

Hacia un enfoque histórico de la constitución de actores sociales y políticos: La profesión médica en Argentina a lo largo del siglo XX¹

Susana Belmartino²

Abstract

Se recupera el estudio de la organización de la profesión médica en Argentina en asociaciones gremiales que paulatinamente se constituyen como actores socio políticos con peso en la definición de políticas públicas de salud, la formación médica, la organización de servicios de atención médica y la negociación con actores políticos sociales y estatales sobre las estrategias aplicables a la regulación, financiamiento y provisión de la atención médica y el lugar de la profesión en el sistema. En investigaciones anteriores se registraron los cambios producidos en la percepción que la profesión médica tiene de sí misma y de su lugar en el sistema de servicios y las relaciones que como consecuencia construye con otros agentes y actores sectoriales. En este texto se colocará énfasis en los cambios generados después de tres grandes coyunturas de cambio: a. la que se ubica entre los años 30, b. una de menor intensidad que se produce como consecuencia de los conflictos suscitados bajo el gobierno de Onganía en función de sus pretensiones de asumir la regulación del sistema de servicios, tanto público como privado o de la seguridad social, y c. entre los años 80 y 90 como resultado del proceso conocido como reforma de la atención médica.

Introducción

Este trabajo se inscribe en un proyecto de más largo alcance que procura poner a prueba la articulación del trabajo historiográfico con desarrollos conceptuales provenientes de diferentes áreas de las ciencias sociales - teoría sociológica, teoría política, teoría económica - con el objeto de incrementar las posibilidades hermenéuticas de una lectura del desarrollo del sistema de servicios de salud (SSS) en Argentina, a lo largo del siglo XX.

El abordaje de esa articulación compleja conduce en primer lugar a enumerar algunos ejes problemáticos en la historia del SSS en Argentina. Entre ellos, los aquí seleccionados se vinculan a: i) la identificación de procesos históricos de mediana y larga duración en el desarrollo del SSS, ii) la cuestión de la constitución de actores sociales y políticos con capacidad de presión en el diseño de sus instituciones, y iii) la problemática del cambio institucional.

En ese entramado de cuestiones quiero ubicar el análisis de los cambios que se generan i) en la percepción que la profesión médica tiene de sí misma y de su lugar en el sistema de servicios y ii) en las relaciones que como consecuencia construye con otros agentes y actores sectoriales y estatales. Me centraré en el análisis de los cambios generados en torno a tres coyunturas significativas, que la profesión percibe como críticas por diferentes razones: i) la que se ubica en los años 30, y se vincula con la crisis que afecta la sociedad argentina en esos años, ii) una de menor intensidad que se genera como consecuencia de los conflictos suscitados bajo el gobierno de Onganía y sus pretensiones

¹ Trabajo presentado en el Seminario "Problemas de la Argentina Contemporánea", organizado por el PEHESA, Instituto Ravnani, UBA y el CEHP, Escuela de Política y Gobierno, UNSAM.

² Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Investigadora Categoría B. del Consejo de Investigaciones de la UNR.

de regular el SSS tanto en jurisdicción pública como de la seguridad social, y iii) en los años 90 como resultado del proceso conocido como de *reforma de la atención médica*.

En el análisis de esos tres momentos incorporaré, en primer lugar, los dos enfoques que Manuel Antonio Garretón³ identifica en un artículo dedicado específicamente a la problemática de constitución de actores sociopolíticos: el de estructuras, procesos y regímenes políticos y, en paralelo, el de los actores sociales que participan en los respectivos procesos.

En la trama teórica que Garretón construye me interesa particularmente el concepto de *matriz constituyente de actores sociales*, que indicaría la articulación particular entre estado y sociedad civil en la que se mueven los actores en cada sociedad histórica. También me propongo recuperar, en el análisis de los actores, *los procesos de desestabilización, transición y consolidación de un régimen*, aunque, a diferencia de Garretón,⁴ abordaré este último concepto en referencia a lo que en trabajos anteriores he identificado como régimen social de acumulación, siguiendo una perspectiva desarrollada en Argentina por José Nun.⁵

También vale la pena recuperar la concepción de actores que aporta Garretón:

*“Los actores de los cuales se preocupa preferentemente el análisis social y a los que nos estamos refiriendo no pueden confundirse con cualquier entidad que participa en la vida de una sociedad. Se trata de lo que quizás inadecuadamente llamamos ‘actores sociales relevantes’. En otros términos, nos estamos refiriendo a ‘actores-sujetos’, es decir, portadores de acción colectiva que apelan en su discurso o en su comportamiento a principios de estructuración, conservación o cambio de la sociedad, que tienen una cierta ‘densidad histórica’, que se involucran en los proyectos y contraproyectos históricos de una sociedad”.*⁶

³ Garretón MA. Actores sociopolíticos y democratización. *Revista Mexicana de Sociología* XLVII 4: 5-16, oct/dic 1985.

⁴ Garretón habla específicamente de régimen militar y en consecuencia, haría referencia específica a la modalidad de ejercicio de la autoridad política, Nun construye una categoría más amplia, que se aproxima al concepto de matriz, utilizado por Garretón, que integraría “lo económico (o base material), lo político (o sistema de relaciones de poder), y lo cultural (o la imagen que de sí misma tiene la sociedad)” Garretón MA. Actores sociopolíticos.... *op.cit*, pág. 9.

⁵ Nun identifica "una red específica de interacciones sociales", a la que denomina *régimen social de acumulación*. Este supondría un conjunto complejo de instituciones y prácticas definidas en función de considerar que la política y la ideología son siempre constitutivas de las relaciones económicas y por lo tanto no puede dejar de tenerse en cuenta su incidencia en el proceso de acumulación de capital. Un régimen social de acumulación deberá ser pensado como "una matriz de configuración cambiante en cuyo interior se van enlazando diferentes estrategias específicas de acumulación y tácticas diversas para implementarlas, de manera que la acumulación de capital aparece siempre como 'el resultado contingente de una dialéctica de estructuras y estrategias'".⁵ La relativa perduración de esa matriz, sacudida por tendencias contradictorias y conflictos que se resuelven a través de la lucha política, constituye "un proceso histórico pluridimensional de mediano o largo plazo", que suele reconocerse como etapa o estadio del desarrollo capitalista. Nun J. "La teoría política y la transición democrática" En Nun J. y Portantiero J.C. (comp.) *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina*, Buenos Aires, Puntosur, 1987, pág. 38.

⁶ Garretón MA. Actores sociopolíticos.... *op.cit*, pág. 8.

Otra manera, igualmente útil, de precisar esta categoría, tiene a mi criterio la ventaja de incorporar de manera más directa los mismos contenidos asignados al concepto. Conforme la versión aportada por Emerson Merhy, serían considerados actores:

"(...) aquellos individuos o grupos que ocupan una posición estratégica en el sistema de decisiones y que responden, en el proceso de formación de políticas, por las funciones de articulación del campo cognitivo y del campo de poder. En tanto mediadores son quienes definen los temas de debate y el marco intelectual en el cual se desarrollan las negociaciones, alianzas y conflictos que sustentan la toma de decisiones".⁷

Por último, también como perífrasis de las ideas de Garretón, quiero recuperar la idea de la existencia de diferentes campos – Garretón los identifica como ‘polos constitutivos’ – en los cuales los actores se constituyen como tales. Un *campo o polo “particularista”* estaría conformado por las características o condiciones socioculturales de la categoría social a la que el actor pertenece, por las demandas o reivindicaciones respecto de esas condiciones y por las características organizacionales o institucionales del medio en que se desenvuelve. El *campo o polo “sociopolítico”* a su vez, está configurado por la orientación hacia la conservación, modificación o cambio del sistema social, por la referencia al estado, y por el tipo de relaciones con otros actores en el desarrollo de estas orientaciones.

Mayor complejidad, acentuada por la presencia de una a veces encendida polémica, caracteriza una segunda perspectiva analítica seleccionada para articular el análisis. La bibliografía sobre neo institucionalismo nos acerca a algunos temas polémicos en el interior de la ciencia política, vinculados a las motivaciones que pueden identificarse en la conducta de individuos o grupos, o los factores que operan para la emergencia de un determinado diseño institucional y los que explicarían su agotamiento y reemplazo.

Esa literatura nos proporciona algunas hipótesis para comenzar a desbrozar. Los trabajos con intención de síntesis suelen ordenarlas según operen a partir de un enfoque basado en los intereses o fundado en las identidades, en ambos casos abordados como factores orientadores de la conducta individual y grupal.

El foco sobre la percepción y defensa de intereses es el ámbito del institucionalismo fundado en la elección racional (*rational choice*). Con ese foco, los analistas de esa corriente desarrollan una visión específica sobre el origen de las instituciones: en primer lugar utilizan la deducción para llegar a una especificación estilizada de las funciones que lleva adelante una institución, luego explican su existencia en relación al valor que tales funciones tienen para los agentes involucrados. El supuesto que opera se basa en que tales actores crean o sostienen la institución con el objeto de realizar ese valor, frecuentemente conceptualizado en términos de los beneficios resultantes de la cooperación. Así, este proceso de creación institucional generalmente gira alrededor del acuerdo voluntario por parte de actores

⁷ Se trata de una definición original de Pierre Muller que tomo de una cita de Merhy, E.E. *La Salud Pública como Política*, San Pablo, Hucitec, 1992, pág. 46.

relevantes, que optan por las formas institucionales que consideran más adecuadas para la afirmación de sus objetivos.⁸

Esta corriente en el interior del institucionalismo aplica por consiguiente una lógica racional al análisis de la conducta de los actores, acercándose de ese modo a las perspectivas neoclásicas. Sin embargo, a diferencia de ese tipo de análisis, que asume mercados competitivos e instituciones homogéneas entre naciones, los institucionalistas se preocupan específicamente por explicar las diferencias institucionales en diferentes contextos nacionales y su persistencia a lo largo del tiempo. Tanto Hall⁹ como Levi rechazan la identificación entre los enfoques de elección racional y los fundados en la economía neoclásica o la escuela de *public choice*. Conforme a los términos de Levi,¹⁰ la atención otorgada a las instituciones y normas, la riqueza del contexto, las cuestiones de conflicto y poder y, ocasionalmente, el reconocimiento de motivaciones no egoístas, diferencia nítidamente los análisis de elección racional de las aplicaciones directas de la economía a la política que caracterizaron el enfoque de *public choice*. Además, sus objetivos serían empíricos y explicativos, antes que normativos y exhortativos.

La misma perspectiva se utiliza para enfatizar el rol de la interacción estratégica en los resultados de la lucha política. Los institucionalistas que fundan su análisis en la elección racional consideran que la conducta de los actores está orientada por el cálculo estratégico fundado en las expectativas del actor sobre la probable conducta de sus antagonistas. Las instituciones estructuran tales interacciones, definen las alternativas contenidas en la agenda de opciones o proporcionan mecanismos de información y autoridad que reducen la incertidumbre sobre los intercambios posibles. La ausencia de arreglos institucionales que reduzcan la incertidumbre en torno a la posible conducta de los otros induciría el abandono de las alternativas de cooperación y la adopción de conductas que generan resultados subóptimos a nivel grupal o societal.

En contraposición, los trabajos que enfatizan el rol de las instituciones en los procesos de construcción de identidades adoptan a menudo una concepción más amplia, considerándolas no sólo como un contexto estratégico orientador de la acción sino como un conjunto de comprensiones compartidas que afectan la forma en que los problemas son percibidos y las soluciones buscadas.¹¹

⁸ Hall PA, Taylor R. *Political Science and the Tree New Institutionalisms*. Paper presented to MPIFG Scientific Advisory Board, Mayo 9, 1996.

⁹ Hall P. The role of interest, institutions and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations. En: Lichbach MI, Zuckerman AS. (Eds.) *Comparative Politics. Rationality, Culture and Structure*, Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 174- 207.

¹⁰ Levi M. A model, a method and a map: rational choice in comparative and historical analysis En: Lichbach MI, Zuckerman AS. (Eds.). *Comparative Politics. Rationality, Culture and Structure*, Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 19-41.

¹¹ Thelen K. Historical Institutionalism in Comparative Politics. *Annu.Rev.Polit.Sci.* 1999, 2: 369-404.

Conforme a este enfoque las instituciones suponen normas sostenidas colectivamente que definen la conducta apropiada, modelan las identidades de los actores e influyen sus intereses. Estamos aquí ante una perspectiva cultural que puede ser aplicada al análisis político destinado a explicar cómo algunas normas (y no otras) llegan a ser institucionalizadas. En este caso las perspectivas de análisis incorporan específicamente consideraciones de poder y/o legitimidad en su interpretación de cómo las instituciones emergen y se reproducen.¹²

La vinculación entre cultura, valores e identidades nos ubica en el campo del institucionalismo sociológico. Esta escuela tiende a definir las instituciones de manera más amplia que los científicos políticos, para incluir no sólo reglas, procedimientos o normas, sino también los sistemas de símbolos, las escrituras cognitivas y los modelos morales que proporcionan las tramas de significación orientadoras de la acción humana. De este modo niega la distinción entre *explicaciones institucionales*, basadas en estructuras organizativas y *explicaciones culturales* basadas en una comprensión de la cultura como actitudes o valores compartidos.

En general este enfoque enfatiza el carácter altamente interactivo y mutuamente constitutivo de las relaciones entre instituciones y acción individual. Cuando los individuos actúan de acuerdo con las convenciones sociales, al mismo tiempo que se constituyen a sí mismos como actores sociales a partir de involucrarse en actos socialmente significativos, refuerzan la convención o norma a la cual están adheriendo. La relación entre el individuo y la institución, por consiguiente, es construida sobre una clase de razonamiento práctico, por medio del cual el individuo trabaja con, y re trabaja, los modelos institucionales disponibles para diseñar un curso de acción. Aunque esto no significa negar que los individuos puedan actuar conforme a metas racionales, existe una diferencia entre los teóricos de elección racional que a menudo proponen un mundo de individuos u organizaciones que procuran maximizar su bienestar material, y las perspectivas enraizadas en la cultura que frecuentemente proponen un mundo de individuos u organizaciones que buscan definir y expresar su identidad en formas socialmente apropiadas.

Como ya he señalado, el énfasis en identidades no excluye a los intereses como orientadores de la conducta. En los análisis que utilizan enfoques culturales los intereses son definidos contextual e intersubjetivamente, y las estrategias utilizadas para afirmarlos son entendidas como dependientes del contexto. Algunos analistas otorgan una importancia central al concepto de interpretación. Las interpretaciones de significación política particular son construidas desde los relatos de grupos e individuos que se esfuerzan por dar sentido a sus mundos sociales y políticos. Las interpretaciones compartidas de los actores –visiones del mundo – son importantes en cualquier análisis cultural en la medida que ofrecen una

¹² *Ibidem.*

importante herramienta metodológica, junto con un examen de rituales y símbolos, para examinar tanto los sistemas de significación como la estructura e intensidad de la identidad política.¹³

Por último, en relación al origen y cambio de las instituciones, los institucionalistas sociológicos definen también un enfoque propio, argumentando que las organizaciones a menudo adoptan una nueva práctica institucional no porque aumente la eficiencia medios-fines de la organización sino porque fortalece su legitimidad social o la de sus participantes. En otras palabras las organizaciones abrazan formas o prácticas institucionales específicas porque las consideran valoradas en el interior de un medio cultural más amplio. En algunos casos, estas prácticas pueden ser efectivamente disfuncionales con relación al logro de las metas formales de la organización. Esta perspectiva habría sido descripta como “una lógica de lo socialmente adecuado en contraste con una lógica instrumental”.¹⁴ Entre los campos de interés abordados por esta perspectiva puede señalarse uno en estrecha conexión con nuestra problemática: me refiero a los procesos de profesionalización, que crean organizaciones dotadas de autoridad cultural para imponer determinados estándares de conducta a su membresía, conceptualización que a mi criterio es necesario problematizar cuando se la aplica al terreno de ingerencia de la profesión médica.

Con este entramado teórico como parámetro intentaré a continuación una lectura de la constitución del gremialismo médico como actor, del impacto de determinadas condiciones históricas en el modelado de las percepciones que este actor construye sobre sí mismo y su lugar en el sistema de servicios de salud, de las diferentes ideologías o modelos de organización que se definen en el interior de las entidades gremiales, y de la forma en que tales ideologías facilitan u obstaculizan la adaptación de las organizaciones médicas a los cambios que se verifican tanto en el sistema de servicios como en la sociedad que lo contiene.

Los médicos en los años 30: percepción de la crisis y propuestas de reformulación del sistema de servicios de atención médica¹⁵

La crisis de los años 30 en Argentina puede ser vista como una sumatoria de crisis parciales: crisis de gobierno, tras el derrocamiento del presidente antes del plazo institucionalmente previsto para su reemplazo; crisis de régimen, en función de los cuestionamientos de diversa índole al régimen democrático: límites en los mecanismos de

¹³ Ross MH. Culture and Identity in Comparative Political Analysis. En: Lichbach MI, Zuckerman AS. (Eds.). *Comparative Politics. Rationality, Culture and Structure*, Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 42.80.

¹⁴ Hall PA, Taylor R. *Political Science...* op.cit., pág. 11.

¹⁵ Este párrafo se apoya en la información empírica contenida en una publicación anterior, intentando una nueva lectura de sus contenidos - que profundice la interpretación sobre la descripción. Cf. Belmartino S. et al. *Corporación Médica y Poder en Salud*. Buenos Aires: Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1988.

representación, personalismo, discrecionalismo, debilitamiento del federalismo; crisis del sistema de partidos, acompañada por una crisis de identidad y de programas de gobierno en el seno de las principales fuerzas; crisis de acumulación, a partir de las dificultades de reinserción en el mercado mundial, la necesidad de regular la producción de materias primas que habían constituido la base de la prosperidad nacional, los desequilibrios en el mercado de divisas

La resolución de las consecuencias más disruptivas de la crisis fue relativamente rápida: el régimen representativo de corte liberal se recuperó tras la caída de Uriburu al menos en términos formales, se controló el sector externo y el flujo de divisas, paulatinamente se estabilizó la producción agropecuaria y las medidas reguladoras de las importaciones estimularon un desarrollo industrial favorecido más tarde por el estallido de la segunda guerra mundial.

En la lectura tradicional, la recuperación de la crisis se ha sintetizado con la referencia a una *restauración conservadora*, lectura respaldada por el apelativo de *década infame* que se utiliza todavía hoy para describir los años 30. Por mi parte he preferido caracterizarla como un momento de cambios. En su transcurso la sociedad argentina toma conciencia del agotamiento de las modalidades tradicionales de relación estado / sociedad y comienza a debatir las condiciones de su reformulación. No sólo a nivel del aparato productivo, sino también del régimen político y el sistema de partidos, e incluso en la relación estado / movimiento obrero y estado / sectores subalternos. El conflicto político por la reformulación de las reglas de juego y el debate ideológico sobre las características de un *nuevo régimen* – con capacidad de instituir el buen orden, el orden adecuado, el orden posible – toman buena parte de la década y sólo se resolverán en los primeros cuarenta.

La misma lectura – con los debidos matices y reconociendo las peculiaridades – quisiera aplicar a mi reconstrucción del diagnóstico de las causas que afectan a la profesión médica y los cambios propuestos y debatidos por sus intelectuales para re-regular las organizaciones donde desarrolla su práctica.

Las lecturas de la crisis

Los médicos adoptan el término *crisis* y le añaden calificativos que sirven para precisar su diagnóstico cuando se trata de caracterizar la situación de su profesión y, por extensión, de la misma medicina. La suma de esos diagnósticos parciales remite también a una crisis sustantiva de las relaciones establecidas por la profesión con el estado, con la sociedad y con las organizaciones específicas del sector salud. Se habla de crisis económica, crisis política, crisis ética, crisis de civismo, crisis de orientación. Otras expresiones colocan el problema aludiendo a diferentes manifestaciones del mismo

fenómeno: malestar profesional, plétora médica, tiempo de vacas flacas, miseria del gremio, bancarrota del profesionalismo, mercaderes del templo, médicos cazadores de clientes.

Es difícil sistematizar las diferentes perspectivas que sobre ese diagnóstico común construyen los profesionales. Un buen número de los textos recuperados resiste un encuadramiento en perspectivas ideológicas o identidades partidarias. Algunos inscriben los orígenes del problema en procesos amplios, incluso más allá de las fronteras nacionales: avances del individualismo, el utilitarismo, el materialismo, debilitamiento del parlamentarismo, mal desempeño de los cargos públicos, penetración de las formas de producción capitalistas y del capital financiero en los servicios de atención médica, desarrollo de grandes organizaciones de atención, distorsiones generadas por las modalidades de incorporación de tecnología y la formación de especialistas. Otros se centran en los cambios operados en la práctica profesional, describiendo minuciosamente las transformaciones operadas en las décadas previas: se trata aquí de múltiples diagnósticos relativos al incremento del número de médicos, su mala distribución, la falta de una demanda solvente, la canalización de la población de recursos medios y altos hacia el hospital, los límites en la incorporación y utilización del conocimiento científico y técnico disponible, incluso los límites de la medicina para llegar con su conocimiento técnico acrecentado a solucionar los problemas que toma a su cargo.

Una manera posible de ordenar el material que condensa al menos una parte del “torbellino ideológico” que, según expresión de uno de ellos,¹⁶ caracteriza a la Argentina del momento, es diferenciar entre aquellos escritos centrados en la descripción de los males del pasado que se manifiestan en el estallido de la crisis y los que celebran el agotamiento de las formas previas de pensar la medicina y su práctica y la emergencia de nuevas perspectivas, todavía embrionarias.

No se quiere decir con esto que la primera perspectiva sea pesimista. En general puede decirse que la mayoría de los testimonios recogidos intenta vislumbrar una salida a los problemas que describen.¹⁷ La principal diferencia radica en que algunos proponen un camino de recuperación de los valores tradicionales de la profesión¹⁸ mientras otros abjurán del antiguo individualismo, de la defensa del ejercicio profesional como sacerdocio, de la

¹⁶ Raitzkin, Alejandro. “La medicina función del Estado”. *La Semana Médica* XXXVII 48: 1669-1675, noviembre de 1930, pág. 1669.

¹⁷ La visión pesimista de la crisis política también está presente, abordándola como un retroceso de la humanidad. El autoritarismo y la negación del individuo son mostradas como salidas negativas de la crisis: “la Rusia es un hormiguero, e Italia y Alemania dos colmenas industriosas, donde si todos los hombres trabajan y comen, lo consiguen al precio de la pérdida de su libertad de pensamiento y acción”. Boero, Enrique. “El malestar de nuestra profesión” Discurso pronunciado en el aniversario del Colegio de Médicos de la Capital Federal. *Revista del Círculo Médico del Sud* V 49:10, junio de 1938.

¹⁸ Entre otros, Cernadas, Pedro “Bases y puntos de partida para un código de moral médica” *La Semana Médica* XL 40: 1038- 1043, diciembre de 1936.

excesiva confianza en la autorregulación, y recuperan la emergencia de formas solidarias, las nuevas funciones en manos del estado y un proceso de reorganización de la medicina que deja de abordarla como un sacerdocio¹⁹ y la inscribe en los límites de una actividad profesional, una actividad científica de utilidad social y no una simple tarea humanitaria.²⁰

Una manera de proporcionar una síntesis de esa multiplicidad de lecturas residen en interrogar nuevamente a los textos, intentando definir cómo inciden los cambios en proceso en la (re)construcción de una identidad profesional y la (re)inserción del profesional en el sistema de servicios.

La síntesis ofrecida en una publicación anterior,²¹ analiza esa incidencia en prácticamente todos los elementos que permiten caracterizar a una actividad profesional:

- La definición de un área específica de eficacia y técnica (y la reivindicación de su ejercicio con carácter exclusivo).
- La reestructuración de los mecanismos sociales que permiten vincular las necesidades de la población con la capacidad de los profesionales en condiciones de satisfacerlas.
- El reconocimiento social de la eficacia de esa práctica y el necesario contralor de aquéllas acciones de sus miembros que puedan incidir desfavorablemente en ese reconocimiento, restar legitimidad a la intervención.
- La búsqueda de formas organizativas que permitan defender los intereses profesionales ante los organismos del aparato estatal o ante otras organizaciones, cuando se trate de superar situaciones conflictivas
- 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 en la regulación de los mecanismos de mercado, o para establecer servicios u organizaciones financiadoras que desvinculen la práctica profesional de estos 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.

Propuestas de reordenamiento. La apelación al estado.

¹⁹ Aráoz Alfaro – sin ubicarse en una posición nostálgica – describe uno de los simbolismos que enmarcaban la idea de la medicina/sacerdocio: 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”. Aráoz Alfaro G. “El médico y sus deberes sociales”. *La Semana Médica* XXVI 33: 163-173, agosto de 1919, pág. 165.

²⁰ Raitzin A. “La medicina *op.cit.*

²¹ Belmartino S. et al. *Corporación Médica.... op.cit.*, pág. 30.

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.²² Por 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,²³ lo que supone la puesta en movimiento de alguno 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 conocimiento de que el apoyo estatal es una pieza clave en el proceso de su afirmación.

Otro punto sensible en el imaginario profesional de los 30, que de alguna manera se vincula al anterior, es la necesidad de recuperar la legitimidad que anteriormente la sociedad reconocía a su práctica. Una de las preocupaciones asociadas 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 estarían minando las bases sociales de la legitimidad que otorga a los médicos 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

²² Aún reconociendo la crisis que afecta el ejercicio de su profesión y las instituciones donde desarrolla su práctica, el médico se sigue presentando a la sociedad como único instrumento para resolver los problemas que la abruman. En un libro publicado en 1943 José Belbey, Profesor titular de Medicina Legal y Deontología en la Universidad Nacional de La Plata, 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 espíritu impresionables, pasivos mentales, implorantes de violencias; tampoco la hora de los políticos, ni de los economistas, cada uno visor del problema humano a través de su anteojera. 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”. *La Semana Médica* L 18: 1036, mayo de 1943.

²³ Un artículo de la época nos proporciona una enumeración de factores externos a la profesión que son vistos como la causa de sus dificultades:” Grupo A: Médico inmigrante no revalidado, Farmacéutico o idóneo de farmacia, Estudiantes crónicos, Parteras, Enfermeros; Grupo B. Sociedades de seguro de vida y de accidente de trabajo, Sociedades de socorro mutuo, Médicos políticos, Asistencia hospitalaria sin restricción /para las personas en condiciones de solventar su tratamiento/ ; Grupo C. Específico nacional o extranjero, Empresas médico-bioquímico-farmacéuticas” Boero, Enrique “El malestar de nuestra profesión” *La Semana Médica* XXXVIII 9: 537-541, febrero de 1931. Pese a la extensión del listado existe una ausencia: las venerables damas de las Sociedades de Beneficencia que tenían a su cargo la administración de hospitales con frecuencia se constituían también en objeto de reproche para profesionales que consideraban vulnerada su autonomía. El agregado no es gratuito, sirve para verificar que el problema no se centraba exclusivamente en una cuestión de mercado, el derecho a conformar una relación única y privada con cada paciente y a constituirse en único juez de sus necesidades conformará a lo largo de décadas uno de los pilares más firmes de la identidad profesional.

reconocimiento de su derecho exclusivo a ese control aparece como una clara amenaza para la supervivencia de la autonomía profesional.

La cuestión aparece en múltiples testimonios. En algunos de ellos la solución se vincula con la reformulación de la ética profesional, cuyos valores habían constituido uno de los pilares en la construcción de una identidad basada en la autonomía. No se proponía un documento escrito – los códigos de ética se difundirán algo más tarde - sino 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 confidencias realizadas en el interior del consultorio, la perduración de una ideología que otorgaba prioridad a los derechos del individuo protegiéndolos de cualquier intrusión fundada en el interés 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 eran inapelables y a quienes se confería presunción de buena fe basada en el reconocimiento de la existencia de una *vocación de servicio*.

La ética profesional se percibe en la perspectiva tradicional como un conjunto de principios inmutables y de valor universal: “Los deberes profesionales se deducen de los preceptos inmutables y universales del derecho natural” afirma uno de los defensores de la recuperación de los valores tradicionales de la profesión, del retorno a las fuentes de su autoridad y prestigio originarios.²⁴

Las normas superiores que regulan la conducta del médico se internalizarían, conforme esa concepción, 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 despierta en los espíritus altruistas el deseo de consagrarse a su servicio.

A partir del proceso de ampliación del acceso a la universidad y de la multiplicación de lugares de atención y profesionales, el mantenimiento de esa concepción se haría más difícil, en la opinión de los tradicionalistas. Cuando la medicina dejó de ser una actividad de notables hubo que resignar la idea de reclamar un derecho sin aceptar en contrapartida la posibilidad de sanción a las obligaciones que lo sustentaban.²⁵ Por otra parte, a medida que la práctica en el hospital o el sanatorio cobraba importancia en la vida profesional, el médico

²⁴ Cernadas, P. “Bases y puntos de partida..... op.cit. pág. 1040.

²⁵ Lo había señalado Aráoz Alfaro, en su discurso en la colación de grados de la Facultad de Medicina, en 1919: “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 conseguir, 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 o suponen hombres de bien, de honor y de conciencia” Aráoz Alfaro, G. “El médico y sus deberes sociales” *La Semana Médica* XXVI 33: 163-176, agosto de 1919, pág. 164.

se habría visto sometido a una regulación social de su trabajo en aumento. Una cantidad de poderes externos, más o menos legítimos, pretenderían dictaminar sobre la 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.

En paralelo parecen cobrar mayor visibilidad las prácticas desviadas, mercantilización de la práctica, asociaciones ilícitas, promesas de cura milagrosa, partición de honorarios. Ángel Giménez nos ofrece una síntesis de las diferentes caras del problema en una presentación a la Cámara de Diputados:

“Buenos Aires se encuentra invadida por una serie de institutos, organizaciones y establecimientos dudosos, y junto con ellos una reclame despiadada de las cosas más extraordinarias, la 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, prometen 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”.²⁶

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 significaría en esa lectura el descrédito para la totalidad, la disciplina interna es condición ineludible de la proyección social que la medicina pretende.

La profesión quiere recuperar su prestigio y para ello especula con la posibilidad de ganar nuevamente el reconocimiento de la existencia de una vocación de servicio. 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 que la enfermedad es reconocida progresivamente como fenómeno social se alega, el médico, si quiere reclamar exclusividad en el ejercicio de la función de combatirla debe obtener un rol dirigente en las organizaciones sociales vinculadas a la superación del problema. Mientras los que confían en recuperar el pasado insisten en el

²⁶ Giménez, Ángel Pedido de informes presentado en la Cámara de Diputados de la Nación, Reunión 18ª, 6ª sesión ordinaria, 16 de mayo de 1932. Publicado en *La Semana Médica* XXXIX 23: 1764-1765, junio de 1932. La expresión *dicotomía*, utilizada originariamente en botánica, designaba cierto sistema de ramificación de los tallos. En el ambiente médico la dicotomía tenía dos características fundamentales: primera, 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, la derivación a un especialista o un cirujano, recibirá una participación en los honorarios percibidos por el respectivo profesional; segunda, el acuerdo se realiza sin conocimiento del paciente involucrado. Lanari, Alfredo. “De la dicotomía” *Revista del Colegio Médico*. IX 91: 31-32, julio de 1940.

carácter universal e irreversible de los principios ordenadores de la conducta profesional, un sector cuya importancia es difícil de estimar intenta edificar una nueva perspectiva:

“(...) un espíritu ético más amplio va sustituyendo al concepto simplista 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 “. ²⁷

“(...) 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 poco 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”.²⁸

La agremiación como instrumento para generar el cambio es todavía una cuestión polémica. A falta de consenso sobre las formas organizativas, una nueva perspectiva profesional se construye en forma molecular a partir de algunas voces que defienden un acercamiento a los poderes públicos, con la expectativa de participación en sus decisiones. 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 aplicación de políticas públicas, son los nuevos caminos que al menos un sector de los profesionales está dispuesto a transitar a comienzos de los años cuarenta.

Las divisiones en el interior del gremio.

Las diferencias en ideas y propuestas son parte de las dificultades del gremialismo médico para constituirse como actor unitario y proyectar sus demandas en la constitución de nuevas instituciones. Una gran desconfianza hacia el estado y *los políticos* y muy diferentes referentes ideológicos acercan y separan al mismo tiempo a los gremialistas de la Capital Federal y les impiden encontrar una forma de integración eficaz en el sistema político. La polémica se reanuda en los Congresos que se reúnen anualmente y cuyo principal tema de debate es la cuestión hospitalaria. En ellos es posible discernir tres tendencias que identifican a los Círculos más activos: Oeste, Sud, Sudoeste.

Los dirigentes del primero se inscriben en lo que podría caracterizarse como una *orientación 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 el movimiento

²⁷ Raitzin, A. “La medicina, función..... *op.cit.* pág. 1670.

²⁸ Borruat, Arturo. “Impresiones del Congreso Médico Gremial y Social de Rosario”. *La Semana Médica* XLIII 1726-1729, diciembre de 1936, pág. 1726.

gremial. En esa perspectiva, la práctica privada, orientada y controlada por el gremio, no debía encontrar obstáculos en la expansión de la actividad estatal.

Los dirigentes de su principal antagonista, el Círculo Médico del Sudoeste, niegan categóricamente que la limitación del acceso a los hospitales pueda solucionar la crisis del consultorio profesional en tanto exponente de la actividad privada de corte individual. Progresos técnicos y cambios sociales conducen al desarrollo de las grandes organizaciones médicas: el estado debe expandir sus servicios, no retacearlos. Algunos voceros de esta perspectiva llegan a criticar duramente la organización de abonos y cooperativas gremiales, a las que consideran prácticas de orientación empresaria, 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*”.²⁹

El Círculo Médico del Sud, por su parte, aunque cuenta entre sus dirigentes al creador del proyecto de oficialización de la medicina, propone a ésta como solución de largo plazo y en lo inmediato se inclina por limitar el hospital a la población sin recursos y el apoyo a formas organizativas que canalicen hacia las instalaciones privadas el sector de población de ingresos medios. Una de sus publicaciones nos brinda un vívida pintura de las múltiples perspectivas anidadas en el movimiento gremial:

*“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 un 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 ser función del Estado con el control de los médicos. El antagonismo de las soluciones absolutas hace que los debates se tornen violentos”.*³⁰

Uno de los últimos enunciados de la cita, “*la medicina de hoy debe ser función del Estado con el control de los médicos*”, describe una posición muy difundida en el interior de la profesión que vuelve explícitos los límites del compromiso político del movimiento gremial: se trata de un involucramiento en tanto técnicos que reclaman el control exclusivo de las decisiones relativas a su campo de práctica. La ampliación de la actividad social de la medicina en manos del estado fundaría un nuevo principio de legitimidad para la reivindicación de autonomía de sus practicantes, sin embargo, éstos sólo se involucrarían si se les garantizara el control de las decisiones a tomar. La idea, en proceso de afirmación en estos años, abrirá un espacio de colaboración con la Secretaría de Trabajo y Previsión en

²⁹ “De la redacción”. *Revista del Círculo Médico del Sud* V 34:14-15, octubre 1938, pág.15.

³⁰ Alfredo Koin, “Desorientación” *Revista del Colegio Médico* VII 71, noviembre 1938, pág. 10.

1944. Los posibles frutos de ese acercamiento se marchitarán al calor de los cuestionamientos a su titular en los últimos meses de 1945.

La profesión médica ante una nueva coyuntura de cambio: 1968-1972

El gobierno militar encabezado por Onganía muestra una voluntad firme de intervención en lo social a través de la creación de un Ministerio de Bienestar Social destinado a planificar de manera integral las políticas del área. No es ese sin embargo el resultado. Al igual que en otras áreas de la administración pública en ese mismo gobierno, coexistirán en Bienestar Social diferentes equipos, defensores de específicas perspectivas de cambio en cuanto a actores involucrados, modalidades de organización adoptadas, lineamientos a aplicar. El problema de la construcción de la unidad del estado – amenaza cierta en Argentina para cualquier intento de establecer políticas de salud que modifiquen el *statu quo* – se reitera en esta coyuntura, pese al carácter autoritario del gobierno y las intenciones que sostienen algunos de sus miembros de generar cambios sustantivos en las instituciones /reglas de juego que regulan el sector.

No es el abordaje de ese problema, sin embargo, el objeto de este texto.³¹ En su desarrollo intentaré mantener el eje definido para esta ponencia: las perspectivas defendidas por diferentes sectores de la profesión médica en una coyuntura de cambios.

El debate ideológico en torno a la organización del sistema de servicios ha sido un elemento permanente aunque no siempre reconocido de la historia del sector salud en Argentina. En otro lugar³² hemos historizado el debate generado en torno a las formas organizativas que se afirmaron a partir de los años sesenta. En este punto recuperaré brevemente esa historia.

Pueden diferenciarse dos registros de lo ideológico en ese debate. El primero domina los años 60 y se expresa con contenido propositivo en la discusión sobre la futura organización del sistema. El segundo – objeto de este análisis - refleja la reacción de las organizaciones profesionales ante los avances en la regulación de las contrataciones con obras sociales y mutualidades por parte de la Secretaría de Salud Pública en manos de Ezequiel Holmberg, y se desarrolla a partir de los últimos años de esa misma década.

En ambos casos el fundamento es a la vez doctrinario, técnico y político, pero el énfasis cambia en la medida en que se diferencian los antagonistas. En el primero el ámbito

³¹ El conflicto político que se desarrolla en el interior del Ministerio de Bienestar Social en relación a la regulación entre obras sociales y proveedores de atención *médica* ha sido analizado en Belmartino S. *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005.

³² Un relato detallado de las alternativas del conflicto entre COMRA y la Secretaría de Salud Pública puede encontrarse en Belmartino, S. y Bloch, C. *El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985* Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud, 1994.

de discusión es gremial y académico, el eje argumental se ubica en las características particulares de la práctica profesional y los antecedentes nacionales e internacionales sobre organización de servicios. En el segundo, predomina la confrontación política. El gremio – hasta ese momento dotado del control indiscutido sobre sus condiciones de trabajo – se enfrenta a la agencia estatal que se propone limitar esa autonomía. El debate que recuperamos se desarrolla fundamentalmente en el interior de las estructuras de gobierno de la Confederación Médica y sus filiales. Allí, los argumentos se politizan y la discusión gira en torno a una tensión difícil de resolver entre el mantenimiento de una posición principista y la conveniencia / necesidad de aceptar la negociación con las estructuras del poder político.

En ambos registros se entrelazan cuestiones vinculadas a la definición del futuro sistema: un primer conjunto remite a problemas tales como la oportunidad, legitimidad, conveniencia, adecuación, límites, de la presencia reguladora del estado sobre la actividad de los servicios y, por consiguiente, sobre la práctica médica; una segunda área problemática se relaciona con las modalidades organizativas más adecuadas para el eficaz ejercicio de esa práctica y su articulación con el mecanismo de financiamiento a adoptar.

Al igual que en los años 30, la profesión médica está lejos de conformar un bloque sólido en términos ideológico-políticos. Si se quiere esquematizar brevemente las posiciones planteadas en torno a la futura organización del sistema es posible agrupar las propuestas en dos grandes conjuntos. En el primero, el énfasis se ubica en la *integración* de servicios y el carácter *social* de la organización resultante. Lo *social* en este caso se define por oposición, por un lado a lo estatal / burocrático, por el otro a lo privado / lucrativo. La organización del futuro sistema no se piensa como una estructura única bajo la jurisdicción del estado. La integración resultaría por un lado de la existencia de un mecanismo financiador único organizado sobre bases solidarias, la provisión seguiría a cargo de entidades independientes, vinculadas a través de mecanismos de “planificación coparticipada”³³. En el interior del gremio defienden estas posiciones las federaciones de Córdoba, Santa Fe y San Juan. Un segundo conjunto de opciones privilegia la alternativa *pluralista* frente a la integración, y opta decididamente por ubicar el sistema en la órbita de la actividad privada. En la formulación de propuestas el liderazgo corresponde a la Federación Médica de la Capital Federal; en el ámbito político gremial la defensa de un sistema pluralista quedará fundamentalmente en manos de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).³⁴

En este punto se hace necesario aclarar que no siempre la referencia a la práctica privada supone la identificación con su componente empresarial. Tanto los partidarios de la

³³ III Jornadas Argentinas de Salud Pública, Mar del Plata, 1965, Actas. *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública* Buenos Aires, 1965, pág. 57.

³⁴ Por razones de espacio simplifico aquí una polémica enriquecida por diferentes matices. Un análisis más detallado puede encontrarse en “El insoslayable conflicto ideológico: modelos alternativos en disputa”, Capítulo Tercero de Belmartino S, Bloch C. *El sector salud en Argentina...* *op.cit.*

integración de servicios como los defensores de una organización fundada en instalaciones independientes compitiendo bajo reglas de juego gremialmente definidas, suelen desarrollar complejas argumentaciones para diferenciar una esfera de actividad, discernible en el interior de la práctica privada, que no se asociaría con el objetivo de lucro, considerado incompatible con la *vocación de servicio* que sigue adjudicándose a la medicina³⁵.

Sobre un tema al menos parece haber consenso generalizado, y es el relativo a la ubicación del médico en el sistema. "*Con rara unanimidad*", señala Sergio Provenzano,³⁶ "*los médicos del mundo han planteado sus condiciones*".³⁷ La libertad de elección, la relación directa entre el médico y el paciente, la libertad de prescripción, la defensa del secreto profesional, aparecen como reivindicaciones prácticamente unánimes del cuerpo profesional, aunque en ocasiones el debate pueda mostrar que no siempre el acuerdo respecto a determinadas expresiones formales supone también coincidencia en cuanto a contenidos.

Sobre esas bases es posible pensar la construcción de una identidad profesional relativamente homogénea en esos años de neta hegemonía de la profesión en la regulación del sistema de servicios. Podemos recuperar el proceso de construcción de la unidad gremial sobre la base de una identificación de intereses comunes en los tiempos políticamente señalados por el enfrentamiento con el gobierno peronista, entre 1946 y 1955. En los años cincuenta esa unidad se fortalece en la luchas llevadas adelante con compañías de seguro, obras sociales y mutualidades, por el reconocimiento de las libertades médicas en las pautas de organización del sistema de servicios. En el caso de la corporación médica la definición de intereses e identidades aparece estrechamente vinculada a partir de lo ideológico: no sería el interés personal lo que lleva al médico a defender la libre elección, la libertad de prescripción, el secreto profesional y la modalidad de pago por acto médico; por el contrario el fundamento de la defensa de esas formas organizativas se formula en estrecha vinculación con las condiciones necesarias para la eficacia de su práctica: es en el vínculo *personal y privado* que define la relación entre el profesional y su paciente donde se ubica la garantía de esa

³⁵ Por ejemplo, en la propuesta de organización de un sistema integrado de servicios que sistematiza Herrou Baigorri en los años 70, se reconoce la supervivencia de un "área privada", que se mantendría "dentro de las reglas de juego de la oferta y la demanda, con el régimen de retribución por cuenta del propio usuario". El proyecto diferencia expresamente esta área de servicios del conjunto más amplio que habitualmente se identifica como "subsector privado" o "medicina privada". La mayor parte de las instituciones que lo conforman se incorporaría al sistema integrado. La diferenciación se fundamenta en una larga tradición en el gremialismo médico, que diferenciaba la actividad profesional según se realizara con o sin intención de lucro. La mayoría de los médicos desarrollaría su actividad como un medio de vida, obteniendo remuneraciones en función de su dedicación, esfuerzo o nivel de capacitación, sin orientarse hacia formas organizativas o inversiones destinadas a la obtención de lucro a partir de la contratación de otros profesionales para trabajar bajo relación de dependencia. (Herrou Baigorri, J. Circa 1971, *Política sanitaria de nuevo tipo*. Mimeo Capítulo 3: pág. 11).

³⁶ Que registra en su historia profesional dos antecedentes significativos, habiendo sido presidente de la Confederación Médica y organizador del IOMA.

³⁷ Provenzano, Sergio. "Las grandes soluciones de la organización social de la atención médica. *Confederación Médica* XVIII 97: 10-20, abril-octubre 1964, pág.10.

eficacia.³⁸

Aunque la atención médica igualitaria exige que la legislación garantice normas básicas para el funcionamiento de los servicios y precise la calidad y extensión de los mismos, es indispensable - se afirma en esos años - preservar al mismo tiempo el vínculo de confianza entre el paciente y el profesional. Dicho vínculo sólo puede establecerse cuando el profesional está en condiciones de actuar "*libre e independientemente de presiones extrañas al interés del paciente y de la medicina*".³⁹ No puede existir intermediario entre médico y enfermo. El acto médico se realiza de persona a persona, hay un entendimiento directo que no debe ser obstaculizado si se quiere asegurar las mejores condiciones para la actividad terapéutica.

*"El beneficio y la tranquilidad espiritual del paciente guiaron a la Asociación Médica Mundial a proclamar que la mejor medicina es la que prodigan los médicos independientes. La educación sanitaria del pueblo y la capacidad de los profesionales son los factores reguladores de la genuina libre elección".*⁴⁰

En síntesis, a lo largo de su prudente, silenciosa y al mismo tiempo firme militancia en la oposición al peronismo, y en los años de inestabilidad política que siguen a su caída, el gremio consigue construir una firme argamasa que preserva la unidad por encima del conflicto ideológico. Sus principales ingredientes serán una profunda desconfianza frente a la acción del estado y los partidos políticos, la afirmación convencida de un conjunto de principios que sancionan la legitimidad de su pretensión de autonomía en el control de las organizaciones y la práctica médicas, y la cerrada defensa de determinadas modalidades de inserción en el mercado de trabajo.⁴¹

Esos rasgos, en los que el médico se reconoce como eje articulador de una estructura de servicios, conforman todavía a mediados del siglo XX una identidad con características definitivamente tradicionales que sólo es cuestionada en los márgenes del sistema. Es esa identidad y los valores que le están asociados la que proporciona contenidos a la reacción del gremio médico frente a los intentos de racionalización y modernización del sector puestos en marcha en 1968.

³⁸ En palabras de Bernardo Kandel, el mismo vínculo de confianza coloca al profesional en condiciones óptimas para orientar a sus pacientes afiliados al seguro sobre la mejor manera de aprovechar los beneficios a que tienen derecho. "La confianza en el médico debe hacerse indivisible". Pero hay algo más: "la única medicina capaz de encuadrarse en esta tesitura es la medicina privada" (Kandel B. 1960. Seguro de salud. En: Federación Médica de Entre Ríos. Círculo Médico de Paraná. *Colegiación Médica y Seguro de Salud*. Jornadas Médico Gremiales, Paraná, 20 y 21 de mayo de 1960: 41-49, pág. 48)

³⁹ Kandel B. 1961 Llamado a los trabajadores sobre el cuidado de la salud *Confederación Médica XV* 92: 29-32, ag.1961/mar.1962, pág. 30

⁴⁰ *Ibidem*, pág. 31

⁴¹ La información que sustenta esta afirmación puede encontrarse en: Belmartino, S.; Bloch, C.; Carnino, M.I.; Persello, A.V. *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960* Buenos Aires, Publicación Oficina Panamericana de la Salud, 1991 y Belmartino, S. y Bloch, C. *El sector salud en Argentina...* op.cit.

El conflicto entre COMRA y la Secretaría de Salud Pública

La Confederación Médica se constituirá desde el primer momento como antagonista del proyecto liderado por Holmberg, que es considerado como intromisión indebida del poder político en una órbita de relaciones que se suponen propias de la actividad privada y protegidas por el respaldo constitucional a la libertad de contratación. El Consejo Federal de la entidad gremial comienza a discutir el problema en abril de 1968, cuando sus directivos son informados de la próxima sanción de la ley 17.850.⁴² El Presidente, Dr. Monza, informa a sus colegas sobre los términos de la cuestión: el trabajo con obras sociales y mutualidades ha adquirido un volumen considerable, las entidades financiadoras intentan contrarrestar la hegemonía adquirida por el gremio médico en la formulación de los respectivos contratos, la organización de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales⁴³ es consecuencia de la intención manifestada por el estado de tomar intervención directa en la cuestión.⁴⁴

La reunión mantenida entre los miembros de la Mesa Directiva de COMRA y los integrantes de dicha Comisión no parece contener motivos serios de alarma para el gremialismo. Los representantes de obras sociales y mutualidades han ratificado su respeto por la actividad médica privada y su acuerdo con el sistema de libre elección. Su programa de trabajo no parece particularmente agresivo: se declaran partidarios de un listado de honorarios único y un sistema de trabajo y papelería uniforme para reducir los gastos administrativos y agilizar las liquidaciones, entienden además que debe adoptarse un sistema de auditoría médica para evitar abusos de ambas partes, y que es necesario dictar un arancel uniforme para todo el país, con sólo algunas diferencias zonales, nivelando paulatinamente los valores vigentes, con diferencias no justificadas entre jurisdicciones. Por último, y en razón de las deficientes condiciones en que se realiza la atención en algunos puntos del país, sería necesario categorizar los establecimientos, autorizándolos a realizar las prestaciones para las que se hallen suficientemente equipados y fijándoles un plazo para adecuarse a condiciones mínimas aceptables.

⁴² La ley 17.850, considerada de orden público, sería finalmente sancionada el 9/8/68 y disponía: el congelamiento hasta el 31/12/68 de los aranceles vigentes para prestaciones médicas y paramédicas convenidos entre obras sociales, entidades paraestatales, servicios sociales sindicales y mutualidades, de carácter nacional, provincial y municipal y entidades prestatarias, a los valores vigentes al 31/11/67 con hasta el 15% de incremento. Además encargaba al Poder Ejecutivo el establecimiento de un sistema que contemplara: nomenclador de prestaciones uniformes para todo el país, incrementos de tarifas según diferencias zonales, auditoría médica, normas técnicas y administrativas uniformes, mecanismo de conciliación y arbitraje obligatorio en caso de conflicto. Este conjunto de normas entraría en vigencia a partir del 1/1/69.

⁴³ Esta comisión, encargada de realizar un informe de situación sobre y un proyecto de racionalización de las obras sociales correspondientes a la administración central, empresas y organismos del Estado, fue creada por la ley 17.230 de abril de 1967 y reglamentada por decreto 1.044 en febrero de 1968.

⁴⁴ COMRA . *Actas de los Consejos Federales*, reunión del 12 de abril de 1968, T.VI: 203-264.

La propuesta no interfiere con la línea general de trabajo de la Confederación, que en Consejos anteriores había decidido ya, si bien con algunas resistencias, trabajar en la elaboración de un nomenclador único para todo el país, con o sin quitas zonales, y en la formulación de un convenio tipo. Incluso ya se había puesto en funcionamiento una subcomisión de convenios. El delegado por Santa Fe propone: "*podemos salir perfectamente al cruce, ofreciendo desde ya el convenio tipo y el arancel uniforme que va a ser la solución del problema*".⁴⁵

Sin embargo, aceptando la directiva sugerida por su Presidente que los invitaba a unirse en defensa de sus derechos los dirigentes gremiales se abroquelan en el pasado, y responden a la amenaza que perciben en una futura intervención del estado reafirmando los tradicionales principios de la ideología liberal.

Las decisiones tomadas por ese Confederal se constituirán más tarde en una especie de paradigma, o mejor aún, en una interpelación, esgrimida en los momentos más difíciles del conflicto para denunciar supuestas traiciones o concesiones en desmedro de un conjunto de principios que está más allá de cualquier compromiso o negociación: la *doctrina de Catamarca*, designada por la ciudad donde se realizó el Consejo, se convierte en referente identificador, incluso podría decirse en arma ideológica, apta para desalentar a cualquier partidario de la claudicación.

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

- Los médicos, al convenir aranceles para Obras Sociales y Mutualidades por debajo de sus honorarios privados, sacrifican parte de sus ingresos para posibilitar a los sectores de menor capacidad económica el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos en un nivel de igualdad con los sectores más pudientes.
- Ese posicionamiento tiene su origen en la vocación social de los médicos argentinos, que entienden no ha sido suficientemente valorada y no ha recibido justa reciprocidad.
- Los convenios suscriptos con las entidades financiadoras establecen una prestación de carácter optativo, y en ningún caso configuran una relación de dependencia de los profesionales con respecto a tales organizaciones. En su articulado siempre se ha establecido el derecho de las entidades médico gremiales a fijar periódicamente el monto de sus aranceles, así como también el de las obras sociales y mutualidades a aceptarlos o rechazarlos. Los convenios han determinado siempre una clara relación igualitaria, privada y optativa.
- El Cuerpo Médico considera irrenunciable su derecho a fijar sus honorarios privados y la variante de éstos, como serían los aranceles para obras sociales y mutualidades, a

⁴⁵ COMRA *Actas de los Consejos Federales*, reunión del 12 de abril de 1968, T.VI: 210.

través de las entidades médico gremiales representativas o de los Colegios o Consejos Profesionales, y estima impropio cualquier intromisión, que interfiriendo las relaciones entre las partes contratantes dificulte el diálogo armónico entre las mismas.

- Frente a acontecimientos que amenazan vulnerar aspectos principistas y prácticos de las relaciones entre médicos y organizaciones financiadoras, la COMRA se declara dispuesta a seguir atentamente el curso de los mismos y eventualmente poner en juego toda su fuerza gremial en caso de concretarse avances sobre los derechos de sus representados.

La firmeza de las convicciones así declaradas, sin embargo, no es suficiente para superar algunas de las contradicciones que las condiciones de su mercado de trabajo ponen de manifiesto en la práctica cotidiana de los profesionales. Los dirigentes gremiales se enfrentan en esos años con una tarea doblemente ardua: En primer lugar por las dificultades ciertas que enfrentaban los sistemas de financiamiento de la cobertura de atención médica. En segundo término por la heterogeneidad regional que presentaba en esos años la articulación entre financiamiento y provisión de servicios. Por último, por las diferentes perspectivas construidas por los profesionales sobre la necesidad de los cambios y la amenaza percibida en la preservación del *statu quo*.

En ese complejo escenario, los dirigentes gremiales no sólo tenían que defender su autonomía frente los avances reguladores del estado. Debían además convencer a sus colegas que la implantación de un mecanismo de seguro, pese a constituir en sí misma un límite a esa autonomía, era la única solución posible para superar la estrechez de su mercado de trabajo.

También operaban en contra de la unidad gremial las grandes diferencias reconocidas a nivel regional en cuanto a la conformación del mercado de trabajo y las posibilidades de control gremial sobre la oferta de servicios. Tales diferencias suponían un serio obstáculo cuando se trataba de coordinar un frente para la negociación con obras sociales a nivel nacional, y también para el diseño de los instrumentos que era necesario unificar para dar respuesta a las demandas de la Secretaría de Salud Pública: contrato tipo, nomenclador, aranceles.

En el curso de las discusiones entabladas en estos años se pone de manifiesto el peso de las condiciones concretas del trabajo en cada escenario provincial en las decisiones que debe adoptar el Consejo Federal. El posicionamiento de los delegados en relación a los instrumentos que se elaboran para uniformar las condiciones de contratación con obras sociales aparece claramente condicionado por las resistencias y apoyos que cada medida puede despertar en los grupos locales. Cada representante provincial defiende celosamente su mandato, y prefiere demorar una decisión crucial antes que opinar por fuera de la voluntad expresa de sus mandantes. Las identidades construidas en el interior del gremio, son, sin

duda, todavía en estos años, identidades de base local; los particularismos terminan, por lo general, superando todo intento de arribar a posiciones consensuadas que comprometan al conjunto.

Como consecuencia, la defensa de la autonomía corporativa, asumida por la alternativa principista, incluye también una reivindicación particularista basada en el supuesto de que cada federación constituye el mejor juez de las condiciones de práctica de sus miembros y está por consiguiente en condiciones óptimas para delimitar de manera más favorable las modalidades de inserción en el mercado de servicios.

En algunos escenarios los éxitos logrados en la regulación de la carrera hospitalaria o la importancia alcanzada por el trabajo asalariado en algunas obras sociales, en la medida en que constituyen significativas fuentes de inserción en un mercado profesional relativamente estrecho, atemperan el interés por conformar una modalidad de ejercicio basada exclusivamente en la libre elección y el pago por acto médico. En otros, la fuerte dependencia de la demanda de pacientes de obras sociales y mutualidades para mantener un determinado nivel de actividad en los consultorios desalienta medidas de lucha basadas en el corte de servicios o la denuncia de los contratos.

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

Por último, también se plantea como diferente la integración de la asociación profesional en los esquemas de poder locales. En el interior del país los dirigentes gremiales suelen encontrar más fácilmente que sus colegas de la Capital Federal canales de diálogo con el poder político. Algunas federaciones provinciales se consideran auténticos factores de poder en la esfera local, y suelen esgrimir esa condición cuando se trata de reprochar el vacío político en el que parecen moverse sus colegas de la Capital Federal.⁴⁶ Ese vacío será con el correr del tiempo llenado por los dirigentes de FEMEBA, que construyen fructíferos canales de diálogo con las autoridades de nivel nacional.

La heterogeneidad interna al gremio se manifiesta a partir de las dificultades en la toma de decisiones frente a medidas concretas. Cuando se trata de acordar un arancel único para la consulta en torno a los 720/750 pesos la decisión en el interior del gremio se estanca.

⁴⁶ También señalan una posición de debilidad relativa frente al poder político las entidades gremiales de la provincia de Santa Fe. Cuando se reivindica la facultad otorgada por ley a los Colegios Médicos para sancionar aranceles, el delegado de esa provincia señala que la situación no es uniforme. En Santa Fe, donde se habían puesto en marcha los primeros Colegios Médicos del país, esa facultad se habría ido cediendo paulatinamente y en función de diferentes presiones. (COMRA, *Actas de los Consejos Federales*, reunión del 12-IV-68)

Varios delegados del interior señalan que muchas obras sociales provinciales no podrán hacerse cargo de tales valores, indicando al mismo tiempo la importancia de esa clientela para los profesionales locales. Este es tal vez el mejor indicador para dar cuenta de las diferencias regionales que obstaculizan una toma de posición única, tanto en esta como en otras cuestiones. Si bien las prácticas corporativas pueden incidir en la conformación de un monopolio de la oferta, la capacidad de pago de los sectores que componen la demanda tiene importancia en la ecuación final. La unidad corporativa no puede hacerse por fuera de las condiciones de mercado. Siendo los mercados de atención médica fundamentalmente locales, la unidad corporativa se construirá en tensión con la fragmentación introducida por la especificidad regional.

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

La dificultad para consensuar condiciones de trabajo uniformes para la totalidad el país puede relacionarse también con la permanente ambigüedad que se transparenta en las actas de los Consejos Federales entre una posición doctrinaria principista, y por lo tanto cerrada frente a un posible diálogo, que se expresa en los comunicados y resoluciones tomados por unanimidad pero en los hechos es sólo defendida por una fracción de los delegados, y la orientación más proclive a la negociación, que va cobrando fuerza, aunque sometida a la permanente tensión resultante de las dificultades para precisar cuáles son los límites de lo negociable.

Finalmente, una última cuestión que obtura la consolidación de la unidad gremial opositora y opera por encima de la heterogeneidad de condiciones locales, radica en la dificultad para identificar al adversario. El oponente no es para los gremialistas la obra social, sino los funcionarios de Salud Pública. Se resisten a tomar medidas de acción directa contra las obras sociales, a las que incluso pueden llegar a señalar como posibles aliados futuros, y más aún contra sus beneficiarios, con quienes se sienten ligados por un compromiso

profesional. Cuando se propone aplicar un pago diferencial, cobrado directamente al afiliado, el rechazo se fundamenta en un cuestionamiento de raíz ética a la legitimidad de la medida.

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

Mientras el gremio se paraliza ante la diversidad de opiniones y la incertidumbre sobre el verdadero poder de decisión de su adversario, la continuidad de las conversaciones con los funcionarios de Salud Pública abre camino a los partidarios de la negociación. Se presenta la posibilidad de participar en la discusión de los instrumentos técnicos que regularán los futuros contratos. La adopción por parte de la Secretaría del Nomenclador elaborado por FEMEBA, despierta expectativas alrededor de una colaboración técnica que permita incidir en la formulación de las nuevas reglas de juego. La Federación bonaerense asume una actitud decididamente dialoguista y pragmática:

"(..).la provincia de Buenos Aires conceptúa que en la reglamentación de la ley [18.045⁴⁷] y en las tratativas que se hagan a nivel de las entidades máximas representativas de nuestras instituciones va el futuro de nuestra acción gremial.(...) la Confederación (...) puede hacer que la participación activa, con una presencia permanente en su trabajo, logre que la reglamentación se ajuste de modo que en el cambio de estructuras que el gobierno quiere imponer en el sistema sanitario argentino no sean desvirtuados los principios que rigen nuestras entidades gremiales".⁴⁸

El interés por centrar el foco de la reconstrucción histórica en los acontecimientos y procesos internos al sistema de servicios no autoriza a ignorar que en los últimos meses de 1969 el conflicto se desenvuelve en una sociedad conmovida por el Cordobazo y sus secuelas. La situación influye en alguna medida para estimular la adopción de una posición negociadora en el interior de COMRA, pero sus consecuencias más importantes serán percibidas por la Confederación con la convicción de una derrota. La sanción de la ley 18610 en febrero de 1970 por fuera de la Secretaría de Salud Pública puede leerse como

⁴⁷ La ley 18.045, sancionada el 31/12/68, estableció por primera vez honorarios médicos y paramédicos uniformes para todo el país, en base a los vigentes en la Provincia de Buenos Aires al 31/12/67 con hasta un 20% de incremento en los convenios entre financiadoras y proveedores. El Poder Ejecutivo podría acordar aumentos hasta un 25% sobre los honorarios resultantes, para compensar a zonas desfavorables y disponía de 120 días para aplicar los nomencladores vigentes en la Provincia de Buenos Aires a los efectos de acordar los aumentos autorizados. Enumeraba normas a que deberían ajustarse las obras sociales y mutualidades y las entidades profesionales más representativas de los profesionales prestatarios, entre ellas mecanismos de conciliación y arbitraje para caso de conflictos. Era de orden público y se reglamentaría en 120 días.

⁴⁸ COMRA. *Actas de los Consejos Federales*, reunión del 25 de enero de 1969, T.VII: 151-179, pág.157. .

manifestación del interés del gobierno por tejer vínculos con las organizaciones sindicales, en uno de los tantos intentos frustrados del Presidente Onganía de recuperar gobernabilidad.

El conflicto se prolongará en los primeros años 70, jalonado por la sanción inesperada de la ley 18610 y su correlativa 19710 que reguló las modalidades de contratación. Cuando finalmente las aguas se aquieten el gremio descubrirá que el espacio de negociación abierto en el interior del INOS le proporciona la oportunidad de modelar la relación con las entidades financiadores conforme a sus expectativas. Las corporaciones profesionales aplicaron a esa nueva relación institucionalizada con las obras sociales todo el *know how* vinculado a la administración de los contratos, desarrollado en la etapa previa de vigencia de un esquema de libre contratación. Las pautas contractuales, las modalidades y plazos de remuneración de los servicios prestados, la especificación de los procedimientos registrados en el Nomenclador de Prestaciones y sus precios relativos, fueron establecidas por especialistas que se desempeñaban como asesores de las corporaciones profesionales. La prosperidad de los últimos años 70 permitirá una expansión sin precedentes del poder de convocatoria de las entidades gremiales y el florecimiento, efímero y contradictorio, de las reglas de juego sancionadas a través del *pacto corporativo*.⁴⁹

Los años 90: reformulación de las relaciones con la seguridad social y crisis identitaria.

A diferencia del proceso de cambio institucional previo a los años 40, el agotamiento del régimen de regulación que se define a partir de los últimos años 80 no se manifestó a través de una crisis de financiamiento. Cuando ésta se produjo, y adquirió dimensiones de catástrofe con la hiperinflación de 1989, la pérdida de legitimidad de las formas organizativas del sistema de obras sociales era reconocida por múltiples agentes. En mi hipótesis ese déficit de legitimidad tenía su origen en la débil ingerencia del estado sobre las relaciones entre los agentes con protagonismo en ese sistema y la utilización clientelista de los mecanismos de redistribución interna de recursos instituidos por la ley 18610. Por esa vía se generaban distorsiones que estaban en la base de su deslegitimación y a la vez autorizaban la violación sistemática de las reglas vigentes por parte de aquéllos agentes con capacidad de colocar su interés particular por encima de la sustentabilidad del conjunto.

En efecto, la ley 18610 no sólo generalizó un sistema de obras sociales connotado por la fragmentación y heterogeneidad de organizaciones con muy diferente capacidad de cobertura del riesgo de enfermedad, también consolidó un déficit de autoridad resultante del desinterés o la impotencia del estado para regular sus vínculos con profesionales y sanatorios.

⁴⁹ Belmartino S. "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo" *Desarrollo Económico* 35, 137: 83-103, abr./jun.1995.

Algunos analistas colocan el origen de la crisis del sistema de obras sociales en los cambios en el mercado de trabajo que se generan a partir de los últimos años 70 y la consiguiente disminución del número de beneficiarios y recursos *per capita*. Aunque no es posible negar esos cambios, ni su influencia en la desfinanciación del sistema, existe información suficiente para ubicar buena parte de la responsabilidad en la crisis de las obras sociales sobre los mecanismos de gestión de sus conducciones, la resistencia a reducir los gastos administrativos, el desvío de fondos a usos no vinculados a su función específica, la práctica generalizada de esperar que la inflación licuara las deudas contraídas con los prestadores sin introducir mecanismos de gestión que permitieran racionalizar la provisión de servicios.

Por el lado de la oferta es evidente que la disminución de la capacidad de pago de la demanda no estimuló un ajuste ordenado por parte de los proveedores. Por el contrario, se exacerbó la competencia por la captación de los recursos volcados al sistema en los tres grandes mercados en los que estaba organizada la oferta: servicios médicos, servicios sanatoriales, medicamentos. Esta dinámica ha sido analizada por Katz y Muñoz, en términos de *puja distributiva*, concretada en conductas de los diferentes agentes proveedores en estos mercados fragmentados e imperfectamente competitivos, que enfrentan las restricciones financieras a través de acciones de dudosa legitimidad destinadas a captar recursos relativamente móviles – sobreprestación y sobrefacturación en consultas y prácticas, aumentos no justificados en precios de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de plus, etc. En consecuencia, concluyen estos autores, es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública.

El escenario de hiperinflación de los años 89 y 90 estimuló en diferentes actores sociales y estatales involucrados en el sistema de seguridad social médica un consenso relativamente generalizado sobre la necesidad de transformaciones de las formas organizativas dominantes; la asignación de responsabilidades y las estrategias de cambio propuestas, sin embargo, diferían de manera sensible. Recién el nuevo escenario económico generado por el éxito del Plan de Convertibilidad los representantes de la oferta y demanda de servicios comenzarán – dificultosa y conflictivamente – a reconocer la necesidad de reformular las reglas de juego que ordenaban sus interacciones.

En el marco regulatorio vigente hasta los 80 el predominio de las relaciones inscriptas en el pacto corporativo facilitó el surgimiento de organizaciones que se afirmaron sin ningún tipo de control o supervisión estatal. Cuando la crisis financiera estimule a los agentes con mayor presencia en el mercado a abandonar los contratos firmados por las

corporaciones que los representan, el protagonismo en la definición de las reglas de juego se traslada a un nivel intermedio definido por las relaciones entre financiadores y proveedores, ubicado fundamentalmente en el espacio provincial o local.

Por ese camino se generan en el corto plazo algunas modificaciones significativas en la relación entre financiadores y proveedores de la atención médica para la seguridad social. La principal de ellas fue la desregulación de los contratos anteriormente pactados entre las confederaciones representantes de la oferta y las obras sociales, y la formulación de nuevos convenios que reemplazaban los tradicionales mecanismos de libre elección del profesional y pago por prestación por estrategias de selección de proveedores y pagos globalizados, modulados o capitados.⁵⁰

Los nuevos contratos proporcionaron a las obras sociales un instrumento apto para equilibrar sus balances: el traslado a los proveedores del riesgo propio de los mercados de atención médica – insuficiente *pool* de riesgo, características demográficas y sanitarias de la población, demanda inducida por la oferta, conductas oportunistas de los proveedores facilitadas por la asimetría de información entre médico y paciente y entre proveedor y asegurador – a partir de la transformación de las modalidades de pago: de honorarios por servicio a módulos, pagos globalizados y/o pagos capitados.

Manifestaciones de una nueva crisis identitaria

En los años de prosperidad el reconocimiento de una identidad profesional con capacidad de aglutinar voluntades en defensa de una modalidad organizativa se verá afectado, más allá de las diferencias regionales, por las consecuencias de la expansión y diversificación del mercado de trabajo médico, la incorporación de tecnología compleja que es uno de sus aspectos más relevantes y el desarrollo de especialidades y subespecialidades, fuertemente vinculado a las modalidades de utilización de las innovaciones tecnológicas.

El resultado será una fuerte estratificación de las condiciones de ejercicio y los ingresos profesionales. El fenómeno no es nuevo, pero se agudiza al ritmo de la expansión de la capacidad instalada y la diversificación de las especialidades estimulada por la ampliación

⁵⁰ La denominación “contrato de riesgo” remite directamente a las nuevas reglas de juego que se generan como consecuencia del cambio en la forma de pago. La remuneración capitada, consistente en un pago preestablecido, por beneficiario, por mes, a la entidad que se hace responsable de la provisión de los servicios, transfiere a la oferta i) el riesgo propio del mercado de atención médica, derivado de la posible emergencia de costos catastróficos en la atención de un determinado conjunto de beneficiarios, ii) el vinculado a conductas oportunistas por parte de los proveedores, traducidas en sobre provisión y sobre facturación de servicios, y iii) la presión sobre los costos resultante del exceso de capacidad instalada, la multiplicidad de bocas de expendio y el libre acceso de los pacientes a través de cualquiera de ellas. La utilización de módulos en el pago de internaciones crea un incentivo en el interior de la institución sanatorial para racionalizar el proceso de atención de manera de evitar el gasto innecesario o superfluo. Se esperaba que estas nuevas formas de pago generaran incentivos opuestos a los internacionalmente reconocidos procesos de *demandada inducida por la oferta*. Un análisis de las transformaciones de los 90 puede encontrarse en Belmartino S. *Nuevas reglas de juego ... op.cit.*, capítulo V)

de la capacidad financiera de la demanda de atención que se genera a partir de la generalización de la cobertura de obras sociales.

Un posible ángulo de lectura del impacto sobre la remuneración de los profesionales de los cambios ocurridos en el respectivo mercado de trabajo, se encuentra en el testimonio brindado en 1991 por el Director de Prestaciones del IOMA en una entrevista publicada en el periódico de la Asociación Médica de Avellaneda.

En esa lectura, los cambios en el mercado de trabajo profesional y la remuneración del trabajo médico se abordan desde tres puntos de vista. En primer lugar, a partir del aumento de la oferta de médicos: la población nucleada en FEMEBA habría crecido un 51% en cinco años, pasando de once mil afiliados en 1977 a dieciséis mil en 1982. En paralelo se ha producido una fuerte concentración del ingreso que permitiría identificar tres niveles en la facturación, en el primero de ellos se ubicaría con muy buenas remuneraciones un grupo reducido de médicos con gran experiencia y especialización, el nivel medio tendría remuneraciones muy poco satisfactorias y los recién llegados al mercado serían dificultades para insertarse en el sistema de libre elección, debiendo optar por un posición asalariada.

En segundo término, la retribución del trabajo médico se aborda a partir de la transformación de las condiciones del ejercicio profesional. Los médicos habrían pasado de conformar una profesión absolutamente liberal, donde el honorario significaba un estímulo a la capacitación individual, a un modelo de práctica donde el honorario debe incluir también la amortización y renta proveniente del equipamiento diagnóstico. La cuestión radicaría, en la mirada de los administradores del IOMA, en diferenciar avance tecnológico de penetración de tecnología. No es necesario que todos los médicos tengan ecógrafo, el problema radica en que aquéllos que utilizan solamente el “*aparato de pensar*” tienen una menor retribución que el resto.

En tercer lugar, el análisis de las remuneraciones se vuelca sobre la desactualización del Nomenclador Nacional, la necesidad de su reemplazo y de una sustancial presencia reguladora del estado para atenuar las consecuencias del “modelo de mercado” que produciría sobrefacturación y sobreprestación en el caso de la retribución por acto médico, subprestación en los sistemas capitados.⁵¹

Independientemente de los altibajos generados por la crisis financiera recurrente de las obras sociales que supone demoras en la percepción de honorarios, licuación de valores por la inflación, frecuente cortes de servicios en los que el profesional depende del pago directo de sus pacientes, en los años 80 los médicos han finalmente aceptado aquello que predicara Provenzano: el seguro de enfermedad – aún en su versión devaluada a través de las obras

⁵¹ *El Médico del Conurbano* II,9. febrero, 1991. Entrevista al Director General de Prestaciones de IOMA.

sociales – se ha transformado en instrumento indispensable de inserción en el mercado de trabajo y vinculación con su clientela.

De esa convicción surge la alarma cuando la reconversión de los contratos bajo modalidades capitadas se convierte en estrategia cierta de control de gasto por parte de las obras sociales. Algunos testimonios recogidos en nuestra investigación sobre 7 escenarios provinciales señalan la presión sufrida por las asociaciones profesionales por la negativa de sus miembros a aceptar esos contratos, que contenían mecanismos de control del gasto a la vez que significaban la ruptura de los cánones tradicionales del gremialismo médico.⁵² Otras reflexiones van más allá, embarcándose en el registro de la autocrítica. Los editores de *El Médico del Conurbano* hablan de una disgregación del sistema de obras sociales que estaría vinculada a factores de diferente índole, entre los cuales encuentran cabida las transformaciones de la práctica médica ya señaladas y algunas desviaciones de la conducta ética consistentes en mecanismos de sobrefacturación.⁵³

En una primera etapa la percepción de amenaza parece tener un origen cierto. Los antagonistas se presentan portando nombre y apellido. Se especula sobre una posible alianza entre dirigentes sindicales y sanatorios, conducente a vehiculizar de manera preferente los contratos a través de las instalaciones con internación. Las obras sociales procurarían reducir costos a través de una contratación directa con los sanatorios o sus entidades representativas, en condiciones de ofrecer una atención integral: consultas en ambulatorio, especialidades, internación, prácticas con utilización de tecnología. El cambio se asocia directamente con la pérdida de la más preciada reivindicación profesional: “*La libre elección agoniza...*” indica un titular de *El Médico del Conurbano*, haciendo referencia a la firma de un convenio entre PAMI y la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) para la atención de los pacientes internados, que introduce un nuevo criterio de pago cuando “*globaliza honorarios y gastos*”. Ofrece al mismo tiempo alguna precisión sobre las dimensiones de la debacle: las prestaciones por libre elección y pago por acto médico a través de las versiones previas de ese convenio habrían constituido casi el 50% del trabajo de los médicos bonaerenses.⁵⁴

Si el enemigo está representado por una alianza entre las otras corporaciones participantes del pacto corporativo, la responsabilidad recae sobre la dirigencia, encargada de asegurar la viabilidad del acuerdo tripartito. El descontento generará en el corto plazo nuevos desmembramientos en la otrora poderosa FEMEBA. También en este caso la diversificación de intereses se asocia con los cambios en el mercado de trabajo. En el primer número del *El Médico del Conurbano* aparecido en junio de 1990, se hace una

⁵² En esos términos se expresan, por ejemplo, los directivos de la Federación Médica del Chaco.

⁵³ *El Médico del Conurbano*. II,18. noviembre 1991

⁵⁴ *El Médico del Conurbano* I, 5. octubre, 1990

caracterización de la dirigencia gremial de la Provincia de Buenos Aires, diferenciando en primer lugar la situación en el interior de la provincia de las condiciones predominantes en el Conurbano. Los dirigentes de los Círculos del interior aparecen identificados con la conducción de FEMEBA, a la que se acusa de no hacer nada para evitar la futura crisis del sistema de atención médica para la seguridad social. Entre ellos se encontraría un grupo numeroso de propietarios de clínicas y sanatorios, cuya pasividad se explica en función del esperado incremento de sus beneficios una vez que se pusiera en marcha la globalización. Entre los mismos dirigentes del Conurbano la conciencia de las transformaciones en curso no sería homogénea, algunos de ellos, *“aún con la vena umbilical ensortijada en la Federación – no ven la realidad cercana y se contentan con defender a ultranza el sistema de libre elección actual”*.⁵⁵

Los cambios en las formas contractuales modifican también la geografía del conflicto político en el interior de las organizaciones profesionales. Hasta los primeros años 90 el rol político en la representación de los profesionales, tanto ante las obras sociales como en relación a los organismos del estado, estaba a cargo de las organizaciones de segundo nivel, Federaciones Provinciales, y de la Confederación Médica, organización de tercer nivel con presencia activa en la formulación e implementación de políticas sectoriales a nivel nacional.

En ese escenario, las comisiones directivas de las asociaciones de primer nivel tenían poco estímulo para hacerse cargo de cuestiones vinculadas a la regulación de los contratos con obras sociales. Las modalidades de contratación y pago y los valores adjudicados a los honorarios eran definidos a nivel nacional, por acuerdos entre las confederaciones profesionales y los representantes de las obras sociales, en el marco del organismo estatal a cargo de la regulación del sistema, entre 1970 y 1989 el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), a partir de 1989 la Administración Nacional del Seguro de Salud, (ANSSAL). Las principales cuestiones de índole gremial tratadas en sus reuniones se referían a problemas de la inserción laboral retribuida por salario de los profesionales en hospitales públicos y servicios propios de las obras sociales; y conflictos resultantes del incumplimiento de sus obligaciones contractuales por parte de las obras sociales que significaban decisiones vinculadas al corte de servicios a los beneficiarios de las entidades en mora.

Las transformaciones en el sistema de contratos y las estrategias puestas en marcha para adecuarse a las nuevas condiciones del mercado, otorgan nueva importancia al escenario local.⁵⁶ Son las organizaciones de base local las que deben hacerse cargo del

⁵⁵ *El Médico del Conurbano* I, 1, junio, 1990.

⁵⁶ Sobre los cambios en los 90 ver: Belmartino S. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina, ¿Quién será el árbitro?*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

malestar de sus miembros ante la reducción de sus ingresos o la pretensión de administradores y gerentes de intervenir en sus decisiones de diagnóstico y tratamiento. Grupos de especialistas con buena inserción en el mercado niegan el derecho de las asociaciones a invocar su representación en la firma de contratos o bien exigen hacerse cargo de la administración de sus respectivos segmentos. Aquéllos médicos con mayores dificultades de inserción contemplan con alarma el cierre del mercado de trabajo y la política de selección de proveedores que comienza a utilizarse como estrategia de gestión.

La mayor estratificación de los profesionales en el mercado y la insatisfacción ante la reducción generalizada de los ingresos y el cierre de algunas fuentes de trabajo debilitan la cohesión institucional. Se conforman así líneas de tensión entre los miembros de las asociaciones de primer nivel y sus conducciones. En algunas de ellas surgen nuevos liderazgos, portadores de propuestas de cambio o defensores a ultranza del *statu quo* y, conforme al sistema de alianzas que se genere, el conflicto puede conducir tanto a enfrentamientos en el interior de la organización de primer nivel como a propuestas de ruptura o demandas de mayor autonomía de gestión en relación a las federaciones provinciales.

En Salta, por ejemplo, los dirigentes del Círculo Médico reflexionan sobre los desafíos que plantean a las conducciones gremiales las nuevas condiciones del mercado de trabajo para las obras sociales y las limitaciones que suponen los Estatutos de su organización para comenzar a operar con una lógica empresaria.⁵⁷ En Avellaneda también se registra - más tempranamente - la posición de la entidad primaria a favor de la reconversión de las entidades gremiales en “*verdaderas empresas competitivas de salud de alta calidad*”. En una posición pragmática, la asociación profesional no considera contradictorio su énfasis en la preocupación por la condición laboral de los profesionales remunerados por salario, frente al reconocimiento de la necesidad de insertarse en un mercado fuertemente competitivo transformando las modalidades anteriores de la acción gremial.⁵⁸

Conflictos que ponen en riesgo la unidad gremial.

Sólo a título de ejemplo mencionaré algunos conflictos ponen en riesgo o directamente fragmentan la unidad gremial. En Resistencia se trata de la oposición a la firma

⁵⁷ Entre las condiciones del mercado de atención médica que los dirigentes del CMS se consideran obligados a enfrentar para mejorar la gestión de los nuevos contratos se enumera: exceso de profesionales y especialidades, importancia creciente de las estrategias de mercado, aumento de los costos de la tecnología sofisticada necesaria para satisfacer la demanda de mejor calidad, aumento del promedio de edad de la masa de beneficiarios, elección de obra social por parte de los afiliados que hará peligrar la existencia de algunas, necesidad de crear medios para dar cobertura a la población que no la tiene, formación de nuevos sistemas de atención con internación domiciliaria, estimulada por los altos costos hospitalarios. Círculo Médico de Salta, *Círculo Gremial* 4, 4/98

⁵⁸ *El Médico del Conurbano* V.47.Mayo, 1994

de contratos capitados por parte de algunos miembros del Círculo Médico, que lleva a un grupo importante de especialistas con buena inserción en el mercado de trabajo a organizar una asociación gremial independiente en la capital provincial. Una forma de ruptura diferente fue la que protagonizaron los anestesiólogos, ya no en una asociación local, sino a través de una acción concertada que cubrió todo el país. Se trata aquí de una especialidad crítica, que interviene en situaciones de gran compromiso emocional para el paciente y sus familiares, condiciones que la colocan en posición de exigir el pago directo de sus servicios y la ruptura de su vinculación con la seguridad social en lo referido a honorarios. Poco se había avanzado en la adecuación de este conjunto de profesionales a la lógica de los nuevos contratos con retribuciones moduladas, cuando un conflicto suscitado en la provincia de Buenos Aires en septiembre de 1999 culminó con su derrota, obligándolos a flexibilizar sus posiciones para adaptarse a las reglas consentidas por el resto del sistema.⁵⁹

Otras líneas de tensión se generan entre asociaciones de base local y federaciones provinciales, en este caso por la gestión de contratos firmados en ese nivel o, en el caso de la provincia de Buenos Aires, por la administración de prepagos organizados a nivel provincial. En los escenarios más competitivos, como la provincia de Santa Fe o la de Buenos Aires, también por la definición de políticas frente a la negociación con determinadas obras sociales como PAMI o IOMA. Estos conflictos pueden suscitarse por diferencias en las estrategias defensivas a implementar entre las organizaciones profesionales de nivel local y provincial ante políticas llevadas adelante por los gobiernos provinciales o la respectiva obra social, como es el caso de Buenos Aires; o a raíz de los intentos, generalmente fallidos o decididamente inestables, de conformar redes de proveedores a nivel provincial, como sucede en la provincia de Santa Fe. En la base de tales tensiones y enfrentamientos coinciden por lo general oposiciones de base ideológica en relación al futuro de la organización gremial y situaciones locales muy diferentes en cuanto a las posibilidades de adaptación a las nuevas condiciones del mercado y la delimitación de ganadores y perdedores en la nueva situación de la competencia.⁶⁰

Un cambio de magnitud en las organizaciones gremiales es el conflicto suscitado entre FEMEBA y algunas asociaciones y círculos del conurbano bonaerense que, por un lado da origen a la organización del FEMECON, y por el otro se expresa en la conformación del Sindicato Médico de la República Argentina. Las nuevas agrupaciones, FEMECON y Sindicato, tuvieron un origen común a partir del cuestionamiento de los mecanismos de

⁵⁹ *El Médico del Conurbano* IX,113, noviembre, 1999.

⁶⁰ Las tensiones entre asociaciones locales y federaciones provinciales pueden ejemplificarse recuperando el conflicto suscitado en el interior de FEMEBA que lleva a la formación del Federación Médica del Conurbano (FEMECON), y la insatisfacción expresada por la AMBB por el posicionamiento de FEMEBA ante las condiciones políticas vigentes en la Pcia. de Buenos Aires. También pueden servir como ejemplo las diferencias entre la Agrupación Médica Platense y otros detentadores del contrato con IOMA, en relación a las dificultades que plantea su administración.

representación establecidos por los estatutos de la federación provincial que, a juicio de los dirigentes del conurbano, no otorgaba a los agrupamientos de base un peso en las decisiones de la Federación acorde con el número de profesionales involucrado. Pese a esas coincidencias, en muy pocos meses se fractura la alianza originaria, en función de diferentes expectativas sobre la conformación posible del futuro mercado de trabajo profesional y visiones radicalmente diferentes de los caminos más adecuados para la lucha gremial médica.

En paralelo, la actitud supuestamente complaciente o vacilante de FEMEBA ante la política llevada adelante por el gobierno provincial, genera la oposición de la Asociación Médica de Bahía Blanca y otras asociaciones del interior de la provincia.⁶¹ Una diferencia importante entre ellas es que la entidad bahiense ejerce su disenso desde el interior de la Federación provincial, mientras sus colegas llevan el enfrentamiento hasta la generación de una ruptura. A las entidades tradicionalmente independientes de FEMEBA, como la Agremiación Médica Platense y el Centro Médico de Mar del Plata se sumarán luego las asociaciones de profesionales de Tandil, Trenque Lauquen, Balcarce y Ensenada, y la integración al FEMECON de los Círculos Médicos de San Isidro y Vicente López, producida en 1996 por cuestiones vinculadas a la administración del prepago y la cápita del convenio IOMA.⁶²

Puede ser oportuno intentar aquí descifrar los fundamentos de esa fragmentación, de la otrora poderosa federación bonaerense. En primer lugar habría que descartar algunas opciones: no se trata de competencia por los contratos, ni por el acceso a las prestaciones, ya que en cada localidad se conserva el oligopolio de oferta, dadas las peculiares condiciones del mercado de atención médica, y los valores de la contratación son en general uniformes; tampoco de la conformación de redes que puedan proporcionar el control exclusivo de algún dispositivo tecnológico de alta complejidad, ya que los principales centros de derivación siguen siendo La Plata y Mar del Plata. Ni siquiera la disconformidad generalizada frente a las formas de ejercicio de la representación en FEMEBA, dado que habían sido aceptadas - y en algunos casos resignadamente soportadas - durante varias décadas. Aunque en los documentos y notas periodísticas los objetos de discordia más frecuentes son el control de los prepagos locales y la gestión de las cápitás, no alcanzan

⁶¹ La perspectiva de la asociación bahiense, precursora en la aceptación de nuevas modalidades de gestión que le permiten adaptarse a los desafíos impuestos por los nuevos contratos, aparece sintetizada en la siguiente frase: "*FEMEBA está pasando por la crisis más importante de su historia, igual a la que se observa en todas las actividades médicas del país, producida por la pérdida gradual de su capacidad contractual con la seguridad social y por la actitud vacilante, contradictoria y complaciente de algunos dirigentes*". (*Memoria de la AMBB*, 1.4.96 al 31.3.97:4)

⁶² "Polémica entre FEMEBA y varias instituciones médicas". *El Consultor de salud*. 137, 9.2.96.

suficiente peso para explicar la ruptura, ya que existía en el interior de FEMEBA la figura de *entidades descentralizadas*, que han reivindicado y obtenido ese control.

El mayor peso de las diferencias parece radicar en razones ideológicas, que se presentan en declaraciones y documentos como una contraposición entre dos modelos de organización de servicios, uno basado en la continuidad del control profesional y la vigencia de las tradicionales *libertades médicas*, el otro mejor preparado para aceptar y procesar los cambios a través de mecanismos de gestión, que sus oponentes estigmatizan bajo la denominación de *modelo de mercado*.

Las entidades desmembradas de FEMEBA construyen a lo largo de la década una identidad fuertemente apoyada en la reivindicación del control profesional sobre las formas organizativas del sistema de servicios, que se ve amenazada por la aceptación de los convenios de riesgo. Las declaraciones a un periódico sectorial formuladas por el Presidente del Colegio Médico de La Plata pueden ser útiles para comenzar a ilustrar los principales ejes de un posicionamiento relativamente generalizado:

“{en el ámbito bonaerense] la regionalización ha sido totalmente desvirtuada como consecuencia de la injusta y nefasta implementación de los denominados ‘convenios de riesgo’ que no están destinados precisamente a constituirse en un mecanismo que permita optimizar eventuales estrategias regionales de salud.

“ (...) resulta indignante que mediante el uso de la amenaza y el temor como métodos de convencimiento, trate de imponerse esta modalidad prestacional, mucho más lo es el hecho de que algunas de nuestras entidades gremiales – devenidas en “empresas de salud”, prioricen la subsistencia de sus estructuras en desmedro de la dignidad del trabajo de los profesionales a quienes dicen representar y defender, pero fundamentalmente de la dignidad del paciente, al que descaradamente le ofrecen ‘jerarquizadas’ prestaciones, siendo que la realidad es muy distinta”.⁶³

La coincidencia de perspectivas llevará en junio de 1996 a la conformación Frente Médico Bonaerense (FEMEBO), agrupación que se autodefine como un movimiento ético y político en defensa del profesional de la provincia. Entre sus objetivos se señalan la defensa del sistema solidario de seguridad social, la presencia del estado como garante de la vigencia del sistema, la participación de las entidades médicas representativas en la concepción y conducción del modelo sanitario y el respeto y cumplimiento de los compromisos contraídos en cuanto a la asistencia de los beneficiarios y la remuneración

⁶³ “Colegio de Médicos Distrito 1. Duras críticas del sector médico a los convenios de riesgo” *El Consultor de Salud* 131, 17.11.1995. Otra de las entidades alineadas en esta perspectiva será el Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas, cuyo Presidente aborda del siguiente modo la cuestión del gerenciamiento: “(...) seguir hablando de salud gerenciada carece de todo sentido, es una irresponsabilidad. El modelo de salud gerenciada fracasó en todas partes, y ésa es una verdad irrefutable. Lo único que ha logrado es destruir la salud solidaria, generando una salud para ricos y otra para pobres. (...) El gerenciamiento es un arma que esgrime el neoliberalismo. Y el neoliberalismo, lo único que ha sabido generar en el mundo entero es mayor pobreza y desocupación. En el ámbito de la salud (...) destruir los principios básicos de equidad, accesibilidad y excelencia (...) bajo los términos de ordenamiento financiero y administrativo – los pilares argumentales del gerenciamiento – esconde una gran mentira, una gran mentira fehacientemente constatada”. (Entrevista a Rubén Tucci. Presidente del Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas *El Médico del Conurbano* 126. diciembre, 2000.)

digna a los profesionales enmarcados en el principio de libre elección y pago por prestación cualquiera sea el modelo de convenios suscriptos.⁶⁴

Conclusiones provisionarias.

La falta de fuentes homogéneas hace difícil intentar comparaciones entre el primer período y los dos subsiguientes. Sin embargo, me propongo introducir alguna comparación en términos muy generales en relación a la magnitud de la crisis societal y las transformaciones que le están asociadas, en la Argentina de los años 30 y en los 90. También parece legítimo mencionar que la crisis de fines de los 60 no alcanza la misma magnitud de las ya mencionadas.

Las mismas observaciones de índole general pueden hacerse en relación a la viabilidad o sustentabilidad de las relaciones entre financiación y provisión de atención médica a nivel del sistema de servicios. La cuestión se vincula en mi lectura a dos de las categorías descriptas por Garretón, lo que aborda como *matriz constituyente de actores sociales* por un lado y por el otro su referencia *los procesos de desestabilización, transición y consolidación de un régimen*.

Si la referencia se hiciera sólo a nivel de lo político, los tres períodos pueden considerarse críticos: los años 30 connotados por los intentos de conformar un nuevo régimen político, la implementación de mecanismos de fraude y la debilidad del sistema de partidos; los últimos años 60, transcurriendo bajo el imperio de una dictadura militar, los 90 bajo un régimen decididamente más estable y, sin embargo, en medio de transformaciones muy importantes de las políticas públicas, las dimensiones y funciones del aparato estatal y las modalidades de toma de decisiones por parte del poder político.

Si se integran a la denominada matriz constituyente las relaciones entre estado y sociedad vinculadas a los modelos de acumulación y, complementariamente, se analizan los tres períodos a partir del agotamiento y reformulación del régimen social de acumulación, es indudable que la crisis y las transformaciones de los años 30 y 90 resultan, como adelanté, mucho más profundas y con mayor capacidad de impacto en los agentes y actores sociales involucrados. La percepción de una amenaza para el *statu quo* es más intensa en esos años y la incertidumbre respecto al futuro sin duda se multiplica exponencialmente.

Lo mismo puede decirse del régimen regulatorio del sistema de servicios de salud. En al menos una fracción de los escritos que los profesionales dedican a caracterizar la existencia de una crisis de inserción social de la profesión médica en los años 30 se recuperan los síntomas de agotamiento de las condiciones del mercado de atención médica, al igual que de los mecanismos de vinculación entre profesión y estado, e incluso de los

⁶⁴ "Crearon el Frente Médico Bonaerense" *El Consultor de Salud*, 145, 31.5.1996.

principios y valores que sustentan la vocación de servicio atribuida a la primera. Datos más objetivos sobre la evolución del sistema de servicios permiten llegar a conclusiones similares al menos en relación a las transformaciones en la oferta y demanda de atención médica y la relación profesión – estado.

En los años 90, la situación es similar. Aunque un sector del gremio caracterice la crisis del sistema de servicios como fundamentalmente política y atribuya los problemas de financiamiento de la atención médica a cuestiones extrasectoriales – desocupación, caída de las remuneraciones – o a la mala administración de los recursos del sector, también un número importante de testimonios, en algunos casos muy anteriores a una percepción generalizada de la crisis, dan cuenta del agotamiento de las formas organizativas vigentes y de los mecanismos de regulación del sistema.

No puede decirse lo mismo de los años 60, cuando el diagnóstico negativo se vincula de manera directa con asimetrías en la asignación y utilización de recursos y remite a la heterogeneidad de las condiciones de cobertura garantizadas por las organizaciones a cargo del financiamiento de la atención médica: fundamentalmente obras sociales y mutualidades. La expansión de la cobertura obligatoria a la totalidad de la población asalariada, aún sin corrección de las distorsiones derivadas de la fragmentación del sistema abre paso a una década de prosperidad sin precedentes para sus organizaciones y de fáciles consensos entre los actores involucrados.

Se presentan mayores dificultades cuando se intenta comparar las perspectivas que los médicos construyen en torno a la percepción que tienen de sí mismos y de su lugar en el sistema de servicios y de las relaciones que como consecuencia establecen con otros agentes y actores sectoriales y estatales.

En los años 30 se ha conformado ya un núcleo duro de identidad profesional apoyado en los principios y valores que la misma profesión ha definido como propios dentro y fuera del país. A partir de ese mismo núcleo, se han conformado relaciones con el estado, las organizaciones proveedoras y financiadoras de servicios, los otros agentes con presencia en ellas, la población que ocasionalmente concurre a sus instalaciones buscando ayuda para sus problemas de salud/enfermedad. Esa tarea de construcción de una identidad profesional y sus relaciones la población y otros actores sociales y estatales fue realizada, muy probablemente, por los dos grandes actores que asumieron la representación de la profesión en la segunda mitad del siglo XIX: la Facultad de Medicina y la Academia Nacional de Medicina.

Con seguridad ambas organizaciones seguían siendo asiento de notables a comienzos del siglo XX, y continuaban en posesión de vinculaciones que facilitaban el acceso directo a la agenda de cuestiones relevantes conformada por los poderes públicos.

En nuestras fuentes, sin embargo, no encontramos organizaciones que asuman la representación de la medicina en esos términos.

Los médicos notables expresan su opinión en términos individuales, sin vincularla a la autoridad de cualquier organización que los cuente entre su membresía. Esta situación se contrapone a la verificada en los otros períodos bajo análisis. En ellos podría decirse que un porcentaje mayoritario de los testimonios y opiniones recogidos corresponde a dirigentes gremiales. La COMRA y sus federaciones constituye en esos años un actor por excelencia, con presencia pública, llegada al aparato estatal, y portador de un modelo de organización para las instalaciones del sector.

Los valores tradicionales de la profesión son reivindicados en los treinta, y las propuestas de formular sobre otras bases los tradicionales principios ordenadores de la actividad profesional, no arraigarán con la suficiente fuerza en los cuarenta: los códigos de ética no sufren modificaciones de peso, la vinculación preferencial con el estado se transforma en prudente y silencioso aislamiento.

En los años 60 el actor gremial se ha consolidado, utilizando como armas la negociación o el conflicto conforme la disposición de cada adversario, ha construido un control oligopólico sobre cada uno de los mercados de atención médica en los que opera. Esos éxitos le han permitido conservar la unidad de acción pese a las diferentes corrientes que actúan en su seno, cada una de ellas defendiendo formas alternativas de organización del sistema de servicios. Pese a las diferencias las libertades médicas - libertad de elección, relación directa entre el médico y el paciente, libertad de prescripción, defensa del secreto profesional – continúan siendo reconocidas como reivindicaciones generalizadas. Rasgo indudable de una *cultura médica* fuertemente arraigada, la defensa de tales prerrogativas se propone todavía como fundamento de la eficacia de su práctica. La garantía de esa eficacia sigue identificándose con el vínculo *personal y privado* que se establece entre el médico y su paciente.

Ante la amenaza implícita en la pretensión reguladora del estado, los médicos, celosos defensores de su autonomía, recuperan los valores tradicionales de la medicina liberal: su vocación de servicio los conduce a aceptar aranceles inferiores para brindar a los sectores de menores recursos las mismas posibilidades de atención de que gozan los pacientes con mayor capacidad de pago; los convenios suscriptos con obras sociales y mutualidades han establecido siempre una relación igualitaria, privada y optativa: los profesionales establecen sus aranceles, las entidades financiadoras se encuentran en plena libertad para aceptarlos o rechazarlos; el gremio defiende el irrenunciable derecho de los profesionales a fijar honorarios a través de sus entidades representativas; toda intromisión que interfiriera en las relaciones entre las partes contratantes dificulta el diálogo armónico entre las mismas.

Signo tal vez de los nuevos tiempos, el abroquelamiento en el pasado no clausura la posibilidad del dialogo. La amenaza implícita en la sanción de la ley 18610 no condujo a la ruptura con las agencias del estado involucradas ni con la CGT, que asume en esos años la representación del conjunto de las obras sociales. Los resultados del proceso no significaron un debilitamiento del poder de mercado de la corporación médica, muy por el contrario, dieron comienzo a su período de mayor esplendor.

Los años 90 son testigos de una nueva crisis de agotamiento de las relaciones así construidas. Nuevamente las fuentes tienen como origen dominante al gremio, la diferencia reside en que ya no nos encontramos ante un actor cohesionado con capacidad de absorber diferencias. En los 90 la profesión se faccionaliza, dando cuenta de transformaciones generadas en un sistema de servicios fragmentado y heterogéneo que sufre, en cada una de las unidades que lo forman, las convulsiones de un período de profundos cambios. La defensa de los valores tradicionales - autonomía, pago por prestación. libre elección entre la totalidad de los profesionales habilitados en cada jurisdicción - se ubica de un lado de la línea divisoria. En oposición surge una perspectiva pragmática que procura adecuarse a las nuevas condiciones del mercado: predominio de la gerencia sobre las decisiones propias de la relación médico/paciente, pagos capitados o globalizados, listado restringido de profesionales ofrecido por cada obra social a sus beneficiarios.

Un interrogante que queda abierto es la posibilidad de identificar el peso de los intereses y/o de las identidades como móviles de la conducta profesional. Las fuentes de que disponemos hacen difícil pronunciarse al respecto. Intereses y cultura aparecen muy frecuentemente superpuestos en el discurso profesional. La apelación a los valores tradicionales puede ser leída como un recurso justificatorio de la defensa de determinados privilegios. Sin embargo, la verdadera cuestión radica en la percepción de su rol social, internalizada por el agente que reivindica el reconocimiento de una función social relevante: ¿su actitud se basa en oportunismo o en convicción?. El oportunismo, en todo caso, puede asociarse más fácilmente con las perspectivas pragmáticas o la inclinación a negociar que con la cerrada defensa de la tradición heredada.

Intereses y cultura profesional parecen articularse de manera flexible en la construcción de la identidad profesional. De ese modo, el interés no se agota en la defensa de determinada inserción en el mercado de trabajo. El patrimonio cultural del médico tendrá también peso en su demanda de reconocimiento social, en su aceptación a competir en el mercado de oferta de servicios conforme a reglas basadas en el saber y en el prestigio. En fin, no creo indispensable llegar a una conclusión, y prefiero dejar este interrogante como cuestión abierta.

En este punto doy fin a mi trabajo, advirtiendo al mismo tiempo que esta compleja historia no tiene aquí su punto final.