedimientos especiales exclusivos o secretos; f) los que importan una reclame personal, agradecimiento de pacientes, etc.; g) los que se divulguen públicamente mediante la fijación directa o indirecta, o reparto de tarjetas, volantes, carteles o medios semejantes; h) los que por su particular redacción induzcan a error o confusión respecto al título profesional o jerarquía universitaria del anunciante; i) los que invoquen títulos, antecedentes o dignidades que no posean legalmente; j) todos los que sin estar comprendidos en los incisos anteriores, estén en pugna, a juicio del Consejo, con las normas de ética, por su relación, formato, texto o medios y lugar de difusión". (Segundo Congreso... *op.cit.*, pág. 614).

**"Art. 2°: Les está permitido a los Kinesiólogos: a) Practicar Kineso, maso mecano, sismoterapia y vendajes simples, siempre por expresa prescripción facultativa; escrita, firmada y fechada, detallando tratamiento a instituirse y duración del mismo para cada enfermo; b) Podrán tener gabinete propio de trabajo con aparatos de mecanoterapia, baños de luz y termó-

En la actividad reglamentadora llevada adelante por los Consejos también tienen un lugar significativo la anulación de las autorizaciones otorgadas a título precario para anunciar prácticas de homeopatía y naturismo, por tratarse de especialidades no contempladas en los planes de estudio de las Facultades de Medicina, la reglamentación de la publicidad y el funcionamiento de las casas de óptica, y la prohibición de la venta ambulante de productos farmacéuticos. En 1935 se redacta un proyecto de Código de Ética que no logró sanción legislativa. (194)

La transcripción de algunos sumarios da cuenta del interés por aplicar las reglamentaciones en forma rigurosa. La acción parece efectiva dentro de las áreas en las cuales los Consejos tienen capacidad de resolución, como es el caso de la propaganda médica en la prensa local, la inspección de consultorios y sanatorios, el uso de títulos profesionales. En lo referente a especialidades medicinales sólo pueden actuar sobre la propaganda y comercialización que se realiza en el territorio de la provincia, pero no tienen jurisdicción que les permita controlar las formas de presentación de determinados medicamentos elaborados fuera de ella, y la publicidad realizada en la prensa metropolitana.*

Existen otras limitaciones a la acción de los Consejos que van más allá de los problemas jurisdiccionales. En el informe que reseña lo actuado en la Primera Circunscripción se señala que la represión del ejercicio ilegal de la obstetricia se ve obstaculizada por la inexistencia de parteras diplomadas en las poblaciones pequeñas. En ese caso el Consejo ve dificultada su tarea de reprimir la práctica de las "comadronas", ya que si bien "no le es posible, desde el punto de vista legal y profesional, tolerar esas actividades, tampoco puede, por razones de humanidad, aceptar que en tan duro trance como es el parto, las parturientas carezcan de una asistencia más o menos adecuada e indiscutiblemente indispensable" "debiendo" en muchos casos comprobados ser benevolente y renunciar como cabía, a la aplicación rigurosa de las disposiciones legales vigentes". (195)

Es imposible evaluar el impacto de la actividad de control llevada adelante por los Consejos, pero todas las referencias de la prensa profesional y

foro [...] Art. 4º: Les está prohibido a los kinesiólogos tener aparatos de alta tensión y frecuencia, como ser diatermia, helioterapia, rayos infrarrojos, ultravioletas, etc., ni de electricidad farádica, galvánica, etc." (Segundo Congreso. *op.cit.* pág. 626).

* En una nota dirigida al D.N.H. el Presidente del Consejo Médico de la Segunda Circunscripción expresa: "este Consejo Médico en su última sesión ha resuelto solicitar la valiosa cooperación de ese Departamento en la campaña que contra la propaganda desmedida de especialidades medicinales lleva a cabo [...] Corresponiendo a esa Repartición Nacional autorizar el expendio de las especialidades medicinales y la forma en que las mismas deberían ser ofrecidas al público [...] la acción de este Consejo en la prosecución de aquella finalidad puede, en muchos casos, de no contar con la cooperación decidida del D.N.H., malograrse por carecer de jurisdicción para prohibir ciertos textos de propaganda en pugna con la ética y la verdad. Tal el caso de un titulado 'Dr. E. Handl', con domicilio en esta ciudad, quien con el pretexto de ser el elaborador de los productos 'higosán' y otros, ejerce ilegalmente la medicina, cobrando por consulta y medicamento sumas fabulosas, como consta en el sumario que le instruyó este Consejo ordenando su detención, sumario que se encuentra actualmente en la Justicia Ordinaria. No obstante, la propaganda de dicho producto continuóse difundiendo en la prensa de esa capital". (Segundo Congreso. *op.cit.* pág. 617).

gremial son netamente favorables a su generalización en todo el país. Un indicador indirecto de su eficacia puede ser la campaña en favor de la derogación de la Ley Fidanza (Nº 2287) que lleva adelante la prensa provincial en los últimos meses de 1935 y los primeros de 1936, basada en el argumento de los daños ocasionados en la industria y el comercio provinciales. En la óptica gremial, el comercio perjudicado sería el relacionado con la preparación y comercialización de especialidades medicinales. (196)

Los “Consejos Locales de Higiene” de la Provincia de Buenos Aires

En una filosofía diferente de la que expresa la ley santafesina parece inscribirse la sancionada en la Provincia de Buenos Aires en julio de 1936, con el Nº 4549.

Por ésta se autoriza al Poder Ejecutivo provincial a crear Consejos de Higiene en las ciudades de la provincia bajo la superintendencia de la Dirección General de Higiene. Por razones presupuestarias dichos Consejos se establecen solamente en las localidades de Avellaneda, Azul, Bahía Blanca, Junín, Mar del Plata, Mercedes, San Nicolás, Seis de Septiembre, Tandil y Vicente López, con jurisdicción sobre los partidos colindantes.

Algunas diferencias netas separan a estos Consejos del precedente santafesino: no son autónomos, tienen jurisdicción sobre problemas de salubridad general además del control del ejercicio profesional y, aunque están compuestos por profesionales, no son electivos*. La única innovación significativa es la descentralización de la función, hasta ese momento en manos de la Dirección de Higiene de la provincia. (197)

La preocupación en torno del secreto médico

Antes de la reforma del Código Penal, en 1922, la discusión sobre las cuestiones jurídicas relacionadas con el secreto médico pasaba, de manera predominante, por la aparente contradicción existente entre los artículos 165 y 167 del Código de Procedimientos en lo Criminal. El primero establecía la obligación de denunciar “envenenamientos y otros graves atentados personales”, atinente a los médicos, cirujanos y otras personas que desarrollaran actividades relacionadas con el arte de curar. El segundo exceptuaba de esa obligación a quienes hubieran tenido conocimiento del delito por revelaciones que le fueran hechas bajo el secreto profesional. En el mismo sentido, el Art. 44 del Código Penal exceptuaba de la pena por ocultamiento a los sacerdotes, médicos y abogados, cuando el secreto les fuera confiado en el ejercicio de sus funciones, disposición reforzada por el Art. 265 del mismo Código que sanciona a quienes “ejerciendo profesión que requiera título, revelasen secretos que por razón de ella se les hubiera confiado”.

Una de las formas propuestas para resolver la contradicción existente en

* Según la disposición legal estarían formados por: un médico municipal o de policía, un médico escolar, un médico director de hospital municipal o subvencionado, un médico veterinario local, un farmacéutico, un doctor en bioquímica o doctor en química, un odontólogo. (art. 2º inc. a-f).

los textos legales se centra en la reiteración en su articulado de la palabra *confiar*. Para obligar al secreto médico no bastaría la mera exhibición de la enfermedad, debería también mediar el hecho de *confiarla en secreto*.

Tal solución es rechazada por quienes defienden una interpretación amplia del término *confidencia*. “Confidencia viene a ser así todo lo que el médico ve, oye, presume, en el ejercicio de su profesión. Desde que las puertas de un hogar son abiertas al práctico, demostrando una confianza leal que reclama imperiosa discreción, todo, absolutamente todo, es materia de *confidencia*”. (198)

La controversia que se plantea sobre el tema pone de manifiesto que la problemática del secreto médico no sólo es jurídica, sino también ética. La mayor o menor claridad de un texto legal no resuelve problemas que en última instancia deben definirse de acuerdo con las condiciones de cada caso y en el interior de la conciencia de cada profesional.*

La legislación argentina sobre secreto había sido tomada de la tradición francesa, caracterizada por la aceptación de la doctrina del *secreto absoluto*. Las leyes italiana y alemana, menos rigurosas, prevén la existencia de una “justa causa” que autorice al médico a desatender la obligación del silencio. Esa “justa causa” es incorporada en la reforma del código argentino sancionada en 1922. El nuevo artículo -156- dice así: “será reprimido (...) el que teniendo noticia por razón de su propio estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya revelación pueda causar daño, lo revelar sin justa causa”.

La enumeración de algunos casos en los cuales la conciencia del médico puede resultar violentada por la obligación del secreto -utilizados para ilustrar la discusión- no sólo muestra que la problemática va mucho más allá de la denuncia de un delito, también revela la complejidad de las situaciones y las dificultades inherentes a su resolución en términos individuales.

Los ejemplos más reiterados remiten al caso de la nodriza sana que amamanta, sin saberlo, a un niño sífilítico, y también a la situación en que el médico debe responder a una consulta de los padres de una mujer en vísperas de contraer matrimonio, relacionada con las condiciones de salud del futuro yerno. Una cuestión ética puede plantearse, además, en torno de la denuncia de nacimientos ilegítimos.

Otro terreno de disputa es la situación de los médicos funcionarios, que

* Vuelve a emerger aquí la concepción que hemos denominado “liberal” de la ética médica, basada en la capacidad de discernimiento de individuos superiores. En el proyecto de ley de ejercicio que se debate en la Sociedad Médica Argentina, en 1907, el problema del secreto es tratado con inusual extensión. A pesar de la importancia otorgada al problema, su art. 7° deja librada su resolución a los dictados de la conciencia profesional: “La reserva del secreto confiado al médico sólo perderá su carácter absolutamente obligatorio cuando, ante la conciencia del facultativo, según las reglas de la sana crítica y la moral”. (S.M. XIV, 39:1170-1172, setiembre de 1907). Veinte años más tarde, en una discusión también referente a una ley de ejercicio sancionada en la provincia de Córdoba, el problema vuelve a plantearse en términos semejantes: “El caso del secreto profesional es un caso de *conciencia individual* que no ha sido reglamentado y no puede ser apreciado por terceros” (énfasis en el original). (CHUECO, Alberto, y otros. “Informe elevado a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires”. S.M. XXXVI, 4:227-229, enero de 1929).

violan el secreto cuando dan cuenta de las enfermedades relacionadas con la exención del servicio militar, o denuncian enfermedades venéreas de tratamiento obligatorio; o la de los médicos de compañías aseguradoras, cuando revelan al directorio las enfermedades que padecen las personas que quieren contratar un seguro.

En un artículo publicado en 1916 en *La Semana Médica* se plantean todos estos problemas relacionados con el secreto. El autor no subestima el tema, por el contrario, lo aborda en toda su complejidad. Sin embargo, cierra su escrito con una afirmación que es clara manifestación de lo que hemos llamado la tradición ética de la medicina liberal: “La concordancia entre el deber jurídico y el moral, cuando taxativamente no guíen nuestra conducta los preceptos legislativos (...) no será difícil, siempre que el médico se atenga a los dictados de su recta conciencia, a los mandatos del decoro, y procediendo, en una palabra, como hombre justo y pundonoroso”. (199)

Como en las otras cuestiones relacionadas con la ética, el único juez admitido es la conciencia; los problemas no se plantean como cuestiones sociales, remiten siempre a situaciones individuales: el futuro de la nodriza que amamanta a un niño enfermo y puede contagiar a sus propios hijos, el buen nombre del novio al que los padres de la futura esposa repudian en el umbral de la iglesia. Sólo muy raramente se mencionan las consecuencias sociales de una u otra de las opciones a las que el médico se enfrenta. Y en algunos casos las consecuencias sociales de tales opciones se plantean de manera exactamente opuesta a la dirección en la cual los cambios sociales se están produciendo. Vaya como ejemplo una declaración del Consejo General del Sena del 25 de enero de 1918 en la que se denuncia “el peligro social de la declaración de la tuberculosis”.(200)

El Código de Ética aprobado por el Congreso Latinoamericano al que hemos hecho referencia da respuestas precisas para prácticamente todos los casos que mencionamos como ejemplos, y para algunos otros que se debatían en el país en el momento en que fue sancionado o que se introdujeron a la discusión más tarde, pero no a partir de la formulación de principios generales, sino dictaminando sobre situaciones particulares. Y recogiendo, para hacerlo, aquéllos que deben haber sido casos clave en la literatura sobre secreto médico.*

* Vaya como ejemplo el artículo 83: “El médico que sabe que una nodriza sana está criando un niño sífilítico debe advertir a los padres del niño que están en la obligación de hacerlo saber a la nodriza. Si rehúsan hacerlo, el médico, sin nombrar la enfermedad, impondrá a la nodriza la necesidad de despechar al niño inmediatamente, procurando que permanezca en la casa el tiempo necesario para cerciorarse de que no ha sido contagiada. Si los padres no prestan su asentimiento e insisten en que la nodriza continúe la crianza del niño, el médico les hará las reflexiones necesarias; y si no obstante esto, insistieren el médico debe informar a la nodriza el riesgo que corre, contrayendo una enfermedad contagiosa, si continúa la crianza”.

El mismo Código se pronuncia también sobre la espinosa cuestión del aborto terapéutico, que en 1937 provoca una encendida polémica entre Enrique Boero, primer presidente del Colegio de Médicos de la Capital Federal, católico declarado, y Carlos Castaño, presidente del Consorcio de Médicos Católicos. (*S.M.* XLIV 40: 854-855, XLIV 42:966-967, octubre de 1937; XLIV 44:1069-1070, noviembre de 1937). La doctrina que defiende es clara: “Si después de haber agotado todos los medios disponibles, la vida de la madre está en peligro, por el hecho

La situación de los médicos funcionarios presenta matices particulares. En 1924 un médico, jefe de una dependencia técnica del D.N.H., otorga un certificado de enfermedad destinado a justificar el pedido de licencia de una docente, pero se niega a especificar el diagnóstico, alegando que se trata de un secreto profesional. El Consejo Nacional de Educación examina el problema y rechaza esa interpretación, alegando que el carácter de empleado público que inviste dicho médico lo excluye de toda obligación legal de secreto. El dictamen del Departamento Nacional de Higiene resuelve la cuestión negando enfáticamente la doctrina esgrimida por los funcionarios del Consejo Nacional de Educación puesto que aceptarla, según su interpretación, implicaría otorgar a los empleados públicos la facultad de eludir la obligación del secreto, "obligación de derecho público, (...) de la cual nadie puede ser redimido, ni aún mediando de parte del dueño del secreto el consentimiento expreso para el caso". La justa doctrina aplicable al caso sería, según este dictamen, la ampliación de la obligación del secreto, que llega a comprometer a todos los que pueden participar de él en forma directa o indirecta. "El secreto del diagnóstico, en un hospital, obliga por entero a todo el personal del establecimiento (...) en una enfermería de cuartel se extiende al cuerpo entero, soldados, clases, oficiales y jefes que componen el efectivo de la fuerza allí alojada".(201)

En los años 30, la sanción de la ley de profilaxis venérea (Nº 12.331) alimenta la polémica. En la consulta previa a la aprobación del texto legal que la respectiva Comisión realiza al doctor Alfredo Fernández Verano, presidente de la Liga Argentina de Profilaxis Social, éste afirma que la obligación de denunciar las enfermedades venéreas atenta contra el secreto profesional, y agrega: "y en nuestro medio es difícilísimo de imponer, dadas las características de nuestro país y la mentalidad de su cuerpo médico"*. Se muestra, en cambio, favorable a la implantación del certificado prenupcial, que debía ser obligatorio también para las mujeres.

Otras opiniones acuerdan en que el peligro para la futura descendencia puede provenir también de la mujer, añadiendo que las enfermedades que implican ese riesgo no se limitan a las venéreas: las diátesis hemofílicas, las distocias pélvicas, las toxicomanías, el alcoholismo crónico, deberían también constituir impedimentos para el matrimonio. Sin embargo, se reitera, el certificado prenupcial viola el secreto médico.(202)

Un indicador de lo que podríamos llamar el "estado de la conciencia colectiva" con relación a las enfermedades venéreas, podría ser el siguiente artículo del Código de Ética al que venimos haciendo referencia:

"Art. 81: El médico guardará el más absoluto secreto si llega a comprobar una enfermedad venérea en la mujer casada. No sólo se abstendrá de ha-

del parto que no puede verificarse, el médico, en beneficio de la salud de la madre, está autorizado para ejecutar la embriotomía del feto vivo" (art. 73).

*De manera que actualmente, la mentalidad del pueblo y del cuerpo médico hacen que estas medidas de coerción, que rara vez son fecundas, deban mantenerse en proyecto, y el querer imponerlas [...] es meterse en un callejón sin salida y provocar una reacción demasiado violenta". ("Legislación antivenérea. Ley Nacional de Profilaxis Antivenérea". S.M. XLIV 26: 47-51, julio de 1937, pág. 48).

cerla sabedora de la naturaleza de la enfermedad, sino que se guardará muy bien de hacer recaer sobre el marido la sospecha de ser el autor del contagio. En consecuencia, no extenderá ninguna certificación ni hará deposición alguna sobre esto, aun cuando preste su consentimiento el marido”.

La situación parece conflictiva aun para aquellos profesionales que contemplan la necesidad del cambio. “El miedo a escandalizarse hace las luchas cobardes, tardías, ineficaces”. En Estados Unidos, se acota, entre 1920 y febrero de 1934, ninguna publicidad podía mencionar las palabras “sífilis y blenorragia” (203)*. Tiburcio Padilla, cuando fundamenta en la Cámara de Diputados el proyecto de declaración obligatoria de enfermedades transmisibles, afirma que el secreto, aunque muy respetable, es expresión de un derecho individual que no puede lesionar los derechos de la sociedad. Pero aclara “por otra parte, en la denuncia obligatoria no se encuentran comprendidas ninguna de las enfermedades mal llamadas ‘vergonzosas’ u ‘ocultas’.”(204)

El problema de los honorarios médicos

En 1934 el Boletín de la Federación Gremial santafesina enarbola como bandera de lucha el principio estatuido por el artículo 25 del Código de Ética Latinoamericano: el único caso en que puede aceptarse la prestación gratuita de servicios por parte del médico es la atención brindada a los colegas y sus familiares directos (205). Según los redactores de dicho Boletín, el comienzo de la desvirtuación de esa norma se remonta al momento en que la profesión se hace cargo de la asistencia gratuita de los menesterosos, carentes de la tutela del Estado, a quien en realidad correspondía esa misión, y al que los médicos reemplazaron “por simples razones de humanidad”. (206)

Al otorgarse calidad de principio ético a la exigencia de retribución del servicio prestado, toda cuestión vinculada a honorarios no sólo comporta el problema económico de evaluar la cantidad y la calidad del trabajo realizado, sino que también se conecta en alguna forma con el complejo terreno del prestigio profesional.

No vulnera ese prestigio el médico que acepta un honorario menor cuando se trata de asistir a sujetos de capacidad financiera limitada. Por el contrario, como veremos más adelante, una de las pautas que la profesión utiliza como guía para justipreciar honorarios es la situación económica del paciente. Pero hay un límite difícil de precisar: el del “honorario mínimo” por debajo del cual el problema vuelve a rozar la conflictiva ética; un honorario excesivamente bajo se relaciona en primer lugar con la competencia deseal, en segundo término con la desvalorización del trabajo profesional.

* En la polémica abierta entre el Colegio de Médicos y la Liga de Profilaxis Social, a la que hemos hecho referencia, dice el presidente de ésta: “la fijación de carteles charlatanescos [...] cumplieron, pese a sus fines mercantilistas, un cometido benéfico: el de luchar contra una de las principales causas de difusión de las enfermedades venéreas, el ‘complot del silencio’ mantenido a su alrededor”. (FERNANDEZ VERANO, Alfredo. “La Liga Argentina...” *op.cit.* pág. 1628).

La primera perspectiva se refleja en el siguiente párrafo:

“No deseo atacar a los colegas que cobran honorarios bajos, ni menos aún zaherirlos, porque no puedo creer que los acepten gustosos. Nada de esto. Estoy convencido de que si han consentido esas retribuciones, es porque saben perfectamente que si las rechazan, habrá muchos resueltos a aceptarlas. ¡A este grado ha llegado a descender el valor de nuestra ética profesional!”*

Pero también hay quien piensa que para la profesión es más conveniente el trabajo gratuito que el realizado a precio irrisorio:

“El enfermo que recibe asistencia gratuita sabe que esto es una dádiva, un socorro que se hace para ayudarlo en su mala situación transitoria o permanente, pero el que abona la visita a bajo precio entiende que con ello ha remunerado el servicio prestado y se va formando conciencia en el público de que el servicio no vale más y que cometen abuso los que cobran más caro. Se afectan de este modo no sólo la economía, sino el prestigio profesional”.(207)

La necesidad de establecer un honorario ético mínimo es una especie de fantasma que acosa a la profesión en estos años; continuamente se lo convoca, pero en ningún momento llega a tomar forma definitiva. En realidad, todo intento de establecer honorarios de aplicación generalizada levanta oposiciones que obstaculizan los acuerdos, aun cuando parece ser importante el sector de la profesión que aboga por el reconocimiento del trabajo médico como una actividad técnica susceptible de justipreciación en términos objetivos. La posible regulación de aranceles es uno de los terrenos donde el conflicto se mantiene, a pesar del paso de los años y del reconocimiento de los cambios que afectan el ejercicio profesional.

Desde 1902, año en que el Departamento Nacional de Higiene elabora un proyecto de arancel para aplicar a casos contenciosos, hasta 1938, momento en que renueva por segunda o tercera vez el intento, un sector del gremio rechaza tal posibilidad con auténtica indignación: se trata de especificar las variedades, naturaleza e importancia de cada acto del ejercicio de la medicina, “para justipreciarlos en cifras determinadas, como si se tratase de establecer de antemano precio fijo, por metro, de diferentes clases de tejidos puestos a la venta”. (208)

“Así como no existen dos seres humanos iguales, ni orgánica ni psíquicamente, así como no existen enfermedades, sino enfermos, también en la relación del médico con el paciente no existen dos situaciones absolutamente iguales que permitan estandarizarlas. Ese criterio, que conduce a la uniformidad de los honorarios, es tan rutinario e injusto como ineficaz, y resulta tan perjudicial al médico como al paciente”.(209)

¿Cuáles deben ser los factores a evaluar para realizar un cálculo equita-

* El argumento continúa: “La retribución no puede ser una remuneración cualquiera, sino que debe tener el carácter de ‘honorario’ que, como tal tendrá que ser una suma digna, conforme a la categoría social a que pertenece todo médico. A los efectos de que todas las clases sociales puedan beneficiarse con la atención médica privada, el gremio de Otorrinolaringología fijará el importe del honorario mínimo, encuadrándolo dentro del concepto de dignidad a que me he referido”. (WEISS, José, “Proyecto de agremiación de otorrinolaringólogos”. S.M. XL 50:1943-1944, diciembre de 1933, pág. 1943).

tivo de honorarios?

Por un lado las dificultades de cada caso, el tiempo y el esfuerzo que el médico les dedica, y los riesgos personales que supone el tratamiento de cada enfermedad. En segundo término, el prestigio o notoriedad del profesional: “los especialistas de nota, una eminencia médica, no pueden ser equiparados en sus honorarios a un médico común”(210). Por último, la condición social del paciente, los medios de vida de que dispone.*

El triple componente a tener en cuenta en la valoración de honorarios es reconocido también en la jurisprudencia sobre casos contenciosos. En innumerables sentencias se reitera la doctrina, aceptada también por el Departamento Nacional de Higiene para los casos en que por disposición judicial debe intervenir en la regulación de honorarios: “Para fijar el importe del servicio médico prestado por el cirujano debe considerarse la situación de fortuna del paciente, la expectabilidad del operador y la importancia de la intervención, pudiendo ésta probar la naturaleza del mal.”(211). “Los honorarios médicos deben proporcionarse a la gravedad de la enfermedad o de la operación, a la situación de fortuna y calidad del enfermo, rango del médico como profesional, y al número de visitas y forma como fueron hechas”(212).

A las dificultades que supone el complejo proceso de evaluación del trabajo médico se une el rechazo a cualquier intervención de profanos en la estimación de honorarios. En 1924 el Boletín de La Cosmopolita reacciona indignado ante la pretensión del Departamento Provincial del Trabajo de establecer un arancel para la atención de accidentados cubiertos por las Compañías de Seguros. No sólo se niega la posibilidad de someter el trabajo profesional “al rígido cartabón de una tarifa formulada con un criterio realmente unilateral y supino”, también se repudia el intento de “imponerla dentro de nuestros consultorios, invadiendo los límites de nuestros derechos de ciudadanos con una profesión liberal”.(213)

En términos mucho más medidos, una resolución de la Comisión de Deontología Médica de la A.M.A. en 1921 solicita al Poder Judicial la modificación de una acordada de las Cámaras Civiles, en el sentido de incorporar a la consulta a peritos médicos cuando se trate de evaluar el monto de honorarios profesionales devengados por servicios extraordinarios. (214)**

**En la última enfermedad del millonario yanqui Marshall Field lo atendió el Dr. Frank Billings, quien cobró a la sucesión 25.000 dólares, o sea, cerca de 60.000 pesos por concepto de honorarios médicos. Los servicios consistieron en siete días de asistencia sin operación quirúrgica alguna” (*Ibidem*). En este sentido, los médicos no podían dejar de compararse desfavorablemente con otras profesiones que evaluaban su trabajo conforme al monto de los intereses en juego: “el Departamento Nacional de Higiene no puede ser muy estricto y riguroso en la fijación de la tarifa que corresponde a las diversas modalidades del servicio profesional de los médicos, porque nadie ignora que regulaciones de monto extraordinario las hay en otras profesiones encargadas de custodiar una propiedad de valor mucho más pequeño que la salud y la vida[...] el abogado Dr. Juris atiende una sucesión en la que está en danza un millón de pesos, y la regulación del letrado se fija en cincuenta mil”. (*Rev.Med.Sud. V 44/46:25-27, ene/mar 1938, pág. 27*).

**El tono duro reaparece cuando es el Concejo Deliberante el que pretende evaluar y normatizar el trabajo profesional: “¿Qué sabe el Concejo Deliberante de estas cosas? Ofende

Aunque el criterio de considerar el acto médico como un acontecimiento singular que escapa a toda normatización y a toda justipreciación que tienda a establecer categorías relativamente homogéneas se mantiene como dominante aún más allá del período en estudio, algunos indicadores de cambio comienzan a vislumbrarse, muchas veces orientados por razones de índole práctica.

Entre tales razones figuran en primer lugar los casos contenciosos: cuando en un juicio por cobro de honorarios las partes no llegaban a acuerdo sobre la importancia de los servicios prestados, su justipreciación solía reclamarse al Departamento Nacional de Higiene o a una comisión de peritos nombrada por el tribunal a cargo. Estos evaluadores reclaman muy tempranamente el establecimiento de algunas pautas consentidas por la profesión sobre las cuales basar sus dictámenes y, en general, el gremio acuerda con la conveniencia de su elaboración* .

Los contratos con Compañías de Seguros también suponen la determinación de honorarios específicos para cada práctica, y también los acuerdos con mutualidades, aunque éstos seguramente comprometían la normativa ética en mucho menor medida ya que se regían por la norma universalmente aceptada de un honorario preferencial para instituciones que asistieran a la población de menores recursos.

Por otra parte, la organización de cooperativas y sociedades por abono vuelve a actualizar la discusión sobre honorarios, y estimula su normatización, con el fin de simplificar las relaciones con los pacientes, con la entidad prestadora y de ésta con el profesional. Esto se ve en parte facilitado porque la idea que respalda el surgimiento de estas instituciones privadas de relativa complejidad es que la demanda del paciente irá asentándose progresivamente sobre el prestigio de la institución y cada vez menos sobre la notoriedad de los profesionales que la conforman. La circunstancia de que estas asociaciones sirven en general a comunidades pequeñas sin grandes diferencias internas ayuda sin duda a la aceptación de un honorario uniforme.

En estos casos la problemática del honorario deja de asentarse sobre el terreno de la ética o la dignidad profesional y se plantea sin reticencia en el ámbito del mercado:

“Los aranceles deben construirse de acuerdo a lo que la experiencia local aconseje, con miras a la situación de empobrecimiento general que han traído aparejadas la crisis y la desocupación, equilibrados de acuerdo al prome-

a nuestros más caros sentimientos, choca a nuestra dignidad profesional, que un Concejo Deliberante formado en su mayoría por hombres de escaso desarrollo mental y moral sean los encargados de valorar, fiscalizar y juzgar el trabajo del médico” (CERNADAS, Pedro. “Discurso pronunciado en el banquete de camaradería de los médicos de la Capital el 27-VI-1933, S.M. XL 28:142-144, julio de 1933, pág. 143).

* Todavía en 1942, el II Congreso de Sanidad de la Provincia de Santa Fe toma, entre otras cosas, la siguiente resolución: “5) Declarar que no es posible dictar un arancel de honorarios médicos aplicable por los profesionales, pero que se debe dictar un arancel que sirva como norma a los consejos profesionales y sanitarios”. (“Importantes resoluciones acordó el II Congreso de Sanidad Santafesino”. *Rev.Fed.Med.R.Argentina*. II 13:22-24, junio de 1942, pág. 23).

dio de vida de la mayoría de los habitantes de una zona, ciudad o pueblo, sin caer en la elaboración de títulos inalcanzables ni en la caída del numerario que importe la desvalorización profesional.”*(215)

En otros casos se llega a la posición, sin duda extrema para el pensamiento médico de la época, de equiparar sin reparo el trabajo médico con otras ocupaciones del sector terciario. El precio único es concordante con las normas habituales que rigen nuestra vida social, se dice:

“en el comercio la mercancía tiene un precio único sin distinción de la capacidad económica del comprador. Los pasajes y las tarifas, lo mismo. Correos y Telégrafos se gobiernan por los mismos principios, etc. etc.”(216)

La búsqueda de nuevos caminos de legitimación

La profesión reconoce cierta pérdida de prestigio, puede incluso llegar a formular un orgulloso *mea culpa*, pero no parece dispuesta a renunciar a sus antiguos fueros.

Mientras los que confían en recuperar el pasado construyen y reconstruyen diariamente los viejos muros de la ciudadela arrasada, un sector cuya importancia es imposible estimar intenta edificar una nueva perspectiva.

“un espíritu ético más amplio va sustituyendo al concepto simplista y clásico de la capacidad técnica y de la consagración exclusiva a curar enfermos y heridos, como las únicas y más formales obligaciones sociales de los médicos”.(217)

Algunas referencias a una necesaria ampliación del horizonte médico hacia la problemática social tienen ciertas connotaciones corporativas:

“era casi la voz uniforme que los problemas gremiales de la profesión tenían su origen en la honda perturbación social y financiera de la hora, y que podía lograrse en el aspecto del mejoramiento material de los profesionales del arte de curar, si no se atendía la correlación íntima que existe entre las profesiones en general y el panorama económico y social que se divisa”.(218)

Como parte de ese movimiento defensivo, en ocasiones se formula una ampliación de los principios deontológicos, incorporando los aspectos relacionados con la conducta gremial o dándole prioridad. En el Primer Congreso Médico Gremial Argentino, por ejemplo, la Comisión que tuvo a cargo el tratamiento del tema Deontología y Ética Profesionales propone una serie de “ideas fundamentales” que contribuirían a encaminar la doctrina conforme al panorama social en el que se desarrolla la práctica. La primera de ellas señala que “el médico debe dejar de inspirarse en su individualismo ancestral y considerar los fenómenos y problemas con que tropieza con am-

* Para el sector más progresista, la aceptación de un mecanismo de mercado está fuera de la cuestión, aunque la necesidad de estandarizar la retribución del trabajo médico es reconocida como una necesidad de la medicina moderna, indispensable, por ejemplo, para la generalización de las prácticas preventivas. En el I Congreso de Sanidad realizado en Santa Fe en 1939 se sanciona el siguiente voto: “Los honorarios médicos constituyen una injusticia para el médico y el enfermo, en su ponderación de acuerdo a la capacidad económica del paciente, lo que desvirtúa los fines de la medicina moderna. Debe propenderse a la oficialización de la medicina, como forma práctica y justa de ejercerla como entidad social”(S.M. XLVI 41:860-865, octubre de 1939, pág. 863).

plio espíritu de clase, (...) buscando siempre la solución no para sí sino para el gremio al que pertenece”.*

Pero incluso el término “corporación” o la referencia a “intereses corporativos” son polémicos. Mientras en algunas propuestas gremiales la idea de acción corporativa se utiliza sin ninguna duda respecto de su legitimidad, enfatizando incluso su carácter progresivo, su adecuación al sentido de la evolución sufrida por el sistema político argentino, en otras hay cierta cautela que plantea la necesidad de contemplar horizontes más amplios:

“La solución parcial de nuestros problemas, con un sentido de privilegio médico, es el extremismo gremialista, al cual no se debe llegar nunca; la defensa de nuestra corporación como tal, desvinculada en absoluto del reverso que ella mantiene, la cuestión social, nos colocaría en el plano de una miseria de espíritu que no poseemos ni anhelamos”.(219)

En otros testimonios, el rechazo es explícito:

“No marchemos hacia el corporatismo. Si procedemos así nos estrellaremos contra la muralla que levantará la misma población contra nuestro gremio...” (220)

Otro sería el camino elegido en definitiva: la subordinación del interés puramente gremial al interés colectivo, la preocupación por los problemas sociales vinculados a la práctica de la medicina, la formulación de diagnósticos sobre las condiciones demográficas, epidemiológicas y sanitarias de la población, la colaboración con las autoridades en el diseño y la aplicación de políticas públicas, constituirán los nuevos senderos que el gremio transitará para demostrar la “vocación de servicio” que legitima la autonomía profesional y su lugar de preeminencia en el control de las condiciones sociales de la salud/enfermedad.

A medida que la práctica deja de ser exclusivamente una relación personal, entablada de individuo a individuo, y se proyecta sobre las condiciones sociales de la salud/enfermedad, a medida que la figura del médico se desdibuja en el interior de las grandes instituciones en las que la organización y la técnica parecen prometer nuevas seguridades ante el dolor y la muerte, la ética médica deja de ser prerrogativa de hombres superiores que protegen a sus pacientes del descrédito a que pueden exponerlos sus debilidades. A partir de allí, se transforma en responsabilidad del técnico ante la sociedad, en razón del cumplimiento de una función prioritaria que ésta le ha encomendado, y para la cual lo inviste de cierta cuota de poder.

El fundamento de ese poder ya no radica en excepcionales condiciones morales o en una vocación semejante al sacerdocio, sino en el reconocimiento de la eficacia social de la función de control que se le adscribe.

* Como ítem n° 4 se expresa: “organizados expresamente están todos aquéllos que requieren nuestros servicios bajo la tutela del Estado, de las instituciones filantrópicas, mutualistas o de seguros, que velan por ellos. Organizados tácitamente están los otros: los que se amparan en la fuerza de la costumbre, que obliga al médico a la filantropía o la gracia con el amigo o su recomendado”. (“Bases para un Código Sanitario de la Nación Argentina. 1934 Primer Congreso Médico Gremial Argentino”. *Rev. Fed. Med. R. Argentina*, 37:18-44, nov. 1943, Cap. VII, Normas de Deontología y Etica Profesionales, págs. 43/44).

CAPITULO QUINTO

EL PROCESO FORMATIVO DE LA CORPORACION MEDICA

En medio de las tensiones que provoca el intento de adecuar su práctica a las nuevas condiciones sociales, la profesión tiende a agruparse. Gremio, sindicato, corporación, asociación, colegio, círculo, el vocablo utilizado para autodefinir la organización resultante debió haber estado, seguramente, pleno de connotaciones ideológicas. Los objetivos de la agrupación, los instrumentos elegidos para alcanzarlos, la adecuación entre nuevas necesidades y viejas tradiciones profesionales, entre demandas y prestigios, la aceptación de otras funciones sociales y la nostalgia de posiciones perdidas, debieron pesar en la elección de los nombres para las nuevas instituciones.

Lamentablemente, los textos trabajados sólo nos aportan vestigios de esa discusión y de las polémicas que suscitó el solo intento de agruparse. Tampoco hemos podido, seguramente, recuperar la totalidad de las organizaciones, y mucho menos reconstruir su historia sin soluciones de continuidad. En primer lugar, porque la mayor parte de las publicaciones gremiales parece haberse perdido: no hemos podido obtener colecciones completas de las diferentes revistas que sabemos se publicaron entre 1920 y 1940*.

* El material que hemos relevado en el transcurso de la investigación incluye la *Revista* publicada por el Colegio de Médicos de la Capital Federal, que inicia su tirada en 1933 y continúa hasta 1941, años de los cuales hemos podido trabajar el de su publicación y el periodo que va desde 1937 a 1941. En este año el Colegio cede su Revista a la recién constituida Federación Médica de la República Argentina; en 1944, al pasar a llamarse Confederación la institución que la respalda, también la publicación gremial adquiere la denominación que la distinguirá hasta los años setenta: *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*. Para este periodo de la investigación hemos trabajado los números aparecidos entre 1941 y 1945.

En cuanto a las publicaciones de los Círculos Médicos de la Capital Federal, contamos con la *Revista del Círculo Médico del Sud* (CIMES), que empieza a publicarse en junio de 1934

En segundo término, porque el periodismo gremial es muy cauto y muy crítico cuando se trata de dar a conocer conflictos internos. A lo largo de la historia del gremio hay alusiones a divergencias internas, oposiciones, críticas, a veces agudos enfrentamientos, pero muy raramente podemos informarnos de los contenidos precisos del conflicto. Sólo por excepción se explicitan las posiciones enfrentadas, y el lugar preferido para la polémica no suelen ser las publicaciones gremiales. Es más frecuente encontrarlas en las revistas consideradas "científicas" como *La Semana Médica*, o en los debates que se desarrollan en los cuerpos colegiados: Concejo Deliberante y Parlamento.

La incompleta información recogida nos permite afirmar que hubo dos momentos, bastante bien definidos, en los que eclosionó la preocupación gremial: los comienzos de la década del veinte y el mismo segmento de los años treinta. Podría plantearse como hipótesis cierta declinación de la actividad gremial entre 1935 y 1938, o mejor, su supervivencia en algunos núcleos circunscriptos, como la provincia de Santa Fe, y un resurgimiento a partir de esos años y hasta 1945, pero carecemos de elementos de juicio que nos permitan afirmarlo con seguridad. Es indudable que la década del treinta fue un período de profundos conflictos internos y de lucha por la hegemonía entre diferentes propuestas de reestructuración del modelo de práctica. La conducción que se hace cargo de la Federación Médica de la República Argentina a partir de 1941, en cambio, parece dotada de una relativamente fuerte cohesión interna, aunque, como veremos, debe enfrentar la firme oposición de algunas federaciones provinciales.

Tampoco sabemos si esa conducción, aparentemente no cuestionada hasta 1944/45, surgió del reconocimiento por parte del gremio de la hegemo-

y de la cual tuvimos acceso a los ejemplares del período 1934-1935 y del año 1938. Conocemos la existencia de una publicación similar del Círculo Médico del Oeste que no hemos podido localizar.

La temática gremial puede encontrarse también en publicaciones de carácter predominantemente científico. Es el caso de *La Semana Médica* cuya publicación se inicia en 1894 y que hemos trabajado en el período 1900-1945. De manera más irregular, también el órgano de difusión de la Asociación Médica Argentina nos trae noticias de la preocupación médico gremial: entre 1921 y 1923, época en la que actúa en su seno la Asociación de Deontología Médica, y a partir de 1937, cuando incorpora en forma regular una Sección Informativa.

Al mismo tipo de publicación de indole fundamentalmente científica corresponde la *Revista Médica del Litoral* (1921-1924) y la *Revista Médica de Rosario* (1927-1945), ambas santafesinas, que hemos podido consultar en su totalidad. Dos boletines de carácter regional, el de la Federación Médica Gremial de la Provincia de Santa Fe, que inicia su publicación en 1934 y seguimos hasta 1936, y el de la Agrupación Médica Platense, que relevamos desde el comienzo de su publicación en 1941 hasta 1945, nos permitieron matizar la información proveniente del ámbito gremial en la Capital Federal. El *Boletín de La Cosmopolita*, que se publica en Chivilcoy de 1923 a 1930, constituye la única revista gremial de la década del 20 a la que hemos podido tener acceso. En esos años conocemos la existencia del *Boletín del Sindicato de Médicos de la República Argentina*, cuyas ediciones parecen haber llegado a más de sesenta; del *Boletín del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires*, aparecido en 1927; de un periódico quincenal, *Crónica Médica*, que se publica en 1928; de la *Revista Médico Social* de Mar del Plata, de la cual encontramos una referencia en 1926, y de una publicación similar del Bloque de Médicos del Sur de la Provincia de Santa Fe. De ninguna de ellas hemos obtenido ejemplares.

nía de una de sus corrientes internas, o se produjo en cambio por un alejamiento de los sectores minoritarios o con menor capacidad de movilización.

A pesar de esas lagunas relativamente graves en nuestro conocimiento, la historia de la conformación del gremio médico nos ofrece una perspectiva muy rica de las diferentes formas como se pensaba la inserción de la profesión en una sociedad convulsionada. Nuestra lectura no supone que las visiones que hemos podido recoger hayan sido las únicas, ni siquiera las predominantes. Nuestra hipótesis se basa en una multiplicidad de opciones; sería por lo tanto reforzada, antes que cuestionada, por la existencia de otras que no hemos alcanzado a delinear.

Las primeras organizaciones

Desde los primeros intentos, la agremiación se plantea con el doble fin de resguardar los intereses profesionales y velar por el mantenimiento de los contenidos éticos de la práctica: para “defender nuestros intereses, salvaguardando el decoro y prestigio de la profesión”(221)*. A lo largo de los años puede cambiar la definición de cuáles son los “intereses” del gremio, del mismo modo que cambia la evaluación de los límites de la conducta ética, pero no parece cambiar la relación básica que se establece entre la demanda de reconocimiento de una posición de preeminencia social y su justificación a partir de la perduración de una “vocación de servicio”.

Ambos elementos se encuentran ya presentes en un primer antecedente de agremiación médica -lejano y casi anecdótico en nuestra reconstrucción-, que se registra entre los nueve médicos que ejercían la profesión en La Plata, en 1889. Agrupados en el Centro Médico de La Plata, habían instituido un “libro negro” en el que consignaban los nombres de los malos pagadores. Aclaran, sin embargo: “*bien entendido*, que sólo se inscribirán los nombres de las personas que por sus condiciones de fortuna, renta o sueldos, se encuentren en condiciones de abonar asistencia médica”. (énfasis en el original) (222).

La misma combinación de ideas está presente en la formación de las tres instituciones cuya organización registramos entre 1917 y 1921 en la Capital Federal: la Asociación de Médicos de los Hospitales, la Comisión de Deontología Médica de la Asociación Médica Argentina, y el Sindicato Nacional de Médicos**. No nos parece casual la aparición simultánea de tres

* Gregorio Bermann justifica en 1923 la introducción del tema “sindicalismo” en su cátedra, dedicada a analizar la ética y la jurisprudencia profesionales: “La profesión[...] para la inmensa mayoría es un medio de vida más que un apostolado. Corresponde entonces comprender los principios económicos que la rigen, y pueden ustedes estar seguros que podremos hallar también en estos temas prácticos sanos principios de conducta, *por lo que entra el sindicalismo en el capítulo de la deontología médica*” (énfasis en el original) (BERMAN, Gregorio. “Conferencia sobre el sindicalismo médico”. *BOLETIN L.C.* 16:7-20, oct. 1923, pág.8).

**La primera aprueba sus estatutos el 14 de junio de 1917. “La necesidad de constituirse en asociaciones sindicales que existe para todos los gremios, había alcanzado y llegaba como un deber hasta nosotros” se afirma. Combatir el curanderismo, establecer relaciones orgánicas con las sociedades mutualistas y recuperar el nivel moral de la profesión combatiendo “prácticas deleznable” instituidas “a título de represalias”, son sus objetivos. (AQUINO, Pedro, 131

instituciones de índole gremial o pregremial, en los años más difíciles y más convulsionados de la primera postguerra. El hecho de que sean tres y no una constituye un indicador de la dispersión y de los diferentes puntos de vista, síntoma y causa, a la vez, de la debilidad que aqueja al gremialismo médico, no sólo en estos primeros años, sino en buena parte de su desarrollo posterior.*

La primera tarea de las nuevas instituciones -particularmente de aquellas como el Sindicato, que no cuentan con el aval indiscutible de un organismo científico- es defender su misma existencia y, particularmente, la utilización de términos como "sindicalización" o "sindicato"**. Las omnipresentes referencias a la situación europea acuden una vez más en auxilio de los médicos argentinos***. La historia del gremialismo alemán a partir de la fundación de la "Unión de Leipzig" en 1900, y la posterior negociación con las Cajas de Enfermos, parecen constituir un modelo de fácil identificación para estos profesionales: el significativo aumento del número de egresados de las Facultades de Medicina, la lucha del gremio por una remuneración adecuada a su trabajo y para que se acepte el principio de la "libre elección", podían ser presentados como una perspectiva anticipada de la situación que les depararía el futuro si no se organizaban en defensa de sus

"La Asociación Médicos de los Hospitales". *S.M.* XXIV 20:78-79, julio de 1917, pág. 78/79). En junio de 1920 se presenta el proyecto de creación de la Sección de Deontología Médica de la A.M.A. Se la considera como sección de asuntos profesionales "con fines eminentemente prácticos", destinada a "salvaguardar los derechos y prerrogativas de los miembros de la A.M.A. y al mejoramiento de la legislación médica". (*S.M.* XXVII 27:30, julio de 1920). El Sindicato Nacional de Médicos, fundado el 5 de enero de 1921, según uno de sus principales dirigentes, "surgió [...] para cuidar los intereses morales de la profesión y los materiales en cuanto éstos afectan nuestra dignidad de profesionales" (CAPIZZANO, Nicolás. "La agregación de los médicos en la Argentina". *Rev. Med. Rosario* XII 5:328-342, set./oct. 1922, pág. 332).

* En 1925 se registra una cuarta iniciativa, que no parece haber prosperado. La Asociación del Seguro Médico, entidad mutual con más de 25 años de actividad, dirige a los médicos del país un cuestionario de cinco preguntas. La primera es: "¿Cree Vd. que es necesario y oportuno que el Seguro Médico trate de formar una Liga de Profilaxis Gremial, con el propósito de prevenir y remover los obstáculos que dificultan el libre ejercicio de la profesión?" Las siguientes preguntas se refieren a curanderismo y charlatanismo, sociedades de socorros mutuos, hospital abierto y retribución del trabajo médico por parte de empresas comerciales, sociedades de seguros, ferrocarriles, etc. (*BOLETIN L.C.* III 29:15-19, setiembre de 1925, pág. 15).

** La comparación con la sindicalización obrera no siempre se utiliza, pero aparece muy tempranamente. En un artículo dedicado a la relación con el mutualismo se afirmaba en 1900 "en nuestras manos se halla el remedio, y culpa nuestra será no emplearlo. Pero hasta ahora nada se ha hecho para evitar la explotación que el gremio médico viene sufriendo mucho tiempo atrás y bueno sería que, una vez por todas, con pleno conocimiento de causa, nos unamos, poniéndonos a cubierto de las diversas modalidades de explotación a que nos hallamos expuestos; no hay gremio que no haya formado una sociedad de previsión y resistencia a la explotación". ("Las Sociedades de Socorros Mutuos y la profesión médica". *S.M.* VII 39:501-502, setiembre de 1900, pág. 501).

*** Artículos de procedencia europea donde se manifiesta la necesidad de sindicalización parecen haberse publicado tempranamente en revistas científicas argentinas. Valga como ejemplo la lección de clausura de un curso de clínica en la Universidad de Rennes publicada en *La Semana Médica* ("Los peligros profesionales". *S.M.* XIX 5:230-233, febrero de 1912).

condiciones de ejercicio.

“Lo que alarma precisamente a la mayoría de los timoratos y les impide adherirse a los sindicatos médicos de este país es el temor de ser acusados de revolucionarios, de subversivos, de rebeldes”. (223)

El prestigio de las instituciones que forman la Confederación de Trabajadores Intelectuales en Francia, y su similar, la Confederación del Trabajo Intelectual, en España, contribuye a restar valor a la objeción. Se trata precisamente de reconocer, entre las dos fuerzas que se consideran pilares de una sociedad, el capital y el trabajo, la existencia de una tercera, la inteligencia, que puede reivindicar su independencia y afirmar sus derechos.*

Los prejuicios no se desvanecen fácilmente, sin embargo, e incluso pueden ser aprovechados para defender la posición de los antagonistas. Una “Revista de Seguros” titulaba de la siguiente forma un artículo publicado en su número de mayo de 1919: “Hay derecho a temer que se emplee indebidamente el prestigio del médico para cubrir una incalificable presión sobre las gentes. Se agudiza el peligro que significan los sindicatos médicos”. (224)

En otros casos se prefiere el amparo de las antiguas tradiciones: la unión de los médicos, se arguye, está suficientemente cimentada en las instituciones de carácter científico: la Asociación Médica Argentina, el Círculo Médico, las sociedades formadas por especialistas. Naturalmente,

“ninguna de estas asociaciones ha nacido de una idea de sindicalismo, para felicidad de la ciencia médica, primera entre las primeras, y para los que la ejercen con honradez y virtud, con espíritu de apóstoles y dispuestos a todos los sacrificios”.(225)**

En 1932, comentando la próxima organización del Colegio de Médicos de la Capital Federal se decía:

“por un lado, un ‘Colegio Médico’ que en buena hora llegue; pero, ¿por qué «colegio»? ¿qué se enseñará allí?. ¿Ven, colegas, como tengo razón? tenemos vergüenza de pregonar nuestra pobreza, es necesario revestirse con un nombre de «colegio»; las palabras «sindicato», «federación», «unión», «agremiación», nos dan escalofríos”. (226)

Y todavía en 1941, en el momento de constituirse la federación nacional de asociaciones médico gremiales, se alega la necesidad de modificar la designación prevista para la nueva institución, Federación Médico Gremial de la República Argentina, porque la palabra “gremio” produce resistencia en algunas delegaciones concurrentes al congreso constitutivo.

*“se trata de considerar a la inteligencia, no solamente como función social y un nuevo factor de progreso general, sino también como el principio de una nueva clase social, que intenta ocupar su rango independientemente de la clase capitalista y de la clase obrera” (HUBERT, René. “Organization Syndicale des Travailleurs Intelectuels”. París, 1921, citado en “Génesis del sindicalismo médico”. *BOLLETIN L.C.* 1 5:10-19, setiembre de 1923, pág. 15).

** La idea de sindicalizarse no sólo provocaba escándalo, sino también temor: “existe en muchos colegas un injustificado temor de sindicarse, porque creen perder un concepto o una situación legítimamente adquirida, por temor a represalias”. (BECCO, Raúl, “Sobre el Sindicalismo Médico”. *S.M.* XXIX 27:54, julio de 1922).

Diferentes métodos de acción

La Asociación de Médicos de los Hospitales parece haberse convertido en una entidad fundamentalmente científica, e incluso en ese carácter puede haber tenido una existencia efímera*. La Sección de Deontología de la A.M.A., por su parte, deja de ser mencionada en la Revista de la institución a partir de 1923. El Sindicato, en cambio, logró un espacio relativamente significativo tanto en la ciudad de Buenos Aires como en diferentes lugares del interior del país. Como ya vimos, lideró una lucha exitosa con las compañías aseguradoras, y consiguió imponer un arancel que muchos años más tarde todavía sería mencionado como "el arancel del sindicato". (227)

No hemos podido conocer más que por referencias indirectas sus Boletines**, pero tenemos algunos testimonios directos del pensamiento de uno de sus principales dirigentes, Nicolás Capizzano. Algunos de sus escritos y conferencias, y la polémica que suscitó en el seno de la A.M.A. en 1921, publicada *in extenso* por la Semana Médica, nos proporcionan una oportunidad de conocer diferentes concepciones acerca del significado de la asociación y los posibles métodos de lucha.

En su Primer Congreso Interno, realizado en el mes de octubre de 1921, la Sociedad de Deontología de la A.M.A. presenta un relato sobre "El pensionado de los hospitales y el gremio médico". El problema planteado dis- taba de ser novedoso: se trataba del viejo pensionado implantado por la So- ciedad de Beneficencia en sus hospitales, que ya había sido motivo de cues- tionamiento a principios de siglo. En un principio abierto a todos los mé- dicos, más tarde se destina exclusivamente a los pacientes internados por los profesionales que formaban el cuerpo médico de cada hospital, quie- nes cobraban sus respectivos honorarios por la atención prestada. Una nueva disposición les retira más tarde este derecho, brindándose por lo tanto aten- ción médica gratuita y sólo se cobra el importe de las "pensiones", térmi- no generalizado en la época para denominar lo que actualmente sería el costo de "hotelería" en los sanatorios privados. Una modalidad similar, que im- plicaba asimismo un pago diferenciado según el confort del alojamiento, se había implantado también muy tempranamente en el Hospicio de las Mer- cedes. (228)

El tono de la comunicación era muy duro;*** sin embargo, obtiene la apro-

* La única referencia que hemos podido obtener de su actividad es el patrocinio de una serie de conferencias sobre casos clínicos dictadas en Hospitales de la Capital Federal en 1920. (S.M. XVII 22:866, junio de 1920).

** De los que llegó a publicar 64 (CAPIZZANO, Nicolás. "El Dr. Pedro V. Cernadas y el Sindicato de Médicos". S.M. XL 29:209-210, julio de 1933).

***El tema se inserta en la problemática del acceso de los "pudientes" a los servicios gratuitos destinados a la población sin recursos. Como ejemplo de la perspectiva utilizada por el autor del informe vale el siguiente párrafo: "Respondiendo a estas cuestiones están los pensiona- dos de la Sociedad de Beneficencia, en la situación única en que ellos se presentan, constitu- yendo el agravio impugnabile que esta Sociedad de privilegios infiere al gremio médico, de cuya debilidad es el mejor exponente la forma abusiva de su funcionamiento. Ahí están los

bación unánime de los asistentes al Congreso, y se nombra una comisión para gestionar ante la Sociedad de Beneficencia la supresión de dicho pensionado en sus establecimientos. Al publicarse el relato algunos meses después en *La Semana Médica*, y de manera en cierta medida paradójica, quienes acusan el impacto no son las Damas de Beneficencia, sino el Sindicato Médico. Su vocero, Nicolás Capizzano, se muestra convencido del seguro fracaso de las gestiones iniciadas: “Ese resultado está ajustado a la lógica”, afirma, “a él están condenados todos los pedidos que tengan por objeto obtener como una gracia lo que nos corresponde por derecho” (229). Una acción realmente eficaz, que para serlo tiene que ser también general y categórica, “no puede ser llevada a la práctica por la Asociación Médica Argentina, porque la índole de su organización puramente científica y disposiciones terminantes de sus estatutos la inhabilitan para ello”. El dirigente del Sindicato Médico no teme a las palabras, no sólo habla de sindicalismo, sino que también defiende la necesidad de afirmar el “espíritu corporativo” (230). A su criterio, las sociedades contemporáneas presentan como fenómeno característico la contratación de intereses, y es visible como nunca la lucha entre la fuerza y el derecho. “El derecho viene siempre a la zaga de la fuerza; hoy brilla con mayor claridad que nunca esta verdad sencilla, el hecho es anterior al derecho.”* (231)

Los miembros de la Sección Deontológica de la A.M.A. son mucho más prudentes, y rechazan los “remedios heroicos” que propone el Sindicato. Leemos en la respuesta que uno de ellos le dirige:

“Su vehemente sindicalismo no le permite compenetrarse de lo utópico y contraproducente que tales temperamentos resultan en el estado actual de nuestra organización social (...); Ojalá lleguemos a ver nuestro medio social equilibrado en sus fuerzas constitutivas! Y si esa era de justicia llega, no soy de los que creen que se habrá logrado con imposiciones de fuerza, sino como todas las evoluciones estables, es decir, por gravitación natural de la razón y la verdad, que se abren camino a medida que se eleva el nivel moral e intelectual de los pueblos”.**

pensionados, expresión de una combinación financiera, que ofrece al público que desea substraerse a los honorarios médicos una asistencia a bajo precio, tal como sólo pueden hacerlo estas instituciones privilegiadas en cuanto al local, a los impuestos, al trabajo médico, al capital necesario, y que todo lo han obtenido y obtienen en nombre de los pobres, hasta la resignación, diríamos, de quienes vienen soportando sus intereses vulnerados”. (PASSERON, Julio: “El pensionado de los hospitales y el gremio médico”. *S.M.* XXIX 10. 400-401, marzo de 1922, pág. 400).

* El panorama que presenta Capizzano de la situación internacional de la profesión tiene ribetes apocalípticos: “En Rusia ese salario (el percibido por los médicos proletarizados, S.B.) es el equivalente a un huevo y un panecillo diario; en Alemania, con el importe de una consulta sólo puede comprarse un huevo; en España, en Italia, en Francia, los médicos titulares, los médicos *condotti*, los médicos municipales, ganan menos salario que el mínimo que aquí paga el gobierno a sus obreros. En Norte América, los 75.000 médicos que allí existen ganan menos de lo que habitualmente gana un mecánico”. (CAPIZZANO, Nicolás. Conferencia pronunciada en el Círculo Médico de Córdoba el 22 de setiembre de 1923. *Rev. Círc. Méd. Córdoba* XI 8/9/10:177-183, ag./set./oct./, 1923 pág. 179).

** Y agrega: “Todo lo dicho no invalida mis buenos deseos por la prosperidad del Sindicato de Médicos, que como motivo de agremiación y unión es excelente, pero como entidad de fuerza gremial es prematura, pues sus medios de lucha son inadaptables a nuestro medio so-

Ni la polémica ni el episodio que le diera origen concluyen allí. Pero a nosotros sólo nos interesa marcar una de sus derivaciones, relacionada con la problemática de los medios de acción y la debilidad/fuerza de las organizaciones profesionales.

La presidenta de la Sociedad de Beneficencia rechaza sin ningún miramiento la nota que le fuera elevada invocando mandato de la A.M.A. y definiendo el mantenimiento de su pensionado:

“tanto más cuanto que para ello se siente apoyada por la aquiescencia del gobierno, el aplauso de todos, y el concurso decidido de los más notables facultativos de la República, quienes jamás insinuaron la más remota idea de excusar, medir, ni menos tasar, su preciosa cooperación”.(232)

Ante esta respuesta, la comisión emanada de la A.M.A. divide sus pareceres. De los diez miembros que la integraban originariamente, siete continúan el cuestionamiento, con una nota en la que se acusa de falsedad a las venerables damas; tres renuncian a seguir integrándola, y al ser acusados de compromiso de intereses por pertenecer al cuerpo médico de los hospitales en debate, publican su descargo, con lo que vuelven a poner en discusión diferentes concepciones sobre la metodología a utilizar en defensa de los intereses profesionales.

Pero el contenido de la discusión ya no pasa por los “remedios heroicos” propuestos por el Sindicato; se limita al contenido conceptual de las notas intercambiadas. En el seno de la comisión existían dos tendencias, que se pusieron de manifiesto en dos proyectos de nota. Una de ellas,

“contemplaba todos los puntos de la cuestión, dándole a nuestras gestiones un carácter amistoso y cortés, y reconociendo los justos méritos de los pensionados, al mismo tiempo que se anotaban las deficiencias de su régimen actual”.(233)

Triunfó, en cambio, la otra tendencia,

“que encaraba las gestiones en forma doctrinaria, con una rigidez de conceptos que en algunos momentos llegaba a la intemperancia”(234)

Aunque mirado con ojos contemporáneos el conflicto entre Sociedad de Deontología y Damas de Beneficencia parezca fluctuar en un espacio gris ubicable entre la tragedia y la farsa, tuvo al menos una consecuencia seria, que muestra hasta qué punto los actores estaban convencidos de la justicia y seriedad de sus respectivos roles: la renuncia del doctor Eduardo Belástegui -ex director de la Asistencia Pública, ex presidente de la Sociedad de Cirugía- a su cargo de cirujano jefe del Hospital Rivadavia, después de 25 años de trabajo, en reivindicación del derecho a expresar libremente sus ideas. (235)

El gremialismo médico en la Provincia de Buenos Aires y en el interior del país

La propuesta del Sindicato Nacional de Médicos -que en 1922 declaraba

cial y no concordes con los recursos de que dispone un gremio de intelectuales”. (RUIZ MORENO, M. “El pensionado de los hospitales y el gremio médico, a propósito del artículo del Dr. Capizzano”. *S.M.XXIX* 19:777-778, mayo de 1922).

contar con 1.100 adherentes- parece haber tenido eco en diferentes puntos del interior del país. La difusión de sus filiales sin duda tuvo relación con las negociaciones entabladas con mutualidades y compañías de seguros, a las que nos referimos oportunamente.

Alguna información dispersa nos permite ubicar agrupaciones médicas que se autodenominan "sindicato" en la ciudad de San Juan entre 1921 y 1924, en Chivilcoy en 1923, en Mar del Plata en 1924, en la región sur de la provincia de Santa Fe en 1923, en San Francisco (Córdoba) y Rafaela (Santa Fe)* de manera simultánea en ese mismo año, y también en Mendoza.**

De alguna manera vinculada con la actividad del Sindicato, la fundación de la Compañía de Seguros "La Primera" en la ciudad de Trenque Lauquen, parece señalar un cambio en la orientación del gremialismo médico. Entre sus adherentes se gesta, a fines de 1924, no sabemos bien si la iniciativa, o sólo el apoyo, de un proyecto de fundación del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, que no reconocerá ningún tipo de filiación con el sindicato.***

*"San Francisco, Córdoba, junio 17 de 1923. Dr. Pedro Acuña. Chivilcoy. Los médicos de ésta y sus alrededores, lo mismo que los de Rafaela, Pcia. de Santa Fe, pensamos formar un sindicato o unión regional de médicos, con los objetivos que envío aparte y de los cuales podrá Vd. enterarse.

«Vamos a formar dos Sindicatos, uno con asiento en esta ciudad y otro en Rafaela, que asociarán aproximadamente a más de 70 médicos, y marcharemos solidariamente hasta que se formen otras agrupaciones semejantes por estas regiones". (BOLETIN L.C. I 3:7, junio de 1923).

** Diez años más tarde, Pedro Acuña, director del Boletín de La Cosmopolita, recordando la actividad del Sindicato, del que había sido delegado, afirmaba: "Para demostrar la excepcional ocasión que se perdió en aquellos momentos iniciales del despertar de la conciencia colectiva, me basta hacer notar que de la semilla desparramada en esos tiempos han germinado asociaciones médicas en casi todos los pueblos de la Provincia de Buenos Aires, federadas más tarde en el Colegio de Médicos con sede en La Plata". (ACUÑA, Pedro. "A propósito del artículo del Dr. Pedro V. Cernadas". S.M. XI. 17:1497-1498, abril de 1933, pág. 1497)

***La nueva agrupación se constituye en una Asamblea realizada el 20 de diciembre de 1924. En la primera parte de sus Estatutos, aprobados en dicha Asamblea, se definen los objetivos que la inspiran: "Esta institución tiene por objeto principal fomentar y sostener la dignidad y la ilustración de sus miembros, enalteciendo en esta forma el concepto público de la profesión; velar por el decoro y la independencia de la profesión médica, propendiendo a la solidaridad y vinculación de sus miembros, a cuyos efectos mantendrá constante intercambio de ideas, en todo lo referente al ejercicio profesional; propenderá al mejoramiento del gremio fijando normas de ética médica, tendiendo asimismo a la justa y equitativa retribución de su labor y a la protección de sus miembros; secundará a los poderes públicos para el mejoramiento de la salud general, mediante la aplicación de medidas de higiene y de asistencia social y recabará de los mismos se dicten las leyes, decretos u ordenanzas más convenientes". (BOLETIN L.C. II 22:17-23, febrero de 1925 pág. 17).

Conocemos las actividades del Colegio a través del Boletín de La Cosmopolita, que había nacido de manera contemporánea a la formación del Sindicato Médico de Chivilcoy. En el artículo que anuncia la constitución de la entidad provincial leemos: "Se llamará esta institución Colegio de Médicos. *Ilámese como se llame, que el nombre es lo de menos*, lo importante es que tengamos la cabeza que oriente y dirija la acción de las distintas entidades creadas ya en los diferentes partidos *con fines exclusivos de defensa* de nuestros intereses morales y materiales" (El énfasis es nuestro, S.B.) (BOLETIN L.C. II 20:8-9, diciembre de 1924, pág. 8).

Del mismo modo, en los años de la segunda mitad de la década encontramos noticias de entidades médicas que adoptan denominaciones menos connotadas gremialmente, actitud que podría entenderse como intención deliberada de diferenciarse del Sindicato: ** Colegios Médicos de Santiago del Estero, Mendoza, San Juan y Córdoba, Asociación Médica de Luján, Asociación Médica de Junín, Asociación Médica de Bahía Blanca, Círculo Médico de Tandil, Unión Médica de Chascomús.

No hemos podido precisar si ya en ese momento el Sindicato había caído en el descrédito que, según las noticias posteriores, fue la causa de su debilitamiento o si las distintas denominaciones remiten simplemente a diferentes "cadenas de transmisión" de la movilización gremial.

La formación de los Círculos Médicos en la Capital Federal

El 5 de junio de 1933 se constituye el Círculo Médico de Barracas, con treinta socios fundadores. Es la primera de un conjunto de organizaciones gremiales que sumarán siete en 1932 y que reúnen a los médicos de la Capital Federal. Constituyen entidades en las que la afiliación de los profesionales parece definida por el lugar de ubicación del consultorio, sanatorio u hospital donde realizaban su práctica. Carecemos de testimonios directos que nos permitan conocer mejor sus formas organizativas. Todas las referencias a los primeros Círculos son tardías y se ubican en la década del treinta, en el momento en que cumplen un aniversario o en la evocación de algún gremialista con espíritu de historiador.

La fundación del primer exponente del movimiento -conocido primero como Círculo Médico de Barracas, más tarde de Boca y Barracas, y a partir de 1934 como Círculo Médico del Sud- es recuperada en el homenaje a que da lugar su décimo quinto aniversario. En el recuerdo de sus directivos se diferencian sus propósitos con los del Sindicato que en ese momento, se afirma, "ya declinaba".

"De orientación distinta a la de éste, y con una interpretación también distinta del problema del ejercicio profesional en todos sus aspectos (...) entendió como obligación primera de sus finalidades, la de crear entre los componentes del cuerpo médico local un fuerte respeto mutuo, mediante el en-

** Pedro Cernadas, en un artículo aparecido en 1933, trata muy mal a los dirigentes del Sindicato: "Los hombres dirigentes del extinto Sindicato de Médicos, por una notoria falta de capacidad y criterio, no tardaron en transformar ese organismo gremial en un organismo político. La camarilla, que es una de las tantas facetas del poliedro de la política criolla, no tardó en germinar y florecer en sus filas. Las ambiciones personales fueron sus consecuencias inmediatas. Un ansia de acomodo y exhibicionismo los dominó. Ya en ese tren desenfrenado perdieron el control. Se establecieron alianzas con otras agrupaciones políticas. ¿Qué beneficios podía sacar el gremio médico mezclándose con las facciones políticas argentinas, movidas por apetitos tan bajos? Sólo la obnubilación intelectual puede explicar que el ex sindicato de médicos entrara en los abyectos atractivos y torpes sugerencias de la política criolla [...] La introducción de la política en el seno del incipiente gremialismo contribuyó primero a desorganizarlo y luego a disolverlo". (CERNADAS, Pedro. "Las nuevas orientaciones del Colegio de Médicos de la Capital y el ex Sindicato". *S.M.* XL 27:57-61, julio de 1933, pág. 61). En las publicaciones gremiales de la década del 30 se encuentran alusiones veladas a la utilización del Sindicato para la obtención de cargos públicos, pero no hay referencias más concretas sobre los hechos que motivan estas acusaciones.

tendimiento y la vinculación afectiva".(236)

En 1926 se organiza el *Círculo Médico del Oeste*, que en ese momento agrupa a setenta médicos. Estas dos instituciones pioneras llegan a 1932 con poco más de 200 socios, y constituyen un vínculo entre los primeros movimientos y los organismos que tienen continuidad institucional hasta el presente, que comienzan a organizarse en la Capital Federal a partir de esa fecha.

También en el interior del país perduraron otros agrupamientos, y algunos con una vida particularmente activa, como parece haber sido el caso de la institución que nucleaba a los médicos del sur de la Provincia de Santa Fe, o la Asociación Médica que en San Juan protagonizó un largo y espinoso conflicto con el gobernador Cantoni, o el Colegio Médico de Santiago del Estero, que en 1971 reivindicaba cincuenta años de funcionamiento regular. De todos ellos sólo fue posible recoger información fragmentaria.

El movimiento gremial médico en los años treinta

A partir de 1930 vuelven a publicarse en *La Semana Médica* los llamados a la agremiación. A los tradicionales enemigos de la profesión parece sumarse una nueva amenaza, la presión impositiva por parte de un Estado que busca cerrar mejor sus cuentas: la reimplantación del impuesto de patente, que grava "a la más noble y humana de todas las profesiones", el impuesto a los réditos, que pretende una parte de ingresos que se han vuelto escasos, los gravámenes que encarecen los elementos indispensables para el ejercicio profesional "desde la aguja con que suturamos las heridas, hasta el fórceps con que salvamos la vida de la madre y el hijo", el que se aplica sobre el automóvil o el coche "de que disponemos para mejor asistencia de los enfermos".(237)

"La inseguridad económica que embarga al cuerpo médico es una cruel injusticia de los tiempos que corremos, y una consecuencia lógica de su desorganización". (238)

"Nos hemos quedado atrás, muy atrás, de las otras profesiones, y de los mismos proletarios. Estos, sin ser intelectuales, han demostrado más sentido común, vivir más en la realidad de los tiempos, y poseer más visión del porvenir. Las conquistas del proletariado, rotundas y progresivas, se han impuesto por su organización, y porque han confiado a sus propias fuerzas la lucha por sus derechos". (239)

El pensamiento gremial parece haber adquirido complejidad: se debaten las formas organizativas; se discuten métodos de elección de autoridades; no se teme la confrontación, la explicitación de un disenso que, más allá de la polémica individual, conduce a la conformación de tendencias internas relativamente estables. En las elecciones constitutivas del Colegio de Médicos de la Capital Federal, en octubre de 1932, se presentan seis listas. La polémica en torno del régimen hospitalario, del rol del Estado, del lugar de la iniciativa privada en una futura reorganización del sistema, no tardará en explicitarse.

Los organismos gremiales en la Capital Federal: Círculos, Colegio, Federación Regional

El lugar de convocatoria del renovado movimiento gremial médico parece haber sido nuevamente la Asociación Médica Argentina. En la sede de la sociedad cuyos objetivos eran fundamentalmente científicos tuvieron lugar las primeras reuniones que llevaron a constituir el Colegio de Médicos de la Capital,* con participación de los Círculos preexistentes, los médicos del Hospital Rivadavia y un grupo de profesionales independientes.

De manera prácticamente simultánea se organizaron dos nuevos círculos: del Norte y del Sudoeste, y luego, por iniciativa del mismo Colegio, los tres restantes, Noroeste, Centro y Nordeste.

Los primeros estatutos del Colegio prevén afiliaciones individuales. El movimiento de conscripción de socios parece haber sido muy intenso en el primer momento, llegando a tener mil adherentes un mes después de constituido, mil quinientos un mes más tarde, y dos mil quinientos en el momento de su mayor desarrollo, para estabilizarse luego en una cantidad que fluctúa en torno de los mil quinientos.

La institución se conforma con objetivos de proyección nacional: el artículo tercero de sus Estatutos pone a su cargo propender a la formación de Círculos Médicos en la Capital Federal, las provincias y los territorios. (240) No conocemos ninguna iniciativa que permita inferir el cumplimiento de este mandato más allá de los límites de la Capital Federal.

A partir de 1935 la organización del Colegio cambia sustancialmente, y pasa a convertirse en Federación Regional.** Un pacto temporario entre el

*El grupo de médicos iniciador del movimiento que conduce a la fundación del colegio a través de sus objetivos nos vuelve a proporcionar un listado de los tradicionales enemigos y las viejas reivindicaciones del gremio: 1º Limitar los servicios hospitalarios a la gente pobre; 2º Combatir el ejercicio ilegal de la Medicina en todas sus formas; 3º Propender a la derogación de los impuestos que gravan a la profesión; 4º Elevar el nivel moral de la profesión médica: a) estableciendo el arancel mínimo, b) independizar al médico de las sociedades de socorros mutuos y de beneficencia, c) controlar los servicios médicos en los hospitales extranjeros, sanatorios, institutos y "políclínicos", etc., d) crear una oficina jurídica que entienda en todos los asuntos relacionados con la práctica médica; 5º Gestionar la estabilidad de los cargos profesionales en los hospitales y que éstos sean remunerados; 6º Crear y reglamentar un servicio médico de urgencia nocturno rentado; 7º Socorrer al colega en caso de invalidez; 8º Creación obligatoria de servicios médicos en establecimientos industriales y fabriles; 9º Cooperar con las autoridades sanitarias en todos los casos de epidemia. La redacción de *La Semana Médica*, al proporcionar el texto íntegro del volante, se manifiesta de acuerdo en general con los puntos del programa, y agrega que vería con agrado "que se incluyeran propósitos definidos de ética." (*S.M.* XXXIX 17:1360, abril de 1932).

Entre los objetivos del Círculo Médico del Norte, en cambio, volvemos a encontrar la antigua combinación de intereses profesionales y reivindicación ética: "a) Propender a la agremiación de todos los médicos de la zona, con el objeto de mantener una estrecha vinculación con los mismos y defender sus derechos morales y materiales; b) Armonizar los intereses del gremio con los de la salud pública; c) Combatir el charlatanismo y curanderismo; d) Auspiciar toda iniciativa que consulte los intereses del gremio, manteniendo relaciones con grupos profesionales afines; e) Velar por el fiel cumplimiento de los principios de deontología médica" (*S.M.* XXXIX 24:1848, junio de 1932).

** Los problemas derivados de la superposición de socios y de cuotas entre Colegio y Círculos, y la rigidez del nuevo organismo gremial habían sido ya advertidos por el infatigable Pedro Cernadas: "¿Qué debe hacer el Colegio de Médicos en este momento? Por de pronto es-

Colegio y los Círculos Médicos de la Capital, firmado el 27 de abril de ese año, es ratificado por un plebiscito, y se nombra una comisión provisoria, formada por delegados de los Círculos y del mismo Colegio, encargada de la redacción de los nuevos estatutos y del trámite ante la Inspección de Justicia para lograr su aprobación por el Poder Ejecutivo. La constitución definitiva del Colegio de Médicos de la Capital Federal, Federación Regional, se produce el 20 de junio de 1936. (241)

Los organismos gremiales de la Capital Federal: la agremiación de los médicos de los hospitales municipales

Dos años antes de la fundación del Colegio de Médicos, la A.M.A. se había constituido ya en lugar de convocatoria para inquietudes gremiales vinculadas al trabajo en hospitales. En el discurso convocante aparecen nuevamente entrelazados intereses y ética:

“El certificado de pobreza obligatorio para la asistencia gratuita en los hospitales, el repudio público y persecución bien organizada a los profesionales que usen sistemas de trabajo y métodos de curación denigrantes para la moral médica, como muchos otros problemas de nuestro interés general, sólo podrán resolverse cuando constituyamos y seamos una entidad fuerte y unida”. (242)

El estímulo para el movimiento de agremiación parece haber provenido en este caso de una iniciativa del Intendente Municipal tendiente a rentar cuatro médicos agregados por servicio en los hospitales de su dependencia. (243) La “Unión de Médicos de los Hospitales Municipales” se constituye provisoriamente en una reunión realizada en la sede de la A.M.A. el 13 de octubre de 1930.

La nueva institución publica sus actividades por medio de boletines muy breves que aparecen en las páginas de *La Semana Médica* entre octubre de 1930 y mayo de 1931. El “programa de acción inmediata” propuesto en noviembre de 1930 contiene, entre otros, los siguientes ítems: establecimiento de un escalafón para el trabajo médico; limitación de la asistencia hospitalaria gratuita; creación de la oficina de información, regulación y cobranza de honorarios. Los dos últimos puntos permiten suponer que la tablecer y organizar numerosos círculos o clubs en toda la Capital, teniendo como modelo los ya existentes, y luego federarlos [...] El sistema unitario actual es contraproducente, su dirección y organización, inadecuada a los fines propios de una institución de carácter gremial; no es posible ir con él a ninguna parte. Por eso ha sido abandonado hace años por las organizaciones obreras del mundo entero. Si el protoplasma es la sustancia fundamental de todo lo vivo, el círculo o club es la radical básica de toda organización gremial. Si grupos de células se asocian y forman órganos y aparatos, grupos de círculos forman federaciones [...] La informe democracia plebicitaria adoptada por el Colegio de Médicos de la Capital es una constitución primitiva e inadecuada y ha caído, hace tiempo, en completo desuso, siendo reemplazada, con ventajas, por la organización representativa o liga federal. Todos los círculos deben tener el mismo estatuto y todos los miembros abonar la misma cuota[...] Es imposible que los 3.000 médicos de la Capital Federal reunidos en masa deliberen con acierto[...] Un gremio tan numeroso como el de los médicos no puede intervenir directamente en los asuntos colectivos sino por medio de representantes con mandato imperativo o amplios poderes emanados de las asambleas locales”. (CERNADAS, Pedro. “Las nuevas orientaciones del gremialismo médico...”. *op.cit.* pág. 59/60).

“Unión” se preocupaba también por la actividad médica extrahospitalaria. (244)*

En ninguno de los boletines de la Unión aparecen reivindicaciones relacionadas con la retribución del trabajo hospitalario. En el N° 11, en cambio, se transcribe una nota dirigida al Director de la Asistencia Pública en la que se propone un proyecto de ordenanza que otorgue estabilidad a los médicos agregados de los hospitales del municipio. (245) La remuneración del trabajo hospitalario será, por el contrario, el eje reivindicativo de otra entidad, la Asociación de Médicos Municipales, que se hace conocer a través de una campaña de gran repercusión pública, de la que tenemos noticias a través de la *Revista* del Círculo Médico del Sud y de la información recogida por el diario La Nación.

Cuando nos ocupamos de la problemática asociada al régimen hospitalario dimos cuenta de la resistencia del Colegio y los Círculos frente a la nueva institución, gestada fuera de los organismos gremiales previamente constituidos y que con sus demandas parecía poner en peligro las propuestas de limitación de los servicios hospitalarios.

En esto también se diferencian las dos asociaciones que agrupan al personal médico del municipio: mientras la Unión había participado de las reuniones tendientes a constituir el Colegio de Médicos y se encontraba vinculada a él a través de algunos de sus dirigentes, que eran a la vez miembros de los Círculos, la Asociación se organiza con independencia; los líderes del movimiento que le da origen se ponen en contacto con el Colegio cuando ya sus demandas están encaminadas, y logra un éxito relativamente significativo con la sanción de la ley Dickmann, en momentos en que la activi-

* La nueva entidad se propone los siguientes objetivos: “Son sus fines propender al mejor funcionamiento de los servicios médicos municipales de esta ciudad y a la defensa de nuestros intereses morales y materiales, dentro y fuera de la vida hospitalaria.

»A tales efectos la Unión de Médicos Municipales de Buenos Aires estudiará las necesidades y fallas que puedan existir en esos servicios: buscará los medios de subsanarlas y gestionará de las autoridades competentes las medidas que tiendan a esos fines. Tales observaciones no se concretarán a la existencia, dotación y funcionamiento de los servicios hospitalarios, sino también a las condiciones de trabajo, conducta profesional y dignidad de todos los miembros del personal de los establecimientos sanitarios municipales: escalafón, idoneidad y estabilidad de los mismos, constituyendo así una corporación en que cada uno de sus miembros será un agente de control de cuanto exista o suceda en los servicios de que forman parte” (S.M. XXXVII 43:1328, octubre de 1930).

Constituiría una excesiva presunción suponer que el tono de la declaración esté de alguna manera relacionado con expectativas despertadas por el movimiento del 6 de setiembre, pero esa idea forma sin duda parte del universo de posibilidades a considerar. De todos modos, la Unión de Médicos Municipales pronto hará honor a su propuesta corporativa. En diciembre de 1930 inicia una gestión destinada a obtener para el personal técnico de los hospitales municipales el derecho exclusivo a presentarse a los concursos para cubrir cargos en ellos, tanto en el caso de los médicos internos como de los jefes. Se pide además que “se tenga en cuenta la actuación de cada uno dentro de la repartición municipal como principal elemento de juicio, quedando los antecedentes en otros hospitales[...] relegados a segundo término, y sólo computables para decidir entre varios candidatos que tengan iguales méritos dentro de la repartición”. (Unión de Médicos Municipales de Buenos Aires. Boletín N° 7, S.M. XXXVIII

dad del Colegio parece entrar en un período de letargo. Unión y Asociación terminan por unirse; la primera se declara disuelta en junio de 1936 y transfirió sus fondos a la entidad que en ese momento está a punto de ver concretado uno de los primeros objetivos de su lucha.

A lo largo de 1937 Asociación y Colegio apelan en común ante la opinión pública por el reconocimiento de su derecho a llevar adelante una lucha reivindicativa. Un Decreto del Intendente de la ciudad de Buenos Aires saca a luz una disposición del Digesto Municipal que prohíbe a los empleados públicos hacer petitorios colectivos. Amparado en esa norma, el titular de la comuna porteña desconoce el derecho de agremiación de los médicos municipales* y sanciona a los firmantes de un petitorio respaldado por la Asociación de Médicos Municipales, que se relaciona con nombramientos de médicos de urgencia.

Colegio y Asociación reúnen fuerzas y realizan un acto en el teatro Augusto destinado a defender el ejercicio del derecho de petición. En forma paralela comienza a discutirse la posible fusión de las dos grandes instituciones gremiales de la Capital Federal.

La posibilidad de la Asociación de Médicos Municipales de integrarse a la Federación constituida en el Colegio de Médicos, había sido negada de manera absoluta, al menos por un sector de ésta, a fines de 1935. Los dirigentes del *Círculo Médico del Sud*, a través de las páginas de su *Revista*, llaman a sus asociados a “defender las asociaciones constituidas” negando la posibilidad de integración de una “sociedad extraña” a la Federación Regional recientemente conformada. (246)*

* La Prensa se hace eco del problema en un Editorial que vale la pena transcribir para recuperar una parte de lo que podríamos llamar “el estado de la opinión” de la época:

“No es admisible que los funcionarios públicos se agremien con el objeto de actuar ante sus superiores. Si bien es cierto que el derecho de petición no les está vedado por el hecho de pertenecer al personal de la Administración Pública, también es cierto que hay razones jurídicas y prácticas que obligan a desechar el intento de crear asociaciones y entidades que ejerzan su representación al modo sindicalista, en las relaciones con las autoridades.

»Ante todo es necesario tener presente que, en materia de funciones públicas, existe una organización jerárquica dentro de la cual unos elementos son controlados y dirigidos por otros. Resultaría imposible mantenerla si los que tienen carácter de subordinados actúan en forma conjunta para imponer o reclamar determinado tratamiento, sea en cuanto a sueldos, sea en cuanto a honorarios y promociones.

“[...] debe reconocerse la imposibilidad de que los subordinados discutan procedimientos de sus superiores en el carácter de gremios[...] si se considera que existe un abuso o mala aplicación de leyes, decretos, reglamentos y ordenanzas, cabe la acción de los directamente interesados, pero no la de quienes invocan su representación por el solo hecho de ser compañeros de tareas o hallarse ante la posibilidad de verse en cualquier momento afectados por causas semejantes [...]

“Por razones de doctrina y por conveniencias generales, es improcedente la agremiación del personal administrativo, en cualquier esfera que preste sus servicios. Tanto es así, que de lo contrario habría que reconocerle el derecho a la huelga, que le ha sido denegado por todos los autores y por cuanta legislación se ha pronunciado al respecto” (Transcripto en *Rev.Col.Med.* VI 51:24, abril de 1937).

** “La Asociación de Médicos de los Hospitales Municipales, por disposición estatutaria, debería adherirse al Colegio o la Federación, mas los estatutos de estas entidades, hechos con criterio distinto -hijo de la experiencia-; muy diferente al que ha guiado a los gestores de la Asociación, no permiten la afiliación de una sociedad extraña como sería en este caso la Aso-

Las posiciones parecen flexibilizarse dos años más tarde, y la revista del Colegio publica el texto de un "pacto de fusión" entre ambas entidades. Con ese fin se declara en revisión el Estatuto de la Federación Regional de la Capital.(247) A comienzos de 1938, sin embargo, la situación no ha sido resuelta. Un nuevo convenio propone como organismo de gobierno de la nueva Federación a constituirse, un Consejo Federal en el que la representación de las entidades adheridas sería proporcional al número de socios de cada una.(248)* Esta propuesta se opone, sin embargo, a la decisión del Segundo Congreso Ordinario del Colegio de Médicos que, en agosto de 1937, había decidido que la representación de las nuevas instituciones que se incorporasen a la Federación sería igual a la de los Círculos ya integrados, dos representantes por cada entidad. (249).

El movimiento de agremiación en el interior del país

También parece haber existido continuidad entre las primeras organizaciones surgidas en la década del 20 y el movimiento de afirmación de la actividad gremial de los años treinta en la mayoría de los departamentos de la Provincia de Santa Fe. A las preexistentes organizaciones del sur de la provincia se une en 1930 la "Asociación Médica del Norte Santafesino" con sede en la ciudad de Reconquista, que reúne a profesionales de los departamentos de General Obligado, San Javier y Vera. (250).

En 1935 comienza a publicar su Boletín la Federación Gremial Médica de la Provincia de Santa Fe** única, al parecer, que utilizaba el adjetivo "gremial" para autodesignarse-. En ese momento contaba con la adhesión de la Sociedad Médica de Santa Fe, la Asociación Médica de Rosario, las Asociaciones de los departamentos de San Martín, San Jerónimo, Belgrano, Iriondo, Las Colonias, San Justo, Caseros, San Lorenzo, Castellanos y Constitución, la Asociación de Médicos del Norte Santafesino y la Asociación de Médicos de los Departamentos de San Cristóbal y 9 de Julio. En

ciación de Médicos de los Hospitales Municipales". (*Rev. Cir. Med. Sud.* II 18:8-9, noviembre de 1935).

* El Círculo Médico del Sud sigue oponiéndose al acuerdo en términos nada conciliadores: "no es posible obtener la fusión cuando hay intereses personales que la obstan, y cuando lo que se hace es el encubramiento personal con vistas al acomodo político y no la reivindicación de los legítimos y claros derechos de los médicos". Sus dirigentes reconocen haber fracasado en el intento de despertar la conciencia gremial, en primer término por su propia falta de capacidad, en segundo lugar porque el conjunto de la profesión se muestra cada vez más "desorientado y materialista" y, por último, en razón de "un tercer factor, de alguna importancia: que no prometimos conseguir doblones". (*Rev. Cir. Med. Sud.* V 47/48:8-9, abr./mayo 1938, pág. 8).

** El reconocimiento de la pujanza de la actividad gremial santafesina parece haber sido unánime y se manifestaba incluso entre aquéllos que no compartían sus propuestas de política sanitaria. En la Revista del Círculo Médico del Oeste se afirma en 1937: "Si se exceptúa la Federación Médica de Santa Fe, puede decirse que en ninguna otra provincia argentina se ha organizado debidamente el gremio médico. La Federación Médica de Santa Fe es un modelo en su género y es la expresión más fiel de lo que puede hacerse en nuestro medio cuando sus componentes están compenetrados de su misión". (PRAT, Salvador. "Gremialismo médico". Artículo reproducido en *Rev. Circ. Med. Sud* VI 58:12-13, nov/dic. 1937, pág. 12).

diciembre de ese mismo año se produce un primer intento de agremiación de los profesionales del único departamento de la provincia que todavía se mantenía alejado de la actividad gremial, se funda la Asociación de Médicos del Departamento de General López (251) que, sin embargo, no habría de tener continuidad.

Al año siguiente, la Federación Santafesina, que ya había organizado dos congresos gremiales de carácter provincial, encara la tarea de volver a reunirse en un Congreso de alcance nacional a las entidades gremiales dispersas en el interior del país.

El Segundo Congreso Médico Gremial Nacional y Primero de Medicina Social se reunirá en Rosario en octubre de 1936. Un Primer Congreso había tenido lugar en Buenos Aires en junio de 1934. El número de entidades del interior adherentes a este Primer Congreso Médico Gremial Argentino puede proporcionarnos una orientación acerca de la situación del gremio en el plano nacional. Si la enumeración no cubre todas las entidades existentes, seguramente da cuenta de aquellas con vocación por la unidad y con organización y fuerza suficientes como para enviar delegados a un Congreso. Aunque nosotros contamos veintinueve*, los organizadores hablan de treinta entidades gremiales, de magnitud seguramente dispar, que en este Congreso resuelven la constitución de la Federación Médica Gremial Argentina. Sin embargo, el proyecto tardaría aún siete años en concretarse.

Las organizaciones médicas con orientación ideológica

La intensidad del movimiento que lleva a la profesión, a través de formas organizativas, a buscar un espacio en el interior de las nuevas relaciones de poder en gestación, se manifiesta también en la constitución de dos corporaciones con clara orientación ideológica: el Consorcio de Médicos Católicos y la Corporación Nacionalista de Medicina.

La fundación de la Corporación Nacionalista de Medicina se decide en una Asamblea realizada en Buenos Aires el 5 de octubre de 1933. Su primer manifiesto condensa el pensamiento de los hombres que la forman, que afirman la necesidad de llevar adelante una obra “real, sólida, eficaz y duradera”. Declaran en primer lugar no creer en la igualdad de los ciudadanos:** los hombres son profundamente desiguales, y por esa razón resulta im-

* Ocho Asociaciones de la Provincia de Santa Fe -San Martín, Las Colonias, San Jerónimo, San Justo, Castellanos, Rosario, Santa Fe y Norte Santafesino- el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, la Asociación Médica de Bahía Blanca, el Colegio de Médicos de Mercedes, los Círculos Médicos de Morón, San Nicolás, Coronel Pringles, San Isidro, Ciudadela, el Círculo Médico de Gualaguaychú (Entre Ríos), el Colegio de Médicos de Río Cuarto, los Círculos Médicos de Salta, Córdoba y Mendoza, el Colegio Médico de Tucumán, y las entidades organizadoras: Colegio Médico de la Capital Federal y Círculos del Oeste, Norte, Sud, Sudoeste y Noroeste.

Al Segundo Congreso acuden además delegaciones de las provincias de San Juan, San Luis, La Rioja, Catamarca, Corrientes, Santiago del Estero y Salta y de los territorios de Chaco, Chubut, Río Negro, La Pampa y Neuquén.

**“un hombre de bien que edifica su hogar con el sudor de su frente, como lo quiere la profecía bíblica, que forma una familia legal e indisoluble, que educa a sus hijos en las leyes sagradas del honor y del deber, no es igual, no puede ser igual al delincuente profesional, al vago

posible aceptar el predominio de "las mayorías numéricas absolutas". Trabajarán en consecuencia para que los gobiernos se organicen "reflejando la proporción en que cada gremio y cada agrupación contribuye al bienestar general, y por lo tanto a la grandeza de la patria". Se declaran también enemigos de todos los traidores de la nacionalidad y el país, a quienes combatirán sin tregua "en todos los momentos, en todos los lugares y con todas las armas". Apoyan su obra en las columnas sagradas sobre las que descansan las sociedades civilizadas, "conceptos sublimes condensados en tres grandes palabras: Dios, Patria, Hogar". (252)

En el momento de constituirse la nueva corporación tiene el apoyo de 300 miembros, entre los que se cuentan algunas figuras conocidas en el interior del gremio médico y la salud pública argentina: Nicolás Capizzano, Pedro Chutro, Edgardo Nicholson, Tiburcio Padilla y Luis F. Leloir.

La actuación del Consorcio de Médicos Católicos es algo posterior; no hemos recogido el momento de su conformación, pero en 1937 su presidente, Carlos Castaño, desarrolla en las páginas de *La Semana Médica* una intensa polémica con Enrique Boero en torno del aborto terapéutico.(253) Además sabemos que en 1938 organiza su Primera Semana Nacional de Estudios dedicada a la encíclica *Casti connubi*; en 1940 se fundan filiales en Salta, en 1941 en Tucumán y Catamarca, en 1942 en La Plata.

La orientación de la actividad gremial en la Capital Federal

Al comienzo de este capítulo decíamos que parece haber un hiato en la actividad gremial a mediados de los años treinta. Algunas referencias aparecidas en las revistas del gremio respaldan esa idea.* Sin embargo, prácticamente con el mismo peso podría también proponerse una hipótesis alternativa: el gremio médico, excesivamente fragmentado, se cierra sobre sí mismo para discutir interminable ¿e inútilmente? la futura forma de organización de los servicios de atención médica.

Una gran desconfianza hacia el Estado y "los políticos"*** y muy diferente al holgazán consuetudinario, parásitos dañinos que estorban en la sociedad. Entre los hombres de bien, tampoco pueden ser iguales los obreros modestos, del músculo, con los obreros, muy a menudo también modestos, del cerebro". (S.M. XL 51:2045-2047, diciembre de 1933).

* "Varios años de gremialismo médico, desarrollados en medio de grandes dificultades y con frutos desproporcionadamente escasos en relación al esfuerzo desplegado[...] Los círculos, salvo excepciones, llevan una vida precaria y les cuesta mucho trabajo mantener su organización". (PRAT, Salvador. "Gremialismo médico". *op.cit.* pág. 12).

"Un quinquenio bien cumplido y mal llevado tenemos en el dorado marco de los intereses morales y materiales del mentado y meneado gremio médico. Podemos expresar, sin que rozos paños cubran nuestra tez, que éste primer plan quinquenal ha fallado lamentablemente y francamente no sé lo que nos depara el segundo que se inicia". ("Sigue el Corso...". *Rev. Cir. Med. Sud.* V 49:62-63, junio de 1938, pág. 62).

** Nos ocuparemos del problema cuando analicemos la relación entre profesión y autoridades, pero ello no impide que adelantemos un ejemplo: "El político criollo, como el tiburón, traga todo lo que encuentra a su paso, no le interesa que lleve la muerte de sus semejantes con tal que tenga su estómago repleto. La presa más apetitosa para los tiburones de la política argentina son los médicos, posiblemente por lo muy dóciles y desunidos. Antes, en época de elecciones, se ofrecía a los votantes asado con cuero, dos pesos y entrada a una casa de lenocinio; hoy se les brinda asistencia médica permanente y gratuita. El cambio es franca-

rentes referentes ideológicos, acercan y separan, al mismo tiempo, a los gremialistas de la Capital Federal, y les impiden encontrar una fórmula de integración eficaz en el sistema político. La polémica se reanuda en cada Congreso Ordinario y el nudo problemático pasa por las posiciones enfrentadas en cuanto al régimen hospitalario. Los oponentes reconocen, sin ninguna duda, un encadenamiento inevitable entre el futuro del hospital público y las posibilidades de reestructuración del mercado y de recuperación de la práctica privada.

El conflicto llega a su punto máximo entre el II y el III Congreso Ordinario del Colegio, reunidos respectivamente en agosto de 1937 y el mismo mes de 1938.

El II Congreso no puede aprobar ninguna resolución sobre limitación del hospital al indigente, porque cuando llega el momento de votar se produce un empate. Según un testimonio, no se pidió al Presidente que desempata porque no parecía legítimo aceptar "que un asunto de tanta importancia se decida por desempate". (254)

Reunido el III Congreso, se acepta en general la declaración propuesta por la comisión que discute el tema "Organización sanitaria. Régimen hospitalario", pero cuando se comienzan a tratar en particular los diferentes puntos que constituyen el despacho, se produce una situación que para algunas lecturas resulta absurda y para otras se inscribe dentro de la más estricta lógica: se aprueba el punto primero, "declaración de la oficialización de la medicina", pero se rechaza el tercero, "condiciones y remuneración *full time*"; con el agregado de un ítem no previsto: "limitación del hospital a los menesterosos y creación del certificado correspondiente". *

"El Congreso se desorbitó" afirma uno de los directivos del Círculo Médico del Sud, "y sin dar razones de peso o valederas, (...) aceptó la ponencia del Círculo Médico del Oeste". (255)**

Si se intentan recuperar las líneas de enfrentamiento en el interior del gre-

mente ganancioso. Sin gasto alguno se alcanzan los codiciados votos". (CERNADAS, Pedro. "Las nuevas orientaciones..." *op.cit.* pág.58).

**"el III Congreso Médico Gremial metropolitano [...] ha muerto ahogado en la enrarecida atmósfera creada por la incalificable maniobra de esa misma mayoría regimentada, que después de haber votado en general el despacho de la Comisión [...] resolvió dar máquina atrás, y en la discusión en particular (bueno, eso no era discusión; era decir que no, porque no, y nada más) fue rechazando artículos, aprobando otros e insertando trasnochadas elucubraciones, tan dispares en sus alcances unas de otras, que de un despacho armónico, serio y orgánico, quedó un bodrio de tales proporciones que baste decir, va desde la oficialización de la Medicina, para terminar propiciando el certificado de pobreza, no sin antes rechazar el *full time*". (K.U.TERIO, *Rev.Cir.Med.Sud* V 52:33, setiembre de 1938).

** En un editorial de la revista del Círculo Médico del Sud se formula la pregunta: "¿Hay quien pueda negar que una vez oficializada la medicina el que optativamente trabaje dentro del sistema, trabajará a *full time*?" ("De la redacción". *Rev.Cir.Med.Sud* V 53:14-15, octubre de 1938, pág. 14).

Por su parte, el delegado del Círculo Médico del Noroeste considera que no hay contradicciones en aceptar la oficialización de la medicina y rechazar el trabajo *full time*. "Sería un caso análogo al del maestro" aclara, "que una vez cumplido el horario que se le exige, no puede impedirle que dicte clases particulares" (ROMERO, José María. "Campeando por la verdad". *Rev.Cir.Med.Sud.* V 52:5-6, setiembre de 1938, pág. 6).

mio, una primera lectura de la información disponible permite dibujar provisoriamente tres tendencias que, de una manera algo extraña, parecen abroquelarse en tres de los Círculos más activos: Oeste, Sud, Sudoeste.

Los dirigentes del Círculo Médico del Oeste, con Pedro Cernadas a la cabeza, se inscriben en lo que hoy llamaríamos la "línea privatista": partidarios de la limitación del hospital a la población indigente, miran con desconfianza cualquier posibilidad de expansión de la actividad estatal, ya se trate de la implantación de cargos *full-time* o de proyectos más ambiciosos como el de "oficialización" de la medicina, que parece contar en esos años con apoyo mayoritario. En 1935 sus delegados a la Comisión Intercírculos llevaron como mandato "oponerse decididamente a todo plan de nacionalización o municipalización de la profesión, debiendo, *en caso de insistirse en esta tesis, retirarse los delegados del seno de esta Comisión*". (énfasis en el original, S.B.) (256). En esta perspectiva, el Estado sólo debía:

"velar por la salud pública en lo que se refiere a urgencia, aislamiento de los enfermos infecciosos, cordón sanitario, inspección y profilaxis; y no brindar *ad libitum* magníficas y lujosas salas de operaciones, camas y remedios gratuitos a todo habitante de la República". (257)

La práctica privada, orientada y controlada por el gremio, no debía encontrar obstáculos en la expansión de la actividad estatal.*

En la vereda opuesta, el Círculo Médico del Oeste y quien probablemente fuera uno de sus principales mentores ideológicos, Juan Abadie, niegan categóricamente que la limitación del acceso a los hospitales pueda solucionar la crisis del consultorio profesional, como exponente de la actividad privada de corte individual. Progresos técnicos y cambios sociales conducen al desarrollo de las grandes instituciones médicas; el Estado debe expandir sus servicios, no retacearlos. La implantación del trabajo médico *full-time* constituye un avance en el sentido de la orientación deseada.**

* En la misma tendencia se inscribe José M. Romero, dirigente del Círculo Médico del Noroeste, aun cuando su planteo no coincide exactamente con el de Cernadas: "sostuve que la oficialización no debía ser aceptada como la única solución, por el hecho de tener que ejercer la profesión en forma colectiva y utilizar equipos, pues aparte de que ello no es una verdad absoluta, se puede llegar al mismo resultado por medio de un seguro social bien financiado y también por la organización privada de los médicos, en forma similar a lo que ya han realizado algunos colegas en varios puntos de la República." (ROMERO, José M. "El problema gremial. Puntualizando". S.M. XLVI 1:56-57, enero de 1939, pág. 57).

** Las diferencias solían plantearse de manera absolutamente antagónica, con una perspectiva dualista sobre la que más adelante volveremos. Veamos el siguiente ejemplo: "Alta tensión en el panorama internacional[...] Por un lado, la economía dirigida: Alemania, Italia y Rusia.

»Por otro, el imperialismo capitalista basado en un aparente liberalismo económico: Inglaterra y Francia.

»Los primeros, empujando a estos últimos a que entren en una conflagración y como consecuencia se arruinen. Los segundos olvidándose de dignidad, tradición, compromisos: haciéndose sordos a las solicitudes de la razón y la justicia; sacrificándolo todo a la prolongación de un régimen ya caduco, pero aún productivo para una ínfima minoría(...)

»¿No es acaso magnificado hasta lo increíble y con pavorosas proyecciones, el drama del ejercicio de la medicina?

148 »El escenario lleno de personajes secundarios. Corporaciones, cooperativas, asociaciones, mutualidades; limitación hospitalaria, arancel, *full time*; trustificación de la medicina en al-

Algunos exponentes de esta perspectiva llegan a criticar duramente la organización de abonos y cooperativas gremiales, a las que consideran prácticas de orientación corporativa, incompatibles con la función social que debe cumplir la profesión. En las versiones más duras se niega la autenticidad de su carácter cooperativo y se habla de “un cierto tufillo a trustificación de la medicina”. (258)*

En una posición intermedia, probablemente de menor compromiso, o más orientada a la aceptación de soluciones coyunturales, el *Círculo Médico del Sud*, aunque cuenta entre sus directivos con el creador del proyecto de oficialización de la medicina, Alberto Berenguer, propone a ésta como solución de largo plazo, y en lo inmediato se inclina por limitar el hospital a la población sin recursos y por el apoyo de formas organizativas que canalicen hacia las instituciones privadas al sector de población de ingresos medios.**

En la *Revista del Colegio* se señala el problema en los siguientes términos:

“Asambleas Ordinarias y Extraordinarias, reuniones médicas y Congresos se suceden intermitentemente, y de sus doctas deliberaciones sólo trasunta un caos de opiniones que pone en evidencia no sólo la complejidad del asunto sino también la disparidad de criterios y su antagonismo hacia el mismo problema (...) Se observa así que en las asambleas no sólo chocan entre sí las opiniones de los *Círculos* con mandato propio, sino también los componentes de una misma delegación se dividen en sus opiniones porque prima en unos el concepto clasista, y en otros la convicción de que la medicina de hoy debe

gunas localidades del interior del país, inconcesables particiones de honorarios, productos medicinales con coima [...] Caótico coro. Comparsa heterogénea. Verdadera cortina de humo que impide ver a los primeros actores.

»El uno simbolizando a la medicina función de estado, llámese como se quiera. El otro encarnando el ejercicio individual de la medicina -verdadero liberalismo profesional- que trata de perpetuarse o al menos prolongarse en cualquier forma.

»Si imaginamos al mundo un amplio teatro, con un escenario principal y múltiples escenarios laterales, fácil nos será comprender que el drama que se desarrolla en aquél, marca las pautas que desencadenarán el desenlace de las representaciones secundarias que en éstos se realizan”. (*Rev. Cir. Med. Sud.* V 52:32, setiembre de 1938).

* Fuera del ámbito capitalino, un representante del *Círculo Médico Independiente* del departamento San Martín, que reunía a los médicos que no participaban del sistema de abonos organizado en ese departamento, afirmaba con respecto a tales sistemas: “Tal solución no resuelve nada, al contrario, crea nuevos problemas, trasladando la lucha profesional del plano individual al de grupos o instituciones, agudizando y poniendo de manifiesto, en esta forma, todos los vicios de la profesión mercantilizada: asistimos así al corretaje médico, a la caza de los abonados, etc., vicios que es necesario poner en evidencia para el bien de la profesión. Esto sin contar con algunas tentativas de trust, tentativas en la que se pensó monopolizar una zona, obstaculizándose así el libre ejercicio profesional” (KOROB, A. “Algunas consideraciones sobre la oficialización de la medicina”. *S.M.* XLVII 10:594-597, marzo de 1940, pág. 596).

* “Cuando se llega a la bifurcación de un camino, es permitido dudar cuál será el mejor para llegar a la meta. Las dos tendencias quieren llegar a la Oficialización; nuestra posición es la del caminante que en previsión de un largo recorrido lleva consigo su alimento, para no morir de inanición. Los otros quieren comunizar, ahogar a la clase médica, quitándoles el consultorio que es el único recurso actual de su subsistencia, prometiéndoles en cambio puestos magníficos, que no se sabe si llegarán, y menos en el estado actual de las finanzas públicas” (PESSANO, Juan Esteban. “Golpes bajos”. *Rev. Cir. Med. Sud.* V 52:21-24, setiembre de 1938, pág. 24).

ser función del Estado con el control de los médicos. El antagonismo de las soluciones absolutas hace que los debates se tornen violentos". (259)

Otras evaluaciones remiten el problema al "estado incierto de la conciencia médica, aún en formación", a la falta de difusión entre los miembros de la profesión de las propuestas elaboradas por los grupos dirigentes, a la despreocupación por parte de éstos de los problemas cotidianos e inmediatos que aquéllos deben enfrentar. (260) No faltan perspectivas que toman en cuenta la estratificación interna de la profesión. Si la organización gremial pretende incorporar a todas las categorías de profesionales, se objetiva, "resultará un organismo contradictorio, por agrupar a individuos que tienen intereses materiales distintos y antagónicos"*.

El crecimiento de los años cuarenta

Los primeros años de la década del cuarenta encuentran al movimiento gremial médico en un proceso de renovación que lo pone en condiciones de lograr una estructuración definitiva en el orden nacional. La organización de la Federación Médica de la República Argentina, más tarde Confederación, la fusión de las dos grandes entidades de la Capital Federal, Colegio Médico y Asociación de Médicos Municipales, la conformación de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y su homónima de Córdoba, el afianzamiento de otras instituciones provinciales que habían permanecido parcialmente inactivas a lo largo de los años treinta, son síntomas indudables de fortalecimiento. El proceso, sin embargo, no está exento de contradicciones: el movimiento del interior del país, renovado por el impulso de la dirección capitalina, muy pronto se siente en condiciones de rechazar cualquier tutela; las disensiones internas llevan a pedir la intervención de la Inspección de Justicia; las recién estrenadas formas organizativas son cuestionadas y deben revisarse.

Pese a tales convulsiones, la profesión se afirma de manera indudable en los años que van hasta 1945. Prueba de ello es sin duda la sanción de instrumentos legales largamente esperados: la ley de ejercicio profesional, el estatuto de trabajo médico. Es posible que esa afirmación, resultado de una mejor relación con los organismos estatales, constituya al mismo tiempo el motor del crecimiento y el condicionante de la lucha interna por la distribución de cuotas de poder.

La unidad del gremialismo porteño

El IV Congreso Ordinario del Colegio de Médicos de la Capital Federal había aprobado la reforma de estatutos que era indispensable para la integración de la Asociación de Médicos Municipales en la Federación Regio-

* El argumento continúa: "Médicos ricos' independientes', médicos' independientes' ya pauperizados, médicos asalariados y explotados por empresas de todo género, médicos cooperativistas, etc., constituyen en el seno de un organismo de esa clase el famoso grupo de gatos en la bolsa! En el mejor de los casos predominaría en su seno el interés de grupo" (BOSIO, Bartolomé. "La crisis de la profesión médica". *S.M.* XLVIII 22:1277-1280, mayo de 1941,

nal. Sin embargo, el problema no se resuelve. Si hemos de creer los testimonios procedentes del Colegio, es la Asociación la que plantea nuevas dificultades, puesto que se niega a aceptar la estructura federativa preexistente y reclama la desaparición de los Círculos para fusionarse con el Colegio en un plano de absoluta igualdad: “mientras se persista en mantener al Colegio de Médicos con su estructura federativa no habrá unidad” (261).

La polémica se reanuda a partir de una gestión del Presidente de la Comisión de Higiene del Concejo Deliberante, Adolfo Rubinstein, tendiente a lograr un acuerdo que conduzca a “una fusión o entendimiento permanente entre ambas instituciones gremiales” (262). En ese momento también la Sociedad de Médicos de los Hospitales de Beneficencia acordaría integrar la Federación de la Capital.

Sólo en noviembre de 1941 una Asamblea de la Asociación de Médicos Municipales acepta modificar sus estatutos en los términos requeridos para obtener la tan discutida unidad. Finalmente, en mayo de 1942 queda definitivamente constituida la que sería la Federación Médica de la Capital Federal.

La Federación Médica de la República Argentina y el crecimiento de las organizaciones gremiales del interior

Como ya señalamos, la organización de una entidad federativa de orden nacional había sido decidida en el Primer Congreso Gremial Médico, en 1934. En ese momento se nombra una Comisión Provisoria que, a pedido de la Federación Médica de Santa Fe, autoriza la celebración del Segundo Congreso, en 1936. En éste se discute un proyecto de Estatutos que no logra consenso. La comisión respectiva aconseja limitarse a dictar algunas normas de carácter general* y esperar a un próximo congreso para decidir su organización definitiva.

Ya sea por esa especie de letargo o parálisis que aqueja a los organismos gremiales en los últimos años de la década del 30, ya por otros motivos, ese futuro congreso nacional no se reúne hasta mayo de 1941.

Al Primer Congreso Médico Gremial Argentino extraordinario concurren 17 delegaciones que declaran representar a 4.100 médicos en todo el país.** El Colegio de Médicos de la Capital da cuenta de casi la mitad de la cifra (1.800 adherentes). Otras representaciones significativas son las del

* Entre las Normas Generales para la Constitución de la Federación Médica Gremial Argentina que se aprueban en el Congreso de Rosario en 1936 en función de la historia posterior sólo parece significativa la que establece que la representación de las Federaciones Regionales en el gobierno de la institución será proporcional a su número de adherentes. (Segundo Congreso... *op.cit.*, pág 315-317).

** Si se trabajara con alguna pretensión de exactitud habría que eliminar de esa cantidad algunas superposiciones indudables, lo que conduciría a restar alrededor de 400 adherentes. Cuatro años más tarde, al realizarse la primera asamblea de la Confederación Médica Argentina, la entidad cuenta con 5.600 socios cotizantes. (Primera Asamblea Ordinaria de la Confederación Médica de la República Argentina. *Rev.Fed.Med.R.Argentina* V 46:38-41, abril de 1945). Para ese momento, el número total de médicos en el país se estima en 13.900; tendrían actividad gremial, por consiguiente, algo menos de la mitad de los profesionales en ejercicio. (S.M. LI 36:494, noviembre de 1944).

Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires,* el de Córdoba, la Federación de Santa Fe y la de Cuyo.** (263)

En el transcurso de sus deliberaciones, el miembro informante de la Comisión de Estatutos, Luis Tettamanti, esboza brevemente los motivos que tuvo dicha Comisión para modificar en parte el respectivo anteproyecto, especialmente en lo relacionado con el nombre de la nueva institución “debido a la sugerencia de las delegaciones del interior, cuyas entidades tropezaban con grandes inconvenientes entre la masa médica que ponía reparos a la palabra gremio”(264). La organización surgida del Congreso se llamará pues, Federación Médica de la República Argentina.

En 1943 la entidad médica de tercer grado pasará a denominarse Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), aunque sólo tres años después esta denominación se utilizará en la portada de su Revista.

En 1945, en la Primera Asamblea Ordinaria de la Confederación Médica de la República Argentina están representadas las organizaciones de segundo grado de la 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. Es precisamente en esa asamblea donde comienza a manifestarse el descontento de algunas delegaciones del interior con la modalidad representativa que otorgaba mayoría absoluta a Buenos Aires (Capital y Provincia). Las delegaciones de San Juan, Mendoza, San Luis y Santa Fe se retiran de las deliberaciones, a pesar de lo cual se continúa con el procedimiento de elección de las nuevas autoridades.

Sin embargo, pasada la asamblea a cuarto intermedio, en la siguiente sesión no es posible integrar la nueva Comisión Directiva por falta de colaboración de todas las federaciones presentes. Los titulares de la Mesa Directiva presentan sus renunciaciones, y, al no llegarse a un acuerdo, se opta por pedir la intervención de la Inspección de Justicia. Esta se efectiviza el 6 de

* En diciembre de ese mismo año, el primer número del Boletín de la Agronomía Médica Platense da cuenta de un movimiento destinado a constituir la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. En la nota se señala la existencia de más de 25 Colegios que demandan la creación de un organismo federativo: Bahía Blanca, Carmen de Areco, Quilmes, Chascomús, Pergamino, Tres Lomas, Coronel Pringles, Patagones, Pehuajó, Ciudadela, San Miguel, Mercedes, etc., y se agrega: “merecen citarse como ejemplo del creciente interés gremial los numerosos organismos fundados últimamente: Mar del Plata, Luján, Bragado, Nueve de Julio, 25 de Mayo, Trenque Lauquen, Bolívar y La Plata”. Se registra, por consiguiente, un proceso reorganizativo en ciudades que habían participado del primer movimiento sindicalista en los años veinte. (SCENNA, Nicodemo. “Hacia la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires”. *BOLETIN A.M.P.* 1:12, diciembre de 1941).

** Si se comparan las delegaciones presentes en este Congreso con la nómina de las que asistieron a los realizados en 1934 y 1936 se pueden señalar algunas ausencias, pero también nuevas y significativas representaciones: en primer lugar la de la Federación Médico Gremial de Cuyo, que se había organizado en los últimos meses de 1939; el Colegio Médico de Santiago del Estero, que tenía existencia por lo menos formal desde 1921; la Asociación Médica de Paraná, que tendría vida efímera; la Asociación Médica del Norte, nucleamiento regional de los médicos del norte de la Provincia de Buenos Aires, y la Asociación Médica de Corrientes. En 1942, el Segundo Congreso Argentino cuenta además con la adhesión de la Asociación Médica de Carmen de Patagones y Territorio del Río Negro, el Círculo Médico de Catamarca, el Círculo Médico de Salta, el Colegio Médico de Jujuy, el Colegio Médico del Chaco Oeste y el Círculo Médico del Alto Valle del Río Negro y Neuquén.

noviembre de 1945; un año más tarde, el 20 de noviembre de 1946, se devuelve el control de la entidad a una nueva Comisión Directiva. (265)

Aunque en las Actas correspondientes a reuniones de la Mesa Directiva y a sesiones de los Congresos Confederales de la COMRA no se explicitan los motivos del conflicto salvo en lo relacionado con las modalidades de representación previstas en los Estatutos, algunas noticias provenientes de otras fuentes permiten rastrear la existencia de dificultades, presumiblemente agravadas hacia 1945, en función del clima político dominante.

El cuestionamiento de las supuestas o reales tendencias centralizadoras del grupo porteño parece datar del mismo momento de la constitución de la Federación. En julio de 1941 se registra un reclamo del Colegio de Médicos de la Provincia de Córdoba por el reconocimiento de su aptitud para actuar como federación regional; en consecuencia pide que la Federación Nacional rechace la afiliación directa de los Círculos Médicos de esa Provincia. Se espera -afirma su Comisión Directiva- que el organismo nacional "realice la coordinación de las entidades federadas y no una centralización de actividades médico gremiales en la Capital con absorción de pequeños núcleos del interior". (266).

Más tarde el enfrentamiento entre algunos sectores del interior y de la misma Capital con la conducción de la COMRA se explicita en ocasión del III Congreso Médico Gremial y Social, reunido en Córdoba en diciembre de 1944. En su transcurso se aprueba un voto de censura a la Mesa Directiva de la Confederación, propuesto por la delegación santafesina, por "su actuación irregular ante las Entidades afiliadas con respecto a la tramitación del anteproyecto de Organización Médico Sanitaria del país". El punto 2º de la respectiva resolución sostiene que el desempeño de cargos directivos en las entidades médico-gremiales es incompatible con cargos rentados otorgados por el Superior Gobierno de la Nación. (267) El cuestionamiento cuenta con el aval expreso de la Asociación de Médicos Municipales de la Capital Federal.

Una vez inaugurado el Congreso, las autoridades de la Confederación habrían tenido noticias de que algunas delegaciones del interior propondrían un voto de censura, y se retiran de las deliberaciones. En su reunión del 20 de diciembre la Mesa Directiva de la COMRA resuelve desestimar las resoluciones del III Congreso por considerarlas antiestatutarias. La violación a los estatutos habría radicado en el tratamiento de un tema al margen del temario preestablecido. (268)

El panorama se aclara aún más leyendo una publicación del periódico cordobés *El Día*, correspondiente al 5 de julio de 1945. En ésta se transcribe una comunicación del Colegio Médico de Córdoba en la que se imputa a la Confederación Médica de la República Argentina haber llevado al gremio médico "a la atmósfera corrupta donde se gestan las soluciones electorales a espaldas de la Nación"*.

* La noticia periodística continúa explicitando el contenido de la declaración: "Agrega que los médicos cordobeses desean ser libres y dignos como profesionales y ciudadanos, y que promoverán una acción conjunta de las entidades del interior para la depuración del organismo federal, delimitando su esfera de acción sin cargar con la marca infamante de haber entregado la independencia gremial, la libertad profesional y la dignidad del ciudadano y del médico

También la Agrupación Médica Platense se manifiesta enfrentada a la conducción nacional del gremio y a la Federación provincial bonaerense, a las que acusa de "notoria actuación colaboracionista" (269) ². Todas las imputaciones condenatorias remiten sin duda a la estrecha colaboración existente entre las autoridades de la COMRA y la Secretaría de Trabajo y Previsión, que comienza a ponerse de manifiesto desde los inicios de la gestión del organismo conducido por el entonces Coronel Perón. La referencia nos ubica en la problemática de las relaciones entre gremio y aparato estatal, que es una de las materias que abordaremos en nuestro próximo capítulo.

a cambio de favores de las antepasadas oficiales" ("Votos de Censura". *BOLETIN A.M.P.* 6:11-15, agosto de 1945, pág. 11).

* La susceptibilidad que se manifiesta en el interior del gremialismo en función del clima político originado con la afirmación del gobierno peronista se expresa nuevamente en la Asamblea General Extraordinaria del 28 de julio de 1946, destinada a discutir los nuevos Estatutos que permitirían reencauzar la actividad de la COMRA. El delegado de Mendoza condiciona la reincorporación de la entidad que representa al organismo nacional a que el primer artículo del nuevo estatuto establezca claramente que la Confederación "es una entidad civil ajena a todo móvil político o religioso, pero fiel a la observancia de los preceptos democráticos y constitucionales". La inclusión de la palabra "democráticos" genera un largo debate, en razón de que algunos delegados la consideran redundante, afirmando que al hablar de preceptos constitucionales queda sobreentendido que ellos son, por su propia índole, democráticos. El artículo queda aprobado con la sola exclusión del término cuestionado y Mendoza se retira de las deliberaciones. San Juan y Córdoba se solidarizan con la entidad mendocina y se hace necesario un cuarto intermedio conciliador. El artículo primero del nuevo Estatuto es aprobado en los siguientes términos: "La Confederación Médica de la República Argentina es una asociación civil ajena a todo móvil político, partidista o religioso, fiel a los principios ideológicos y doctrinarios que inspiran nuestra Constitución Nacional que, integrada en un régimen de absoluta igualdad y plena conservación de su autonomía por las entidades médicas del país adheridas a ella, persigue por vía de la acción gremial el mejoramiento moral y económico de la profesión médica y el progreso sanitario de la Nación". (ACTAS CONFEDERACIONALES COMRA. Asamblea General Extraordinaria del 28-VII-1946, Tomo I, pág. 105-137).

CAPITULO SEXTO

LAS DEMANDAS INTERPUESTAS AL ESTADO: REGLAMENTACION DEL EJERCICIO PROFESIONAL POLITICAS DE SALUD

Hay una suerte de doble movimiento en las relaciones entre la profesión y el Estado. Por un lado los esfuerzos de autorregulación, que conducen a reforzar la idea de autonomía y a rechazar toda ingerencia extraña, incluida la de los organismos del aparato estatal. Por el otro, la demanda de reconocimiento de dicha autonomía -y de una esfera exclusiva de actuación, que es uno de sus pilares fundamentales- por parte de otros sectores sociales, lo que supone la puesta en movimiento de algunos de los mecanismos coercitivos de ese aparato. La profesión demanda reconocimiento al Estado, al mismo tiempo que le niega ingerencia en los aspectos técnicos de su práctica, y asume como exclusiva la función de establecer los parámetros éticos que la sustentan. Los pedidos de regulación del ejercicio profesional, van incorporando, en adiciones sucesivas, los aspectos conflictivos que ese doble movimiento desnuda. A medida que la profesión avanza en la autoconciencia de la necesidad de mantener su autonomía, avanza también en el convencimiento de que el apoyo estatal es una pieza clave en el proceso de su afirmación.

En lo que se refiere más específicamente al gremio, a lo largo de los años treinta y los comienzos de los cuarenta las relaciones con el aparato estatal se van haciendo progresivamente más regulares, más fluidas. A pesar de que el discurso antiestatista y el rechazo de lo político como deformante -o incluso corruptor- de una intervención sanitaria basada en principios exclusivamente técnicos, sigue siendo muy fuerte en algunos sectores, entre las autoridades de los organismos gremiales y los funcionarios del Estado se van estructurando canales de comunicación relativamente fluidos y, en

algunos casos, de apoyo mutuo para la promoción de proyectos comunes.

De modo paralelo, la preocupación por las condiciones de vida y de trabajo de la población y su compleja relación con las situaciones de salud/enfermedad, tiene un lugar cada vez más importante en el pensamiento gremial médico. La necesidad de trasladar el énfasis desde las prácticas curativas o recuperadoras ejercidas sobre el individuo, a las actividades preventivas dirigidas al conjunto social, lleva no sólo a reclamar una ampliación de la esfera de intervención técnica del personal de salud: también supone la aplicación de políticas estatales que posibiliten esa intervención ampliada, y garanticen su eficacia.

Por ese camino, a medida que el discurso técnico va incorporando componentes sociales, incorpora también una demanda a los organismos políticos para que respalden su intervención, en dos planos diferenciados: facilitando la actuación del técnico en lo sectorial para dar respuesta a esas necesidades, redefinidas y valorizadas, y poniendo en marcha mecanismos extrasectoriales que aseguren las condiciones materiales para que dicha intervención pueda ser eficaz. El gremio se postula como interlocutor indispensable en el diseño de las políticas sociales.

Esta postura dista de ser unánime; un sector de la profesión rechaza enfáticamente la intervención del Estado en cualquier aspecto que vaya más allá de la atención del indigente. Decidido a recuperar las condiciones de ejercicio anteriores a la crisis, formula planes para volver a adecuar la actividad privada a las transformaciones producidas. Sin embargo, la centralidad de las demandas/cuestionamientos por la ingerencia estatal es tan fuerte que aun aquellos que la rechazan suelen poner al Estado en el núcleo del debate. La antinomia podría definirse muy esquemáticamente entre un sector de la profesión que aspira a que ésta se constituya como fracción autónoma del aparato estatal, y otro que pretende mantener su actividad enteramente en la órbita de la sociedad civil, y que precisamente acusa de los males que la aquejan a la expansión de ese aparato. No puede, pues, ignorarlo. Se ve en la necesidad de exigirle abstención, y de reorganizar su actividad no en forma independiente del Estado, sino enfrentada a él.

Reglamentación del ejercicio profesional

La demanda de una ley que regule el ejercicio profesional no se genera exclusivamente en la órbita gremial. Los mismos funcionarios de las instituciones sanitarias del aparato estatal, en particular del Departamento Nacional de Higiene, y cierto número de diputados y senadores sin vinculación aparente con el gremio médico, reclaman infructuosa y periódicamente la sanción de una norma que garantice a los egresados de la Facultad de Medicina la potestad exclusiva de ejercer las prácticas asociadas a la función de curar.

A medida que pasan los años y se complejizan las modalidades de la respuesta social a la enfermedad, también los pedidos de regulación amplían sus objetivos: ya no se trata solamente de combatir el ejercicio ilegal, también es necesario controlar los excesos de los que están legalmente califica-

dos. La represión de las prácticas mercantilistas y el charlatanismo ocupa un lugar más importante en los proyectos de ley presentados a partir de 1910, y las sanciones aplicadas en caso de trasgresión comienzan a incrementarse significativamente.

En los años veinte se incorporan las disposiciones relacionadas con la matriculación obligatoria controlada por el D.N.H. o una futura Dirección de Sanidad. En los treinta, algunos proyectos entregan este control a organismos gestados por el gremio con la supervisión del Estado.

Además, en la década del treinta el espectro de los solicitantes se amplía: ya no son solamente los médicos, o cada profesión de manera aislada, quienes solicitan al Estado la protección efectiva del reconocimiento social de su título. Se trata ahora de la sanción de una ley que regule las condiciones de ejercicio de las profesiones liberales en su conjunto. En 1940 el Comité Permanente de Sociedades Universitarias alega la representación de 55.000 graduados en facultades oficiales, que reclaman la sanción de una norma complementaria de las disposiciones de la ley Avellaneda.

“¿De qué vale” se pregunta su presidente, “que la ley Avellaneda precise que la Universidad exclusivamente tiene reservado el privilegio de otorgar los títulos de las profesiones liberales, si otra ley no afirma sus derechos, al par que establezca sus deberes?” (270)

La necesidad de reformar la ley reglamentaria del ejercicio de la medicina es planteada por primera vez en el Senado de la Nación en 1897. A ese proyecto suceden muchos otros que proporcionan una especie de hilo conductor de la problemática y, en forma paralela, de la perspectiva que de la misma tienen funcionarios y gremialistas.*

* Los proyectos de ley reglamentaria del ejercicio de la medicina y demás ramas del arte de curar, y las leyes sancionadas en jurisdicciones provinciales a las que hemos tenido acceso son las siguientes:

1. DEL PINO, A. Cámara de Senadores. *Diario de Sesiones*. Sesión del 3-VIII-1897, págs. 127-140.
2. LACAVERA, Pedro. Cámara de Diputados. *Diario de Sesiones*. Sesión n° 24, del 28-VIII-1901, págs. 560-565.
3. QUINTANA, Manuel; CASTILLO, Rafael. C.D., D.S., sesión N° 15 del 14-VIII-1905, págs. 243-244.
4. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Cámara de Senadores. Proyecto de ley publicado en S.M. XII 35:910-917, setiembre de 1905.
5. SOCIEDAD MEDICA ARGENTINA. Proyecto de ley publicado en S.M. XIV 37:1170-1172, setiembre de 1907.
6. MALBRAN, C., MACIA, S., CARREÑO, L. Cámara de Senadores. D.S. Sesión del 29-IX-1919, pág. 762-764.
7. SEMPRUN y otros. Cámara de Diputados, D.S. Reunión n° 12, del 24-VI-1912, págs. 343-346.
8. VEYGA, A. Cámara de Diputados. D.S. Reunión n° 21. 14-VIII-1916, pág. 1291.
9. MELO y QUIROGA, Cámara de Diputados, D.S. Reunión n° 25, 14-VI-1918, pág. 259.
10. NUÑEZ, Pedro. Cámara de Diputados, D.S. 23-VI-1921, págs. 883-889.
11. BARD, Leopoldo, C.D., D.S. Sesión del 6-IX-1923. págs. 495-514.
12. PINTO, Andrés. Conferencia Sanitaria Nacional. *Anales D.N.H.* XXIX 1923, págs. 63-65.
13. EMPARANZA, Francisco. Cámara de Diputados. D.S. Sesión del 26-VIII-1926, pág. 493.
14. SUSSINI, M. y VACCAREZZA, R. Publicado en S.M. XXXIX 35:632-633, enero de 1932.
15. PROVINCIA DE SANTA FE, Ley N° 2.887 / 1932.
16. LIMA, Enrique. Cámara de Diputados, Provincia de Buenos Aires, publicado en S.M. XL 41:1138-1141. 12-X-1933.

La ley básica y los primeros proyectos de reforma

Entre 1891 y 1944 el ejercicio de la medicina en la Capital Federal y Territorios Nacionales estuvo regido por la ley sancionada en la Provincia de Buenos Aires el 18 de julio de 1877. La ley N° 2.829, de 1891, que crea el Departamento Nacional de Higiene, por su artículo tercero extiende las disposiciones de la ley bonaerense a los efectos de la vigilancia del ejercicio de la medicina y la farmacia, que encarga al nuevo organismo.

Pósteriormente, la ley N° 4.687 deroga las disposiciones que se refieren al ejercicio de la farmacia, y los artículos relacionados con la práctica de la medicina son complementados con algunas ordenanzas del D.N.H.

Las principales deficiencias de la ley N° 2.829 se refieren a la dificultad de precisar a partir de su articulado qué actividades constituyen ejercicio ilegal de la medicina. Su artículo primero se limitaba a establecer: "Desde la promulgación de esta ley, nadie podrá ejercer, en el territorio de la provincia, ramo alguno del arte de curar, sin título expedido por la Facultad de Ciencias Médicas o por los tribunales que le han precedido". Las dificultades radicaron en otorgar contenido jurídico a la sencilla expresión "ejercer", referida a cualquier ramo del arte de curar.

Las principales discrepancias giraban en torno de si era necesario demostrar el cobro de un honorario y la habitualidad de las prácticas curativas. Asimismo, si solamente se consideraba ejercicio abusivo la prescripción de drogas, o caían también bajo las sanciones de la ley los que pretendían curar utilizando la imposición de manos, y empleaban como arma terapéutica las oraciones o la saliva del falso médico, etcétera.

La ley adoptada por la Nación en 1891 establecía además la publicidad de la nómina de personas autorizadas para ejercer la profesión según información suministrada por las respectivas facultades, la responsabilidad profesional y la obligación del secreto. El artículo octavo prohibía al facultativo ejercer presión sobre el enfermo para que adquiriera en determinada farmacia los medicamentos recetados. Esta disposición fue reforzada con ordenanzas de 1882 y 1890, al parecer sin resultados notables. También se sanciona la asociación de médicos con personas que no están en condiciones de ejercer la profesión, práctica que, al parecer, no era tan habitual como la asociación con farmacéuticos. Los médicos estaban obligados a dar aviso a las autoridades en los casos de enfermedades epidémicas, y a especificar en los certificados de defunción las causas de la muerte.(271)

Como ya señalamos, la ley 2.829 fue complementada por ordenanzas del

17. FRESCO, Manuel. Cámara de Diputados. D.S. Reunión n° 9 del 16-V-1934, págs. 330-332.

18. COMISION HONORARIA OFICIAL. Anteproyecto de ley orgánica de profesiones liberales. S.M. XLI 42:1140-1143, octubre de 1934.

19. COLEGIO DE MEDICOS DE LA CAPITAL FEDERAL. Proyecto de ley de ejercicio de la Medicina, Odontología y Obstetricia. S.M. XLI 43:1296, octubre de 1934.

20. PROVINCIA DE BUENOS AIRES, Ley N° 4.534/1936.

21. COLEGIO DE MEDICOS DE LA CAPITAL FEDERAL. Anteproyecto de ley orgánica de profesiones liberales. S.M. XLI 42: 1140-1143, octubre de 1934.

22. COMISION OFICIAL REDACTORA. Ley Básica del Ejercicio de las Profesiones Universitarias del Arte de Curar. *Rev.Fed.Med.R.Argentina* V 50:9-24, agosto de 1945.

Consejo de Higiene provincial o del Departamento Nacional de Higiene cada vez que se demostró la insuficiencia de su articulado para limitar las contravenciones más evidentes. En 1882 se prohibió la instalación de consultorios sin nombre del responsable, la publicación de avisos que ofrecían servicios médicos por parte de profanos, los avisos que propagandizaban específicos con designación de las enfermedades para las que estaban destinados y el modo de usarse; en 1887 se prohibieron las representaciones teatrales de hipnotismo. En 1894 se anulan los permisos para establecer consultorios en los que el médico figura sólo como director.

El primer proyecto de reforma es presentado en la Cámara de Senadores por el Senador del Pino, y discutido en agosto de 1897. Por su artículo 5° se considera ejercicio ilegal de la medicina el de toda persona no autorizada que "tome parte habitualmente en el tratamiento de las enfermedades médico-quirúrgicas, dentarias y partos". El ejercicio ilegal se penaba con multa de doscientos pesos y la usurpación del título de doctor con mil pesos, ambas duplicables en caso de reincidencia. Las otras disposiciones eran muy semejantes a las de la ley que se pretendía reemplazar, salvo la prohibición de instalar consultorios en las farmacias y la disposición que limitaba el contenido de los avisos médicos a nombre y domicilio, títulos adquiridos y enfermedades que se atienden, y que consideraba ejercicio ilegal "todo anuncio en que se prometa la curación de todas o determinadas enfermedades en un plazo marcado o no, o que se anuncie el empleo de un agente terapéutico de efecto infalible para una o más dolencias". La infracción suponía una multa de doscientos pesos. (Art. 8° y 11°).

El proyecto es aprobado en Senadores pero no llega a tratarse en Diputados, donde en 1901 se presenta una nueva propuesta, esta vez del diputado Pedro Lacavera. Como novedades, puede mencionarse su artículo 6°, que confiere a médicos, parteras, farmacéuticos, etcétera, el derecho de constituirse en asociaciones para la defensa de sus intereses profesionales; el art. 7° inc. 5° que considera contrario al orden público dar sesiones de hipnotismo, magnetismo o fenómenos similares en espectáculos públicos; el inc. 6° del mismo artículo que prohíbe expedir partidas de defunción en el caso de que el médico firmante no hubiera prestado asistencia médica; y el art. 15° que establece que la regulación de honorarios médicos en casos contenciosos será del resorte exclusivo del Departamento Nacional de Higiene.*

En 1905 el presidente Manuel Quintana envía al Congreso un nuevo proyecto de reglamentación de la medicina y ramas afines, que en sus funda-

* El diputado proponente aclara que no se trata solamente de una ley protectora del gremio médico, sino de la salud pública. La referencia se destina seguramente a explicar la disposición que prohíbe otorgar el certificado de defunción de una persona a quien no se ha prestado asistencia médica durante la última enfermedad, dirigida a dificultar las asociaciones entre médicos y profanos, en las que éstos practicaban la asistencia contando con la cobertura legal de los primeros.

El otro punto importante del proyecto es el que pone en el demandado la carga de la prueba en el caso de juicio por honorarios: "es el asistido el que debe probar que el médico no ha efectuado las visitas ni ha hecho intervenciones para cobrar ese emolumento". (Proyecto citado, pág. 564).

mentos afirmaba:

“Las leyes vigentes carecen de eficacia para combatir el curanderismo y de precepto alguno que se relacione con el charlatanismo. La acción del Departamento Nacional de Higiene se ha resentido de la falta de eficacia y por consiguiente de estímulo para perseverar en la humanitaria y moralizadora tarea”.

La presentación fue acompañada por un movimiento de profesionales en apoyo de su sanción. En la Cámara de Diputados se presenta una solicitud, avalada por más de mil firmas cuyo texto es el siguiente:

“Los que suscriben, médicos nacionales y extranjeros, con título nacional, y estudiantes de medicina de las Facultades Nacionales de la Capital y Córdoba, interesados en la existencia de una ley que proteja de una manera eficaz y positiva los intereses del gremio médico del país, solicitan de la Honorable Cámara la rápida aprobación de la ley que ha sido presentada por el Poder Ejecutivo, con los agregados que sugiera la experiencia adquirida y consulten las justas aspiraciones de la profesión”(272)

En ese mismo año, un proyecto presentado en la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires suprime el requisito de habitualidad para la consideración del ejercicio ilegal y establece que sólo los médicos, dentistas y parteras podrán anunciar consultorio o establecimientos terapéuticos (art. 11º, inc. 1 y 12º). También avanza en el control de las profesiones paramédicas, y establece penas de cincuenta a doscientos pesos, o arresto de dos a seis meses para las parteras que sobrepasen los límites fijados al ejercicio de su profesión. (art. 3º inc. 4º y 9º).

En 1910, el Presidente del Departamento Nacional de Higiene,* Carlos Malbrán, propone la sanción de una ley en la que se especifican con más precisión los componentes del ejercicio: “la ejecución de operaciones quirúrgicas, el anuncio, prescripción, administración o aplicación de drogas o medicamentos, aparatos curativos o correctivos, aguas, electricidad, hip-

* En la memoria de dicha repartición correspondiente a 1908 la acción de la Sección Quinta, que tenía a su cargo la vigilancia del ejercicio de la medicina y la farmacia, se describe en los siguientes términos:

“Comparada con la del año anterior arroja un notable aumento en todos los detalles que son de su resorte, lo que se debe no sólo a la mayor actividad desplegada sino a la expansión creciente que sufre la Capital en las diversas manifestaciones de su vida y entre ellas las que se relacionan con la salud pública.

»En el movimiento de esta Sección salta a la vista el número de personas multadas y apercibidas por ejercicio ilegal de la medicina, número mucho mayor del que se exhibe, si se tienen en cuenta los casos cuya comprobación no ha sido posible establecer legalmente, aunque existe la certidumbre de la infracción.

»La suma de \$ 8.480 moneda nacional obtenida por multas durante el año transcurrido, corrobora lo que se lleva dicho al respecto.

»No obstante la actividad con que se ha procedido, el número de infractores y de reincidentes, lejos de disminuir, aumenta.

»La causa de esta anomalía no es otra que la composición social propia de las grandes ciudades, que amparan con su masa de población a los delincuentes de cualquier género que sea, y en lo relativo al detalle que nos concierne se debe, a más de eso, a la benignidad de la ley que rige el ejercicio de la medicina y a la lenta tramitación que impone en todos los casos, aún aquéllos que por su forma sólo debieran exigir un juicio sumario”. (GARCIA, Jacobo. “Memoria de la Sección Quinta, año 1908”. *ANALES D.N.H.* XVI (4): 143-145, abril de

notismo o cualquier otro medio, método o agente tangible o intangible, destinado al tratamiento de las enfermedades o a la conservación de la salud de las personas, aun a título gratuito". (art. 2º). Otra novedad contenida en el proyecto es la autorización de las asociaciones entre médicos y profanos cuando tengan por objeto fundar o instalar establecimientos terapéuticos o de sanidad con capitalistas. (art.4º)

El proyecto Malbrán aumentaba considerablemente la importancia de las penas aplicadas al ejercicio ilegal: multas de quinientos a mil pesos o prisión de cinco meses a un año, irredimibles, más la publicidad a expensas del infractor; para las reincidencias solamente se considera la pena de prisión. (art. 10º, inc. a)

El proyecto presentado por el diputado José Semprún en 1912 reitera la definición ampliada de ejercicio de la medicina, que quedará incorporada con leves variantes a todos los proyectos subsiguientes. Incorpora también la figura del "charlatanismo" y avanza sobre sus precedentes al encargar al Poder Ejecutivo, con intervención del D.N.H., el dictado de "las disposiciones relativas al funcionamiento de las casas de sanidad o asociaciones de médicos que tengan por objeto la instalación de establecimientos de este tipo y la reglamentación de lo relativo al ejercicio profesional de los masajistas, enfermeros y demás ramos conexos a la medicina"(art. 6º).

La década de 1920. Matriculación obligatoria y código penal

En 1921, el proyecto presentado por Pedro Núñez incorpora la matriculación obligatoria a cargo del Departamento Nacional de Higiene: "Para el ejercicio de cualquier ramo del arte de curar es indispensable que el profesional vise su diploma y registre su firma en el Departamento Nacional de Higiene, previa identificación de la persona" (art. 12º).*

A partir de ese mismo año la sanción del nuevo Código Penal debería haber contribuido a asegurar una mayor capacidad represiva de los organismos estatales.** El tema es abordado en su artículo 208, que castiga con pri-

* También avanza sobre el control de la práctica de las parteras y encuadra como ejercicio ilegal la actividad de toda aquella "que administre a la madre o al niño medicamentos, practique maniobras obstétricas o aplique instrumentos que no sean los que corresponden al parto normal, salvo caso de urgencia debidamente justificado ante el Departamento Nacional de Higiene o sus dependencias en los Territorios Nacionales, y cuando no existan médicos en la localidad" (art. 5º inc. 3º). El art. 16º establece además que las casas de parteras donde se reciban pensionistas serán consideradas como casas de sanidad y, como tales, sujetas a inspección y reglamentación. En la fundamentación de su proyecto Núñez recuerda la solicitud del Congreso de Medicina reunido en Buenos Aires en 1916 y el reclamo de la Asociación de Médicos de los Hospitales que motivaron la presentación del diputado Veyga en agosto de ese mismo año.

**Un artículo de La Prensa del 1º de diciembre de 1936 plantea que la reforma de 1921 tuvo algún impacto inmediato sobre la comisión de este tipo de delitos, que más tarde se habría ido desvaneciendo: "Después de la reforma del Código Penal, la estadística correspondiente a los delitos de aquella naturaleza (ejercicio ilegal de la medicina y ramas conexas) establece que en el trienio de 1923 a 1925 no se registran procesos por hechos que atentan contra la salud pública; en 1926 aparecen 13 delitos de ese carácter, pero se refieren a adulteración de alimentos, y en 1927 se comprueban 6 delitos de la misma índole. Hasta el tercer trimestre 161

sión de quince días a un año el ejercicio no autorizado o más allá de los límites de la autorización. Define el ejercicio del arte de curar según la ya clásica enumeración: prescribere, administrare, o aplicare medicamentos, aguas, electricidad, etcétera, pero supone un retroceso con respecto a las aspiraciones de la profesión al incorporar el requisito de habitualidad, suprimido en los proyectos que lo antecedieron. Además sanciona al que, aún con título o autorización, prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles, y también al que prestare su nombre a persona sin título, o autorización para ejercer actos comprendidos en el concepto de "ejercicio".

El proyecto presentado por Leopoldo Bard en 1923 agrega al enunciado de las prácticas incluídas en el ejercicio de la medicina, la aplicación de Rayos X o Radio y la ejecución de análisis clínicos para enfermos. Para el caso de ejercicio ilegal se suprime la pena de multa: las infracciones serán castigadas con prisión de quince días a un año; en caso de reincidencia la pena se duplicará (art. 8º inc. a), vale decir, se aplica el art. 208 del Código Penal.

La fundamentación del proyecto de Bard ofrece un cuadro relativamente completo del "estado de la cuestión" en lo que a curanderismo y charlatanismo se refiere, tanto en proyectos de regulación como en jurisprudencia. Esta, al parecer, no era uniforme. Bard cita una sentencia, dictada según él en un "caso reciente" en la que el juez afirma: "Ejerce la profesión toda persona que ofrece curar, cualquiera sea el medio de que se valga para este objeto". Dos años más tarde, sin embargo, en una sentencia referida al mismo tema, registramos como doctrina: "No importa ejercicio del arte de curar enfermedades o curanderismo profesional la explotación comercial de la venta de un aparato ortopédico inventado por el acusado para subsanar los inconvenientes que comporta la impotencia o la pequeñez del miembro viril, aunque en los prospectos respectivos se haga alusión a la cura de la impotencia como resultado de su uso continuado"(273)*

No avanza sobre el contenido de proyectos anteriores el presentado por

del año en curso, las comprobaciones policiales en materia de ejercicio ilegal de la medicina y profesiones conexas fueron las siguientes: Año 1928, 21 sumarios; 1929, 24 sumarios y 30 detenidos; 1930, 62 y 69, respectivamente; 1931, 53 y 60; 1932, 70 y 67; 1933, 67 y 107; 1937, 34 y 35; 1935, 90 y 83 y año 1937, 36 y 25" ("La represión del ejercicio ilegal de la medicina". Transcripto en *Rev.Col.Med.* VI 56:25, setiembre de 1937).

*Afirma Bard: "Si una persona publica un aviso ilustrado con su retrato en un semanario festivo, por ejemplo, y ofrece curar reumáticos, neuróticos, paráliticos, etc. etc., y publica certificados que acreditan esas curas firmados por el agraciado y numerosos testigos, y esa persona carece de título profesional, nos parece verdaderamente asombroso que haya jueces que vacilen en aplicar a ese sujeto las penalidades señaladas por las leyes comunes y la del ejercicio de la profesión (...)

"La publicación, pues, de un aviso en un diario o periódico ofreciendo curar y tratar enfermos es en todos los países del mundo prueba del ejercicio de la medicina, salvo, al parecer, entre nosotros, donde se requiere algo más que la presentación del anuncio, algo más que la presentación del enfermo; algo más que las prescripciones ordenadas. Qué es lo que se requiere, no lo sabemos, por más que nos conste que tal cosa ha sucedido y seguirá ocurriendo mientras las autoridades sanitarias no resuelvan el desconsolador enigma de dar con lo que pueda considerarse como una prueba fehaciente a los ojos de la magistratura nacional de ejercicio ilegal de la medicina, de charlatanismo" (Proyecto citado, pág. 505).

Andrés Pinto en la Conferencia Sanitaria Nacional reunida en Buenos Aires por convocatoria del D.N.H. en 1923, salvo en la disposición que obliga a escribir las recetas en formularios sellados por dicho Departamento o sus Delegaciones en los Territorios Nacionales.

En 1928 Leopoldo Bard reitera sus consideraciones sobre los abusos asociados con el ejercicio de prácticas curativas, tanto por parte de médicos como de farmacéuticos o de simples particulares, en la fundamentación de un proyecto que declara obligatoria la aprobación por el D.N.H. del texto de los anuncios referentes al tema, publicados en “diarios, revistas, semanarios, folletos y todo órgano o elemento de publicidad comercial”. (274)

La inquietud es nuevamente recogida en el proyecto Sussini-Vaccarezza, de 1932 (art. 5°), que también se hace eco de las generalizadas denuncias acerca de la participación de médicos con carácter de accionistas en establecimientos dedicados a la elaboración de elementos medicinales. El art. 6° reza así: “Los médicos odontólogos y veterinarios que preparen especialidades farmacéuticas o productos biológicos y aquéllos que sean propietarios o accionistas de establecimientos o institutos que elaboren o expendan productos de esa naturaleza u otros agentes terapéuticos, no podrán asistir enfermos”. El art. 8°, por su parte, sanciona la práctica de la “dicotomía”: “Prohíbese la partición clandestina de honorarios entre los profesionales que ejerzan la medicina y demás ramas del arte de curar, así como cualquier remuneración que con igual carácter perciban de droguerías, farmacias, casas de óptica, casas de ortopedia y otros establecimientos semejantes”.

Sabemos que en 1934 el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires presentó al Congreso un proyecto de ley sobre el ejercicio de la medicina cuyo texto sólo hemos podido conocer a través de una conferencia desarrollada por Nerio Rojas. La innovación más significativa se refiere a la creación de un Consejo Médico Oficial, elegido por todos los profesionales, para ejercer autoridad disciplinaria en cuestiones de moral médica, realizar el contralor general del ejercicio profesional, actuar como árbitro en cuestiones de honorarios, y hacer el sumario de prevención en el caso del art. 208 del Código Penal. (275)

En cambio, hemos tenido acceso a las pautas para la reglamentación del ejercicio de las profesiones del arte de curar sancionadas como parte de un Proyecto de Código Sanitario por el Primer Congreso Médico Gremial Argentino. Las disposiciones más novedosas se refieren al desempeño de cargos públicos: los profesores titulares y demás docentes de las Facultades de Medicina debían desempeñar cargos *full time*, cuyas remuneraciones, previstas en los presupuestos universitarios, tenían que ser acordes con su jerarquía; la acumulación de cargos públicos o profesionales que importaran una retribución mensual superior a ochocientos pesos inhabilitaría al médico para el ejercicio profesional. Otros apartados señalaban que los poderes de la Nación, las provincias, las municipalidades y las instituciones sanitarias organizadas legalmente reconocerían a los Sindicatos Médicos correspondientes, y sólo designarían a profesionales agremiados para desempeñar puestos de médico en sus reparticiones. Se exceptúan de esta disposición los cargos en las Fuerzas Armadas, los Tribunales y las Universida-

des. (276)

El proyecto presentado por Manuel Fresco en la Cámara de Diputados en mayo de 1934 sólo innova en el monto de las multas a aplicar por infracciones no previstas en el Código Penal: de cien a dos mil pesos moneda nacional. Para el caso de los profesionales se prevé la inhabilitación temporal o permanente en el ejercicio de la profesión. (art. 7° inc. a y c)

Reglamentación de las profesiones liberales

A lo largo de la década del treinta el énfasis se ubica en la sanción de una ley orgánica reglamentaria de las profesiones liberales. En junio de 1934 el Presidente Justo había nombrado por decreto una Comisión Honoraria Oficial encargada de presentar el correspondiente anteproyecto. La Comisión eleva su propuesta al Ministro de Justicia e Instrucción Pública por nota del 3 de septiembre. Tal capacidad resolutive permite pensar en la posibilidad de que ya existieran proyectos semielaborados en las respectivas organizaciones gremiales. (La Comisión tenía tres subsecciones: Derecho y afines, Medicina y afines, Ingeniería y afines). Noticias gremiales de 1940 señalan que el Presidente había actuado por solicitud del Comité Permanente de Sociedades Universitarias. Según se afirma, se pensó que habría más posibilidades de obtener en primera instancia una ley general, para luego proyectar las reglamentaciones de cada profesión en particular. El punto más importante del anteproyecto era la creación de Consejos Profesionales encargados del control de la matrícula, a los que nos hemos referido en el capítulo cuarto.

La ley permanece en estudio del Poder Ejecutivo y sólo es elevada al Senado en septiembre de 1936. Dos años después se hacen gestiones para conseguir su tratamiento, pero la Comisión de Legislación la modifica en términos que resultan inaceptables para las profesiones involucradas. * En 1940 el proyecto primitivo es reflotado y se lo vuelve a discutir en el Senado. Aprobado finalmente por la cámara alta, no logra sanción en diputados. (277)

El problema de la autorización del ejercicio para médicos extranjeros

En las primeras leyes reguladoras, la determinación de las condiciones de obtención de la reválida de títulos extranjeros formaba parte de las atribuciones de las Facultades de Medicina, únicas en condiciones de expedir títulos habilitantes, con algunas excepciones de las que nos ocuparemos en seguida.

*Según el Presidente del Comité Permanente de Sociedades Universitarias, el problema suscitado se debía a la incorporación, en el régimen de la ley, de los diplomas de carácter auxiliar y los no universitarios. Al parecer, parte de la especial significación otorgada a la ley se debía a su estricta reglamentación de las condiciones de reválida. (CARRERA, Juan Ubaldo. "A favor de la sanción de la ley reglamentaria del ejercicio de las profesiones liberales". *Rev. Col. Med.* IX 93: 12-14, septiembre de 1940 y "Concitando la sanción de la ley de profesiones liberales". *Rev. Col. Med.* IX 95: 25-26, noviembre de 1940).

También desde el primer momento, y en razón de las dificultades para conseguir médicos que quisieran establecerse en el interior del país, a los organismos estatales encargados de la sanidad se les otorgó la facultad de autorizar a ejercer la medicina en localidades donde no existiera otro profesional a médicos extranjeros que no hubieran revalidado su diploma. La ley de la provincia de Buenos Aires sancionada en 1877 estipulaba: “El Consejo de Higiene podrá autorizar sin previo examen, para curar, a los médicos y farmacéuticos que hicieran constar la identidad de su persona, sólo por un tiempo limitado y en aquéllos parajes donde no hubiese médico recibido” (art. 11).

Los demás proyectos de ley repiten la disposición en términos más o menos semejantes, salvo el presentado por Semprún en 1912, por Bard en 1923 y por Fresco en 1934, en los que no existe ningún artículo relacionado con tal facultad. La falta de toda aclaración sobre el porqué de la omisión, sólo permite conjeturar que se consideraba oportuna la derogación de la práctica.

La exigencia de revalidar los títulos obtenidos en universidades extranjeras para poder ejercer la medicina en las mismas condiciones que los egresados de las casas de estudio nacionales tenía dos excepciones: la primera resultó de un Convenio firmado por los delegados argentinos al Congreso Sud Americano de Derecho Internacional, que se reunió en la ciudad de Montevideo en febrero de 1889 con sus pares de Paraguay, Bolivia y Perú, por el cual los poseedores de un título o diploma expedido por la autoridad competente para ejercer profesiones liberales en cualquiera de los cuatro países, se tendrían por habilitados para ejercerlas en los otros Estados.(278). La segunda excepción proviene del articulado de la ley N° 4.416 de 1904, que se refiere a la reválida de diplomas de médicos e ingenieros. Por su artículo primero sólo se exigirá a los argentinos graduados en universidades extranjeras “un examen con las pruebas prácticas indispensables, o un trabajo científico, aparte de los demás requisitos de autenticidad del título. El artículo tercero de la misma ley no se relaciona directamente con la reválida, pero sí con la aceptación del ejercicio del profesional graduado en el exterior: “Las personas contratadas por el Poder Ejecutivo Nacional o por las autoridades directivas de las universidades nacionales para desempeñar funciones relacionadas con la enseñanza, podrán ejercer libremente su profesión, si tienen diploma de universidades extranjeras”.

Tales disposiciones fueron cuestionadas en diferentes momentos por los profesionales argentinos: en 1913 se llega incluso a hacer una presentación formal ante el Ministro del Interior para conocer cuál debía ser la interpretación de la ley en el caso de que hubiera cesado el contrato que dio origen a la exención y el profesional siguiera actuando en el país. El Procurador General de la Nación dictamina otorgando una interpretación amplia al articulado de la norma, basado en la relevancia de las personalidades médicas beneficiadas por ella: “dado lo excepcional de aquellos nombres, la situación especial que les crea o crearon las altas funciones que vinieron a llenar, donde necesariamente debieron apropiarse el concepto también excepcional entre nosotros de sus conocimientos, su autoridad y aptitudes fuera 165

de lo común”(279). En 1934 el problema merece la atención de *La Semana Médica* y *La Prensa*.*

Un año antes, en 1933, El Directorio del Colegio de Médicos había resuelto elevar a la Cámara de Diputados un pedido de derogación del referido artículo, y la limitación de la reválida. Este pedido contaba con el apoyo de la Academia Nacional de Medicina, la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, la Asociación Odontológica Argentina, la Sociedad Central de Arquitectos, el Centro Nacional de Ingenieros, el Museo Social Argentino, la Universidad Nacional de Córdoba, el Colegio Nacional de Escribanos y la Sociedad Nacional de Farmacia.(280)

En esos años se cuestiona también la existencia de médicos extranjeros contratados por hospitales de colectividades, a los que sus contratantes no les exigen reválida de títulos. El problema motiva una resolución del D.N.H. de mayo de 1931, que en su artículo primero determina: “Los médicos, odontólogos, obstétricas, farmacéuticos, etc., con título extranjero, no pueden ejercer su profesión, ni aun dentro de las clínicas particulares, casas de sanidad u hospitales”(281). Sin embargo, todavía en 1937, las revistas gremiales siguen denunciando el problema.**

El tema parece haberse planteado como conflictivo en todo momento: es indudable que la limitación del número de ejercientes constituye una reivindicación tempranamente sentida por el gremio, aun antes de cualquier situación de plétora. En 1907 se demanda la denuncia del tratado de 1889; artículos de *La Semana Médica* refieren la difícil situación del médico argentino que quiere incorporarse a alguna comunidad donde predomina población inmigrante que ha puesto su confianza en un médico no revalidado de su misma nacionalidad.(282) El gremialismo médico incorpora tempranamente el problema a su agenda: el Congreso de 1934 es-

* Un artículo de *La Prensa*, del 5 de noviembre de 1934 apoya la perspectiva de los profesionales: “Nuestra Facultad de Medicina, lo mismo que otros centros de cultura, acostumbra invitar a los médicos extranjeros de prestigio a dar conferencias con el propósito de honrarlos, poniéndolos en ocasión de desplegar su saber. En eso hay mucho de cortesía, y más si se piensa que nosotros contamos, en todas las ramas del arte de curar, con profesionales que saben cuanto hay de sabido en su materia[...] Una vez aquí, tales médicos, profesores la mayor parte de ellos, suelen ser solicitados para atender enfermos[...] Algunos, como el célebre americano, maestro de la cirugía cráneo-cerebral, el doctor Sharpe, en los días que pasara en Buenos Aires tuvo ocasión de celebrar repetidas consultas con nuestros médicos y también de practicar algunas operaciones de su especialidad, más nunca quiso recibir remuneración por sus servicios, en razón, decía, de que en su tierra consideraban poco digno al médico que se hiciera pagar en país extraño, y peor se consideraba el caso si era invitado de honor. En cambio, otros no han tenido igual escrúpulo, como que ha habido quien exigiera al cliente, antes de ponerlo en tratamiento, el pago de sus honorarios, si así puede llamarse a los ajustados, muchas veces, después de un sostenido regateo, como suele acontecer” (Transcripto en *Rev. Col. Med.* XLI 48:1660, noviembre de 1934.)

**En 1937 la Revista del Colegio de médicos de la Capital Federal hace alusión al problema en el Hospital Alemán: “En su última memoria encontramos una lista de personas que figuran como médicos asistentes y que está constituida por colegas alemanes[...] contratados por el Hospital con pasajes para venir y volver a su país con un sueldo de 300 a 350 pesos y con absoluta prohibición de ejercer su profesión” (MARQUET, Raúl. “Los hospitales de colectividades extranjeras”. *Rev. Col. Med.* VI 50:20, marzo de 1937).

tablece limitaciones incluso al médico con título revalidado: deberá obtener carta de ciudadanía y, en caso de que le sea revocada, perderá el derecho de ejercer la medicina. En cada estado o gobernación se establecerá la distancia en kilómetros que tendrá que separar los puntos donde se instalen médicos autorizados de aquéllos donde ejerzan y residan uno o más diplomados nacionales. (283)

En 1942 la Universidad de Córdoba decidió suspender por cinco años la vigencia de las disposiciones que autorizaban la reválida de títulos extranjeros en Derecho, Ciencias Exactas y Medicina. (284)

El proyecto de ley orgánica de reglamentación de las profesiones liberales elaborado en 1935 avanza sobre las condiciones de la reválida: el diploma extranjero debe haber sido otorgado después de un ciclo completo de enseñanza media, y tiene que acreditar conocimientos equivalentes o superiores a los impartidos en la respectiva universidad nacional; el titular del diploma debe haber aprobado en forma personal y directa las pruebas teóricas y prácticas exigidas por el establecimiento otorgante (art. 4º). La reválida se otorgaría sin prueba alguna de competencia cuando el titular del diploma fuera argentino, nativo o naturalizado, becado por la Nación, alguna provincia o universidad nacional, y con un examen general que comprenda las pruebas teóricas y prácticas que se estimen indispensables, cuando el titular del diploma fuera argentino o se hubiera naturalizado con anterioridad a la fecha de expedición del diploma extranjero. En los demás casos, la reválida se expediría una vez realizadas las pruebas necesarias para asegurar la competencia en cada una de las asignaturas o grupos de asignaturas incluidas en los planes de estudio vigentes. El titular del título revalidado debía tener por lo menos dos años de residencia en Argentina y su diploma provenir de un país que otorgara reciprocidad a los ciudadanos argentinos.

El mismo proyecto limita el ejercicio profesional de las personas contratadas por el gobierno y las universidades “a lo que sea indispensable, directa y exclusivamente para el cumplimiento de su contrato” (art. 7º inc. 1º).

El “estado de la cuestión” entre 1943 y 1946

A lo largo de más de cuarenta años los proyectos de reglamentación del ejercicio profesional son presentados en las Cámaras, discutidos en las instituciones académicas, adoptados como reivindicación por las asociaciones gremiales y defendidos como indispensables por los organismos estatales encargados de la supervisión de las prácticas asociadas a la cura.

Ni siquiera puede decirse que fueron reiteradamente rechazados por los cuerpos legislativos; la mayoría de ellos ni siquiera llegó a discutirse. Vegetaron en las Comisiones, quedaron bloqueados en medio de algún trámite, fueron simplemente olivados. Sin embargo, el problema que les diera origen seguía activo y era percibido como cuestión prioritaria, al menos por algún grupo con representación y posibilidad de presión ante la opinión pública. Se sigue trabajando en la elaboración de sus disposiciones, se incorporan nuevos aspectos, paulatinamente se va formando un cuerpo de prin-

cipios que goza de cierto consenso, aunque sería aventurado decir que ese consenso haya sido hegemónico.

En los años treinta parece dibujarse una mayor capacidad de presión en las instituciones corporativas interesadas en el tema, en particular los gremios profesionales, incluso una mayor receptividad en algunas instancias del aparato estatal, pero también esos intentos se frustran.

Precisamente en esa década la situación parece resolverse en las provincias más ricas, más pobladas y mejor dotadas de servicios de atención. Santa Fe en 1932 y Buenos Aires en 1936, sancionan leyes reguladoras del ejercicio de la medicina que, en términos generales, incorporan la doctrina con el grado de elaboración alcanzado en el orden nacional.

Es indispensable preguntarse qué traba la acción del Parlamento argentino en estas décadas, pero al mismo tiempo ese análisis supera las posibilidades de un estudio como éste, que aborda una problemática particular. Porque el caso que analizamos no parece ser único, -sólo en el ámbito de la salud podrían señalarse un número significativo de ejemplos en los que se percibe la misma dinámica- sino un dato más en apoyo de la hipótesis que señala la relativa inoperancia de las instituciones legislativas en las décadas anteriores al avance del Poder Ejecutivo en el terreno de la decisión política.

Es indudable que el pensamiento liberal tenía aún mucha fuerza en los sectores médicos; aunque raramente aparezca en una formulación explícita, suele transparentarse en observaciones y comentarios relacionados con una excesiva ingerencia del Estado, o en reclamos de libertad a las prerrogativas individuales. Algunas campañas periodísticas contra las leyes reguladoras, como la que se desata en Santa Fe cuando el gobierno de Justo interviene la administración demócrata progresista, podrían también sumarse al conjunto de fuerzas que no conseguimos registrar en forma orgánica, pero sin duda están pesando en el escenario político del momento.

La cuestión parece cambiar radicalmente con el ascenso del nuevo gobierno en 1943. Una cantidad de propuestas referentes a salud, archivadas en el nivel de las decisiones, pero que se discuten en algunos sectores, son retomadas y puestas en operación en el curso de los pocos años en que se gesta lo que más tarde sería el proyecto peronista. Dirección de Salud Pública, Instituto de Previsión Social, leyes de ejercicio profesional, regulación del sistema de mutualidades, son los ejemplos más evidentes de un proceso que sería necesario explicitar y explicar más allá de nuestra problemática específica.

En ese contexto quisiéramos integrar el Decreto N° 6.216 del 10 de marzo de 1944, que reglamenta el ejercicio de la medicina, la odontología y demás ramas de las ciencias médicas.

En su fundamentación, algunos párrafos que defienden la necesidad de intervención del Estado en estas áreas, de manifiesto interés general, permiten plantear la posible existencia de una fuerte corriente antirreglamentarista entre las condiciones que impidieron la aprobación de los proyectos anteriores.

“el Estado debe ejercer la superintendencia constante en la fiscalización de esas actividades (...) no es posible olvidar el carácter de función pública que revisten (...) con esta Reglamentación el Estado llega a esos fines (...) no avanza en el campo de los derechos particulares o privados ni lesiona intereses legítimos”.

Sintetizamos a continuación las principales disposiciones del nuevo decreto:

a) En la conceptualización del ejercicio continúa la línea de explicitar todas las prácticas asociadas a la cura, aunque con una fórmula algo diferente de la que era general en los proyectos que lo antecedieron: “se entiende por ejercicio de las ciencias médicas, el hecho de anunciar, prescribir, administrar o aplicar cualquier procedimiento directo, indirecto o de sugerión, destinado al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades o a la conservación de la salud de las personas aun a título gratuito” (art. 2º)

b) La matrícula queda a cargo de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (D.N.S.P.A.S.)

c) Es muy explícito en la regutación de la actividad de profesionales visitantes. Los profesionales de prestigio universalmente reconocido y certificado por universidades nacionales, que estuvieran de tránsito en el país y fueran requeridos en consulta sobre asuntos de su exclusiva especialidad, podrán recibir una autorización de la D.N.S.P.A.S. que tendrá vigencia por seis meses y podrá ser prorrogada a un año como máximo. Las personas que hayan sido contratadas por instituciones nacionales podrán ejercer la medicina solamente durante el tiempo que dure el contrato y únicamente para actuar en la materia que es objeto de éste. (art. 4º inc. d y f).

d) No se concederán más autorizaciones para ejercer a profesionales extranjeros, salvo los expresamente mencionados en el art. 4º inc. d y f. Los ya autorizados que tengan más de diez años de ejercicio profesional continuado quedarán definitivamente autorizados para ejercer en las condiciones en que se otorgó su autorización. (art. 5º)

e) Los locales de ejercicio sólo podrán ser habilitados previa autorización de la D.N.S.P.A.S. En ellos deben figurar el apellido y la profesión del profesional, sus horas de consulta y la especialidad a la que se dedique. En los consultorios respectivos deberá exhibirse el título habilitante con su correspondiente número de matrícula (art. 8º).

f) Los anuncios en diarios o revistas, circulares o cualquier otro medio de publicidad deberán limitarse a mencionar el nombre, la profesión y el título científico, sin abreviaturas, los cargos técnicos públicos actuales, el domicilio, el número telefónico y las horas y los días de consulta. En ningún caso podrá anunciarse el precio de la consulta o el tratamiento, o bonificaciones de ninguna naturaleza (art. 9º).

g) Sólo podrá utilizarse el título de “especialista” cuando se tenga certificado expedido por una Facultad Nacional, otorgado después de haber seguido cursos especiales o en los casos que expresamente autorice la D.N.S.P.A.S., previa comprobación de una antigüedad continuada de cinco

años en el ejercicio de la especialidad. La publicidad del ejercicio de una especialidad puede hacerse únicamente enunciando el título de la materia correspondiente del plan de estudios respectivo. Queda prohibido el anuncio en cualquier forma, de tratamiento, diagnóstico o pronóstico en particular de las afecciones o síntomas que integran la patología de una especialidad. (art. 10°)

h) La obligación del secreto profesional es absoluta. Sólo podrá violarse por mandato de la ley o cuando se trata de evitar un mal mayor de verdadero daño social. (art. 12°)

i) No es posible acumular las profesiones del arte de curar y la farmacia, tampoco ser propietario ni desempeñar cargos técnicos o administrativos, aunque sean honorarios, en establecimientos que elaboren especialidades medicinales, otros agentes terapéuticos, productos dietéticos y elementos de diagnóstico; ni estar vinculado a casas de óptica, de ortopedia, laboratorios de análisis y aquéllas que vendan artículos para uso radiográfico (art. 13°)

j) Los profesionales no podrán asociarse ni mantener relación de dependencia con personas que no estén en condiciones legales para practicar la respectiva profesión, a no ser que tales asociaciones tengan por objeto la instalación y explotación de sanatorios. Tampoco podrán asociarse a farmacéuticos, u obligar a los enfermos a que se provean en determinadas farmacias, o concurran a determinado laboratorio de análisis, ni delegar funciones propias de su profesión en personas no habilitadas.*

k) Se prohíbe la participación de honorarios entre profesionales, y cualquier remuneración que perciban de laboratorios de análisis, droguerías, farmacias o establecimientos que fabriquen o comercien cualquier clase de productos curativos, preventivos, dietéticos y elementos de diagnóstico (art. 15°).

Un año después de la promulgación del decreto, en agosto de 1945, la Confederación Médica de la República Argentina evalúa negativamente algunas de sus disposiciones. En primer lugar considera un error incorporar en un mismo instrumento legal la regulación del reconocimiento y los alcances del título y la reglamentación del ejercicio profesional; estima además que, aunque su formulación se ha basado en estudios realizados por las

* El art. 19° dispone explícitamente: "Queda prohibido a los doctores en medicina y a los médicos: a) Asociarse para el ejercicio de su profesión con ópticos técnicos o técnicos en aparatos ortopédicos y obligar a los pacientes a proveerse en determinadas casas de óptica o de ortopedia[...]; b) Asociarse con farmacéuticos, ejercer su profesión simultáneamente con la de farmacéutico, o instalar consultorio en un local anexo a una farmacia; c) Anunciar o prometer la curación de cualquier enfermedad incurable o en plazos determinados; d) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles o prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos, o por procedimientos, medicamentos o terapéuticas ajenas a la enseñanza oficial que se imparte en las Facultades de Ciencias Médicas del país; e) Anunciar públicamente el ejercicio de presuntas especialidades no contempladas en los planes de estudio oficiales; f) Expedir certificados por los que se exalten o elogien las propiedades o virtudes de medicamentos, productos dietéticos u otros agentes terapéuticos o profilácticos; g) Publicar por cualquier medio falsos éxitos terapéuticos, estadísticas, datos inexactos o cualquier otro engaño y cartas de agradecimiento de pacientes".

entidades gremiales, tiene serios errores y fallas, además de ser incompleta.

La insatisfacción de la Confederación ante las disposiciones del Decreto al que venimos refiriéndonos, puede sin duda relacionarse con su activa participación en una Comisión Especial, actuante en el ámbito de la Secretaría de Trabajo y Previsión, que se dedicaba a estudiar las leyes necesarias para encuadrar tres aspectos del ejercicio profesional que, en opinión de sus dirigentes, debían ser considerados en forma separada:

a) el reconocimiento y los alcances del título: Ley Básica de Títulos;

b) la reglamentación del ejercicio: Ley Reglamentaria;

c) la regulación de la relación de trabajo: Estatuto del Trabajo Médico.

De este cuerpo de legislación preparado en el organismo estatal con la participación de dirigentes gremiales sólo se aprobará el Estatuto del Trabajo Médico (Decreto 22.212/45), en septiembre de 1945. Los otros dos proyectos -ley básica y ley reglamentaria- fueron sometidos a la consideración de la Dirección Nacional de Salud Pública, que designó una nueva Comisión.

Cuando se discute el proyecto de Ley Básica de Títulos entre los dirigentes gremiales y los otros miembros de dicha comisión, resulta imposible llegar a un acuerdo y se forma una tercera comisión. Esta, finalmente, aceptó por unanimidad el despacho de la Comisión Oficial Redactora, sólo modificó la disposición que establecía la agremiación obligatoria y la sustituyó por la matriculación. Además se otorga a las entidades gremiales la opción de asumir la dirección, la aplicación y el control de la ley en carácter de Consejo.

Este proyecto de Ley Básica de Títulos -que no llegó a ser aprobado- reproduce en gran medida los contenidos del Proyecto de Ley Orgánica de las Profesiones Liberales, que venía discutiéndose desde 1934, y los aplica exclusivamente a la profesión médica. Retoma una definición amplia del ejercicio profesional, también contenida en aquél, por la cual, además de las prácticas referentes a la atención directa de pacientes, se incorpora el desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designación de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales de oficio o a propuesta de parte (art. 2º inc. 2) y “la emisión, evacuación, expedición, presentación, de laudos, consultas, estudios, consejos, informes, dictámenes, pericias, tasaciones, escritos, cuentas, análisis, recetas, certificados, diagnósticos, proyectos destinados a autoridades públicas o particulares” (art. 2º inc. 3). (285)

También retoma las disposiciones de dicha ley orgánica referidas a las condiciones de la reválida de títulos, con dos modificaciones significativas: el diploma extranjero a revalidar debe haber sido otorgado después de un ciclo completo de enseñanza media que incluya, además de conocimientos equivalentes o superiores a los impartidos en los colegios secundarios nacionales, “las materias básicas de nuestra enseñanza nacional (historia y geografía argentinas, castellano e instrucción cívica)” (art. 4º inc. 1). En segundo lugar, se extiende la reválida sin prueba de competencia cuando el titular del diploma extranjero acredite haber sido ciudadano argentino en la fecha de su otorgamiento. (Art. 5º inc. 1)

Como ya señalamos, de la legislación elaborada en la Secretaría de Tra- 171

bajo y Previsión con la colaboración de los dirigentes gremiales sólo se aprueba el Estatuto del Trabajo Médico, que se ocupa de establecer las condiciones del trabajo médico en relación de dependencia, no sólo en el sector público, sino también en las mutualidades y servicios privados (condiciones de ingreso, escalafón, sueldos, estabilidad, régimen de incompatibilidades, jubilación, cobertura de riesgos vitales y seguro de enfermedad. Estos últimos aspectos, de índole previsional, favorecían a la totalidad de los médicos del país, aun cuando no revistaran en situación de dependencia).

Los dirigentes de la COMRA anuncian la sanción del Estatuto como un triunfo gremial, al mismo tiempo que reconocen que no se ha cubierto la totalidad de las demandas profesionales. Este entusiasmo no es compartido en otros medios gremiales, precisamente aquéllos que en ese momento comienzan a cuestionar la actividad de la Mesa Directiva de la Confederación y su estrecha vinculación con la Secretaría de Trabajo y Previsión.

La crítica que la *Agremiación Médica Platense* formula, por ejemplo, a los proyectos de ley de Ejercicio de la Medicina y Estatuto Médico, es relativamente ambigua. En ella podría leerse tanto una posición antirreglamentarista -el deseo de preservar las prerrogativas profesionales libres de cualquier ingerencia o control- como una actitud defensiva, basada en una lectura negativa del momento político.*

Para la misma época también puede registrarse en los medios académicos una cierta resistencia a la regulación de la profesión médica, algunas veces explicitada sin ninguna reserva y fundamentada en los viejos principios de la ética liberal. Tal el caso de los siguientes párrafos, extraídos de un discurso de Aráoz Alfaro:

“ahora, por *socializar la medicina* se entiende otra cosa, según parece. Se entiende que todos los médicos tengan la obligación de enrolarse en ‘sindicatos’ análogos a los de los mozos, albañiles o pintores, en los que estén en pie de igualdad los ineptos con los capaces, los sabios con los ignorantes, los serios y honestos con los charlatanes y explotadores, y cuyas resoluciones serán tomadas, naturalmente por la mayoría, que, lógicamente, no estará formada por los más capaces ni por los más honestos.

“Se trata de que se imponga a la población que se haga asistir por el médico que le asigne el sindicato, o por el que corresponda a tal o cual sector, y de que todos los médicos, así sea el clínico eximio o el que tuvo que repetir

* La transcripción de algunos párrafos puede servir para aclarar nuestro argumento: “A los médicos [...] nos cuelgan un San Benito de estatuto que es como la cola del Yará: puesta en movimiento anuncia ella misma lo peligroso de su presencia. Nuestra profesión no quiere un estatuto que es como un arma de doble filo, donde una actividad ‘liberal’ como la nuestra se vea restringida por las omnímodas atribuciones de funcionarios que tendrían mayor jerarquía que un juez, puesto que clausurarían consultorios médicos y a su arbitrio renovarían o no la patente anual[...]

» Considera la *Agremiación* que son totalmente violatorios de los más elementales derechos que concede la Constitución Nacional, las franquicias que se delegan a los inspectores o funcionarios de los Consejos Profesionales, para penetrar aún sin orden de allanamiento, en los consultorios o locales de trabajo, cuando crean en la comisión de un delito. Queda de tal manera en manos de una persona que ni siquiera se establece que ha de ser médico, el derecho de violar no solamente el domicilio sino también el secreto profesional” (El Estatuto Médico: un arma de doble filo”. *BOLETIN A.M.P.* 6:8-9, agosto de 1945, pág. 8/9).

varias veces sus exámenes, el cirujano eminente o el operador improvisado, sean retribuidos con la misma tarifa. Se trata de nivelar por lo bajo, de suprimir la justa preeminencia de los hombres importantes que alcanzaron por su talento o sus esfuerzos durante una vida entera, las altas posiciones científicas y profesionales”(286).

El estilo resulta particularmente duro en una personalidad como la de Aráoz Alfaro, de perfiles particularmente “progresistas” para la época en que le tocó vivir. Pero ese tono de alguna manera se adecua a la exagerada perspectiva de la “amenaza” que se estaba gestando en la relación entre gremio y aparato estatal.

Políticas públicas

Las propuestas elaboradas por el gremio para la reorganización de los servicios de atención médica pueden agruparse en tres grandes núcleos: “oficialización”, “seguro” y “recuperación de la práctica privada”. Además las dos primeras se relacionan con la necesaria centralización y coordinación de la acción de gobierno, el reclamo por la creación de una Dirección, o un Ministerio, de Salud. Este tipo de demanda dirigida a la organización de una entidad con jurisdicción sobre toda la república, orientada a regular las políticas sanitarias y coordinar los servicios de atención, es anterior al movimiento gremial y lo excede por completo(287). En menor medida, lo mismo sucede con la propuesta de un seguro de salud o de enfermedad. Sin embargo, en este punto nos centraremos en la perspectiva planteada por los organismos médico-gremiales.

La “unidad de comando”

Cuando en 1935 la IX Conferencia Sanitaria Panamericana “se permite recomendar a los gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad, bajo el régimen de una sola autoridad”, a la vez que esforzarse “por la continuación de todas las actividades de orden sanitario bajo una dirección técnica común, incluyendo en ellos, si es posible, a las instituciones particulares” la propuesta de “unidad de comando” tenía ya prolongada vigencia en la sanidad argentina (288). Defendida por los primeros sanitaristas, y en particular por aquéllos que cumplieron funciones directivas en el Departamento Nacional de Higiene, y que tuvieron que hacer frente a las consecuencias de la dispersión de recursos y la multiplicación de órganos de decisión relativamente autónomos, la creación de una Dirección Nacional de Higiene o Salud Pública había sido reiterada e infructuosamente propuesta al Parlamento argentino a lo largo de muchos años.

En 1916 se celebra en Buenos Aires el Primer Congreso Nacional de Medicina; entre sus conclusiones figura el reclamo de “unificación de las funciones de la higiene pública”(289). En 1938 el VI Congreso, reunido en Córdoba, elabora, en una fundamentada propuesta, un plan de organización de las funciones estatales referentes a la sanidad, que debían “preferentemente” ser conducidas por “un ministerio de carácter técnico (...) o una

gran dirección de sanidad, asistencia y previsión sociales, con autonomía técnica, administrativa y financiera”*.

Los congresos gremiales asumen la demanda como propia. El Primer Congreso Médico Gremial Argentino propone en 1934 la creación de una Dirección Nacional de Higiene encargada de unificar “la dirección y administración de todos los establecimientos sanitarios de la Nación, y el control de los de la misma naturaleza pertenecientes o dependientes de las sociedades o asociaciones de beneficencia, mutualidades y gremiales” (290).

En el Segundo Congreso, en 1936, la Comisión de Unificación y Coordinación debate largamente en torno de las propuestas organizativas. La necesidad de coordinación no se pone en duda: “las altas cifras de morbilidad lo atestiguan”, relata el miembro informante. Las condiciones sanitarias se relacionan con deplorables situaciones económico-sociales. Sobre ese trasfondo, se afirma, se “ha injertado una acción sanitaria anárquica”. Las diferencias que salen a luz en el debate radican en la suma de poderes que se ha de otorgar al organismo estatal encargado de la coordinación: aquéllos que confían en un monopolio estatal controlado por la profesión se enfrentan con quienes, desconfiando de la concentración de poder en manos burocráticas, proponen una perspectiva más societaria. La moción finalmente aprobada es la siguiente:

“Es necesario crear una Dirección de la Sanidad ejecutiva e independiente. A los efectos de coordinación y unificación de los servicios de asistencia médica el Congreso recomienda la unidad técnica sanitaria respetando las autonomías administrativas y políticas existentes y las iniciativas sociales”.(291)**

En 1942, cuando la Comisión de Higiene y Asistencia Social del Senado pide a la Federación Médica su opinión respecto del proyecto presentado por Alfredo Palacios, que creaba la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, en el máximo organismo gremial sin duda predominaba la tendencia centralizadora. La consulta es respondida con un detallado plan de organización de la red sanitaria nacional, encabezado por la siguiente afirmación:

“La Federación Médica de la República Argentina entiende que es una

* La moción continúa: “capaz de coordinar debidamente los servicios públicos federales, provinciales, municipales y de beneficencia privada, y 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, sea directamente en los territorios de jurisdicción nacional, sea en las provincias, mediante acuerdos o convenios para llevarle la ayuda técnica y financiera de la dirección sanitaria nacional”. (“Fundamentos, plan y organización de una proyectada organización sanitaria de la República Argentina”. S.M. LI 5:221-227, febrero de 1944, pág. 222).

**La propuesta que lleva al mismo Congreso la Federación Gremial Médica de Santa Fe es mucho más ambiciosa. Hay dos caminos para la unificación, se afirma, uno de ellos sería la creación de un Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, pero existe sin duda otro: la organización de la Federación Médica Gremial Argentina. Esta, “no ha nacido exclusivamente para defender intereses temporales de los médicos individualmente, sino para orientar, dirigir, cuanto sea Medicina, Salubridad o tenga relación con nuestra ciencia, arte y técnica, en los aspectos individuales y colectivos”. (Segundo Congreso... *op.cit.*, pág. 235).

necesidad de bien público la creación de un organismo autónomo* y apolítico que al realizar la unidad de dirección y la unidad de sistema, oriente y gobierne la sanidad nacional, debiendo tener en cuenta en la constitución de ese cuerpo, interpretando mejor el sentir de los profesionales del país, la mayor participación de ellos, elegidos por sus organismos correspondientes***

En ese mismo año el II Congreso Argentino Sanitario y de Medicina Social, al tratar el tema "Organización de la Sanidad Nacional", fundamentó las siguientes conclusiones:

"1º Que es de sentida necesidad la creación de un Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, a fin de unir las principales actividades estatales e institucionales consagradas al mantenimiento de la salud de la población y asegurar su bienestar.

"2º Que dependiente de ese Ministerio debe crearse el servicio nacional de sanidad, de naturaleza autárquica y como autoridad exclusiva en materia de sanidad nacional". (292)

La propuesta de unir Salud, Trabajo y Previsión, que constituye una de las demostraciones más claras del avance logrado por la dirigencia gremial en sus concepciones acerca de las condiciones sociales de la salud/enfermedad, no es, sin embargo, original del gremio. Este se encuentra en estos años muy influido por el desarrollo alcanzado por las instituciones estatales de salud en la Provincia de Santa Fe, que ya tenía su Ministerio de Salud y Trabajo. Este organismo provincial estaba realizando serios esfuerzos en procura de la coordinación de los servicios de atención del sector público, y contaba con un ministro, Irigoyen Freyre, que podría legítimamente ser reconocido como el primer funcionario estatal que en nuestro país incorpora a su propuesta de gobierno una conceptualización acabada de lo que a partir de esos años constituiría la orientación del Estado de Bienestar. (293)***

* La Revista del Colegio también había dado su respaldo al proyecto presentado al Ministro del interior por Juan Jacobo Spangenberg, director del D.N.H., en 1940. Su artículo 1º establecía: "Créase un organismo autónomo denominado Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que será el agente natural del Poder Ejecutivo Nacional para la custodia de la salud pública y la asistencia social en todo el territorio de la República, y que constituirá la suprema autoridad sanitaria de la Nación" (*Rev. Col. Med.* IX 95:17-21, noviembre de 1940).

En la Provincia de Buenos Aires, la Agronomía Médica Platense proponía "convertir la actual Dirección General de Higiene en un organismo autárquico técnico y apolítico, con recursos suficientes, bajo comando único central, unificador y coordinador" que "podrá rendir el máximo de eficiencia con economía de esfuerzos y recursos" (énfasis en el original, S.B.) (ZAMBOSOCO, Alberto. "Reclama una nueva organización la sanidad de la provincia de Buenos Aires". *BOLETIN A.M.P.* 2:17-20, febrero de 1942, pág. 20).

**Agregaba la entidad gremial que "sin pretender la perfección de la ley, entendía que ella podría ser más completa si contemplara los siguientes puntos:

»1º. Establecer el campo de aplicación de la ley. Sobre este primer punto entiende la Federación Médica de la República Argentina que toda ley que se proyecte debe tener carácter universal.

»2º. Determinar el organismo directivo de la organización sanitaria (número de miembros, títulos, duración de sus funciones, régimen de trabajo, sueldos y dependencias).

»3º. Planificar la red sanitaria nacional» ("Actividades de la Federación Médica de la República Argentina". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* II 17:8-12, octubre de 1942, pág. 12).

***También la Agronomía Médica Platense, en un Memorial presentado en 1941 a los tres candidatos a gobernador de la Provincia de Buenos Aires afirmaba: "La solución de todo

Con fecha 22 de julio de 1943 la Confederación Médica eleva un memorial al nuevo presidente, General Ramírez. En él expresa sintéticamente la situación del país en cinco materias que considera como necesidades primordiales del individuo: alimentación, vivienda, abrigo, trabajo, salud. Como corolario de la presentación propone la creación de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, cuyas "funciones esenciales" deberían ser "la legislación, organización y vigilancia" de esas "cinco necesidades fundamentales, aceptadas como programa mínimo del ser humano" (294).

La "oficialización" de la medicina

La controvertida expresión "oficialización de la medicina" fue fundamentada por Alberto Berenguer, dirigente del Círculo Médico del Sud, en el Congreso de 1934. El debate sobre el exacto significado del término se prolongó durante varios años en el seno del gremio médico. Todavía en 1938 el mismo Berenguer procura aclarar conceptos en un artículo cuyo título remite específicamente a la forma como se planteaba la discusión: "¿Qué es la oficialización de la medicina?". Sus oponentes utilizan inmediatamente la ironía: si después de cuatro años de debate todavía es necesario explicar al gremio médico en qué consiste la propuesta, parece legítimo concluir que algo irremediablemente oscuro hay en ella. Berenguer, sin embargo, afirma que la confusión no está en su proyecto, sino en la discusión entablada en el interior del gremio:

"Cuando se habla de soluciones definitivas para la clase médica, se barajan términos y términos, se confunden conceptos, se equiparan ideas y se igualan definiciones, cometiendo un grave error que trae aparejado el confusiónismo (...) Se han utilizado los términos Funcionalización, Nacionalización, Oficialización y Socialización, y si en algo se ha progresado, en cuanto a interpretaciones se refiere, debemos reconocer que la evolución principal consiste en reconocer que las palabras terminadas en CION no son malas palabras, ni involucran ideas avanzadas o disolventes". (295)

El proyecto presentado por Berenguer en el Primer Congreso tenía un antecedente que también resultó ampliamente polémico en su momento: el artículo sobre "La medicina, función del Estado" publicado por Alejandro Raitzin en *La Semana Médica* en 1930. En su propuesta, después de analizar las condiciones de ejercicio de la profesión y las transformaciones técnicas y sociales que lo afectan, Raitzin considera que el mejor camino que se puede elegir para salir de la situación "es dejar (...) que la medicina pierda su carácter de profesión libre y que el Estado la convierta abiertamente en función de su exclusiva incumbencia" (296).

La solución radicaría pues, en convertir abiertamente la medicina en una función pública, y a los médicos en funcionarios, "pertenecientes a una organización del gobierno que podría titularse: *el ejército sanitario de la Na-*

176 lo relativo a la sanidad del pueblo de la Provincia, en sus diversos aspectos, sólo podrá ser conseguida bajo el imperio de una LEY DE SANIDAD similar a la que ya existe en la Provincia de Santa Fe". (BOLETIN A.M.P. 1:17, diciembre de 1941).

ción” (énfasis en el original) (297).

La idea de la posible conformación de un “ejército sanitario” pierde rápidamente actualidad a poco de formulada, pero se recupera con cierto énfasis una década más tarde, en parte por el reclamo de que se extienda a los médicos bajo la dependencia del Estado el escalafón militar, en parte porque las preocupantes estadísticas referentes a las condiciones de salud de los incorporados al servicio militar dan paso a la idea de que para garantizar la defensa nacional serán necesarios dos ejércitos, en primer lugar el de médicos, indispensable para poner en situación de tomar las armas al que está efectivamente encargado de llevar adelante esa defensa.

Para los que defienden la oficialización de la medicina, la dificultad más grande, sin embargo, consiste en convencer al gremio de que cuando se habla de “funcionario médico” no se está hablando de un médico que se asimile a los actuales funcionarios de gobierno, y cuando se habla de medicina a cargo del Estado, se piensa en un organismo que, aunque estatal, no esté en manos de los políticos. Probablemente, por eso, aunque la “oficialización” es propuesta mayoritaria en buen número de congresos gremiales, en sus conclusiones siempre se la menciona en primer lugar y como solución de largo plazo, e inmediatamente se pasa a propuestas más operativas y de aplicación inmediata.

Los detractores de la oficialización asocian el término con la burocratización del médico y con su dependencia del poder político, y auguran una decadencia fatal del nivel técnico por falta de interés en la capacitación individual, debida en parte a la seguridad del “puesto público”, en parte a la pobreza de las remuneraciones.

Sus defensores, en cambio, afirman que es la única manera de separar la retribución del trabajo médico de la enfermedad, de que los pacientes dejen de ser tratados como “clientes”*, de sentar las bases de una auténtica medicina preventiva. Por otra parte, se afirma:

“El deber de los poderes públicos es crear un organismo sanitario autónomo y apolítico, dirigido por técnicos de carrera, quienes, al no deber su puesto rentado a nadie, no tendrán que pasarse el tiempo haciendo genuflexiones a sus superiores, como hoy ocurre” (298).

La remuneración del trabajo médico aseguraría condiciones de vida adecuadas a todo profesional; la financiación del sistema se obtendría con un impuesto sanitario nacional basado en el impuesto a los réditos, “con el cual sobraría dinero para cubrir todos los gastos referentes a la sanidad nacio-

* “Este sistema constituye la oficialización de la medicina, que llevada a un grado de perfeccionamiento mayor debiera abolir el negocio de la salud, o mejor dicho, el negocio de la enfermedad, efectuado por sociedades de socorros mutuos en manos de profanos y de hospitales extranjeros, que viven explotando, como intermediarios, la enfermedad que trae uno y la salud que le lleva el otro” (ABADIE, Juan L. “Problema sanitario y problema médico gremial”. *Rev.Col.Med* X 97:8-11, enero de 1941, pág. 11).

“La oficialización o socialización de la medicina [...] que aleje del profesional el problema económico y le permita dedicarse por entero a la medicina; (...) que destierre la relación monetaria médico-enfermo que ha sido la causa de la aparición de manejos completamente al margen de la moral” (KLEIMANS, Marcos. “El problema de la asistencia médica”. *Rev.Col.Med.* IX 92:77-79, agosto de 1940, pág. 77).

nal: mantención de hospitales, sanatorios, hospicios, dispensarios, curatorios, asilos, sueldos de médicos y personal, etc.''. (299).

La expresión "socializar la medicina" tampoco tiene buena recepción en una época en que el pensamiento social se caracteriza por una fuerte presencia de concepciones dualistas, que plantean las propuestas de reordenamiento en términos absolutamente antagónicos: liberalismo/comunismo, propiedad privada/colectivismo. De la misma manera piensan los médicos la reorganización de su práctica; las oposiciones se plantean en muchos casos como excluyentes: el ejercicio colectivo versus el ejercicio individual, las grandes instituciones versus el consultorio privado, la medicina estatal versus la medicina privada. El dualismo se vuelve mucho más excluyente del polo opuesto cuando la transformación se percibe como *necesaria*, la evolución de la sociedad canalizándose en una dirección determinada.

En esas condiciones, la palabra "socialización" despierta el mismo tipo de resistencia desde posiciones ideológicas diferentes: los partidarios de una futura sociedad socialista dicen que "todavía no están dadas las condiciones"*; los que se definen decididamente partidarios de la supervivencia del régimen liberal, afirman que sólo hay coherencia doctrinaria entre los que plantean la socialización cuando se trata de auténticos comunistas.

Nerio Rojas formula el planteo de manera explícita en un artículo de 1937:

"la socialización de la medicina implica la imposición del régimen colectivista para toda la sociedad. Si un médico es partidario de la socialización de su profesión, debe reconocer que las mismas razones son valederas para las otras profesiones, y también para el comercio y la industria y todo lo demás". **

Vuelve a defender la misma tesis en el VI Congreso Nacional de Medici-

* Pedro Bianco es representante de la posición más extrema. Por un lado considera que sólo "tendrá eficacia una transformación radical, que comprenda, cuando menos, los siguientes puntos: 1º que la medicina devenga un servicio social, racionalmente organizado [...] 2º que el cuerpo médico pierda todo privilegio clasista, toda prerrogativa, y sus componentes sean equiparados a simples funcionarios". Pero al mismo tiempo asegura: "Y aunque inevitablemente habría que recurrir a tan profundas modificaciones -ya que son indispensables, y además, suficientes- ¿será necesario agregar que ellas no son realizables en el actual régimen?". (BIANCO, Pedro. La socialización... *op.cit.* pág. 94)

También Bunge, en el Segundo Congreso, identifica socialización con socialismo y oficialización con burocratización: "La socialización de la medicina tiene por condición previa la socialización integral de un país. Sólo puede ser resultado de ella. En el sistema capitalista de producción y de cambio ella es absolutamente imposible [...] Suele confundirse la socialización de la medicina con la transformación de los médicos en funcionarios a sueldo del Estado. Aparte de que esto es absolutamente irrealizable en un país de economía capitalista, sería una calamidad pública: la burocratización de los médicos, el estancamiento de la medicina en las peores rutinas, la desaparición de la relación personal, humana, entre el enfermo y el médico, la transformación de la profesión médica en una especie de mandarinato, una casta antisocial que, en vez de considerar que el médico está para servir a la sociedad, consideraría inevitablemente que la sociedad está para servir al médico" (Segundo Congreso...*op.cit.* pág. 338/339).

** Se manifiesta también aquí el pensamiento que hemos caracterizado como "dualismo": "Esto, semejante al régimen que se implantó en la Rusia soviética, implica, desde luego, la prohibición del ejercicio libre y privado de la profesión. Algunos, detenidos ante esta consecuencia, propugnan la coexistencia de los dos sistemas: 'funcionarización' u 'oficialización'

na, provocando algunas airadas respuestas en la prensa gremial. (300)

Los partidarios de la oficialización se alinean tras la propuesta de Alfredo Spinetto en su trabajo en la Comisión de Racionalización de la Administración Pública. El proyecto, elaborado conjuntamente entre funcionarios estatales y representantes del Colegio de Médicos, significó una enorme tarea de planificación de la utilización del recurso humano médico y paramédico en los servicios oficiales y subsidiados de la ciudad de Buenos Aires. * Presentado como proyecto de ley por Alejandro Maino el 26 de julio de 1940, supone la creación de un adicional al impuesto a los réditos destinado a garantizar la retribución de ese recurso. En su artículo primero establece: "La asistencia médica en todos los establecimientos del Estado, de la Municipalidad de la Capital Federal y particulares que reciban subsidio de la Nación, se ajustará a las disposiciones de esta ley" (301).

En uno de los mítines realizados en el Teatro Smart para movilizar la opinión pública en apoyo del proyecto, el presidente del Colegio de Médicos, Victorio Monteverde, intenta poner distancia con la propuesta de oficialización, que reconoce como su "punto más controvertido". "Muchos médicos creen que los obligarán a oficializarse" afirma, para aclarar de inmediato "en realidad no es así: la oficialización será voluntaria". Señala luego que el Colegio no comparte la postura de Spinetto, el cual sugiere como solución ideal del problema sanitario la oficialización de la medicina. El Colegio no trae esa propuesta, " porque probablemente no se esté preparado para su discusión"**. Este discurso de Monteverde señala algo que podría pensarse como una inflexión en la propuesta política de los dirigentes gremiales: no se lucha por defender posiciones totalizantes, sino por lograr reformas parciales que vayan mejorando la situación del gremio y de la sanidad pública. Se procura conseguir aliados para reclamar soluciones que

y ejercicio libre, dejando a cada médico en su caso. Sería ésta una situación híbrida -falsa como todo lo híbrido- llena de dificultades, rivalidades y conflictos, y ella terminaría siempre por matar el ejercicio libre, pues el Estado, convertido en el más grande o único capitalista es un competidor invencible" (ROJAS, Nerio "¿Socialización? ¿Nacionalización?". *Rev.Col.Med.* VI 52:15-18, mayo de 1937, pág. 16).

* La tarea parece haberse realizado con la colaboración directa de la población médica. La revista del Colegio publica el siguiente aviso en agosto de 1940: "EL COMITE PERMANENTE por sanción del despacho de la Comisión de Racionalización recuerda a los colegas encargados de llevar a cabo en cada hospital metropolitano la estadística referente a número de camas, número de pacientes que concurren a los consultorios externos, médicos de cada servicio y número de los mismos que perciben el subsidio actual, se sirvan entregar las planillas correspondientes antes del día 10 de septiembre del año en curso". (*Rev.Col.Med.* IX 92:37, agosto de 1940).

** Sigue sin embargo Monteverde aclarando su posición personal: "Pero mi opinión personal es que probablemente el doctor Spinetto tenga razón, y que allá en el porvenir tendiá que intervenir más directamente el Estado en la solución del problema sanitario. En una palabra, el médico tendrá que hacerse funcionario, pero entonces lo será, no con este proyecto precario del doctor Spinetto, sino con un escalafón que le permitirá vivir con decoro, y hará y terminará su carrera profesional entregando todas sus energías al Estado, es decir, se habrá oficializado" ("Discurso pronunciado por el presidente del Colegio de Médicos, doctor Victorio Monteverde en el mitín realizado el día 5 de agosto en el Teatro Smart". *Rev.Col.Med.* IX 92:9-12, agosto de 1940).

se reconocen como insuficientes, pero al mismo tiempo indispensables.

El apoyo gremial a cualquier proyecto, por otra parte, no significa identificación con la totalidad de sus componentes. El Colegio de Médicos apoya en general el despacho presentado por Maino, pero disiente en su organización; no desea organismos políticos, sino organismos donde estén ampliamente representados los profesionales del arte de curar, había afirmado Monteverde en el mismo discurso. Dos años más tarde, la Federación Médica de la Capital Federal plantea en términos parecidos su apoyo crítico al proyecto Palacios de unificación de la conducción sanitaria; lo reconoce como "un anhelo de progreso dentro de la legislación" pero cuestiona que los técnicos de la sanidad, "agentes insustituibles de todo plan asistencial", no hayan sido tomados en cuenta. (302)

Seguro Nacional o Seguros Sociales

Mientras la propuesta de oficialización de la medicina logra hegemonía en los Congresos Ordinarios del Colegio de Médicos de la Capital Federal, otros sectores de la profesión discuten y desarrollan la idea del "seguro".

Cuando la propuesta se coloca sobre la mesa de discusión, suelen traerse en apoyo de una u otra postura las experiencias de otros países donde los seguros sociales tienen vigencia, en particular Chile, Alemania y, en menor medida, Francia.* Pero la evaluación de tales experiencias suele ser tan dispar como la posición frente al problema de quienes la formulan.

En el Congreso de 1936 Alejandro Bunge consigue arrastrar a la mayoría tras su propuesta: se vota el apoyo a los seguros sociales.** También

* Para demostrar que no sólo en nuestro país se discute sobre la base de antinomias, Bianco trae en apoyo de su perspectiva la autoridad de un autor francés: "Los seguros sociales [...] son un compromiso práctico entre dos ideas: la noción capitalista, según la cual cada individuo debe asegurarse por sus propios medios contra los peligros que le acechan, y la noción socialista, según la cual el Estado debe asistir a cada individuo. Distinguiéndose del seguro puro y simple, el seguro social es en realidad una institución *sui generis* que no se basa en ningún principio general: se podría decir que se origina de un injerto de la idea del servicio social en el tronco del seguro. En este sentido en los seguros sociales se involucran una serie de elementos viejos (previsión individual, ahorro, mutualidad, sociedades mutuales oficializadas, seguro contra accidente, luego seguro contra enfermedad); además, en su forma actual, no constituyen la aplicación de una idea, sino la concreción provisoria de una serie de hechos, y, por último, juzgado por un partido político cualquiera, el sistema no puede en ningún caso ser totalmente aprobado ni rechazado, porque es un montón de contradicciones ideológicas". (BERTRAND DE JOUVENELL, "Les assurances sociales". *Monde* 123:13, 11-X-1930, citado por BIANCO, Pedro, "La socialización... *op.cit.* pág. 64)

** El relato de un asistente nos brinda información adicional: "La propuesta de funcionarización no anduvo. Lo que son las funciones oficiales en nuestro país, burocratizadas y subvertidas en infinidad de aspectos, ha de haber influido en ese sentimiento adverso y ese recelo por la funcionarización, sin desmerecer el valor teórico de lo propuesto por sus relatores, que era aceptable (...)

»En cambio, los seguros sociales encontraron sostenedores fuertes. Hubo opiniones dispares en lo que se refería a los beneficios que podría reportar al gremio médico ese proyecto, teniendo en cuenta la experiencia de otros países[...] Primó un criterio moderado al respecto, aunque entusiasta, y sobre todo, se aceptó que tal asunto se podría ensayar en nuestro país, ya que había probabilidades de que resultase beneficioso y como medio 'inmediato' para esas conquistas materiales también 'inmediatas' que anhelan tantísimos colegas". (BORRUAT, Arturo. "Impresiones del Congreso Médico Gremial y Social de Rosario". *S.M.* XLIII 51:1726-1729, diciembre de 1936., pág. 1727).

en el VI Congreso de Medicina los partidarios del "seguro" superan a los que defienden la "socialización". En el II Congreso de Medicina Gremial y Social, reunido en 1942, las definiciones son más cautelosas: "los seguros sociales (...) a la vez que han reportado ventajas para la población beneficiaria, han contribuido a agravar el problema económico de los médicos debido a las remuneraciones mezquinas de los profesionales incorporados a su régimen". Se aconseja la formación de una comisión especial dedicada a estudiar el problema, que deberá tener particularmente en cuenta "la remuneración, el escalafón, y el régimen de trabajo de los médicos, así como la necesidad de que el seguro sea nacional". (303)

La relativa debilidad de las propuestas favorables al seguro podría fundarse en la existencia de dos posiciones diferentes con relación a su organización. La clara perspectiva anti estatista de Juan Lazarte, por ejemplo, lo lleva a defender una organización descentralizada, con predominio de las entidades propias de la sociedad civil. En la polémica de la década esta propuesta se identifica con la referencia a "seguros sociales", y parece expresada por una de las recomendaciones del despacho de la comisión respectiva en el Segundo Congreso: "El seguro de enfermedad debe ser administrado en órganos locales con la participación más directa posible de los propios asegurados y con intervención del personal médico dedicado a sus servicios y a la asistencia de la maternidad". (304)

Cuando se habla de "seguro nacional", en cambio, se está apoyando una organización centralizada. Cuando el VI Congreso de Medicina aprueba una declaración que reclama la implantación del seguro, un articulista del Colegio se apresura a aclarar:

"Entendemos que éste será creado por el Estado, es decir, será un seguro nacional cuya administración estará a cargo de la dirección o ministerio que se pretende crear, y no del seguro social, que siendo ley del Estado, está administrado por cajas gobernadas por los usuarios sin ninguna participación de los técnicos."*

Es probable que la dirigencia gremial se haya visto paulatinamente conducida a aceptar la propuesta de implementación del seguro por la presión de otros sectores sociales que en los primeros años de la década del 40 se manifiestan decididamente partidarios de ese sistema. El análisis de estas demandas ocupará la segunda parte de este trabajo, razón por la cual no nos extenderemos aquí sobre ellas, pero parece necesario hacer referencia a cierto clima social que se manifiesta en este periodo: la Confederación General del Trabajo en su congreso de 1939, la Unión Industrial Argentina

*En un comentario sobre la discusión en torno del seguro en un congreso gremial, se afirma en 1942: "Ya vemos insinuado en ciertos informes sobre seguros sociales que frente al seguro de enfermedad se enfrentan dos sistemas: 1º Seguro social obligatorio, 2º Seguro nacional de enfermedad. Este último, más amplio, que extiende sus beneficios a toda la población, sin distinción de categoría económica, a reparo, indiscutiblemente de los lógicamente inmunizados a toda contribución, y que por lo mismo es de aplicación universal, exige la contribución proporcional a sus entradas de todos los habitantes del país, respondiendo en esta forma, con toda justeza, al principio mutual en que se basa la doctrina de la seguridad social". (TETTAMANTI, Luis. "Hacia la Seguridad Social". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* II 19:8, diciembre de 1942).

hacia 1942, algunos sectores de la Iglesia* y de la dirigencia política se manifiestan decididamente en favor de un seguro de enfermedad. Una multiplicidad de proyectos de leyes de previsión social, seguros de enfermedad, de desocupación, de vejez, se presentan en Diputados en esos años y, aunque no obtienen sanción, están reflejando de algún modo la inquietud generalizada que se expresa también a través de la adopción del término "seguridad social" y de la discusión de la propuesta beveridgeana para la postguerra.**

En enero de 1944 el Boletín de la Federación de Sanidad de Santa Fe convoca a los médicos a tomar parte activa en los procesos de cambio que se están generando en el mundo, para tener la oportunidad de hacer oír su opinión sobre las reformas que seguramente sobrevendrán:

"Al terminar el conflicto que actualmente ensangrienta al mundo, los millones de soldados desmovilizados y las masas trabajadoras obligarán a sus respectivos gobiernos a crear para el pueblo nuevos beneficios materiales, que justifiquen tanta muerte y destrucción. El Plan Beveridge es un anticipo.

"En la República Argentina la repercusión será inevitable y oponerse a este cambio únicamente por comodidad y por ceguera, será el remedio peor, porque los acontecimientos nos arrasarán sin misericordia y crearemos un medio hostil hacia nosotros (...)

"Los profesionales debemos transformarnos en elementos activos en el gran plan de previsión social que vendrá, estudiando y aconsejando todas las formas técnicas para una mejor asistencia al enfermo y los medios profilácticos para evitar las enfermedades (...)

"Sólo de esta manera defenderemos nuestros intereses como profesionales; y si por el contrario, queremos ignorar este grave problema, tendremos mañana la sorpresa de vernos obligados a una labor que nos ha sido impuesta".(305)

* Monseñor de Andrea, en un discurso sobre "La Democracia y el Bienestar Popular" pronunciado en la Plaza de la República el 5 de julio de 1942 expresa: "El mundo de hoy está empeñado en una batalla inmensa por la libertad. Oigo decir que se está debatiendo por la Justicia. También es exacto: En realidad, lo que está removiendo el fondo de la humanidad es un inmenso anhelo de justicia [...] Consideramos llegado el momento en que los poderes del Estado se aboquen al estudio de un plan integral de seguridad social, que tenga por objeto cubrir especialmente los riesgos de enfermedad, accidente, invalidez, maternidad, cesantía, vejez y muerte. Urge que el Estado organice el seguro social obligatorio [...] para asegurar a la colectividad una mejor distribución de la justicia social" (Citado en DESMARAS, Carlos. "La Seguridad Social". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* III 23:10-25, abril de 1943, pág. 25).

** Ver por ej. MEMELDORF, Francisco. "¿Está justificado el rechazo del Seguro Social?". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* III 22, marzo de 1943. Por su parte Luis Tettamanti, Secretario General de la Federación, en una entrevista transmitida por la Red Argentina de Emisoras Splendid, en diciembre de 1942, reconoce: "El seguro social tiende a amparar a la gran masa de trabajadores de todos los países, protegiéndolos de las consecuencias que para los hogares modestos traen aparejadas la enfermedad, la invalidez, la vejez, la pérdida involuntaria del trabajo, o la muerte prematura del que tiene a su cargo el sostén del hogar. Como principio de seguridad social está ya incorporado a la legislación de casi todos los países del mundo, y en el nuestro hay ya formado un ambiente propicio para su implantación". ("R.A.D.E.S. reporta al doctor Luis V. Tettamanti". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* II 19:36-40, diciembre de 1942, pág. 36).

La demanda de recuperación de la práctica privada

“Si no hemos podido dar con una solución ‘nueva’, volvamos entonces a la situación anterior a la crisis. Procedamos de modo tal que los pacientes retornen a la asistencia privada”. (306)

En forma paralela a la actividad de aquellos sectores del gremio que elaboran planes de organización estatal de los servicios de salud o formulan propuestas de implantación de diferentes tipos de seguro, otros proponen las reglas básicas de reordenamiento de la práctica privada. Las premisas que regularán una atención médica modernizada y adecuada a las exigencias del presente tienen en unos y otros algunas diferencias de fondo, al igual que la evaluación del rol reconocido al aparato del Estado.

Aunque la desconfianza que despierta la introducción de “lo político” en la esfera sanitaria es común, los sectores “privatistas” se caracterizan por negar drásticamente la necesidad de la intervención estatal, mientras los defensores de la oficialización o del seguro sólo procuran poner límites, obtener garantías ante una intervención que consideran imprescindible.

En la perspectiva de los defensores de la recuperación del mercado para una práctica privada reorganizada, la evaluación de los avances de la intervención estatal sobre los servicios médicos en los países centrales adquiere tonos catastróficos. Se citan publicaciones estadounidenses que anuncian el futuro de la medicina socializada: su hundimiento en la mediocridad e ineficiencia, la mecanización de la práctica, la declinación de la investigación, “la disminución del *standard* medio de cultura médica” (307). Según esta visión, la misma declinación del nivel cultural medio se observa en Rusia; de ella se quejan también los médicos franceses; en Bélgica ha sido posible observar el escaso interés por la investigación...

En defensa del mismo argumento se cita una encuesta de la revista inglesa *British Medical Journal* que revelaría las condiciones de tratamiento del enfermo en una medicina regida por el Estado: la atención es mínima por la imposibilidad material de tiempo y capacidad del trabajo médico, lo que obliga a una labor sobrehumana, “prodigando medicaciones inútiles, examinándose mal los enfermos, agotándose los médicos en un esfuerzo enorme, con salarios ínfimos y con perjuicio de la exactitud de los diagnósticos, pues se hace medicación puramente sintomática”. Análoga se plantea la situación en Austria, Hungría, Italia, Francia y Bélgica, “todas ellas, excepto Francia, con plétora médica y prácticamente socialización médica” (308).

En lo que respecta a nuestro país, un profesional afirma en 1934:

“estando un tanto desprestigiadas las funciones del Estado, temo un poco a los vaivenes políticos, a los sueldos divorciados con la puntualidad, a los favoritismos y la rutina, herrumbre de todas las actividades del hombre.” (309)

Otro, pocos años más tarde, asegura:

“ha quedado demostrado que el Estado es pésimo administrador y no acepta los consejos de los técnicos, prefiriendo hacer nombramientos de complacencia, que convierten a los médicos en simples empleados, y las ideas más simples y lógicas no se imponen, pues chocan con una serie de intereses creados difíciles de remover”.(310)

Los que propugnan el rescate de las organizaciones sanitarias de origen privado proponen, como decíamos, algunas premisas específicas para el ordenamiento de la práctica. Mientras los partidarios de los sistemas centralizados avanzan progresivamente en el sentido de rescatar como norma básica la igualdad en el acceso a la atención, aquéllos consideran como regla el establecimiento de categorías según la capacidad de pago del paciente. Esto no supone, se afirma, diferencias en la calidad de la atención, pero sí especialización de instituciones -o de categorías de pacientes dentro de la misma institución- y diferente regulación de honorarios para el médico.

Se acepta como premisa la atención gratuita del paciente pobre, y se exige, paralelamente, atención remunerada para todo enfermo que pueda pagar al menos un honorario mínimo. El sistema de abonos es la solución propuesta con mayor frecuencia, y la clínica cooperativa de propiedad de médicos, su complemento indispensable.* Mientras se continúa hablando de "ejercicio liberal", comienza a abandonarse la idea de una relación única, particular, imposible de normatizar, entre médico y paciente, aunque para el profesional se sigue defendiendo la prerrogativa de ser el único juez del valor de su trabajo. Continúan rescatándose como principios irrenunciables la libre elección del médico por el enfermo y la libertad de prescripción, ambos sostenidos también como tales por los partidarios del seguro y dejados en un ambiguo nivel de indefinición por los defensores de la oficialización.

Relaciones de la profesión con el aparato estatal

No es posible pensar una separación nítida entre médicos y funcionarios del Estado, entre personas legítimamente revestidas del derecho a tratar la enfermedad y personas legítimamente revestidas del poder de regular cuestiones sociales e imponer coactivamente sus decisiones, simplemente, porque desde muy temprano ambos roles se confundieron en muchísimos escenarios. La dispersión de los organismos destinados a solucionar problemas que se relacionan con la salud y la sanidad en el interior del aparato estatal, la absoluta falta de coordinación entre ellos, las múltiples vinculaciones entre organismos privados (¿en realidad paraestatales?) (311) y poderes públicos, seguramente dieron lugar a la presencia multiplicada de profesionales en las diferentes instancias de gobierno.

Cuando hablamos, entonces, de relaciones entre la profesión y las instituciones del Estado, no estamos refiriéndonos a relaciones entre individuos,

* "debemos proyectarnos desde ya a formas profesionales de transición que, además de solucionar gran parte de las necesidades actuales, irán haciendo el clima y afianzando la comprensión del público sobre una medicina multiplicada en eficacia y aminorada en el costo por un sistema de abonos. Esta forma de transición la representa el hospital privado, siempre que el mismo sea organizado sobre firmes bases de solidaridad gremial; que abarque, de ser posible, a todos los médicos de una provincia, ciudad o pueblo, donde procurará concentrar toda la medicina privada del lugar; que oriente su acción tanto a la faz curativa como preventiva entre las personas sometidas a su jurisdicción, y que organice el trabajo profesional en el sistema de celulas o equipos de trabajo especializados" ("Nuestra encuesta...". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* III 22:31, marzo de 1943).

sino a relaciones institucionales y, para este momento en particular, a los casos en que la institución que representa a los médicos es algún tipo de organismo gremial: sindicato, colegio, asociación.

¿Por qué esta diferenciación? En primer lugar, porque sólo disponemos de referencias muy esporádicas, sobre las relaciones entre las instituciones médicas de carácter científico y los organismos de gobierno antes de la aparición de las asociaciones gremiales. En esa época los contactos formales parecen haber sido casi inexistentes, y cuando se entablaron pueden haber estado facilitados, si no por una directa identidad de personas, por la segura identificación de puntos de vista: tanto los altos funcionarios estatales médicos, como los miembros de las sociedades científicas o los profesores de la Universidad, debieron pertenecer mayoritariamente al grupo de los "notables" que se distribuían el gobierno de la sociedad argentina a fines del siglo XIX y comienzos del XX.

A partir de las transformaciones producidas como consecuencia de la ley Sáenz Peña las relaciones parecen "enturbiarse", en el sentido de una menor transparencia en la identidad de objetivos. Tanto los médicos funcionarios como los funcionarios profanos con jurisdicción sobre cuestiones de salud en la perspectiva de sus colegas en el llano aparecen casi siempre como portadores de vicios electoralistas.

Una posible manera de mostrar el problema, que surge de los testimonios trabajados, es considerar primero los aspectos a nivel "micro", relacionados particularmente con el control de instituciones de salud y el otorgamiento de cargos en éstas, y luego los que se definen en lo "macro", como conducción política de la respuesta social a las circunstancias de la salud/enfermedad.

Los problemas a nivel micro

"La Casi Huelga de Médicos en un Hospital" es el titular que *La Prensa* imprime en un editorial en el que se ocupa de uno de los muchos conflictos que saudieron a diversos pueblos de la provincia de Buenos Aires cuando los médicos, agremiados en precarias asociaciones sindicales, entraron en conflicto con las conducciones políticas de los hospitales comunales.*

Aunque esta primera mención corresponde a un enfrentamiento desarrollado en Chivilcoy, situaciones semejantes se producen al mismo tiempo en otros pueblos y ciudades de la provincia: General Villegas, Tres Arroyos,

* Dice *La Prensa*: "cada vez que las autoridades se vean obligadas a contrariar las disposiciones de una asociación gremial médica, se tendrá, como consecuencia grave una repercusión en los servicios hospitalarios[...] en principio la organización gremial no es digna de censura, pero a pesar de haberse mantenido en el terreno de la legalidad, la actuación del Sindicato de Médicos de Chivilcoy ha resultado, en la práctica, de hostilidad sistemática contra todos los profesionales que le negaron su adhesión, y en violenta oposición a los intereses de los pobres, a cuya asistencia están obligados los médicos en virtud de un juramento profesional" ("Incidencia con La Prensa". *BOLETIN L.C.* IV 38: 12-19, junio de 1926, pág. 14). Afirmo el Boletín de La Cosmopolita: "En este partido, como en tantos otros, las instituciones hospitalarias han sido siempre el patrimonio de los políticos, que las consideraban, no como instituciones del pueblo, sino como uno de los tantos baluartes de su acervo personal" ("Sanatorio Chivilcoy". *BOLETIN L.C.* IV 39:10-11, julio de 1926, pág. 10).

Lobería, Colón, Nueve de Julio. Los conflictos suelen estallar por cuestiones aparentemente banales, pero en el trasfondo de todos ellos hay una constante que puede servir para mostrar el tejido de las relaciones de poder en el interior del sector: los médicos necesitan del hospital para internar a sus pacientes privados; el acceso al hospital público, donde el médico atendía gratuitamente al indigente, era una pieza clave en la práctica privada del profesional.* Parece relativamente fundada la posibilidad de relacionar esta cadena de conflictos locales con el desarrollo de sanatorios privados, lo que puede constatarse contemporáneamente en la misma provincia.

También en Santa Fe la prensa gremial se ocupa de denunciar situaciones en las que el hospital es instrumento de política electoral:

“Desde que existen dispensarios en nuestro país, siempre han estado sometidos a los teje-manejes de la politiquería, hecho más marcado aún en los pueblos pequeños, donde la designación de médico adquiere significado análogo a la de juez de paz o comisario (...)

“Los dispensarios se crean en los pueblos donde vive el caudillo oficialista para que éste pueda demostrar que labora por la gente menesterosa, o ahí donde vive un médico oficialista a quien se desea recompensar sus esfuerzos (...)

“Todos esos males han vuelto a ponerse de manifiesto en forma grosera con motivo de la remoción que está realizando la intervención en nuestra provincia”(312)

Pero lo que más preocupa al periodista es que los mismos médicos parecen actuar convencidos de la lógica de la situación: aquéllos que desempeñaban cargos antes de la intervención se apresuran a renunciar; conscientes de que sólo fueron designados por su filiación política, su separación les parece ahora lógica y natural, y de esa forma allanan el camino a las nuevas autoridades.**

* Entre otras referencias, el conflicto suscitado en Colón es ilustrativo. El Dr. Gallo Fernández, con dos años de radicación en el partido, no había logrado su incorporación al hospital pese a reiteradas gestiones personales y de vecinos. En enero de 1925 eleva una nota al Director del Hospital Municipal en la que señala diferentes razones que avalan su solicitud. En primer lugar considera que “los servicios hospitalarios se brindan a aquella parte de la población indigente, necesitada de la protección de la caridad por no poderse sufragar una asistencia particular; y teniendo en cuenta que esos servicios son costeados por la Comuna, lo que equivale a decir por la contribución de todos, me parece oportuno deducir que no se puede privar a la beneficencia de una de sus más delicadas y simpáticas actitudes, como es la libre elección del médico por el menesteroso; sobre todo, cuando en el caso mío, el concederlo es un ofrecimiento que no implica erogación alguna para la institución a la cual me es grato servir”. Otra de las razones esgrimidas es la generalizada práctica hospitalaria de mantener las puertas francas para los médicos locales que desean cooperar en el servicio” tanto benéficamente como para poder internar, en condición de pensionistas, sus clientes, cuando el proceso de su enfermedad necesita hospitalizarlos” Y por último: “No se le oculta a ningún profesional cuán necesario es en la práctica diaria tener un local *ad hoc* donde pueda intervenir de inmediato en las tantas indicaciones que pueden presentarse: partos, accidentes, tratamientos quirúrgicos de distintas enfermedades, etc.”. (“La política en los hospitales municipales de la provincia”. *BOLETIN L.C.* IV 40:14-21, agosto de 1926, pág. 18).

** Otro caso: “Se creó un hospital pensándose más que en un plan de servir al pueblo con obras de asistencia social, en hacer un pedestal para los prestigios electorales de un brioso caudillo municipal.

»El nosocomio rápidamente estuvo listo, pues apuraba la próxima campaña electoral; y era justo que él sirviera a los buenos amigos de los caudillos, o de quien representase un voto más para las urnas. Y si era necesario, pobre o rico, tenía auto en la puerta que se le enviaba desde

En la ciudad de Buenos Aires, la designación arbitraria en los cargos hospitalarios por parte de las autoridades municipales se combina de manera seguramente muy compleja con el clientelismo imperante en los diferentes servicios. La situación se plantea en 1933 en el Concejo Deliberante al discutirse la ordenanza N° 4962, de Carrera Médica Hospitalaria. Rubinstein, miembro informante por la Comisión de Higiene, señala lo siguiente:

“Hasta hoy, los médicos de los hospitales eran nombrados en virtud de reglamentaciones dictadas por los directores de la Asistencia Pública, aprobadas por el Departamento Ejecutivo, que sufrían modificaciones correlativamente con el cambio de los directores de esa repartición; circunstancia ésta que planteaba situaciones difíciles al régimen hospitalario y especialmente al personal técnico de los mismos (...) Y esta situación hacía insostenible la posición de los médicos en los hospitales; se producía, por ejemplo, la cesantía, renuncia o jubilación de algún jefe de servicio, y todos los médicos adscriptos al mismo se veían obligados a renunciar o retirarse, pues el nuevo jefe nombraba su personal” (313).

El problema, como era de esperar, no quedó resuelto con el dictado de la nueva ordenanza, y se exacerbó con los intentos de redistribuir cargos que hubo que realizar para cumplir las disposiciones de la ley Dickmann. Pero nuestra intención no es agotar el tema en este momento.

El planteo de los problemas macro

Los dardos gremiales se dirigen particularmente contra los funcionarios que son a la vez médicos. Recordemos que cuando Pedro Boero define a los parásitos de la medicina reserva un lugar en su lista para el “médico político”. En 1938 la idea se renueva: “Seguimos comprobando que el médico político es el peor enemigo de sus colegas”.(314)*

Pero la burocracia médica no sólo perjudica los intereses de sus colegas o por razones electoralistas manipula criterios que deberían estar regidos por fundamentos absolutamente técnicos; en opinión de los dirigentes gremiales tampoco responde a los supremos intereses de la salud pública, que debería defender:

“Y los vemos allí, burocratizados, desvinculados de toda preocupación por el bien público, sin hacer oír sus opiniones de asesoramiento para beneficio colectivo, que nadie mejor que ellos están habilitados para expresar y obligados a hacerlo por imposición del contenido humano y apostólico de su

lejos para llevarse al enfermo, por supuesto sin consultar para nada al médico de cabecera. Todo un pintoresco ‘hurto’ de pacientes que el auto fantasma era capaz de llevarse ojalá tuviesen una hemorragia peligrosa o desesperantes dolores internos[...]

»Un médico, indignado, tomó el sombrero y se fue. Gesto que merece ser imitado en muchas partes. Y el hospital, siguió ofreciendo sus camas a cambio de votos y de obediencia partidaria”. (“...Y en un pueblo de Santa Fe”. *BOLETIN F.G.M. Santa Fe* 19:9, setiembre de 1935).

* También en el siguiente extracto: “La ficción se ha hecho tan intensa y descarada, que un partido político cuyo fin primordial debiera ser la defensa de los gremios, le ha declarado al gremio de los médicos una guerra sin cuartel (...) Lo realmente extraordinario es que entre los detractores de los médicos figure un concejal médico. El ideal bastardeado de este concejal es conseguir que nuestros consultorios se queden vacíos”. (CERNADAS, Pedro. “Discurso pronunciado en el banquete de camaradería de los médicos de la Capital el 22 de junio de 1933”. *S.M.* XI. 28:142-144, julio de 1933, pág. 143).

profesión".(315)*

La responsabilidad se adjudica en algunos casos a determinados organismos estatales, en otros se va más allá y es el sistema político el que resulta profundamente cuestionado. La actividad del Departamento Nacional de Higiene y de los Consejos de Higiene provinciales es reiteradamente denunciada por responder a un sesgo electoralista, no atender a las denuncias que se le formulan, y de ese modo permitir la supervivencia de "curanderos, expendedores de específicos, abortadores y criminales de toda índole, que viven, lucran y progresan con el beneplácito de las autoridades".

La cita corresponde a un artículo publicado en una revista gremial en 1923, que el Colegio de la Capital reproduce en 1940, con lo que afirma su absoluta vigencia. "Van a cumplirse pronto los dieciocho años de aparecido el artículo precedente, y si nos propusiéramos tocar el tema, tendríamos casi que repetir las mismas palabras"(315).**

En otros casos, como decíamos, el cuestionamiento va más allá de la actividad de un organismo específico o de la burocracia en general, y se dirige hacia el sistema político, adquiriendo en ocasiones matices corporativistas:

"No puede olvidarse que su elevación a los cargos que desempeñan fue obra del electorado real o ficticio con que cuentan los partidos que polarizan la opinión ciudadana, y no la culminación de un movimiento de índole profesional. Son senadores, diputados o concejales radicales, conservadores o socialistas, y no senadores, diputados o concejales médicos, llevados a sus bancas por los profesionales de la sanidad, para defender los prestigios de actividades que por su trascendencia social, ya está visto, no es posible delegar en quienes se deben, por encima de todo, a los intereses políticos del partido en que actúan". (316)

Pese a la dureza de algunos cuestionamientos, las relaciones entre orga-

* En un tono más medido: "Desde hace años el Estado ha orientado su acción sanitaria hacia una socialización desgraciadamente incompleta, efectuada, diríamos, a remezones, sin ajustarse a un plan orgánico previamente trazado y cuya ejecución se efectuase en forma gradual e ininterrumpida. Socialización 'a la criolla', con miras políticas más que técnicas, y cuyo resultado salta a la vista: aumento permanente de las partidas del presupuesto correspondiente a la sanidad, sin que la población obtenga ninguna mejora en su asistencia médica y social" ("Una necesidad". *Rev.Col.Med.* VIII 84:5-6, diciembre de 1939, pág. 5).

**En oportunidades el D.N.H. se defiende, como en la siguiente nota, dirigida al Director de la Revista del Colegio: "Me dirijo al Sr. Director con motivo de los artículos que viene publicando esa revista: 'Lo que no ve el Departamento Nacional de Higiene' y otros, referentes a avisos de profesionales, que no son todo lo correcto que es de desear, conforme a las sanas leyes de la moral médica, para manifestarle que esta repartición toma las medidas que están a su alcance e interviene dentro de lo que las facultades legales le permiten. La falta de una ley de sanidad que contemple el ejercicio profesional dentro de las prácticas modernas y corrija las infracciones con una sanción determinada, hace en numerosas ocasiones inútil la intervención de las reparticiones públicas, cuyos consejos o llamadas de atención son escuchados por algunos que, inadvertidamente, se colocan en los avisos o procedimientos de su práctica médica fuera del marco de la correcta seriedad profesional, pero que son desoídos por otros, que prefieren aquellos medios de acción". Como ya señalamos en el capítulo referido a legitimación, el proceder correcto quedaba relegado a las sanciones de la conciencia individual. ("El Departamento Nacional de Higiene se dirige a la Dirección de esta Revista".

nismos gremiales médicos e instituciones estatales, en particular los cuerpos deliberativos, se hacen sistemáticas cuando se ingresa en la década del 40. Nos ha resultado imposible reconstruir el proceso que transformó en colaboración los antiguos enfrentamientos, pero ésta puede constatarse con seguridad en la Capital Federal hacia 1939 y en la provincia de Santa Fe poco tiempo antes, en el momento de constituirse la Federación de Sanidad de la provincia y discutirse la ley de Coordinación de los Servicios de Salud Provinciales.

Un antecedente de ese acercamiento podría situarse en 1938, cuando el Colegio de Médicos de la Capital Federal otorga su apoyo a una iniciativa gestada en el Concejo Deliberante, dirigida a constituir una comisión mixta coordinadora de la asistencia médica en la ciudad de Buenos Aires. En esta comisión intervendrían representantes de la Municipalidad, del D.N.H., de la Sociedad de Beneficencia y de Hospitales Nacionales y privados. El Colegio aplaude la iniciativa y solicita se reconozca su derecho a intervenir en ella.

No sabemos si esa comisión se conformó efectivamente, ni tampoco si el gremio logró integrar una representación en su seno, pero la anécdota puede estar señalando un cambio de dirección en la política gremial, que se concreta efectivamente más tarde con la integración en la Comisión de Racionalización de la Administración Pública, dedicada a elaborar un proyecto de racionalización de la atención hospitalaria en la Capital Federal.*

Uno de los miembros de la Comisión de Racionalización, Alfredo Spinetto, brinda al Colegio la posibilidad de colaborar en la redacción de su informe. Este constituye un completísimo plan de distribución del recurso humano médico y paramédico en la totalidad de los servicios municipales, nacionales, universitarios y de beneficencia de la Capital Federal. (317) Dado a conocer a fines del año 1939, sirve de base a una intensa campaña gremial que se traduce en actos públicos en diferentes teatros de la ciudad de Buenos Aires y en una gira de la Mesa Directiva del Colegio por el interior del país.** Al año siguiente el diputado Maino lo presenta a la cámara baja y logra el apoyo de la Comisión de Código Sanitario; no es tratado sin embargo por diputados, y las gestiones de Delacroix en 1941 y de Pío Pan-

* La ley 12.360 (General de presupuesto para el año 1938) había encomendado a la Comisión de Racionalización de la Administración Nacional "el estudio de la situación de los médicos, odontólogos, biólogos, kinesiólogos y bioquímicos de la administración nacional y de las instituciones y establecimientos provinciales, municipales y particulares subsidiados por el Estado". (art.6º)

** Afirma la Revista del Colegio: "El Colegio de Médicos de la Capital Federal ha logrado mediante la campaña pública efectuada a través de tres mitines, inigualados hasta la fecha en lo que a concurrencia se refiere, sacudir la increíble indiferencia de los universitarios de la sanidad en un momento delicadísimo del movimiento gremial argentino; hacer llegar a la población la garantía de que los que luchan por la conquista de ventajas (...) no olvidan sus deberes permanentes para con el pueblo, del que se sienten parte indisoluble; como asimismo destruir de una buena vez, ante las esferas oficiales, aquella antojadiza imputación de que los organismos médico gremiales se movían a impulso de inconfesables designios políticos o sociales". ("Campaña exitosa". *Rev.Col.Med.* IX 94:5, octubre de 1940).

dolfo en 1942 también caen en el vacío.

Sin embargo, el precedente de colaboración gremial en la tarea legislativa de las comisiones parlamentarias da su fruto. En los años siguientes el gremio apoya activamente el proyecto de Alfredo Palacios, presidente de la Comisión de Higiene y Asistencia Social del Senado, de creación de un organismo coordinador y centralizador de la política estatal en salud: la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

En octubre de 1942, la ya constituida Federación Médica de la República Argentina informa a través de su revista:

“Activa y destacada participación le cupo a la entidad máxima médica gremial del país, durante el fenecido período legislativo, en todos aquellos asuntos que se refieren a la situación y a los problemas inherentes a la sanidad nacional, y por ende, a los que atañen a todos los profesionales agrupados en las entidades adheridas” (318)

Parte de esa actividad había conducido a una entrevista con el presidente de la República para interesarlo en la realización del II Congreso Argentino Sanitario y de Medicina Social y II Congreso Argentino Extraordinario de la Federación Médica de la República Argentina, concretado en ese mismo año.*

La concreción de expectativas de larga data: el período 1943-1945

La instalación de las autoridades surgidas del golpe de Estado del 4 de junio de 1943 provoca una oleada de entusiasmo en la dirección de la Confederación Médica, que había visto enterrarse bajo el imperio de la ley Olmedo la totalidad de sus esfuerzos de colaboración con los organismos legislativos.

La revista del organismo gremial nacional informa en julio de 1943 sobre los contactos realizados con las nuevas autoridades. El título del artículo es sugerente: “Un nuevo clima en materia de sanidad nacional” (319).

El optimismo parecía suficientemente fundado; el presidente de la Confederación, Victorio Monteverde, y otros miembros de la Mesa Directiva, se habían entrevistado en dos oportunidades con el General Ramírez. En ambas ocasiones éste les reiteró “con claridad absoluta y sin cortapisas, su deseo de alcanzar una sustancial y completa modificación de la organización de la sanidad nacional” (320). El nuevo presidente de la Nación otorga particular importancia a la salud pública, “tan íntimamente ligada a los problemas de la defensa nacional”, (321) que forma parte, por lo tanto, de la agenda de cuestiones que atenderá el nuevo gobierno.

La dirigencia de la COMRA hace llegar al presidente un Memorial en el que se sintetizan las aspiraciones del gremio en materia de organización sa-

* El temario de este Congreso constituye un anticipo de la forma como se había ampliado en el gremialismo médico la percepción de los núcleos constitutivos de la problemática de salud/enfermedad. Dividido en tres secciones, la primera comprendía la Sanidad General y la Medicina Social y contenía el tradicional enfoque epidemiológico de la morbimortalidad; la segunda se destinaba al Problema Médico Social de la Alimentación y la Vivienda, y la tercera a Medicina e Higiene del Trabajo. (*Rev.Fed.Med.R.Argentina* II 12:10-15, mayo de 1942).

nitaria. Su contenido coincide, según el mismo Monteverde, “en un todo” con la orientación del Poder Ejecutivo, “que se ha mostrado decidido partidario de la unificación de comando y de sistemas en materia de salud pública y asistencia social”(322).

La actividad de la Mesa Directiva frente a las nuevas autoridades incluye, además, la presentación de un documento al Ministro de Hacienda, en el que se le hace conocer la situación irregular en que se encuentra la remuneración de los médicos en su trabajo hospitalario, y una entrevista con el Ministro del Interior para interesarlo en la creación de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

“la creación, tanto tiempo anhelada, de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, ha de ser en breve plazo una realidad tangible que marcará la primera etapa de las transformaciones totales que siempre hemos propiciado”(323)

En efecto, en octubre de 1943 un decreto del Poder Ejecutivo crea, en jurisdicción del Ministerio del Interior, la D.S.P.A.S. “que tendrá a su cargo la salud pública y la asistencia social en todo el territorio de la República, sin perjuicio de las atribuciones de los gobiernos locales” (art. 2º).*

Entre las funciones del nuevo organismo resulta particularmente significativa para las inquietudes gremiales la que le acuerda el art. 4º inc. e: someter al Poder Ejecutivo un proyecto de reglamentación referido a “la más pronta implantación del seguro social obligatorio en toda la República”.

Sin embargo, las expectativas que los dirigentes de la COMRA habían colocado en el funcionamiento del nuevo organismo no se concretan: “razones que no conocemos, posiblemente atendibles, se opusieron a que las gestiones realizadas ante el primer Director Nacional de Salud Pública se tradujeran en la más mínima conquista de carácter gremial”.(324)

Encuentran, por el contrario, un interlocutor atento en el nuevo secretario de Trabajo y Previsión. En junio de 1944 Monteverde comunica a sus colegas sus impresiones sobre la entrevista mantenida con éste:

“todos los problemas planteados han sido y son bien comprendidos por el coronel Perón, el cual considera que ellos deben tener solución definitiva y a breve plazo (...) coincide con el gremio en que hay que asegurar al hombre desde que nace hasta que muere, siendo éste el ideal del gobierno”.**

Particular significación otorgan los gremialistas a las siguientes palabras del funcionario: “Uds. lo van a planear, y Uds. serán los responsables”.

*El artículo 3º instituye la tan insistentemente reclamada unidad de comando: “Pasarán a formar parte de la Dirección (...) el Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de la Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios, y todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependan de los distintos ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas de la Nación”.

**“Expresa (Monteverde) que cuando se entró en el terreno de la oficialización de la medicina el coronel Perón se mostró partidario de la misma, aunque con algunas reservas. Manifiesta que el cuerpo médico hoy vería con agrado la oficialización, pero siempre que tuviera la fisonomía del escalafón militar”. (ACTAS COMRA, N° 34, del 16 de junio de 1944. Tomo I, pág. 122-123).

(325)

Esta vez, las palabras no caen en el vacío; un mes más tarde, en el curso de una ceremonia pública, se instala en la Secretaría de Trabajo y Previsión una Comisión formada por representantes de los gremios de médicos, odontólogos, bioquímicos y farmacéuticos, destinada a cumplir los deseos del coronel Perón referentes a “que se estudien y solucionen de inmediato los problemas de este importante núcleo social que forman los médicos”.(326)*

La creación, en abril de 1944, del Consejo Nacional de Previsión Social, había complejizado el panorama de los dirigentes gremiales. El nuevo organismo toma a su cargo la organización de la Medicina Preventiva y la elaboración de los planes de Seguridad Social.(327)

La noticia conmueve en cierto modo a los dirigentes de la Confederación; la tan defendida unidad se fractura apenas conseguida:

“la Mesa Directiva de la Confederación Médica de la República Argentina debe hacer resaltar que paralelamente a la acción que desarrolla el Consejo, debe procurarse la organización sanitaria del país, proyectando la red asistencial, preventiva y curativa, que haga posible la aplicación eficaz de un Seguro de Enfermedad y de Maternidad e Infancia (...) Es por ello que entiendo que es necesario establecer la relación indispensable entre los organismos de previsión y los que manejan la salud pública, a fin de dar forma práctica a la realización de estos programas”.(328)

Las dificultades no empañan el optimismo de los gremialistas, ni su disposición a colaborar en el diseño de las nuevas políticas. El editorial de su revista que da cuenta de la conformación de comisiones de trabajo en el seno de la Secretaría de Trabajo y Previsión lleva el siguiente encabezamiento: “Los problemas gremiales y sociales de la medicina en vías de

*En la misma fecha expresa un dirigente de la Confederación: “Dos cosas debo hacer resaltar y que han de llenar de satisfacción a los colegas que en las distintas instituciones gremiales del país vienen bregando entusiastamente por una mejor organización sanitaria nacional. Primero, la *coincidencia absoluta* entre los conceptos del Señor Secretario de Trabajo y Previsión y los nuestros. Segundo, (...) Es la primera vez, y es necesario que lo hagamos resaltar, que los médicos que viven diariamente en contacto con el pueblo, que conocen sus necesidades, que han demostrado inquietudes por una estructuración social en armonía con las corrientes renovadoras que invaden todas las actividades humanas, son llamados a asumir la responsabilidad de cristalizar lo que hasta este momento eran simplemente expresiones de anhelos, que jamás encontraron el menor eco en las esferas oficiales”. Las demandas gremiales se caracterizan por su moderación: “Nos sentiríamos sumamente satisfechos si la comisión (...) pudiera concretar los siguientes puntos: 1° la creación de unidades sanitarias a repartirse estratégicamente por el país, integradas por médicos funcionarios, para atender a esas grandes masas de población que por razones económicas o de otra índole no pueden asegurarse la asistencia en forma individual; 2° el cumplimiento de una primera etapa, hacia una ley de medicina preventiva, que asegure la revisión periódica de toda la población supuesta sana, y la implantación con carácter obligatorio del documento que acredite esa revisión: la Libreta Sanitaria o Social; 3° la protección integral de la madre y el niño; 4° un estatuto profesional que regule la labor de los profesionales del arte de curar, que presten servicio en los establecimientos asistenciales nacionales, provinciales, municipales o de cualquier otra entidad que reciba beneficios directos o indirectos del Estado; 5° reglamentación de las mutualidades”. (El énfasis es nuestro, S.B.) (*Rev. Fed. Med. R. Argentina* IV 38:12-16, julio 1944,

solución” (329).

El optimismo estaba lejos de parecer infundado: la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, la reglamentación del ejercicio profesional, el estatuto del trabajo médico en relación de dependencia, eran aspiraciones de muy larga data, concretadas en poco tiempo por funcionarios que, además, parecían dispuestos a devolver a los médicos su rol prominente en la dirección de las cuestiones relacionadas con la salud.

No tarda en presentarse un nuevo motivo de preocupación: las muy duras críticas que algunos sectores del gremio formulan a sus dirigentes a raíz de su estrecha colaboración con el gobierno. En noviembre de 1944 la revista de la Confederación parece hacerse cargo de esas críticas y formula una respuesta a los principales cuestionamientos. Desde el primer momento, se afirma, los directivos de la Confederación procuraron la representación de las filiales del interior del país en la comisión de trabajo organizada en la Secretaría de Trabajo y Previsión.* Además, una vez puesta en funcionamiento “fueron innumerables los colegas” que se entrevistaron con ella, “delegados de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, (...) de entidades filiales de dicha Federación, (...) delegados de la provincia de Santa Fe, representantes de Córdoba, dirigentes gremiales de Tucumán, San Juan, Santiago del Estero, Neuquén, Río Negro, Formosa y Salta”. (330)

El largo informe termina con un descargo y un llamado a la unidad:

“frente a rumores circulantes, la Mesa Directiva y los miembros de la Comisión Oficial redactora del estatuto declaran que (...) jamás han tenido participación en actos políticos de ninguna naturaleza (...)

“No olvidemos que las reivindicaciones gremiales son obra exclusiva de los mismos gremios y que ellas se obtienen en razón directa de la capacidad de acción de cada uno de los integrantes (...) y es por ello que una vez más les decimos: *en estos momentos en que el gobierno nacional nos brinda la oportunidad de intervenir en la solución de nuestros problemas hay que actuar con absoluta prescindencia de la posición política social o ideología individual, en obsequio de una alta política gremial colectiva*”. (331) (énfasis en el original, S.B.)

Sin duda no es gratuita la apelación a superar diferencias políticas en pro de los intereses generales del gremio. En tanto, y de una manera que no puede dejar de llamar la atención, la revista de la COMRA no hace ninguna alusión a la situación política por la que el país atravesaba, otros órganos académicos y gremiales adherían explícitamente a las declaraciones de aque-

*Se explicita incluso el trámite que condujo a la conformación de la Comisión en cuestión: “Ante la imposibilidad de contar con la presencia permanente y posiblemente prolongada de representantes del interior del país, la Confederación (...) solicitó de la Federación (...) de la Capital Federal; y de cada una de sus ocho filiales, la designación de un representante oficial para organizar las distintas comisiones de estudio. Dichos representantes reunidos junto con los integrantes de la Mesa Directiva de la Confederación, en el despacho de la Dirección de Previsión Social, procedió a designar por el voto directo de los Delegados Gremiales presentes la Comisión Central y subcomisiones asesoras” (“Informe final”. *Rev. Fed. Med. R. Argentina* IV 42:8-10, noviembre de 1944, pág. 8)

los sectores que reclamaban por el retorno a la normalidad constitucional. El Colegio Médico de Córdoba, el Consejo Académico de la Facultad de Medicina de La Plata, la Agronomía Médica Platense, se unen a las entidades empresariales y políticas que a lo largo de 1945 movilizan a la opinión pública en oposición al gobierno militar.(332)*

La condena al gobierno de facto, claramente explicitada a partir de las referencias a la necesaria recuperación de la democracia y la defensa de la Constitución, se acompaña con la condena de aquellos gremialistas que “actúan como entregadores del gremio médico” a cambio de “prebendas, puestos públicos o privilegios de cualquier clase”.(333)

La Mesa Directiva de la Confederación, sin embargo, no dejaba de otorgar atención al problema. Algunas referencias encontradas en las actas en las que se volcaba una síntesis de las discusiones sostenidas en su seno, darían pie a la formulación de una hipótesis de divergencias internas que trababan cualquier manifestación explícita de condena o de respaldo a la posición del gobierno. En julio de 1945, por ejemplo, uno de sus miembros apela al “deber imprescindible de la hora” y al ejemplo de “los rectores de las universidades reunidos en Asamblea”, para pedir una amplia manifestación del gremio médico que interprete el “sentir general” ante la situación política del país. La moción no prospera porque otros integrantes esgrimen las prohibiciones estatutarias -referentes a la no intervención en cuestiones políticas- para recomendar el silencio.(334)

Finalmente, el 15 de octubre de 1945 se reúne la Comisión Directiva y emite una declaración reclamando “de los poderes públicos la pronta normalización de las instituciones constitucionales, en coincidencia con el pedido formulado por todos los sectores de la Nación”(335).

La reacción parece haberse producido demasiado tarde, la unidad gremial ya estaba quebrada, al igual que la vinculación privilegiada con los organismos del Estado.

*La Agronomía Médica Platense adhiere en 1945 a una Declaración Pública que habría sido suscripta por más de un centenar de instituciones, donde se puntualizan las siguientes demandas:

- 1º Vuelta inmediata a la vigencia de la Constitución y Leyes Fundamentales.
- 2º Restablecimiento de la libertad de prensa, palabra y asociación.
- 3º Derogación del decreto de ilegalidad de los Partidos Políticos.
- 4º Derogación del decreto sobre delitos contra la Seguridad del Estado.
- 5º Levantamiento del estado de sitio.
- 6º Libertad inmediata y auténtica a los presos políticos, sociales y sindicales.
- 7º Restablecimiento de la libertad sindical y liquidación de la política sindical “dirigida”.
- 8º Limpieza del Ejército, Policía y Administración de los elementos pro fascistas.
- 9º Encarcelamiento de los elementos nazi-fascistas, confiscación de sus capitales y devolución a los países víctimas de la rapiña nazi.
- 10º Cesación del amparo del capital monopolista.
- 11º Convocatoria inmediata a elecciones. (“Adherimos y declaramos”. *BOLETIN A.M.P.*

A MANERA DE SINTESIS

Cuando en el capítulo primero nos preguntamos de qué hablan los médicos cuando hablan de crisis, la respuesta fue que se refieren a un intenso proceso de cambios. Cambios que son percibidos como conflictivos, y configuran una suerte de amenaza para el futuro de la profesión.

Tal vez sea posible ahora, para encuadrar en un proceso más general la secuencia de dichos cambios, y las consiguientes readecuaciones de las que tiene que hacerse cargo la profesión médica en esas décadas, pensar en las raíces sociales de ese movimiento, en las fuerzas que generan el conflicto y al mismo tiempo colocan límites a la capacidad de superarlo.

En las décadas que preceden a la primera postguerra la sociedad argentina ha asimilado una expansión demográfica sin precedentes, acompañada de un intenso movimiento de urbanización realizado sobre bases excesivamente frágiles. La ciudad-puerto crece, incorporando una porción sustantiva del caudal migratorio, pero sin asegurar un correlativo desarrollo de oportunidades laborales, viviendas y servicios generales y personales capaces de asegurar la plena utilización de esa capacidad de trabajo, y garantizar su reproducción en condiciones adecuadas a las expectativas que el mismo proceso de urbanización genera.

El proceso de incorporación alcanza también a la esfera política. La república restrictiva propuesta por Alberdi, guardaba en su interior las condiciones de su futuro cuestionamiento. Un país abierto, donde mercancías, hombres e ideas tenían plena posibilidad de circulación, no podía conservar durante mucho tiempo el poder para una minoría que se suponía ilustrada y por lo tanto sensible a la idea del progreso indefinido y su correlato inseparable de bienestar social.

El limitado crecimiento de la industria y la precoz terciarización de la estructura productiva urbana dan nacimiento a una clase media relativamente estable, culta, y con definidas aspiraciones de ascenso social. La universidad abre sus puertas para recibir a los hijos de esos sectores. Una profesión liberal significa ingreso, prestigio y la posibilidad de identificarse con la *élite*, por lo menos en el acceso a determinados bienes culturales y en la proximidad a las estructuras de poder.

La atención médica no se desarrolla ajena a este proceso, por el contrario, le agrega sus propios elementos conflictivos: los avances técnicos, la incorporación de medios diagnósticos y terapéuticos relativamente complejos, el crecimiento de las especialidades, una preocupación particular por determinados grupos etéreos, por las condiciones de trabajo en ciertos procesos productivos, un énfasis en las actividades de control sobre el medio, las posibilidades de inmunización, más tarde la generalización de la demanda sobre prácticas preventivas. Los servicios se amplían, las posibilidades de acceso se multiplican, y, como sucede habitualmente en el terreno de la atención médica, la oferta estimula y modela el crecimiento de la demanda.

El desarrollo tardío del Estado asistencial es sólo una verdad relativa en lo que respecta a la cobertura de salud de la ciudad puerto. La municipalidad amplía paulatina y sostenidamente sus servicios, siempre insuficientes, y multiplica las puertas de entrada: ambulatorios en los hospitales, dispensarios, urgencia, servicio domiciliario de atención de partos. Inicialmente destinados al indigente, en los años veinte no cambian seguramente de manera radical su clientela, pero abandonan la estigmatizante práctica que llevaba a exigir al necesitado la prueba de su condición antes de dar respuesta a su demanda.

En forma paralela y complementaria a los servicios del Estado, a veces en fuerte dependencia de su poder y sus recursos, la sociedad genera otras instancias, otras modalidades de cobertura de la enfermedad. Sociedades de beneficencia, mutualidades, asociaciones de colectividades, abonos, clínicas privadas, cada forma organizativa parece dirigirse a una clientela particular y generar sus propias modalidades de relación con ella. La fragmentación y la multiplicidad de medios, la parcialización y la superposición de los sectores de población cubiertos, se convierten en regla que desmiente la generalizada idea de un hospital gratuito que recibe al pobre y una atención privada, individual, y sujeta a la ética y dinámica liberales, que se destina a los sectores con capacidad de pago.

Tal vez lo generalizado de la idea se deba a que la profesión no parece haber aceptado nunca la legitimidad de tales formas alternativas. El pensamiento médico hegemónico las rechaza como aberraciones transitorias, recursos espúreos de sectores con ambiciones de formar clientela, estrategias autónomas de grupos laborales que no gozan de la debida protección y control del aparato estatal. Las rechaza sin apelación y no parece capaz de pensar un sistema ordenado que las incluya e incorpore efectivamente.

El médico acepta como necesario el hospital público, e incluso la legitimidad de su trabajo gratuito en la atención del indigente. Esto se debe en parte a que el hospital es el lugar de la excelencia técnica, de la formación y actualización profesional, del desarrollo de las especialidades, y muchas veces el único lugar posible para la atención compleja de su clientela privada. Pero también y tal vez fundamentalmente, a que la vocación de servicio no es una perspectiva falsa, proyectada hacia el exterior de la profesión a partir de una intención consciente de auto-legitimación frente al conjunto social, sino una imagen incorporada a través de un largo y complejo proceso de identificación con determinados valores, y reforzada por una efi-

cacia curativa que el desarrollo técnico asegura de manera paulatina pero continua.

Tal vez la crisis de que hablamos, la crisis en la que intentamos penetrar, es precisamente la crisis de esa imagen.

¿Dónde se ubica su comienzo? Imposible de precisar en el tiempo, escasa-mente puede definirse con mayor exactitud en términos conceptuales: las demandas desbordan la capacidad de respuesta de la oferta, el progreso técnico encarece y complejiza la atención concentrando el nivel de excelencia en las grandes instituciones -de manera real o ficticia, pero de todos modos a través de una imagen de aceptación generalizada-, la crisis económica se presenta amenazante para el futuro laboral y político de los grupos medios, y una nueva oleada migratoria, esta vez procedente del interior del país, vuelve a conmover el espacio urbano que ha comenzado a poblarse de fábricas.

La contracción general de los ingresos parece afectar sensiblemente a la clientela con capacidad de pago directo, mientras la nueva tecnología encarece las prestaciones, con lo cual se entorpece aún más la canalización de la demanda hacia el consultorio o clínica privados.

Si bien es imposible ubicar con precisión el comienzo de la crisis, lo que aparece con claridad en los años treinta es el acuerdo acerca del agotamiento de un modelo de práctica. Aunque matizado por profecías incumplidas -la desaparición del consultorio individual, la proletarización del médico ante el avance incontenible de las modalidades “capitalistas” de organización de los servicios- el diagnóstico goza de consenso: la medicina argentina ha fracasado en su función de dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Las estadísticas de incidencia de tuberculosis, las tasas de mortalidad infantil, la amenaza “nueva” de la patología oncológica o la derivada del trabajo industrial, constituyen indicadores claros de ese fracaso en el mismo núcleo geográfico del proceso de modernización: la ciudad de Buenos Aires.

No todos acuerdan en adjudicar la responsabilidad de estos límites en la eficacia terapéutica a la perduración de una práctica concebida como relación individual, única y privilegiada, entre el médico y su paciente. Pero aún aquellos que ubican el problema en factores externos a la profesión reclaman una revisión profunda de sus instituciones fundamentales. La enseñanza de la medicina, la práctica hospitalaria, las formas de incorporación de los valores éticos tradicionales sufren un cuestionamiento profundo, que en casi todos los casos supone una redefinición de las bases de sustentación de la medicina como ciencia y como práctica social portadora de sus propias condiciones de legitimidad.

La división tradicional entre práctica privada y atención pública orientada al indigente no sólo hace crisis por la insuficiencia de los servicios hospitalarios para responder a un incremento de la demanda. También porque la clientela solvente busca otras formas de financiación para las prácticas que requiere; deserta del consultorio privado o vuelve a él con una protección mutual insuficiente, acude a los servicios gratuitos o adhiere a todo tipo de planes de cobertura que no garantizan al profesional el standard de vida al que los tiempos de bonanza lo habían acostumbrado. Hay so-

breoferta de profesionales mientras la población sin atención se multiplica. Los consultorios vacíos dan testimonio de esa 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.

Sin embargo, el excedente de profesionales no contribuye a aliviar la situación del sector público: la disminución del ingreso proveniente de la práctica privada obliga a revisar una postura aceptada sin cuestionamiento en décadas anteriores: el médico exige la retribución de su trabajo hospitalario. La práctica destinada al indigente está dejando de ser considerada un "apostolado". La plétora, la limitación de la demanda solvente, no sólo estimulan la aparición de mecanismos mercantiles condenados por los valores adscriptos a una reconocida vocación de servicio; también generan una nueva percepción del trabajo como práctica destinada a asegurar la subsistencia del que la ejerce: todo trabajo debe ser remunerado, la atención del indigente no es responsabilidad profesional sino función indeclinable del Estado.

Por esta vía las dificultades del ejercicio privado y los límites de la capacidad de atención del sector público se potencian de manera recíproca, y al mismo tiempo alimentan el convencimiento de que no hay soluciones parciales: cualquier modificación en las condiciones de un sector influirá necesariamente sobre la actividad del otro.

Por el mismo camino adquiere una centralidad renovada el aparato estatal, interlocutor obligado para la efectivización de las nuevas demandas, ya se trate de ampliar su capacidad de intervención o de imponer límites regulatorios a las presuntas o reales "deformaciones" que obstaculizan la operativa de mercado.

Otros sectores sociales han iniciado movimientos tendientes a agruparse para defender intereses específicos, o han generado nuevas funciones para nucleamientos existentes. Interlocutor obligado de tales demandas es, por lo general, alguno de los organismos de un aparato estatal que comienza a ampliarse. Se habla ya de planificación, de diseño de políticas de intervención, de regulación de actividades que desbordan el modelo de libre competencia o lo deforman a través de prácticas que escapan a la normativa de aceptación generalizada. Desde diferentes sectores de la producción, una burguesía que comienza a percibirse como fuertemente fragmentada, alega dominio de información y conocimiento técnico suficiente para discutir/negociar con el Estado las formas de su intervención en un área de interés específico.

Por fuera o por encima de las propuestas de reorganización total del sistema de representación de intereses con una orientación corporativa, las corporaciones comienzan a tomar forma en la sociedad argentina, y la representación funcional empieza a desarrollar canales de diálogo y presión que la vinculan con la burocracia estatal.

Entre los representantes del pensamiento médico, la sindicalización obrera es probablemente el proceso que con más frecuencia se toma como referente, pero no el único. En determinados momentos la propuesta corporativa *stric-*

tu sensu puede haber nucleado seguidores, o al menos no haber aparecido como condenable *a priori*.

Un sector de la profesión acepta decididamente la idea de organización gremial y comienza un lento y contradictorio proceso de definición de objetivos y estrategias para la defensa de los intereses médicos. El nucleamiento parece haber sido excesivamente débil y heterogéneo para lograr apoyo mayoritario. La corporación médica nace débil, fracturada internamente, no logra establecer lazos permanentes de vinculación con el aparato estatal, ni alianzas estables con otros intereses organizados que actúan en el interior del sector.

¿Cuál es la orientación de estas contradictorias y conflictivas demandas? Cualquiera sea el signo ideológico tomado como referente, se proponen como vehículo para reorganizar de manera ordenada y racional algo que aparece confuso, desordenado, muy escasamente dotado de racionalidad, deteriorado por el despilfarro, la burocracia, el clientelismo, la demagogia.

La profesión alega su capacidad para manejar en forma autónoma de las variables relacionadas con su práctica, y exige el apoyo del Estado para excluir de ese manejo a un conjunto heterogéneo de actores sociales "invasores", no legitimados, que desconocen la capacidad del médico para responder a la totalidad de las necesidades vinculadas con la respuesta social a la enfermedad.

Para otorgar base sustantiva a esa autonomía, la profesión necesita reordenar sus filas: definir los límites de la pericia técnica alegada por cada uno de sus miembros, eliminar prácticas condenadas por el conjunto social, establecer normas claras y estables para el acceso a los cargos de naturaleza pública, constituir cuerpos que delimiten lo legítimo y lo ilegítimo en la esfera del ejercicio profesional y sancionen toda desviación.

La democratización de ese ejercicio, estimulada por la apertura de la Universidad a capas cada vez más amplias de la población, supone que la práctica de la medicina deje de ser patrimonio de una élite. Para algunos sectores esto lleva a un cierto desdibujamiento de los valores éticos que constituían su patrimonio máspreciado. Para otros, es la crisis económica y la reducción de su ingreso lo que ha empujado a los médicos a actitudes más propias de un tendero. Todos, sin embargo, acuerdan en que la normativa ética debe ser establecida formalmente, y resguardada por modelos organizativos bajo el control de la misma profesión. La pretensión de autonomía sobre la esfera técnica y la legitimidad social que constituye su respaldo más firme así lo exigen.

Todo esto supone esfuerzo conjunto, formas organizativas adecuadas, estrechamiento de vínculos; pero el esfuerzo mayor, aquél donde la autonomía profesional claudica y muestra la impotencia en la que el gremio se debate frente a fuerzas sociales que actúan por fuera de su capacidad de contención, es el reordenamiento del mercado.

Coordinar las instituciones de atención, evitar superposiciones que suponen concentración innecesaria en algunas áreas y escasez en otras, definir con certeza las clientelas poblacionales de 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 atención de la población de ingresos medios y bajos, a la vez que la retribución del recurso médico que en los límites actuales del mercado resulta superfluo, se constituye en el elemento clave de la posibilidad de reorganización. Puede pensarse a partir de las finanzas públicas, derivado de la contribución de empresarios y trabajadores, o como aporte individual a instituciones previsionales controladas por el Estado o por la misma profesión, pero su obtención es una demanda prioritaria y permanentemente insatisfecha.

Sin embargo, la necesidad de reordenamiento, e incluso de transformación, de los objetivos del sistema va abriéndose paso entre otros sectores, en particular en el interior del mismo aparato estatal. No sólo ha cambiado la conceptualización dominante en lo relacionado con las raíces sociales de la salud y la enfermedad, también se afirma la comprensión de una relación necesaria entre una población sana y vigorosa y objetivos que van más allá de la problemática individual y se nutren de perspectivas asociadas a la defensa de la patria, o el crecimiento de la productividad.

Algunos sectores dirigentes en el interior de la profesión y ciertos elementos compenetrados de nuevas ideas en determinados organismos del Estado comienzan a acercarse a partir de la idea de que la medicina debe hacerse social. Las prácticas sobre el individuo, la perspectiva del "enfermo" o aún de la "enfermedad" son insuficientes. El médico está capacitado para actuar sobre *la salud*, para garantizar al cuerpo social la viabilidad de un control efectivo no sólo frente al riesgo biológico de enfermar, sino también en función de fenómenos de los que comienza a reconocerse una etiología societal: la marginación, la desviación, el debilitamiento de las instituciones tradicionales de contención y control.

La misma sociedad va generando los cambios que permitirán adecuar sus instituciones de salud a las nuevas demandas, a nuevas expectativas que generan nuevas necesidades. El proceso de cambios, que se acelerará a partir de los años cuarenta, será tan profundo como para conmover las bases del sistema, pero no tan ordenado ni racional como los ideólogos de la profesión lo pensaron.

La corporación médica continuará durante varios años en una posición de relativa debilidad, en el interior de un sector salud donde se afirma con fuerza la presencia política del Estado. Nuevos cambios sociales irán transformando esa relación de fuerzas, abriendo camino a otras formas de vinculación y negociación de intereses. Pero esa historia es materia de otro libro.

Rosario, junio de 1988

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RAITZIN, Alejandro. "La medicina función del Estado". *S.M.* XXXVII 48: 1669 - 1675, noviembre de 1930.
2. CERNADAS, Pedro. "El médico frente a los arduos problemas que plantea el espectáculo del mundo". *S.M.* XLIII 6: 469-475, febrero de 1936, pág. 470.
3. La referencia pertenece a Gregorio Aráoz Alfaro, que no se inscribe en esta corriente. ARAOZ ALFARO, Gregorio, "El médico y sus deberes sociales". *S.M.* XXVI 33: 163-173, agosto de 1919, pág. 165.
4. CERNADAS, Pedro. "La plétora profesional y la elección de carrera". *S.M.* XLII 32: 366-369, agosto de 1935.
5. SANDBERG, Manuel. "Plétora médica". *Rev.Col.Med.* I 3:9, abril de 1933.
6. CERNADAS, Pedro. "Bases y puntos de partida para un código de moral médica". *S.M.* XL 40:1038-1043, octubre de 1933, pág. 1040.
7. *Ibidem.*
8. PASTORINI, Raúl. Miembro informante de la VI Comisión, Segundo Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social, Rosario, 1936, *Trabajos* (Rosario), 1937, pág. 195.
9. BORRUAT, Arturo. "Impresiones del Congreso Médico Gremial y Social de Rosario" *S.M.* XLIII 51:1726-1729, diciembre de 1936, pág. 1729.
10. Segundo Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social. *Trabajos, op.cit.* pág. 198.
11. RAITZIN, Alejandro. "La medicina...", *op.cit.* pág. 1669.
12. *Ibid.*, pág. 1670.
13. BOERO, Enrique. Discurso pronunciado en el aniversario del Colegio de Médicos de la Capital Federal, *Rev.Cir.Med.Sud.* V 49:10, junio de 1938.
14. BOERO, Enrique. "El malestar de nuestra profesión" *S.M.* XXXVIII 9:537-541, febrero de 1931.
15. Segundo Congreso Médico Gremial de la Provincia de Santa Fe, "Informe sobre la plétora profesional". *BOLETIN F.G.M. Santa Fe* I 7/8:12-14, agosto de 1935.
16. BULLRICH, Rafael. Discurso de inauguración de los cursos de 1935. *S.M.* XLII 15:1058-1061, abril de 1935, pág. 1058.
17. PASTORINI, Raúl. "Mala distribución o falsa plétora". *S.M.* XLV 24:1384-1385, junio de 1930 y BOSIO, Bartolomé. "El consultorio privado se muere" *S.M.* XLVIII 11: 651-652, marzo de 1941.
18. ARCE, José. "Asistencia médica y seguridad social. Ensayo de organización de la asistencia médica para todos los habitantes de la Nación Argentina". *S.M.* LI 36: 478 - 495, noviembre de 1944.
19. DODERO, Osvaldo. "A propósito de un discurso". *Rev.Col.Med.* VI 51:33-34, abril de 1937.
20. BOSIO, Bartolomé. "La solución de la crisis de los médicos no está en el terreno de la Universidad" *S.M.* XLII 25:1825-1828, nos proporciona una síntesis del discurso del decano Bullrich, publicado también en *Semana Médica, op.cit.* (Nota 16).
21. DE LA FUENTE, M.F. "Hagamos patria". *Rev.Col.Med.* IX 88:11, abril de 1940.
22. MEEROFF, Marcos. "Falsa plétora o mala distribución". *S.M.* XLIV 17:1238-1239, abril de 1937.
23. PASTORINI, Raúl. "Desarrollo del ejercicio individual de la medicina". *S.M.* XLIV 34:485-488, agosto de 1937.
24. DODERO, Osvaldo. "La real o presunta plétora de médicos en la República Argentina". *Rev.Col.Med.* IX 85:28-29, enero de 1940, pág. 29.
25. BOSIO, Bartolomé. "¿Faltan o sobran médicos?". *S.M.* XLVIII 5:291-294, enero de 1941, pág. 292.
26. *Ibidem.*
27. DIFFERT LASTRA. "Ética profesional". *S.M.* XL 1:83-85, enero de 1933.
28. *Ibidem.*
29. Citado por CARRERA, José Luis. "Los problemas de la profesión médica. Sus soluciones. (1)" *Rev.Col.Med.* IX 86:32-34, febrero de 1940.

30. Dr. SUTURON. "El mitin del Smart y el gremialismo médico". *Rev.Col.Med.* IX 91:70, julio de 1940.
31. CERNADAS, Pedro. "La plétora profesional..." *op.cit.* (N.4).
32. CARRERA, José Luis. "Los problemas de la profesión médica. Sus soluciones (II)". *Rev.Col.Med.* IX 87:24-25, marzo de 1940, pág. 24. También CAPIZZANO, Nicolás "La agremiación de los médicos en Argentina" *Rev. Med.Rosario* XII 5:328-342, set./oct. 1922.
33. BOLETIN A.M.P. 1:13, diciembre de 1941.
34. DODERO, Osvaldo. "Los bachilleres frente a la crisis de la profesión médica". *Rev.Cir.Med.Sud.* V 53, octubre de 1938, pág. 22.
35. ARTUSI, Aristides. "El médico, la medicina y la ética". *S.M.* XLV 10:548-556, marzo de 1938, pág. 550. Presenta la explicitación más completa de este punto de vista.
36. *Ibid.*
37. BOSIO, Bartolomé. "La solución de la crisis..." *op.cit.* (n.20).
38. TETTAMANTI, Luis. Discurso pronunciado en la Agremiación Médica Platense el 25/9/1941. *Rev.Fed.Med.R.Argentina* 1 5:30-40, octubre de 1941, pág. 39.
39. CAPIZZANO, Nicolás. "La agremiación..." *op.cit.* (n.32).
40. BOERO, Enrique. "El malestar..." *op.cit.* (N.14).
41. CERNADAS, Pedro. "Hay que impulsar la investigación científica". *S.M.* XLII 37:808-811, octubre de 1935.
42. RINSKY, A. "El consultorio privado no puede ni debe morir". *S.M.* XLVIII 23:1337-1339, junio de 1941, pág. 1337.
43. ARAOZ ALFARO, Gregorio. "La técnica, la ciencia y el juicio en el diagnóstico". *S.M.* XLV 45:1061-1068, noviembre de 1938.
44. MARAÑON, Gregorio. "Medicina nueva, moral nueva". *BOLETIN L.C.* V 57:10-13, enero de 1938, pág. 10/11.
45. ARAOZ ALFARO, Gregorio. "El espíritu crítico en el médico". *BOLETIN L.C.* V 56:13-18, diciembre de 1927, y V 57:13-20, enero de 1928. El encomillado corresponde a 56:17.
46. *Ibid.* pág. 18.
47. RINSKY, A. "El consultorio..." *op.cit.* pág. 1338 (N.42).
48. ARAOZ ALFARO, G. "La técnica..." pág. 1063 (n.43).
49. FREIDSON, Eliot. *La profesión médica*. Barcelona, Ed. Península, 1978, Primera parte.
50. BARBIERI, Pedro. "El ejercicio de la medicina en la República Argentina y el charlatanismo". *S.M.* XII 29:713-717, julio de 1905, pág. 717.
51. MASSA, Juan. "El charlatanismo en auge". *S.M.* XXVI 27:14-17, julio de 1919, pág. 15.
52. "Publicidad interesada". *BOLETIN F.G.M. Santa Fe* II 16:1, mayo de 1936.
53. BOTTERO, Osvaldo. "Sobre la adivinación, curanderismo y ejercicio ilegal de la medicina". *S.M.* XXVIII 31:143-145, agosto de 1921, pág. 143.
54. IRIARTE, Juan Ignacio. "Curanderismo *ad portas*". Disertación realizada en la Primera Conferencia Profesional de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, reunida en La Plata el 20 de diciembre de 1924. Publicada en *S.M.* XXXIII 1:35-37, enero de 1926, pág. 35/36.
55. *Crítica*, citado por el *BOLETIN L.C.* VI 65:18, septiembre de 1928.
56. *ANALES D.N.H.* X 2:84-87, 1903.
57. IRIARTE, Juan Ignacio. "Curanderismo..." *op.cit.* (n.54).
58. *BOLETIN A.M.P.* 2:3, febrero de 1942.
59. "Curanderismo en Córdoba". *S.M.* XXXIII 3:164, enero de 1926.
60. DENEHEN, Alberto. "Curanderismo y charlatanismo profesional". *S.M.* XXXII 53:1672-1676, diciembre de 1925, pág. 1676.
61. ROSENSTEIN, Marcos. "Condiciones de la asistencia médica en ciudad y campaña. Curanderismo". Primer Congreso Médico Gremial y Social, *op.cit.* pág. 191.
62. BOSIO, Bartolomé. "La lucha contra el curanderismo". *S.M.* XLI 31:357-360, agosto de 1934.
63. *Ibid.* pág. 357/358.

64. Discurso de recepción de los nuevos diplomados por el presidente del Círculo Médico de Rosario, *Rev. Med. Rosario*, XVII 11:642, noviembre de 1927.
65. BERMANN, Gregorio. "Las enseñanzas del caso Asuero". *S.M.* XXXVII 26:1632-1642, junio de 1930, pág. 1632.
66. Clase de despedida de Telémaco Susini, citada por BERMANN, G. "Las enseñanzas..." *op.cit.* pág. 1637 (n.65).
67. GARDEY, Francisco. "Asuero versus Galenus". *S.M.* XXXVII 23:1452-1456, junio de 1930, pág. 1454.
68. SALOMON, Hugo. "Curanderos y taumaturgos. Algunas consideraciones sobre las causas principales de sus éxitos". *S.M.* XXXVII 26:1670-1672, junio de 1930, pág. 1670.
69. DE PIERRIS, Carlos Alberto "Formas del ejercicio ilegal de la medicina y charlata nismo extra médico". *S.M.* XI.VIII 7:405-411, febrero de 1941, pág. 406.
70. *Rev.Col.Med.* VII 88:7, septiembre de 1938.
71. *S.M.* XXXVII 42: 1248, octubre de 1930.
72. DE PIERRIS, Carlos Alberto. "Formas del ejercicio..." *op.cit.* pág. 410 (n.69).
73. *Ibidem.*
74. *Rev.Cir.Med.Sud.* II 16:2, septiembre de 1935.
75. DE PIERRIS, Carlos Alberto. "Formas del ejercicio..." *op.cit.* pág. 410.
76. BORRUAT, Arturo. "Organización del gremio médico nacional". *S.M.* XXXIX 48:1643-1645, diciembre de 1932, pág. 1644.
77. ROMERO, José. "El ejercicio ilegal de la medicina. Plan para combatirlo". *Rev.Col.Med.* I 3:7, abril de 1933.
78. *Rev.Col.Med.* VII 71:12, noviembre de 1938.
79. ROMERO, José. "El ejercicio ilegal..." *op.cit.* (n.77).
80. "Declaración Pública del Colegio de Médicos de la Capital Federal, Federación Regional, referente al procesamiento de varios médicos del Hospital Durand". *Rev.Col.Med.* VI 54:7-9, julio de 1937.
81. "La Asistencia Pública y el Informe del Asesor Letrado de la Municipalidad en el asunto del Durand". *Rev.Col.Med.* VI 55:16-22, agosto de 1937.
82. "Del proceso incoado a los médicos del Hospital Durand". *Rev.Col.Med.* IX 88: 40-45, abril de 1940.
83. CUCCHI, Egidio. "El ejercicio ilegal de la kinesiología". *S.M.* XI.VI 50:1404-1406, diciembre de 1939.
84. *Ibidem.*
85. *S.M.* XLV 2:112, enero de 1938 y *S.M.* I 32: 397, agosto de 1943.
86. ROMERO, José. "El ejercicio ilegal..." *op.cit.* (n.77).
87. BERUTTI, Josué. "Nuestro gremio de parteras. Reformas necesarias para su mejora miento y dignificación". *S.M.* XXIII 1: 6-16, enero de 1916.
88. BOERO, Enrique. "El malestar..." *op.cit.* (n.14)
89. *La Nación*, 3 de enero de 1932, pág. 12.
90. *S.M.* XLI, 48:1660, noviembre de 1934.
91. "La reglamentación de los especialistas". *Rev.Med.Rosario*, XXIV 12:1231-1235, diciembre de 1944, pág. 1231.
92. *Ibid.* pág. 1232.
93. "Las filiales del Círculo Médico". *Rev.Med.Rosario* XXVIII 9:1021-1022, septiembre de 1938.
94. ACUÑA, M. "Orientación y programa de la sociedad de Nipiología". *Revista A.M.A.* XXXVI :729-735, 1923.
95. CACACE, Ernesto. "Instituto de Nipiología o Instituto Nipiohigiénico". *S.M.* XXIX 47:1094-1099, noviembre de 1922, pág. 1094.
96. ACUÑA, M. "Orientación y ...". *op.cit.* pág. 731.
97. *S.M.* XLVII 50:1380, diciembre de 1940.
98. "La provisión del cargo de jefe de la sala de lepra del Hospital Muñiz". *Rev.Col.Med.* VI 53:11-17, junio de 1937.
99. *Ibid.* pág. 12.
100. *Ibid.* pág. 16.
101. *S.M.* XL 17:1550, abril de 1933 y XL 22:1877-1878, junio de 1933, pág. 1877.

102. "Legislación antivenérea. Ley Nacional de Profilaxis Antivenérea", *S.M.* XLIV 26:47-51, septiembre de 1937, pág. 47.
103. *Ibid.*
104. "A propósito de la especialización médico-forense". *S.M.* XXXVIII 22:1487, mayo de 1931.
105. COSTA, Germán. "Instituto de Medicina Legal al servicio del Estado". *S.M.* XLVI 2:105-106, enero de 1939, pág. 105.
106. Cf. en tal sentido las declaraciones del II Congreso Sanitario y de Medicina Social y Gremial, en *Rev.Fed.Med.R.Argentina* II 14:12, julio de 1942.
107. *Rev.Cir.Med.Sud.* II 14: 14-15, julio de 1935, pág. 15.
108. BORRUAT, C.A. "La profesión médica frente a la sociedad y el Estado". *S.M.* XL 29: 207-209, julio de 1933, pág. 209.
109. *S.M.* XIX 4:222, julio de 1938.
110. MUNIN, José. "Los médicos debemos gobernar la Medicina". *Rev.Cir.Med.Sud* II 19:4-5, diciembre de 1935, pág. 5.
111. *Rev.Col.Med.* IX 92:35, agosto de 1940.
112. "El espíritu de la Nueva Medicina". *BOLETIN F.G.M. Santa Fe, II 19:1-2, sept./oct. 1936.*
113. Sobre este proceso ver BELMARTINO, S. et al. *Las Instituciones de Salud en la Argentina liberal.* Publicación de la Secretaría de Ciencia y Técnica, Buenos Aires, 1987.
114. CAFFURI, Mario Carlos. *El mutualismo en la República Argentina,* Mimeo, Buenos Aires, 1939.
115. AQUINO, Pedro B. "La Asociación de Médicos de los Hospitales. Su importancia". *S.M.* XXIV 29:78-79, julio de 1917, pág. 79.
116. "En San Martín hay verdaderos mutualistas". *BOLETIN L.C.* V 54:7-8, octubre de 1927.
117. *BOLETIN L.C.* II 16:13, agosto de 1924.
118. *S.M.* XXXIII 28:962-963, mayo de 1926.
119. *Rev.Col.Med.* IX 93:66-67, septiembre de 1940.
120. "Página de Crítica". *Rev.Med.Litoral.* II 4:232, junio de 1922.
121. Cámara de Diputados. *Diario de Sesiones,* 1927, Reunión N° 20, 21 de julio, pág. 529.
122. *BOLETIN L.C.* I 9:22-25, enero de 1924.
123. "Almuerzo de camaradería ofrecido por La Primera en la Casa del Médico". *Rev.Fed.Med.R.Argentina.* I 5:42-47, octubre de 1941.
124. "Es bueno no confundir". *BOLETIN L.C.* IV 44:7-8, diciembre de 1926, pág. 8.
125. *Rev.Cir.Med.Sud.* V 49:50, junio de 1938.
126. *BOLETIN F.G.M.Santa Fe.* II 10:31, noviembre de 1935.
127. *BOLETIN F.G.M.Santa Fe.* II 3:5-6, abril de 1935.
128. *Rev.Fed.Med.R.Argentina.* I 7: 53-55, diciembre de 1941, pág. 53-54.
129. *Ibid.* pág. 53.
130. Cámara de Diputados. *Diario de Sesiones,* 1941, T. V. Reunión 54, 24 de septiembre pág. 226-247, pág. 235.
131. FERNANDEZ, Manuel. "Los médicos, el ejercicio profesional y sus posibilidades". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* I 2:11-13, julio de 1941.
132. *S.M.* XLV 49:1344, diciembre de 1938.
133. *S.M.* XL 27:2158, junio de 1933.
134. Sobre la expansión de los servicios hospitalarios ver BELMARTINO, S. et al., *op.cit.* (N 113).
135. Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones,* 1936, T. III, Reunión N° 22, 24 de septiembre, págs. 541-621.
136. ABADIE, Juan L. "El problema gremial". *S.M.* XLV 36:572-574, nov. de 1938, pág. 573.
137. "El problema hospitalario". *Rev.Cir.Med.Sud.* I 3:7-9, agosto de 1934, pág. 9.
138. DODERO, Osvaldo, "Teoría y práctica del proyectado arancel hospitalario". *Rev.Col.Med.* IX 94:48, enero de 1940.
139. "Régimen Hospitalario. Encuesta de la Asistencia Pública, 1934". *Rev.Cir.Med.Sud.* II 15:10-13, agosto de 1935, pág. 10.
140. PESSANO, Juan Esteban, "La oficialización de la medicina y el hospital para el pobre". *S.M.* XLV 41:870-874, octubre de 1938, pág. 870.

141. CHUECO, Alberto, "Fuentes de recursos de la asistencia pública". *S.M.* XLIII 1:2-5, enero de 1936.
142. RAGO, Leo. "El hospital y su problema". *Rev.Cir.Med.Sud.* II 16:19-20, septiembre de 1935, pág. 19.
143. "Para verdades... el tiempo". *BOLETIN L.C.* VI 69:10-13, enero de 1929, pág. 10.
144. "El problema hospitalario". *Rev.Cir.Med.Sud.* I 4:7-9, septiembre de 1934.
145. "Asistencia hospitalaria gratuita en la Provincia". *BOLETIN A.M.P.* 3:31-35, junio de 1942.
146. *Critica*, 18-XI-1942 y *Noticias Gráficas*, 17-XI-1942, citado en "El Arancel Hospitalario ha fracasado". *Rev.Fed.Med.R.Argentina.* II 19:46-47, diciembre de 1942.
147. Cámara de Diputados. *Diario de Sesiones*, 1936, *op.cit.* (N 135).
148. "Encarrilándose". *Rev.Cir.Med.Sud.* II 16:5, septiembre de 1935.
149. "Quince a seis". *Rev.Cir.Med.Sud.* V 50/51: 1-2, julio/agosto de 1938.
150. "Declaración del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires". *S.M.* XL 43:1328, octubre de 1933.
151. "Mutualidad Médica de Laboulaye". Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social. *op.cit.* pág. 279-287.
152. *Ibid.* 288-292.
153. DELACROIX, Agustín. "Ensayo de colectivización de la medicina". *S.M.* XLV 2:108-109, enero de 1938.
154. *Ibid.*
155. DELACROIX, Agustín. "Colectivización de la medicina en el Departamento San Martín". *S.M.* XLVI 21:1204-1211, noviembre de 1939, pág. 1205.
156. *Ibid.* pág. 1206.
157. *Ibid.* pág. 1205.
158. "Un nuevo sistema de organización médica. La Asociación de Médicos del Partido de San Pedro (Prov. Buenos Aires)". *S.M.* XLV 30:220-222, julio de 1938.
159. BAZTARRICA, Juan M. "Industrialismo médico". *S.M.* XLIII 1:75-76, enero de 1936.
160. PUYADO, Martín. "Industrialismo Médico. La verdad de los hechos". *S.M.* XLIII 6:477-478, febrero de 1936, pág. 477.
161. *BOLETIN L.C.* IV 39:10-11, julio de 1926.
162. LAZARTE, Juan. *Problemas de Medicina Social*, Buenos Aires, Ed. Americalee, 1943.
163. "Constitución de una Corporación Médica del Sud o Instituto de Diagnóstico del Sud". *Rev.Cir.Med.Sud.* II 17:17, octubre de 1935.
164. PENNA, J. y MADERO, H. *La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Ed. Kraft, 1910.
165. División IV, D.N.H. "Sobre inspección de sanatorios y casas de maternidad". *ANALES D.N.H.* XIX 5:856-859, 1912.
166. *Gaceta del Foro*. 3-VI-1935, pág. 200.
167. *BOLETIN L.C.* I 4:10-13, agosto de 1923, pág. 10, y *S.M.* XXXI, 28:119-120, julio de 1924 y XXXIII, 3:164, enero de 1926.
168. TETTAMANTI, Luis. "Hospital privado". *Rev.Fed.Med.R.Argentina.* I 3:59-64, agosto de 1941.
169. *Ibid.* pág. 59.
170. *Ibid.* pág. 61.
171. ARAOZ ALFARO, Gregorio. "El médico y sus deberes sociales". *S.M.* XXVI 33:163-173, agosto de 1919, pág. 164.
172. CERNADAS, Pedro. "Bases y puntos de partida..." *op.cit.* (N 6), pág. 1040.
173. "Ética profesional". *S.M.* XXXIX 23:1764-1765, junio de 1932. El pedido de informes había sido presentado en la Cámara de Diputados de la Nación, Reunión 18, 6ª sesión ordinaria, 16 de mayo de 1932.
174. LANARI, Alfredo. "De la dicotomía". *Rev.Col.Med.* IX 91:31-32, julio de 1940, pág. 31.
175. "Charlatanismo profesional". *S.M.* XXXIV 58, enero de 1929.
176. "Cosas veredes...". *Rev.Col.Med.* IX 89, 72: mayo de 1940.
177. "Avisos de notabilidades médicas". *Rev.Col.Med.* IX 88:27-31, abril de 1940, pág. 30.
178. "Serán fiscalizados los avisos de los médicos". *Rev.Col.Med.* VI 56:26, septiembre de 1937.
179. "Sensacionalismo médico". *S.M.* XXXVII 18:1147, mayo de 1930.

180. FERNANDEZ VERANO, Alfredo. "La Liga Argentina de Profilaxis Social y el Colegio de Médicos de la Capital Federal". *S.M.* XI 19:1628-1634, mayo de 1933, pág. 1629.
181. *Ibidem*, pág. 1628.
182. *Ibidem*.
183. *S.M.* XIV 37:1110, septiembre de 1907.
184. En relación con el estado de la discusión en Francia cf. *BOLETIN L.C.* VI 60:14-20 y VI 61:15-20, abril y mayo de 1928.
185. *Rev.Col.Med.* VII 71:12, noviembre de 1938.
186. *BOLETIN L.C.* I 3:7, julio de 1923.
187. *BOLETIN L.C.* III 25:14-15, mayo de 1925, pág. 14.
188. *S.M.* XXXVII 43:1328, octubre de 1930.
189. "Anteproyecto de ley orgánica reglamentaria de profesiones liberales". *S.M.* XLI 42:1140-1143, octubre de 1934, art. 14, incisos 4º, 5º y 7º.
190. *Rev.Med.Rosario.* XVII 5:235-50, mayo de 1927.
191. *BOLETIN L.C.* VI 67:10-11, noviembre de 1928, pág. 11.
192. "Consejo Médico de Santa Fe (1ª sección). Memoria de la obra realizada". Segundo Congreso Médico Gremial *op.cit.* pág. 593-612.
193. Consejo Médico de Rosario: "Resoluciones dictadas por el Consejo que sientan precedentes en la aplicación de las disposiciones de la ley de sanidad N° 2287, y gestiones realizadas ante los poderes y reparticiones públicas nacionales y provinciales vinculadas a la aplicación de la misma ley". Segundo Congreso Médico Gremial. *op.cit.* pág. 613-631.
194. GARCIA, Lorenzo. *El gobierno médico-profesional*. Los consejos deontológicos de Santa Fe. Leyes 2287 y 2858, Santa Fe, Ed. Colmegna, 1942.
195. Segundo Congreso Médico Gremial. *op.cit.* pág. 601.
196. Cf. "La ley de Sanidad". *BOLETIN F.G.M.Santa Fe.* II 11:6, diciembre de 1935 y "Fundamentos de la campaña contra la ley de sanidad". *BOLETIN F.G.M.Santa Fe.* II 15:8-9, abril de 1936.
197. GRAU, Carlos. "Creación de 'Consejos locales de Higiene' en la provincia de Buenos Aires". *S.M.* XLIV 50:1412-1413, diciembre de 1937. También *S.M.* XI.III 32:1416 y *BOLETIN F.G.M.Santa Fe.* II 19:11-12, sep./oct. 1936.
198. VICTORIA, Marcos. "El secreto médico y el Código Penal". *S.M.* XXXI 40:778-787, octubre de 1924, pág. 782.
199. STUCCHI, Alberto. "Del secreto médico". *S.M.* XXIII 14:392-398, abril de 1916, pág. 398.
200. FOVEAU DE COURMELLES, Victor. "El enfermo y la declaración médica obligatoria". *S.M.* XXVI 12:300-302, marzo de 1919, pág. 300.
201. DE VEYGA, Francisco. "El certificado médico y el secreto profesional en la práctica administrativa". *S.M.* XXXI 15:631-640, abril de 1924, pág. 633.
202. LICURZI, Ariosto. "El certificado prenupcial. Consideraciones psicológicas y médico legales". *S.M.* XLIV 33:415-419, agosto de 1937.
203. *Ibid.* pág. 415.
204. Cámara de Diputados. *Diario de Sesiones*, 1935, Tomo IV, reunión 37, 26 de septiembre, pág. 534-568.
205. *BOLETIN F.G.M.Santa Fe.* I 2:12, septiembre de 1934.
206. *Ibidem*.
207. "La visita a bajo precio". *Rev.Med.Rosario.* XXXI 3:224-225, marzo de 1941, pág. 225.
208. GORRITI, Fernando. "Deontología Médica Arancelaria". *S.M.* XXXIX 48:1626-1627, enero de 1932, pág. 1627.
209. BARILARI, Mariano. "El problema del tiempo en el médico". *Rev.Col.Med.* IX 90:58, junio de 1940.
210. STUCCHI, Alberto. "De los honorarios médicos". *S.M.* XXIII 13:358-364, marzo de 1916, pág. 360.
211. *Gaceta del Foro.* 7 de enero de 1935, pág. 37.
212. *Ibidem*, 31 de enero de 1940, pág. 160.
213. "Una arbitrariedad". *BOLETIN L.C.* II 15:27-29, julio de 1924, pág. 27.
214. *S.M.* XXVIII 19:562, mayo de 1921.
215. "Discrecionalismo arancelario". *BOLETIN F.G.M.Santa Fe.* II 15:4-5, abril de 1936, pág. 4/5.
216. ARTUSI, Aristides. "El Médico, la Medicina y la Etica". *op.cit.* (N. 35) pág. 555.

217. RAITZIN, Alejandro. "La medicina, función..." *op.cit.* (N° 1), pág. 1670.
218. BORRUAT, Arturo. "Impresiones del Congreso..." (N° 9), pág. 1726.
219. "Objetivos y táctica de la lucha médico gremial". *BOLETIN F.G.M.Santa Fe*. II 12:4-5, enero de 1936, pág. 4.
220. BOSIO, Bartolomé. "La solución..." *op.cit.* (N° 20) pág. 1828.
221. AQUINO, Pedro B. "La Asociación de Médicos de los Hospitales". *S.M.* XXIV 20:78-79, julio de 1917, pág. 78.
222. *BOLETIN L.C.* II 24:12-14, abril de 1925, pág. 14. También mencionado en "La conciencia gremial a prueba". *Rev.Fed.Méd.R.Argentina* II 15:6, agosto de 1942.
223. BERMANN, Gregorio. "Conferencia sobre el sindicalismo médico". *BOLETIN L.C.* I 6:7-20, octubre de 1923, pág. 11.
224. "Un peligro que no vemos". *BOLETIN L.C.* VI 74:10-11, junio de 1929, pág. 10.
225. "Hacia el sindicato de médicos". *S.M.* XXVIII 15:439-440, abril de 1921, pág. 439.
226. "Nota al Secretario de Redacción de La Semana Médica". *S.M.* XXXIX 37:768, septiembre de 1932.
227. Cf. Capítulo Tercero.
228. Cf. BELMARTINO, S. *et al.* *op.cit.*
229. CAPIZZANO, Nicolás. "El pensionado de los hospitales y el gremio médico". *S.M.* XXIX 13: 523-524, marzo de 1922, pág. 523.
230. *Ibidem.*
231. CAPIZZANO, Nicolás. "La agremiación..." *op.cit.* pág. 329 (N. 32).
232. "El pensionado de los hospitales y el gremio médico. Gestiones de la Comisión ante la Sociedad de Beneficencia". *S.M.* XXIX 27:51-53, agosto de 1922, pág. 52.
233. RUIZ MORENO, M., NICHOLSON, E., RIVAROLA, R.A., "El pensionado de los hospitales de beneficencia. Una pequeña aclaración". *S.M.* XXIX 28:106-108, agosto de 1922, pág. 107.
234. *Ibidem.*
235. PASSERON, Julio. "El pensionado de los hospitales y el gremio médico". *S.M.* XXIX 29:162-164, agosto de 1922.
236. "Aniversarios". *Rev.Cir.Med.Sud.* V 49:1-3, junio de 1938, pág. 2.
237. CERNADAS, Pedro. "El médico, el Estado, las sociedades de socorros mutuos y el mismo médico". *S.M.* XXXIX 52:1985-1988, diciembre de 1932, pág. 1985/86.
238. CERNADAS, Pedro. "El Colegio de Médicos de la Capital Federal". XXXIX 28:125-126, julio de 1932, pág. 126.
239. BORRUAT, Arturo. "Organización del gremio..." *op.cit.* pág. 1643 (N° 76).
240. *S.M.* XXXIX 23:1766-1768, junio de 1932.
241. *Rev.Cir.Med.Sud.* II 11:7, abril de 1935 y II 18:9, noviembre de 1935; *S.M.* XLIII 27:71, julio de 1936.
242. STEINBERG, Isidoro. "A propósito de 'La necesidad de asociarse los médicos honorarios de los hospitales de Buenos Aires'". *S.M.* XXXVII 34:602-603, agosto de 1930.
243. CERNADAS, Pedro. "Las nuevas orientaciones del gremialismo, el Colegio de Médicos de la Capital y el ex Sindicato". *S.M.* XL 27:57-61, julio de 1933.
244. *S.M.* XXXVII 47:1609-1610, noviembre de 1930.
245. *S.M.* XXXVIII 15: 1002, abril de 1931.
246. *Rev.Cir.Med.Sud.* II 18:8-9, noviembre de 1935.
247. *Rev.Col.Med.* VI 53:11, junio de 1937.
248. *Rev.Cir.Med.Sud.* V 44/46:4, ene./mar. 1938.
249. Segundo Congreso Ordinario del Colegio de Médicos de la Capital Federal. Resolución sobre el tema: "Organización definitiva de la Federación Regional". *Rev.Col.Med.* VI 55:8-10, agosto de 1937.
250. *Rev.Med.Rosario* XXI 1:734, enero de 1931.
251. *BOLETIN F.G.M.Santa Fe* I 11:8, diciembre de 1935.
252. *S.M.* XL 51:2045-2047, diciembre de 1933.
253. *S.M.* XLIV 40:854-855 y XLIV 42:966-967, octubre de 1937; XLIV 44:1069-1070, noviembre de 1937.
254. PESSANO, Juan Esteban. "Golpes Bajos". *Rev.Cir.Med.Sud.* V 52:21-24, septiembre de 1938.

255. BERENGUER, Alberto. "Evolución e involución". *Rev. Cir. Med. Sud.* V 53:27-28, octubre de 1938, pág. 28.
256. ABADIE, Juan L. "El problema gremial". *S.M.* XLV 44:1043-1048, noviembre de 1938, pág. 1044.
257. CERNADAS, Pedro. "Las nuevas orientaciones..." *op.cit.* pág. 58 (N° 243).
258. "De redacción". *Rev. Cir. Med. Sud.* V 53:14-15, octubre de 1938, pág. 15.
259. KOIN, Adolfo. "Desorientación". *Rev. Col. Med.* VII 71, noviembre de 1938, pág. 10.
260. VIERA, Manuel Augusto. "No vivamos en la ficción". *Rev. Col. Med.* VII 71:18-19 noviembre de 1938, pág. 18.
261. Cita de un artículo de Ido Celeri, dirigente de la A.M.M. en TETTAMANTI, Luis. "Federación Médica Gremial de la Capital. Tentativas de formación". *Rev. Col. Med.* IX 93:15-18, septiembre de 1940, pág. 17.
262. "Temas para el V Congreso Ordinario". *Rev. Col. Med.* IX 91:74, julio de 1940.
263. Federación Médica de la República Argentina. *Actas de los Congresos Confederales.* Tomo I pág. 5, 22 de mayo de 1941.
264. *Ibidem*, pág. 6.
265. Confederación Médica de la República Argentina, (COMRA). *Actas.* Tomo I, págs. 181-183, sesiones del 29 de octubre de 1945 y del 5 de noviembre de 1945.
266. Federación Médica de la República Argentina. *Actas.* Tomo I Acta N° 3, pág. 8, julio de 1941.
267. "Votos de Censura". *BOLETIN A.M.P.* 6:11-15, agosto de 1945, pág. 11.
268. COMRA, *Actas.* Tomo I, págs. 193-195, sesión del 20 de diciembre de 1945.
269. "Votos de Censura". *op.cit.* pág. 11.
270. "A favor de la sanción de la ley reglamentaria del ejercicio de las profesiones liberales". *Rev. Col. Med.* IX 93:12-14, septiembre de 1940, pág. 12.
271. BARBIERI, Pedro. "Conferencia sobre las leyes regulatorias del ejercicio de la medicina". *S.M.* X 27:597-606, julio de 1903(N. 29)
272. *S.M.* XII 35:867, agosto de 1905.
273. *Gaceta del Foro*, 9-IX-1925, pág. 85.
274. Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, año 1928, reunión N° 8, del 2 de julio, pág. 407.
275. "Colegio de Médicos de la Capital Federal. La defensa profesional y la ley de ejercicio de la medicina. Síntesis de la conferencia del Dr. Nerio Rojas". *S.M.* XLI 43:1296, octubre de 1934.
276. Primer Congreso Médico Gremial Argentino, 1934. "Bases para un Código Sanitario de la Nación Argentina". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* 37:18-20, noviembre de 1943.
277. "Anteproyecto de ley orgánica reglamentaria de las profesiones liberales". *Rev. Col. Med.* IX 91:14-17, julio de 1940, y "La ley básica de Ejercicio de las Profesiones Universitarias del Arte de Curar". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* V 50:9-24, agosto de 1945.
278. "Denuncia del convenio sobre ejercicio de las profesiones liberales". *S.M.* XIV 26:759-760, julio de 1907.
279. "Aclaración del artículo 3° de la ley número 4416. *S.M.* XX 27:60, julio de 1913.
280. *S.M.* XL 43:1328, octubre de 1933.
281. *S.M.* XXXVIII 22:1487, mayo de 1931.
282. Por ejemplo, ACCAME, Ernesto. "Algunas consideraciones sobre la ley que autoriza el ejercicio de la medicina a personas sin título nacional". *S.M.* XXV 18:512-514, mayo de 1918.
283. "Bases para un código sanitario de la Nación Argentina..." *op.cit.* (N° 276).
284. *Rev. Fed. Med. R. Argentina* II 18:47, nov. 1942.
285. "Ley Básica del Ejercicio de las Profesiones Universitarias del Arte de Curar". *Rev. Fed. Med. R. Argentina* V 50:9-24, agosto de 1945.
286. ARAOZ ALFARO, "Reflexiones sobre los Médicos, la Medicina y su proyectada 'Socialización'". *S.M.* LII 8:347-363, febrero de 1945, pág. 352.
287. Los antecedentes del problema pueden consultarse en BELMARTINO, S. *et al. op.cit.*
288. VACCAREZZA, Rodolfo. "Unificación y coordinación de los servicios de asistencia médica. Proyecto de ley". Segundo Congreso... *op.cit.* pág. 239-260.
289. "Fundamentos, plan y organización de una proyectada organización sanitaria de la República Argentina". *S.M.* LI 5:221-227, febrero de 1944, pág. 21.
290. "Bases para un Código Sanitario..." *op.cit.* pág. 44 (N° 276).

291. Segundo Congreso *op.cit.* pág. 275.
292. "Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Se materializa una larga aspiración médico gremial". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* Número extraordinario, 30-IX-1943:12-41, pág. 14.
293. Nos ocuparemos de las innovaciones santafesinas en la segunda parte de este trabajo, pero puede confrontarse en relación con el tema: "Un ensayo de coordinación sanitaria". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* I 5:63-64, octubre de 1941, y FIORI, Vicente. "Breves acotaciones sobre la nueva organización sanitaria de la Provincia de Santa Fe". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* II 13:28-32, junio de 1942.
294. "Alimentación, Vivienda, Abrigo, Trabajo, Salud. En base a estas necesidades primordiales para el ser humano se planteó la organización sanitaria que se presentó al presidente de la Nación". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* III 26:12-16, julio de 1943.
295. BERENGUER, Alberto. "¿Qué es la oficialización de la medicina?". *Rev.Col.Med.* VII 68:8-9, septiembre de 1938, pág. 8.
296. RAITZIN, Alejandro. "La medicina función..." *op.cit.* pág. 1671 (N 1).
297. *Ibidem*, pág. 1375.
298. ABADIE, Juan L. "Problema sanitario y problema médico gremial". Conferencia transmitida el 31 de diciembre de 1940 por LR10 Radio Cultura de Buenos Aires. *Rev.Col.Med.* X 97:8-11, enero de 1941, pág. 10/11.
299. *Ibidem*.
300. Por ej. DODERO, Osvaldo. "A propósito de las afirmaciones del Dr. Nerio Rojas sobre la 'Oficialización de la Medicina' en el VI Congreso Nacional de Medicina". *Rev.Cir.Med.Sud.* V 54/55:4-6, nov./dic. 1938; y *Rev.Cir.Med.Sud.* V 53:31-32, octubre de 1938.
301. Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, 1940, T II reunión 24, jul. 26, pág. 549-551.
302. *Rev.Fed.Med.R.Argentina* II 18:19, noviembre de 1942.
303. "Segundo Congreso Sanitario y de Medicina Gremial y Social". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* II 14:32, julio de 1942.
304. Segundo Congreso... *op.cit.* pág. 347-349.
305. MATERA, Ubaldo. "Una nueva etapa médico social". (Del Boletín de la Federación de Sanidad de la Provincia de Santa Fe) *Rev.Fed.Med.R.Argentina* IV 38:12, enero 1944.
306. WEISS, J. "El problema gremial". *S.M.* XLVII 44:1017-1019, octubre de 1940, pág. 1018.
307. CARRERA, José Luis. "Los problemas de la profesión..." *op.cit.* pág. 32/33. (N29).
308. *Ibidem*.
309. BORRUAT, Arturo. "La práctica médica frente a sus problemas y su porvenir". *S.M.* XI 37:840-848, septiembre de 1934, pág. 846.
310. ROMERO, José M. "La Medicina Preventiva y la Profilaxis". *Rev.Col.Med.* IX 89:82-83, mayo de 1940, pág. 82.
311. Cf. BELMARTINO, S. *et al.* *op.cit.*
312. "Los dispensarios y la política". *BOLETIN F.G.M.Santa Fe* II 11:9, diciembre de 1935.
313. Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires. *Versión taquigráfica*, año 1933, págs. 2560-2563, pág. 2560.
314. "Puntos de vista". *Rev.Col.Med.* VII 68:32-33, septiembre de 1938, pág. 32.
315. "Ayer y hoy". *Rev.Col.Med.* IX 95:33-36, noviembre de 1940, pág. 33 y 34.
316. "Una necesidad". *Rev.Col.Med.* VIII 84:5-6, diciembre de 1939.
317. Publicado íntegramente en la *Rev.Col.Med.* IX 89:9-61, mayo de 1940.
318. "Actividades de la Federación Médica de la República Argentina". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* II 17:8-12, octubre de 1942, pág. 8.
319. *Rev.Fed.Med.R.Argentina* III 26:9-10, julio de 1943.
320. *Ibidem* pág. 9.
321. ACTAS COMRA, N° 25, 15-VII-1943, Tomo I, pág. 101-102.
322. ACTAS COMRA, N° 26, 12-VIII-1943, Tomo I, pág. 103.
323. "Un nuevo clima en materia de sanidad nacional". *op.cit.* pág. 10.
324. "Los médicos de los Hospitales Nacionales y de Beneficencia apoyan el Estatuto en un acto público, bajo el patrocinio de la Confederación Médica de la República Argentina". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* V 45:9-16, feb./mar. 1945, pág. 10.
325. ACTAS COMRA, N° 34, del 16-VI-1944, T. I, pág. 123.
326. *Rev.Fed.Med.R.Argentina* IV 38:18-20, julio de 1944, pág. 20.

327. Decreto N° 10.424, del 25-IV-1944; la organización definitiva responde al decreto N° 29.176, del 27-X-1944.
328. ACTAS COMRA, N° 33, del 31-V-1944, T. I, pág. 119.
329. *Rev.Fed.Med.R.Argentina* IV 38:18-20, julio de 1944.
330. "Informe final". *Rev.Fed.Med.R.Argentina* IV 42:8-10, noviembre de 1944, pág. 9.
331. *Ibid.* pág. 10.
332. "El deshielo de las palabras". *BOLETIN A.M.P.* 6:12-14, agosto de 1945.
333. SCENNA, Nicodemo, "Quisling y los entregadores del gremialismo médico". *BOLETIN A.M.P.* 6:17, agosto de 1945.
334. ACTAS COMRA, N° 45, del 25-VII-1945, pág. 173.
335. ACTAS COMRA, N° 49, del 15-X-1945, pág. 179.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

Anales D.N.H. - *Anales del Departamento Nacional de Higiene.*
 Boletín A.M.P. - *Boletín de la Agronomía Médica Platense.*
 Boletín F.G.M. Santa Fe - *Boletín de la Federación Gremial Médica de Santa Fe.*
 Boletín L.C. - *Boletín La Cosmopolita.*
 Revista A.M.A. - *Revista de la Asociación Médica Argentina.*
 Rev.Cir.Med.Córdoba - *Revista del Circulo Médico de Córdoba.*
 Rev.Cir.Med.Sud. - *Revista del Circulo Médico del Sud.*
 Rev.Col.Med. - *Revista del Colegio Médico.*
 Rev.COMRA - *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina.*
 Rev.Fed.Med.R.Argentina - *Revista de la Federación Médica de la República Argentina.*
 Rev.Med.Litoral - *Revista Médica del Litoral.*
 Rev.Med.Rosario - *Revista Médica de Rosario.*
 S.M. - *La Semana Médica.*

INDICE

PROLOGO	
INTRODUCCION	11
CAPITULO PRIMERO El malestar médico. Diferentes percepciones de la crisis. Crisis de valores, crisis ética. Crisis económica, proletarización, desaparición del médico/artesano. Crisis política. Reconocimiento de los derechos sociales. Nuevo rol del Estado. Crisis del ejercicio profesional. La conflictiva evaluación del progreso técnico. La perspectiva desde el presente.	15
CAPITULO SEGUNDO La delimitación de un ámbito de eficacia técnica. Médicos y curanderos. La esfera de acción de los paramédicos. La situación de las profesiones paramédicas con título universitario. La división técnica del trabajo en el interior de la medicina: las especialidades. A modo de cierre provisorio.	33
CAPITULO TERCERO La "puesta a punto" de mecanismos que vinculen oferta y demanda de servicios. Médicos y mutualidades. El conflicto con las compañías de seguro. Servicios gratuitos, hospitales, beneficencia. Intentos de reestructuración del sector privado. Viejos y nuevos problemas. Reflexión final.	63
CAPITULO CUARTO La necesidad de legitimación social de las condiciones de la práctica. La ética médica en la concepción liberal. Los síntomas más evidentes de corrupción: mercantilización, asociaciones ilícitas, propaganda. Los primeros intentos de institucionalización de una normativa ética. Los posibles contenidos de un código de ética. El desempeño de los jurados de honor o tribunales de ética. Los Consejos Deontológicos en Santa Fe. Los Consejos Locales de Higiene de la Provincia de Buenos Aires. La preocupación en torno al secreto médico. El problema de los honorarios médicos. La búsqueda de nuevos caminos de legitimación.	101

CAPITULO QUINTO	
El proceso formativo de la corporación médica.	
Las primeras organizaciones. El movimiento gremial en los años treinta. La orientación de la actividad gremial en la Capital Federal. El crecimiento de los años cuarenta.	129
CAPITULO SEXTO	
Las demandas interpuestas al Estado:	
Reglamentación del ejercicio profesional. Políticas de salud	
Reglamentación del ejercicio profesional. Políticas públicas. Relaciones de la profesión con el aparato estatal.	155
A MANERA DE SINTESIS	195
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
Abreviaturas utilizadas	

Este libro se terminó de imprimir en el Taller Gráfico de la Plaza.
Moreno 81 Bis, Rosario, en el mes de Noviembre de 1988

