

Historias
comparadas
de la
profesión
médica:
Argentina y
EEUU

Susana
Belmartino



SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

Pensar en salud
Matío Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y gestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Mario Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcelos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen
Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico
Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo
Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera
Maria Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales
Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud
Mario Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente
Naomar de Almeida Filho, 2023

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

Teoría social y salud
Roberto Castro, 2023

Participación social, ¿para qué?
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes
Eduardo L. Menéndez, 2024

Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada
Sandra Caponi, 2024

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?
Rita Barradas Barata, 2024

Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil
Mario Bronfman, 2024

Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?
Susana Belmartino, 2024

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna
Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

Historia y sociología de la medicina: selecciones
Henry E. Sigerist, 2024

Teoría social y salud
Floreale Antonio Ferrara, 2024

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Atadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica
Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad
Maria Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU

Susana Belmartino



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Belmartino, Susana

Historias comparadas de la profesión médica : Argentina y EEUU / Susana Belmartino. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo, ; 53)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-77-3

1. Atención Médica. 2. Práctica Profesional. 3. Sistemas de Salud. I. Título.
CDD 613

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vigo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Mariano Vigo Deandreis*

Ilustración de tapa: *Ratana21*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Mariano Vigo Deandreis*

Diagramación: *Ivana Leiva Baldis*

Edición 2011, Miño y Dávila editores

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-77-3

DOI [10.18294/CI.9789878926773](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926773)

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

Índice

Introducción	VII
<i>Presentación del problema</i>	VII
<i>Enfoque y metodología</i>	XI
<i>Contenidos</i>	XII

Primera parte. El proceso de emergencia del poder profesional

Capítulo 1. Adversarios y obstáculos en el camino a la profesionalización	1
<i>La reivindicación del monopolio de ejercicio</i>	3
<i>Los conflictos intraprofesionales</i>	11
<i>Posibles razones del “malestar” de la profesión en Argentina</i>	13
Capítulo 2. El debate sobre las formas organizativas y el derecho a la autorregulación	15
<i>Abundancia o escasez de médicos ¿plétora o mala distribución?</i>	15
<i>La difusión de los hospitales y el incremento de la atención hospitalaria</i>	18
<i>Las formas organizativas descartadas</i>	29
<i>Un avance dispar en el control de las condiciones de trabajo</i>	43
Capítulo 3. Las estrategias de afirmación de las demandas profesionales	45
<i>Los límites éticos de la autonomía profesional</i>	45
<i>Las organizaciones gremiales médicas</i>	53
<i>Disparos avances en el reconocimiento de las reivindicaciones profesionales</i>	67

Segunda parte. Consolidación del control profesional en la atención médica

Capítulo 4. La supremacía de la American Medical Association en EEUU	73
<i>Introducción</i>	73
<i>Nuevas reglas de juego para la medicina estadounidense</i>	74
<i>Las formas de gestión alternativas</i>	81
<i>Las décadas de 1950 y 1960: alcances y límites de las políticas liberales</i>	85
<i>La afirmación del control profesional sobre servicios de atención médica caracterizados por la fragmentación y la heterogeneidad</i>	89
Capítulo 5. El complejo derrotero de la Confederación Médica de la República Argentina	91
<i>Introducción</i>	91
<i>Las dificultades que enfrenta el gremialismo médico para constituirse en un actor unificado</i>	92
<i>El conflicto por la representación de los profesionales</i>	95
<i>El debate en torno al seguro</i>	98
<i>Expectativas generadas por algunas experiencias exitosas</i>	105
<i>Un nuevo desafío a la unidad gremial: el conflicto entablado bajo el gobierno militar de 1966-1973</i>	109
<i>La creación de colegios o consejos médicos</i>	113
<i>Código de Ética y disciplina gremial</i>	115
<i>La difícil transición desde una práctica individual al trabajo en instalaciones complejas</i>	120

Capítulo 6. Tras diferentes trayectorias, similares resultados	123
<i>La afirmación de un modelo de gestión</i>	123
<i>Síntomas de agotamiento en los dos escenarios</i>	129
<i>Los fundamentos de la supremacía profesional en las décadas centrales del siglo XX</i>	139

Tercera parte. Nuevo régimen de regulación para la atención médica

Capítulo 7. Las reformas de la década de 1990	145
<i>La pérdida de legitimidad de las concepciones dominantes</i>	145
<i>Dos intervenciones estatales fallidas: similitudes y diferencias</i>	147
<i>La introducción de mecanismos de managed care en los contratos entre financiadores y proveedores</i>	153
<i>La reacción de los mercados</i>	155
Capítulo 8. La reacción de las organizaciones de profesionales	167
<i>La oposición a los mecanismos de managed care</i>	167
<i>El rechazo del managed care</i>	178
<i>Pese a la diversidad de las fuentes, nuevas coincidencias en ambos escenarios</i>	183

Cuarta parte. Discusión de un enfoque analítico y conclusiones

Capítulo 9. Aproximación a un análisis institucional	187
<i>Presentación del enfoque analítico</i>	187
<i>El peso de los regímenes políticos</i>	187
<i>Polarización entre diferentes concepciones del bienestar</i>	204
<i>Formas organizativas, modalidades de representación y liderazgos</i>	213
Conclusiones	221
<i>Defensa de la hipótesis original</i>	221
<i>Los legados históricos resultantes de la aplicación de políticas</i>	226
<i>Breve comentario final</i>	230
Bibliografía	233



Susana Belmartino

Susana Belmartino (1936-2015) se graduó como profesora y licenciada en Historia por la Universidad Nacional de Rosario y cursó un Doctorado en Humanidades en la Universidad de Aix Marseille, Francia. Entre 1979 y 2003 fue investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario. En esa misma institución, fue secretaria de redacción de la revista *Cuadernos Médico Sociales*, entre 1990 y 2003. En 1985 concursó la Cátedra de Historia Argentina Siglo XX en la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, en la que se desempeñó como titular hasta junio de 2008. En esa

misma universidad, fue investigadora del Consejo de Investigaciones (CIUNR); directora por concurso del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Humanidades y Artes entre 1990 y 1994 y directora de la Maestría en Salud Pública, dependiente del Centro de Estudios Interdisciplinarios (C.E.I.) entre 1995 y 1999. Fue docente de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (MEGyPS) desde sus inicios, en el año 1998, y del Doctorado en Salud Colectiva del Instituto de Salud Colectiva (ISCo), dependiente de la Universidad Nacional de Lanús. En los últimos años de su vida, donó al Centro de Documentación "Pensar en Salud" (CeDoPS) del ISCo las fichas temáticas manuscritas utilizadas en sus trabajos de investigación, además de libros, documentos y revistas sobre los servicios de atención médica y las políticas de salud a lo largo del siglo XX. Con todo este material se conformó el Fondo Documental Susana Belmartino, con el propósito de preservar su legado, digitalizarlo y ponerlo a disposición de otros investigadores.

Autora de libros y artículos científicos, Belmartino dedicó sus primeras obras a la construcción de una historia de los sistemas de servicios de salud en Argentina y el gremialismo médico. Más tarde, se ocupó de analizar la crisis que afectó al financiamiento y la provisión de atención médica y los intentos de reforma generados en la década de 1990. Ya en la primera década de este siglo, se abocó al análisis comparado de diferentes procesos de reforma a nivel internacional y dedicó especial atención al recorrido de las profesiones médicas en Argentina y EEUU. Entre los libros de su autoría, se encuentran *La atención médica Argentina en el siglo XX: Instituciones y procesos* (2005); *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?* (2024); *Historias comparadas de la profesión médica. Argentina y EEUU* (2024); *Corporación médica y poder en salud: Argentina, 1920-1945* (en coautoría, junto a Carlos Bloch, Ana Virginia Persello y María Isabel Carnini); *Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación* (junto a Carlos Bloch, Irene Luppi, Zulema T. de Quinteros y María del Carmen Troncoso); *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960* (junto a Carlos Bloch, María Isabel Carnino y Ana Virginia Persello); *El sector salud en la Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985* (junto a Carlos Bloch y la Organización Panamericana de la Salud); y entre los artículos científicos, destacan en la revista científica *Salud Colectiva*, "*Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX*"; "*La reforma de la atención médica de la administración Obama: dificultades para un acuerdo similar en Argentina*"; "*Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40*"; "*Una década de reforma de la atención médica en Argentina*".

Introducción

Presentación del problema

En los últimos años diferentes series y películas, difundidas en la televisión por cable, recuperan las dificultades que enfrentan los médicos estadounidenses para la atención de determinados pacientes, carentes total o parcialmente de una adecuada cobertura de seguro. Una de esas series retrata el permanente conflicto de un médico carismático y provocador, poco inclinado a adecuarse a normas en conflicto con su criterio profesional, con una gerencia también médica, obligada a un difícil equilibrio entre su preocupación por los pacientes y la limitación de los recursos a su disposición.

Ese escenario de ficción recupera en tono de farsa la tragedia que abruma a un porcentaje muy importante de la población en EEUU y, con menos publicidad y menos capacidad de gestión, también a los beneficiarios de obras sociales en Argentina. En ambos países la condición de inequidad preexistente se agravó partir de la difusión de los mecanismos de gestión propios del *managed care*, o de su referencia en castellano, la *atención gerenciada*.

Si se considera la autonomía y capacidad de autorregulación de su práctica que tuvieron los médicos en ambos escenarios a comienzos del siglo XX, el contraste con su situación actual es notable. En EEUU, la American Medical Association (AMA), afianzada como representante de los profesionales en la totalidad de los estados de la Unión en los primeros años del siglo, había obtenido ya hacia 1930 el reconocimiento de su derecho a autorregularse en todos sus campos de actividad, es decir a definir las condiciones de formación, práctica e inserción en el mercado de trabajo de su membresía. Su par en Argentina, la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), se constituye como tal más tardíamente, en la década de 1940, y solo algunas décadas más tarde impone su concepción de las *libertades médicas*¹ en una porción significativa de su mercado de trabajo. Sin embargo, desde fines del siglo XIX también los médicos argentinos habían obtenido del Estado el reconocimiento formal de su derecho a instituirse como únicos detentadores de la función de prevenir y curar la enfermedad.

¹ La expresión es conocida, pero igualmente puede ser necesario aclararla. Se identifican con esos términos las reivindicaciones de los médicos relativas a: libre elección por parte de los pacientes, libre elección por parte de los profesionales, libertad de prescripción, libertad de ejercicio, sin intervención de legos, libertad de establecer el precio de su trabajo.

En este libro relato la historia de ambas profesiones a lo largo del siglo XX. Dos interrogantes ordenan ese relato. El primero se orienta hacia la búsqueda de explicaciones al diferente *timing* de afirmación del poder profesional en ambos países. El interés por hacerlo se basa en un cuerpo común de ideas, establecido ya a comienzos de siglo.

Las bases constitutivas de las identidades médicas, recuperadas en múltiples documentos expresivos de las reivindicaciones formuladas por los profesionales al Estado y la sociedad en la que se integran, presentan grandes similitudes en tanto comparten la búsqueda de formas organizativas destinadas a afirmar la autonomía profesional ante toda intervención lega en su área de ejercicio, la exigencia de subordinación de profesiones y actividades auxiliares, las demandas canalizadas hacia el poder político, del que se pide apoyo y reconocimiento y se rechaza la intervención.

También comparten una periodización de los mecanismos de regulación de su mercado de trabajo en tres momentos claramente definidos, aunque diferenciados cronológicamente. Ambos cuerpos profesionales reivindican iguales principios éticos como fundamento de su práctica y utilizan los mismos argumentos legitimatorios para la confianza que demandan de las respectivas sociedades, en tanto colocan énfasis en la relación existente entre autonomía del practicante y eficacia terapéutica.

En paralelo, la diferencia más significativa se ubica en el mayor control de su mercado de trabajo que alcanza tempranamente la profesión estadounidense. Estas similitudes y diferencias constituyen el eje de mi primer interrogante: ¿por qué siendo tan similares en estructura, identidades, reivindicaciones y práctica, tuvieron tan diferente desempeño en las batallas políticas a lo largo del siglo?

Un segundo interrogante procura develar las razones por las cuales estas profesiones en las postrimerías del siglo XX se vieron obligadas a declinar en parte su reivindicada autonomía, y ceder a legos cuotas significativas de la regulación de su práctica, tal como se manifiesta en las condiciones actuales de sus mercados de trabajo. La pregunta en este caso gira en torno a las condiciones de agotamiento del modelo de vinculación entre financiamiento y provisión de servicios afirmado en las décadas centrales del siglo, y las condiciones de génesis del nuevo régimen regulatorio, ensayado en su última década.

Confío en que este relato proporcionará insumos útiles para responder a esos interrogantes. También espero que la utilización de un enfoque comparativo pueda servir para iluminar diferentes condiciones estructurales en el nivel de lo político y lo ideológico en cada país y el impacto sobre tales condiciones de las estrategias puestas en marcha por los respectivos liderazgos.

Mis dos historias comienzan con el inicio del siglo XX, momento en que –tanto en Europa como en EEUU– obtiene sus primeros éxitos la lucha de la profesión médica por la obtención de un estatus ocupacional privilegiado. Las condiciones que le ofrecieron un escenario favorable surgieron de algunas transformaciones generadas a partir de la segunda mitad del XIX.

En la primera mitad de ese siglo se habían difundido avances en la clínica, tomados de la experiencia francesa; los avances en bacteriología llegaron en las

décadas de 1860 y 1870 con los trabajos de Pasteur y Koch. La penetración en las universidades del conocimiento científico orientado a una formación con valor práctico también tuvo su expresión en la educación médica. La más radical diferenciación con el antiguo régimen se produjo en John Hopkins, que abrió en 1893 su escuela de medicina con un programa de cuatro años y la exigencia sin precedentes de que todos los estudiantes debían ingresar con grado de *college*.

El siguiente paso se identifica con la emergencia de un incipiente mercado de demanda de servicios estimulado por la acrecentada eficacia de la atención hospitalaria, la mayor legitimación de la práctica médica, y la gestación de una creciente dependencia por parte de las poblaciones del conocimiento y competencia de los médicos cuando se trataba de hacer frente a la incidencia de la enfermedad.

Hasta ese momento, la lucha de la profesión por obtener reconocimiento del estado se había mostrado poco eficaz. Un primer movimiento reivindicativo se produjo en Inglaterra en los años sesenta del siglo XVIII, cuando algunos médicos con educación superior se movilizaron para reproducir en su beneficio las instituciones profesionales que otorgaban a grupos de élite un estatus diferente y exclusivo. Establecieron las primeras escuelas y lograron el reconocimiento de su eficacia en algunas áreas de práctica, sin embargo, no generaron avances sustantivos.

Las razones de la demora en la obtención del estatus profesional suelen reconocerse en la falta de una formación y un entrenamiento estandarizados, las dificultades para alcanzar el reconocimiento por parte del Estado a través de leyes que hicieran obligatoria la obtención de una licencia, y la limitación de los recursos terapéuticos que permitía la existencia de tres esferas de práctica relativamente iguales en importancia: la doméstica, la de los médicos graduados en múltiples y heterogéneas escuelas, y la que ejercían un también heterogéneo conjunto de curadores legos.

El principal referente para el caso estadounidense es la obra de Paul Starr (1982). Construyendo un relato con hipótesis originales sobre los argumentos desplegados por Eliot Freidson (1970), Starr dedica el capítulo introductorio de su libro a recuperar los orígenes sociales y culturales de la situación dominante en el interior del sistema de servicios alcanzada por la profesión médica a lo largo del siglo XX, a partir de considerar que la autoridad y la autonomía que constituyen sus bases de sustentación fueron resultado de un proceso histórico complejo, y no consecuencias directas de los avances de la ciencia biomédica.

En el siglo XIX, afirma, la profesión médica era débil, estaba dividida, sufría inseguridad en su estatus e ingreso, era incapaz de controlar su práctica o establecer las normas para la educación de su futura membresía. En el siglo XX no solo los médicos se convirtieron en una profesión poderosa, prestigiosa y rica, además tuvieron éxito en modelar la estructura organizativa y financiera básica de la atención médica estadounidense.

En las últimas décadas de ese siglo esa estructura comenzó a deslizarse fuera del control profesional, el poder se desplazó desde la profesión organizada hacia complejos de escuelas médicas y hospitales, agencias reguladoras, empresas de seguro, conglomerados, *holdings* y otras empresas, y desde profesionales de la medicina hacia economistas y expertos en administración.

En líneas generales podrían identificarse criterios similares para una periodización de la historia de la profesión médica en Argentina, aun cuando la cronología de los procesos de cambio difiera, y el poder de la profesión en la regulación y control del sistema de servicios haya estado en nuestro medio limitado por la presencia de otros actores con mayor capacidad de llegada al poder político.

En relación a la reconstrucción de esa historia en nuestro país es necesario tener en cuenta las dificultades para recuperar los orígenes del proceso de transformación de los médicos en miembros de una profesión reconocida, con capacidad de interponer demandas de autonomía y autorregulación ante la sociedad y el poder político. La falta de investigaciones de base es el principal impedimento que enfrentamos. Las reconstrucciones de la historiografía tradicional y los trabajos de un número de sanitaristas que abordaron esa tarea se limitan a una cronología de instituciones, que poco nos dice sobre la verdadera dinámica de construcción del poder profesional.

En la historiografía académica de las últimas décadas solo contamos con el valioso aporte de la obra de Ricardo González Leandri, concentrada en el período 1852-1870 (González Leandri, 1999). Su reconstrucción da cuenta de las relaciones entre el gobierno de la provincia de Buenos Aires y la élite médica que toma a su cargo la reorganización de la Escuela de Medicina, luego transformada en Facultad. El decidido fortalecimiento de las instituciones que siguió a la caída de Rosas favoreció también a la medicina. Los nuevos organismos, Facultad, Consejo de Higiene y Academia de Medicina no lograron sin embargo constituirse en forma autónoma del poder político ni eludir los conflictos internos al grupo de notables que recibió del gobierno provincial la potestad para dirigirlos.

Este primer desarrollo institucional y la presencia de una única institución formadora facilitó sin duda la tarea de acreditación y reconocimiento de títulos, aun cuando esa legitimidad de origen no estuviera respaldada por una similar legitimidad de ejercicio en la función de cura. Sin llegar a la multiplicación de las sectas que se generó en EEUU, también en nuestro país se registraron conflictos relacionados con la orientación terapéutica, expresados en los avances de la homeopatía, cuyos cultores cuestionaban las pretensiones de monopolio de la medicina oficial, disfrutaban de una amplia clientela y no tenían dificultades para promocionar sus servicios a través de la prensa. La indagatoria de González Leandri recupera, además, una primera inquietud gremial que se concreta en la organización en 1860 de la Asociación Médica Bonaerense y algo más tarde de la Sociedad Médico Práctica.

Carecemos de investigaciones de base que nos permitan reconstruir la continuidad de estos avances en las últimas décadas del siglo XIX. Sin embargo, el escenario que develan mis trabajos sobre las primeras décadas del siglo XX apunta a justificar una presunción de continuidad, sin mayores logros en la consolidación del poder profesional. La presencia de una élite médica en las agencias del Estado, su influencia en el diseño y aplicación de políticas de saneamiento y control del espacio urbano, las dificultades de los médicos en ejercicio para garantizar su formalmente reconocido derecho exclusivo al ejercicio de la función de cura, reproducen con escasos matices el muy informado relato construido por González Leandri en su trabajo pionero.

Enfoque y metodología

Mi principal interés en la elaboración de este trabajo no fue la recuperación de historias relativamente conocidas y su síntesis en torno a determinados ejes. Mi preocupación central fue metodológica, mi objetivo, construir un enfoque de historia comparada, inspirada en múltiples experiencias de estudios de política y economía política, que focalizan su análisis en las instituciones, en busca de explicar las similitudes y diferencias de los resultados obtenidos sobre alguna cuestión problemática en diferentes escenarios.

En particular procuro utilizar las categorías incorporadas por el institucionalismo histórico en su intento de iluminar cómo las luchas políticas están mediadas por los espacios institucionales en los cuales tienen lugar. Considero significativo el énfasis colocado en el modo en que las instituciones modelan los objetivos que persiguen los actores políticos y la forma en que ellas estructuran las relaciones de poder que los vinculan, privilegiando algunas y poniendo otras en desventaja (Thelen & Steinmo, 1992).

Tales estudios abordan en general la comparación entre naciones o regiones, enfoque escasamente utilizado por la historiografía argentina. Cuando hago referencia a construir un enfoque, intento diferenciarme de los estudios que recuperan en paralelo historias particulares para luego recuperar similitudes y diferencias. Mi estrategia narrativa procura delimitar cuestiones significativas en la evolución de ambas profesiones, e ir analizando en forma articulada estrategias de abordaje, resultados, avances y retrocesos en la expectativa de constituirse en árbitros exclusivos de la regulación de las organizaciones de financiamiento y provisión de atención médica.

Para una esquemática presentación de mi propuesta analítica debo comenzar aclarando que abordo las instituciones como reglas de juego, conforme la acertada fórmula de Douglass North (1990), y reconstruyo los procesos que llevan a la definición de esas reglas –tanto explícitas como implícitas– y a la construcción de organizaciones normadas por ellas. Identifico en las organizaciones del sistema las prácticas de múltiples agentes que en su accionar cotidiano actualizan esas reglas de juego, aceptándolas, cuestionándolas, adjudicándoles valor en función de sus ideologías o intereses, a la vez que se involucran en conflictos por su fortalecimiento o vaciamiento, a partir de sus propias estrategias de afirmación y competencia.

Hago referencia a *legados históricos* para identificar cómo una determinada relación de fuerzas puede ser reconocida como un rasgo persistente en una determinada arena de política. Las reglas de juego afirmadas en una determinada coyuntura pueden influir en la trayectoria futura de las organizaciones afectadas, condicionando la respuesta ante nuevos desafíos, en particular por la emergencia de *coyunturas críticas*, que generan en las sociedades involucradas la percepción de una conveniencia o necesidad de cambios sustantivos.

Algunos estudios neoinstitucionalistas enfatizan el impacto de las capacidades estatales existentes y los legados de política sobre las posibles opciones de cambio. Otros se centran en el modo en que las reglas de juego establecidas en un

determinado momento estimulan a las fuerzas sociales a organizarse bajo determinados parámetros con preferencia a otros, a adoptar identidades particulares, o a desarrollar intereses en políticas cuyo cambio se considera difícil o excesivamente costoso (Hall & Taylor, 1996).

En palabras de Paul Pierson, el movimiento inicial en una dirección particular estimula posteriores movimientos a lo largo del mismo camino. A lo largo del tiempo “el camino no elegido” se convierte en una alternativa crecientemente distante, crecientemente inabordable (Pierson, 1999, p. 6). El mismo Pierson se ocupa, sin embargo, de rechazar cualquier lectura determinista. El argumento no alude a un congelamiento de las relaciones existentes. El cambio continúa, pero es un cambio limitado o vinculado, hasta que algo erosiona o disuelve los mecanismos de reproducción que generan la continuidad institucional. Se apoya en una expresión de Douglass North que, a su criterio, sintetiza bien el punto clave: “A cada paso del camino existen [opciones] políticas o económicas, que proporcionan [...] alternativas reales” (North, 1990, p. 98).

En acuerdo con esta perspectiva, muchos analistas dividen el flujo de los eventos históricos en períodos de continuidad interrumpidos por *coyunturas críticas*, es decir, momentos en que el cambio institucional sustancial tiene lugar, a partir de crear un *punto de bifurcación* que lleva al desarrollo histórico a transitar un nuevo sendero. También es importante señalar que estas lecturas no suponen considerar que las instituciones políticas constituyan la única fuerza con impacto en la definición de políticas. Por el contrario, buscan ubicarlas en una trama compleja que contemple el rol de otros factores, especialmente el desarrollo socioeconómico y la difusión de ideas.

Otras inquietudes neoinstitucionalistas impactan también en este trabajo, en especial la conveniencia de articular estructuras y acción, a los efectos de iluminar las interacciones recíprocas. También comparto la inquietud, manifestada entre otros por Peter Hall, por la construcción de un enfoque integrador de diferentes perspectivas aplicadas al estudio de los servicios de salud. Las más significativas en mi experiencia serían: la que focaliza en actores sociales y/o estatales, los enfoques centrados en el Estado y sus políticas, aquella que enfatiza el rol de ideas e ideologías y la que aborda cuestiones de gestión y/o mercados. He intentado iluminar a lo largo del texto esas diferentes dimensiones del análisis, en la medida que las fuentes disponibles me lo han permitido. En el capítulo octavo ofrezco una visión más estilizada de un posible enfoque integrador a partir de la categoría de *configuración*, introducida por Ira Katznelson (1997).

Contenidos

He dividido los capítulos del libro en cuatro partes, las tres primeras responden a una idea general de recuperar los procesos de emergencia, consolidación, agotamiento y reforma de un régimen de organización de la atención médica en ambos países.

La primera parte recupera la historia de ambas profesiones desde el inicio del siglo XX hasta la coyuntura crítica de los años treinta. Esas primeras décadas pueden leerse como un momento de afirmación de la profesión estadounidense, que construye en esos años las condiciones para su futura hegemonía en el sistema de servicios de atención médica. Sus colegas argentinos enfrentan en esos años los mismos obstáculos y potenciales competidores en el ejercicio de la función de cura. No llegan sin embargo a obtener similares conquistas. La crisis de los años treinta impactó de manera diferente en la autopercepción de los médicos del reconocimiento recibido por su práctica en las respectivas sociedades. Los relatos que se difunden en Argentina constituyen un posible indicador de la incertidumbre que afecta a sus profesionales, que, a través de diferentes diagnósticos y conflictivas propuestas de reordenamiento de su mercado de trabajo, expresan su decepción ante la verificación de una asignatura pendiente para la afirmación de su plena autonomía.

Tres capítulos describen el dispar desarrollo del poder profesional. El primero de ellos aborda éxitos y fracasos en la exclusión de curadores alternativos y subordinación de técnicos y profesiones auxiliares; también los conflictos internos resultantes de la expansión de especialidades y la delimitación de las respectivas incumbencias. El segundo reconstruye los debates sobre las formas organizativas más adecuadas para la afirmación de las *libertades médicas*, núcleo de las reivindicaciones profesionales en ambos países, el proceso de expansión de los hospitales y su relación con los médicos, y las experiencias y propuestas de mecanismos de vinculación entre financiamiento y provisión de servicios que finalmente resultarían descartados: el seguro nacional obligatorio, las cooperativas médicas y los grupos de práctica prepaga. En el tercer y último capítulo de esta primera parte, recupero el desarrollo de las dos estrategias promovidas para allanar el camino hacia la plena profesionalización: la búsqueda de mayor legitimidad a través de reivindicaciones éticas y la construcción de organizaciones representativas de los intereses profesionales.

Una segunda parte cubre las décadas centrales del siglo XX y aborda la dispar experiencia en la concreción de nuevas formas organizativas para los fragmentados y heterogéneos subsistemas de atención médica, en los que se reconoce la necesidad de fortalecer una demanda solvente. Los cambios introducidos en las relaciones entre financiadores, proveedores y pacientes fueron muy significativos y tuvieron impacto importante en el desempeño de los respectivos sistemas de servicios, en una magnitud que me autoriza a identificar la presencia de un nuevo régimen.

La índole de los procesos bajo análisis obliga a una reconstrucción independiente para cada país, que se despliega en el cuarto y quinto capítulos. El sexto se ocupa, nuevamente en lógica comparativa, de describir las dificultades presentes en ambos escenarios para la sustentabilidad de las formas de gestión adoptadas: en EEUU, reconocidas a partir de la década de 1970; en Argentina, en los últimos años ochenta. Su título puede servir para sintetizar mi visión de esos procesos: tras diferentes desarrollos, se obtienen resultados similares. La opinión de múltiples analistas me libera de avanzar nuevas hipótesis sobre esa posible paradoja: en general se asigna responsabilidad a la utilización sin control de los mecanismos de gestión vinculados a la libre elección del paciente, el pago por acto médico y la libertad de prescripción.

La tercera parte relata las estrategias de cambio puestas en marcha por gobiernos y agentes sectoriales para superar la crisis de agotamiento de las formas organizativas y los mecanismos de gestión. Describo esos procesos en dos capítulos. En el capítulo séptimo relato las iniciativas estatales destinadas a generar mayor equidad y eficiencia en la atención médica: el Plan Clinton en EEUU y el Decreto 9 de enero de 1993 en Argentina. En EEUU se genera un intenso debate sobre la reforma y el equipo gubernamental diseña un ambicioso proyecto de ley que no logra aprobación en el Congreso. En Argentina se procura flexibilizar el mercado, disponiendo la libre contratación entre financiadores y proveedores, la desregulación de las obras sociales y el ingreso de los hospitales públicos al mercado de la seguridad social médica a través de la figura del hospital de autogestión. La iniciativa no genera los resultados previstos por los reformadores.

En ambos escenarios, las nuevas reglas ordenadoras de las relaciones entre financiadores y proveedores se definen a partir de la reacción de los mercados que, ante la amenaza percibida en la intervención estatal, optan en EEUU por una nueva forma de gestión identificada como *managed care* o atención gerenciada. En Argentina, las organizaciones con mayor poder de negociación en el sistema adoptarán nuevos formatos para la cobertura de atención, poniendo en marcha pagos modulados y por cápita. En ambos sistemas crecerá la exclusión de los sectores de población de menores recursos y se potenciará la heterogeneidad y fragmentación preexistente.

El capítulo octavo recupera las reacciones de la profesión médica ante el cercenamiento de sus prerrogativas que suponen los nuevos mecanismos de gestión. Tanto la American Medical Association (AMA) como la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) ensayan diferentes estrategias de defensa de la autonomía de los profesionales. Sin embargo, ambas corporaciones, por diferentes razones ven limitada su capacidad de regulación de las relaciones con los proveedores. En EEUU será la presión de los médicos y hospitales mejor posicionados en el mercado la que logrará el retroceso del *managed care*. En Argentina, el crecimiento económico generado en los primeros años del siglo XXI generará mejores perspectivas para el trabajo profesional.

Una cuarta parte contiene la discusión analítica de los procesos analizados en las tres primeras y algunas conclusiones de índole general. El capítulo noveno presenta una perspectiva analítica que procura explicación para las similitudes y diferencias puestas de manifiesto en las historias de ambas profesiones. Con ese objeto me ocupo del impacto de los respectivos regímenes políticos, las concepciones sobre bienestar que se debaten en ambas sociedades y las formas organizativas, modalidades de representación y liderazgos de las organizaciones gremiales médicas. Un texto breve reúne en el décimo capítulo algunas reflexiones finales sobre las cuestiones que considero más relevantes.

Es posible que algún lector se interese por las razones de la no inclusión en este libro de la reforma promovida por el presidente Barack Obama y aprobada por el Congreso de EEUU en 2010. Mi decisión al respecto se fundamenta en dos razones: en primer lugar, es posible que esa aprobación esté vinculada con cambios en los posicionamientos de los partidos Demócrata y Republicano producidos a partir de

2003; en segundo lugar, todavía no se tiene información adecuada sobre las reacciones de los mercados y las posiciones de los diferentes grupos de interés ante esa aprobación. Dar cuenta de esos procesos significa una recopilación de información con la que todavía no cuento.

Primera parte

El proceso de emergencia del
poder profesional

Capítulo 1

Adversarios y obstáculos en el camino a la profesionalización

James Robinson, reconocido economista norteamericano, en un texto en el que recupera antecedentes históricos de las distorsiones identificadas en la atención médica de su país, caracteriza en los siguientes términos los atributos más relevantes de la profesión médica en su momento de mayor influencia:

La medicina es la personificación de una profesión erudita. Un fuerte fundamento científico y un largo aprendizaje clínico convierten a la medicina en esotérica para el ciudadano común y crean una asimetría de información y autoridad entre médico y paciente. La provisión personal uno-a-uno de servicios médicos requiere confianza, confidencialidad y una orientación de servicio que no se encuentra en esfuerzos puramente técnicos. Históricamente, esta combinación de ciencia y servicio generó una trama social que garantizó derechos únicos e impuso responsabilidades únicas sobre la profesión. Se cedió a los médicos el control sobre la licenciatura, el ingreso a la profesión, los estándares de entrenamiento y los criterios para la demostración de competencia técnica. Ellos dominaron a los proveedores auxiliares tales como enfermeras y farmacéuticos y ejercieron un decisiva, si bien a menudo implícita, supervisión sobre hospitales, aseguradores y fabricantes de fármacos. Podían esperar deferencia frente a sus opiniones clínicas y cooperación con sus recomendaciones terapéuticas. Los médicos individuales fueron responsables de asegurar el bienestar de sus pacientes, mantener sus propias destrezas clínicas, proporcionar atención de caridad al indigente y acompañar al enfermo en su momento de mayor necesidad. La profesión era responsable de la autorregulación a través de la formulación de estándares clínicos, el desenmascaramiento del charlatanismo, y la expulsión de los miembros con pericia o ética deficientes (Robinson, 1999, p. 16).

Si prestamos atención a los tiempos verbales es posible reconocer, en un texto publicado en 1999, la utilización del pasado para referir a la época de oro del control de los médicos sobre las organizaciones vinculadas a la atención médica. En paralelo, si retrocedemos hasta las primeras décadas del siglo XX, nos será posible reconstruir las condiciones previas a esa situación de predominio. La información disponible permite afirmar que en esos años tanto los médicos estadounidenses como los argentinos consideraban este diagnóstico como un enunciado de los derechos que les correspondían y las responsabilidades que estaban dispuestos a asumir. Algo que la sociedad les debía en función de sus conocimientos, su compromiso ético y

su decidida defensa de los intereses de sus pacientes y, sin embargo, por múltiples razones, no parecía dispuesta a garantizarles, aun cuando estuviera legislado un reconocimiento formal de sus condiciones de ejercicio. El proceso histórico al que hace referencia la cita se encontraba en sus etapas iniciales y los avances tenían matices diferenciales en cada uno de tales escenarios; sin embargo, una serie de cuestiones comunes permiten verificar una relativa simetría en la definición de derechos y la identificación de adversarios y obstáculos a superar.

En la lectura de Paul Starr, la condición de relativa debilidad de la profesión médica se mantuvo en EEUU hasta la tercera década del siglo XX. Hasta ese momento, los médicos estadounidenses no habían logrado todavía consolidar su autoridad, la medicina era todavía una profesión “sitiada”. Un listado relativamente amplio de agentes y organizaciones sectoriales eran identificados como responsables de esa situación. En paralelo, en Argentina, el “malestar” de los médicos –término reiterado en las fuentes locales cuando se hace referencia a condiciones similares– reconocía parecidos orígenes, de manera que es posible establecer una agenda de cuestiones compartida.

Las áreas comprometidas en ambos casos involucran prácticamente todos los atributos que se identifican como constitutivos de una profesión: curanderos, charlatanes, técnicos auxiliares y profesiones paramédicas vulneran en sus prácticas cotidianas su derecho al ejercicio exclusivo de la función de cura; políticas excesivamente permisivas aplicadas a la reválida de títulos de médicos extranjeros contradicen sus facultades para determinar las normas de formación y entrenamiento de sus futuros miembros; múltiples organizaciones conducidas por legos amenazan su expectativa de ejercer la autorregulación de todos los aspectos vinculados con su trabajo (organización del ámbito de práctica, remuneración, supervisión de la actividad de profesionales y técnicos auxiliares).

Frente a la necesidad de recuperar la legitimidad de sus demandas ante una sociedad que parece desconocerlas o negarlas, la profesión coloca particular énfasis en su disposición a establecer normas de conducta ética y supervisar y sancionar posibles prácticas desviadas entre su membresía, y reivindica su derecho a reclamar del Estado el reconocimiento efectivo de su autonomía y potestad de autorregulación.

Los obstáculos que los médicos enfrentan para afirmar sus derechos y las estrategias que promueven para superarlos en las primeras décadas del siglo XX serán abordados en los tres capítulos que conforman esta primera parte. El contenido de este capítulo analiza en primer término la presencia de curadores alternativos, no reconocidos por la ley, pero legitimados por la confianza que les otorgaban determinados sectores de la población. En segundo lugar, se describen los conflictos entablados por la delimitación de un ámbito exclusivo de práctica entre la profesión médica, sus auxiliares y las profesiones paramédicas.

La reivindicación del monopolio de ejercicio

Curanderos y charlatanes

La presencia en el mercado de atención médica de curadores no autorizados por las respectivas legislaciones que, sin embargo, son aceptados como legítimos por determinadas capas o sectores sociales y ejercen su práctica y publicitan sus logros sin ser objeto de sanción por parte de las autoridades, es reconocida con alarma en ambos escenarios nacionales. Curanderos y charlatanes constituyen parte de esta competencia.

En el escenario norteamericano los curadores no legitimados son identificados en general como charlatanes (*quacks*) y *sectarios no científicos*. El siglo XIX estuvo caracterizado por una cierta permisividad al respecto, que estimuló la proliferación de sectas médicas y, en paralelo, la multiplicación de escuelas en competencia, que ofrecían una formación fundada en diferentes criterios respecto de las causas de la enfermedad y las posibilidades de prevenirla o proporcionarle remedio. Tal circunstancia suele asociarse con rasgos culturales característicos de la sociedad norteamericana, que pueden haber incidido en la aceptación generalizada de la presencia de múltiples oferentes de cura. Conforme las reconstrucciones que nos proporcionan Starr (1982) y Freidson (1970), las pautas culturales dominantes con anterioridad al siglo XX respaldaban el derecho de cada individuo a enfrentar la enfermedad sin sujetarse a la opinión de los médicos regulares, a la vez que consideraban que el sentido común y la inteligencia natural podían manejar la mayoría de los problemas involucrados. En consecuencia, defendían el derecho a practicar la cura como una libertad inalienable, comparable a la libertad religiosa.

El predominio de esa concepción en la vida política y cultural norteamericana respaldó las decisiones vinculadas a la cancelación del otorgamiento de licencias para el ejercicio de la medicina, sancionadas por un buen número de legislaturas estatales en los años treinta y cuarenta del siglo XIX; política que solo sería revertida en las últimas décadas de ese siglo. Aún entonces la legislación se mostrará generosa con los individuos ya insertos en el ejercicio de la correspondiente práctica; solo en forma gradual los requisitos fueron ganando en especificación y perdiendo flexibilidad.

La situación argentina era diferente en lo institucional, en tanto la formación de médicos y el respectivo otorgamiento de títulos se concentró a partir de las primeras décadas del siglo XIX en las universidades, y el reconocimiento formal del monopolio de ejercicio se expresó en leyes sancionadas por la provincia de Buenos Aires en 1877. Sin embargo, ese reconocimiento formal no se había hecho efectivo en los comienzos del siglo XX, por razones asociadas con la ausencia del necesario respaldo de la población y, a la vez, con la limitada eficacia del Departamento Nacional de Higiene (DNH) en su función de control. En consecuencia, la multiplicidad de curadores, y, en ocasiones, su difícil encuadramiento en la figura del ejercicio ilegal,

expresa también aquí una débil capacidad (o vocación) de las agencias estatales para reprimir las prácticas de los curadores alternativos.

La presencia de curanderos inquieta a los médicos, y la preocupación se manifiesta a través de una abigarrada literatura dedicada específicamente al tema, que puede encontrarse en revistas científicas, publicaciones gremiales, presentaciones a congresos y debates parlamentarios. Tales escritos son tan variados como la misma oferta de curadores ilegítimos: proporcionan información relacionada con métodos e instrumentos, intentan tipologías del fenómeno, analizan posibles causas y proponen estrategias defensivas no siempre eficaces. Leídos desde el presente, conforman una *picaresca* particularmente atractiva para la mirada del historiador, que he descrito en otro lugar y solo recuperaré fragmentadamente en este texto.

El curanderismo propiamente dicho se solía identificar a través de la administración de “brebajes y agentes terapéuticos internos o externos”, cuya índole difería según se tratara de curanderos urbanos o rurales. Los manosantas, en cambio, sometían al candidato a una terapéutica basada en la sugestión, sin necesidad de los insumos o maniobras propias de los curanderos. También algún poderoso “fluido vital magnético” solía reconocerse entre los instrumentos utilizados por muchos de estos curadores, que atraían multitudes y solían tener un poderoso vehículo de propaganda en la difusión que los medios de comunicación hacían de sus actividades (Belmartino *et al.*, 1998, pp. 34-35).

También los herboristas invadían el ámbito de ejercicio de los médicos regulares, cuando publicaban avisos en los que promocionaban las propiedades curativas de sus productos, o rotulaban sus establecimientos como *consultorios*. En 1901 los propietarios de uno de estos comercios, ante una requisitoria del DNH, acceden a dejar de llamar consultorio a su negocio, pero continúan presentándolo como “única casa autorizada por el Departamento Nacional de Higiene para la venta de yerbas, yuyos y resinas altamente medicinales”. Un expediente de más de 200 fojas concluye con una sentencia del juez del crimen imponiéndoles una multa de 200 pesos moneda nacional¹.

La falta de operatividad de los procedimientos y la legislación destinada a combatir el curanderismo es uno de los argumentos esgrimidos para explicar su difusión. También se alude con frecuencia a la falta de cultura de los sectores populares. Elaboraciones más complejas reconocen múltiples factores: a la tradicional responsabilidad asignada a la miseria, la ignorancia, la superstición, se agrega un listado más amplio. Algunos se orientan hacia déficits verificables en la práctica profesional: errores diagnósticos, médicos que abandonan la terapia cuando se trata de enfermos sin recursos, dificultades para establecer una adecuada relación médico-paciente, escasa importancia asignada a los factores emocionales, falta de reconocimiento de las limitaciones en el desarrollo científico de la medicina y consiguiente actitud conservadora que rechaza avances que se consideran excesivamente audaces. No podían faltar los factores político-clientelares: en las áreas rurales y los barrios populares existían conexiones entre curanderos y caudillos políticos, que los protegían de cualquier sanción.

¹ Departamento Nacional de Higiene, *Anales*, X, 2, pp. 84-87.

Técnicos auxiliares y profesiones paramédicas

La preocupación profesional se extiende también hacia algunas prácticas que ponen en manos de legos la aplicación de recursos terapéuticos avalados por el conocimiento científico.

A medida que se desarrolla el proceso de urbanización y aumenta la clientela que acude a los consultorios, los médicos comienzan a delegar la realización de algunos procedimientos simples en auxiliares o enfermeras. En los hospitales se registra la existencia de un numeroso personal que acude a practicar sin recibir remuneración, atraído por la esperanza de obtener una suplencia o un cargo efectivo. Mucamas, enfermeras, visitadoras, aplican inyecciones, lavan pisos o sirven como escribientes, mientras aprenden a realizar tareas pequeñas y no tan pequeñas, teóricamente reservadas a los técnicos. Cuando se realizan bajo supervisión médica no constituyen problema. Este se presenta cuando alguno de ellos decide trabajar por cuenta propia y ofrece abiertamente sus servicios, en ocasiones a los mismos profesionales.

En Argentina, en particular en los años 30, cuando comienza a generalizarse la alarma por un posible o real aumento en el número de médicos que pondría en peligro el equilibrio entre oferta y demanda de atención, y se observa con temor la caída de la clientela que acude a los consultorios, algunos profesionales reprochan a sus colegas la facilidad con que permiten que “enfermeros adoctorados, flebotomos, masajistas y todo un ejército de auxiliares, vivan a su sombra y se hipertrofien día a día” (Belmartino *et al.*, 1988, pp. 43-44).

A la amenaza constituida por los auxiliares no técnicos se suma la actividad de las ocupaciones paramédicas: farmacéuticos, parteras, optometristas, técnicos de laboratorio, radiólogos, osteópatas y quiroprácticos componen este listado, tanto en Argentina como en EEUU. Se trata de profesiones y técnicos auxiliares, a quienes el desarrollo científico y la complejización de la práctica hacen cada vez más indispensables, pero no siempre se resignan a una práctica subordinada. En la perspectiva de los profesionales, un número significativo compete con ellos en la captación de pacientes, vulnerando de ese modo su derecho al monopolio de la función de cura, que colocaría a los médicos como intermediarios necesarios entre tales técnicos y la población que demanda atención.

La actividad de los farmacéuticos se ubica en otro nivel del problema, ya que se trata de la delimitación de incumbencias entre dos profesiones reconocidas. En Argentina, las actividades de consulta practicadas por farmacéuticos e idóneos merecieron tempranamente la atención de los funcionarios del DNH, que en 1903 lamentaban el excesivo número de farmacias abiertas al servicio público, y afirmaban que la mayoría de tales establecimientos vivía del curanderismo.

Un proyecto presentado a la Cámara de Diputados de la Nación en mayo de 1905 y sancionado como Ley 4687 en septiembre de ese mismo año nos brinda mayor información sobre esta cuestión. Al parecer, conforme la ley vigente, el DNH autorizaba la apertura de farmacias a personas que carecían del respectivo título, con la única condición de que tuvieran una regencia a cargo de un farmacéutico diplomado. Eso habría llevado a una multiplicación de establecimientos en manos

de idóneos, débilmente supervisados por los responsables de ejercer la regencia. La norma finalmente sancionada exige la “dirección efectiva y personal del despacho” por parte de farmacéuticos con diploma otorgado o revalidado por Universidad Nacional y establece plazos para la regularización de los establecimientos existentes².

La principal preocupación de los médicos, sin embargo, se vinculaba con el abandono de las fórmulas magistrales prescriptas en forma individual a cada paciente y la correlativa difusión de los específicos. En los reclamos que la profesión interpone ante el poder político, en una dinámica que parece acentuarse en la década de 1920, tiene un lugar importante la denuncia de los peligros para la salud pública derivados de una presunta o real tendencia a la automedicación, favorecida por las características que asumía la publicidad de específicos y los prospectos informativos que acompañaban sus presentaciones.

En EEUU, la cuestión enfrentó, a partir de mediados del siglo XIX, a médicos y fabricantes de medicinas patentadas, que dedicaban sumas considerables a promover sus productos en la prensa popular y también ofrecían terapia y consejo. Dado que los médicos a menudo preparaban sus propias medicinas, las empresas farmacéuticas eran sus competidoras directas. No solo vendían fármacos, también invitaban a la población a consultarlas con el fin de obtener consejo sobre sus problemas de enfermedad. Con frecuencia se ocupaban de desacreditar las terapias prescriptas por los profesionales –la medicina era lenta mientras sus remedios garantizaban efectos instantáneos; los médicos cobraban altos honorarios, sus fórmulas eran baratas– a la vez que en paralelo se apropiaban rápidamente de los nuevos descubrimientos científicos para asociarlos con sus productos, generalmente inocuos, en parte dañinos³.

El temprano control de esta competencia se debió en parte a la intervención de la American Medical Association (AMA), organismo representativo de los médicos regulares, que se afirma en las últimas décadas del siglo XIX. Su estrategia consistió originariamente en diferenciar las preparaciones de composición conocida prescriptas por la profesión y las medicinas con marca registrada cuya composición era secreta y se vendían directamente al público. Hacia 1900 la situación se habría

² *La Semana Médica*, XII (40) del 21-09-1905: 1970.

³ González Leandri menciona el cuestionamiento de la Sociedad de Farmacia porteña a la actividad de los comerciantes en drogas cuando describe el conflicto entablado en torno a la sanción de la Ley reguladora de la actividad de médicos y farmacéuticos, sancionada por la provincia de Buenos Aires en 1877 (González Leandri, 1999). Esa situación podría asimilarse con la protagonizada por médicos y productores de fármacos con marca registrada en EEUU. En las primeras décadas del siglo XX, sin embargo, la cuestión todavía no se ha resuelto: un conflicto similar enfrenta a los médicos con la práctica de algunas farmacias. La crónica histórica nos permite un paralelo entre situaciones similares en la Argentina de 1930 y los EEUU en la década de 1870. En estos años la empresa de Lydia Pinkham publicita un compuesto vegetal destinado a atacar debilidades ginecológicas y renales, a la vez que invita a las lectoras a consultar a la Sra. Pinkham sobre sus dolencias (Stage, 1999). En Buenos Aires, un artículo dedicado al ejercicio ilegal de la medicina, publicado en la Revista de Colegio de Médicos en 1933, acusaba a una reconocida farmacia (“La Estrella”) de practicar el curanderismo, en tanto repartía formularios con listados de síntomas que debían completar los enfermos, a quienes por correspondencia se les indicaba el producto de la casa que curaría su afección.

agravado: la propaganda de medicinas con registro de marca invadía las publicaciones médicas, y los médicos, aun ignorando su composición, las prescribían.

El problema comenzará a ser controlado en la primera década del siglo XX a partir de algunos cambios significativos. En primer lugar, un sector del periodismo incorporó esa preocupación profesional como parte de una campaña más general orientada a la denuncia de prácticas comerciales engañosas; en segundo término, la AMA, respaldada por el crecimiento de su membresía, dispuso de los recursos financieros necesarios para crear su propio aparato regulatorio y hacer pública su oposición a los fabricantes de drogas de composición no conocida; por último, las mismas empresas farmacéuticas se vieron obligadas a reconocer su dependencia de los médicos para comercializar sus productos, a partir de una creciente tendencia de la población a confiar en su criterio cuando debía tomar decisiones sobre utilización de fármacos.

En la reconstrucción de Starr se enfatiza la importancia de la labor periodística, que alcanzó impacto institucional. A partir de 1903, revistas como el *Ladie's Home Journal* alertan a las mujeres sobre la imprudencia de la automedicación. Su editor indica "El honorario de un médico, de un dólar o dos, que la madre procura ahorrar, puede ser la forma menos costosa de la economía que siempre ha practicado". Un muy reconocido periodista entre los que hoy llamaríamos de investigación (la designación en inglés tiene un dejo despectivo: *muckraking*), Samuel Hopkins Adams, publicó en 1905 dos series de artículos bajo el título de *The Great American Fraud*, en los que denunciaba los efectos iatrogénicos de las medicinas de marca registrada, publicación que la AMA distribuyó en 150.000 copias a lo largo de los siguientes cinco años (Adams, 1905).

Tras la huella de las publicaciones de Adams y la novela de Upton Sinclair, *The Jungle*, que reveló las adulteraciones frecuentes en la industria de comidas envasadas, el Congreso de EEUU sancionó en 1906 la Pure Food and Drug Act., que señala el comienzo de la regulación de drogas por parte del gobierno federal. En paralelo, la AMA estableció un Concejo sobre Farmacia y Química, en procura de establecer estándares para drogas, con el objeto de evaluarlas y conducir la batalla contra las medicinas registradas. Sus objetivos fueron retirar información a los consumidores y volver a canalizar la compra de fármacos a través de los médicos.

Ni la regulación federal ni la actividad de la AMA impidieron que las empresas farmacéuticas siguieran comercializando sus productos, sin embargo, tuvieron que operar en el interior de límites más precisos. La AMA extendió también su autoridad sobre otros mercados vinculados a salud, como el dedicado a la elaboración de alimentos infantiles. La afirmación de la autoridad de los médicos para prescribir fármacos y otros productos permitió a la AMA posicionarse como intermediaria entre las empresas productoras y sus mercados. En 1905 había cerrado las páginas de su *Journal* a la promoción de medicinas registradas; en 1912 estableció un mecanismo para canalizar hacia las publicaciones de sus filiales la publicidad de los productos aprobados por su Concejo; pocos años más tarde la publicidad destinada a promover productos farmacéuticos y alimenticios se convirtió en su principal fuente de ingreso, aumentó su influencia sobre las asociaciones federadas y fortaleció aún más los vínculos que las unían.

La definición de incumbencias entre médicos y enfermeras constituyó una cuestión compleja en Argentina al menos hasta mediados del siglo XX. En EEUU, por el contrario, hubo una temprana profesionalización de la enfermería a partir del establecimiento en 1873 de tres escuelas destinadas a su formación. Hasta ese momento las enfermeras hospitalarias solían ser mujeres de sectores humildes, en algunos casos reclutadas en cárceles o asilos. El movimiento hacia la profesionalización se generó en paralelo al referido a la reforma hospitalaria, en manos de mujeres de las clases altas neoyorquinas que formaron en 1872 un comité destinado a monitorear la actividad de hospitales públicos y asilos.

En el Hospital Bellevue las promotoras de la State Charities Aid Association denunciaron la presencia de pacientes y camas en condiciones indescriptibles: la única enfermera para la guardia quirúrgica dormía en el baño, la lavandería del hospital no había tenido jabón durante semanas, y durante la noche nadie atendía los pacientes salvo las ratas que vagaban por sus pisos. Aunque algunos médicos aprobaron su idea de fundar una escuela para la formación de enfermeras que supuestamente atraería a jóvenes de clase media, encontraron una decidida oposición en otros. Como contrapeso, las promotoras de la idea utilizaron la influencia de maridos, parientes y amigos no médicos dentro de su propio círculo, estrategia también utilizada por Florence Nightingale en su reforma de los hospitales militares en Inglaterra. Las tres primeras escuelas creadas en 1873 se multiplicaron en 432 hacia 1900 y en 1.129 en 1910.

En Argentina la preocupación se hizo evidente aproximadamente en la misma década, tuvo una difusión muy limitada y fue promovida por una médica, Cecilia Grierson, quien fundó en 1892 la primera escuela de enfermería del país. En 1923 la Escuela Municipal de Enfermeras creada por la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires tomará el nombre de esta pionera. En esa misma década, el movimiento de formación tuvo un nuevo impulso en manos de la Cruz Roja Argentina, que creó 52 escuelas en todo el país. En la ciudad de Buenos Aires se registra también como antecedente la que funcionaba en el Hospital Británico, todavía activa en 1946.

El desarrollo de nuevos lugares de formación no eliminó la incertidumbre referente a los límites de la capacitación técnica de estos auxiliares del médico. Tampoco se logró establecer un consenso en torno a la delimitación de incumbencias. Como ejemplo de esa falta de definición y de las dificultades para aplicar una normativa, incluso ante problemas concretos, puede servir el llamado “caso del Hospital Durán”, ocurrido en 1937, con amplia repercusión en la prensa especializada y lega, y motivo de pronunciamiento de diferentes organismos profesionales que expresaron diferentes perspectivas sobre atribuciones y responsabilidades de médicos y enfermeras.

El episodio que generó la controversia fue relativamente simple y las opiniones emitidas no cuestionaron los hechos tal como fueron relatados por sus protagonistas: una enfermera aplica a un paciente una inyección endovenosa, ordenada por el médico responsable de su atención; equivoca la solución inyectada y se produce la muerte de la enferma por intoxicación. El ministerio fiscal ordena el procesamiento de los profesionales implicados por delegación indebida de funciones, y el de la enfermera por ejercicio ilegal de la medicina. El DNH, llamado a consulta,

dictaminó que la inyección endovenosa era un acto de cirugía menor. Los asesores de la Asistencia Pública, por el contrario, consideraron que la competencia técnica del personal hospitalario estaba garantizada por el examen de suficiencia al que se habían sometido en 1936 la totalidad de los enfermeros no diplomados.

En primera instancia la justicia dispuso el sobreseimiento de los profesionales involucrados, que fue apelado por la fiscalía. En 1939 una nueva sentencia condenó a los médicos procesados a seis meses de prisión y el pago de las costas procesales. Finalmente, transcurridos más de dos años de polémica, la Cámara Criminal ordenó el cierre de la causa por prescripción, sin llegar a sentar jurisprudencia que respaldara a una u otra de las posiciones enfrentadas.

Existía amplio consenso sobre la inexistencia de limitaciones y regulaciones sobre la actividad de formación del personal de enfermería, aún en las escuelas reconocidas. Los estudios duraban entre nueve meses y dos años, estaban a cargo de profesionales médicos, se apoyaban sobre programas mínimos, controlados y dirigidos por el DNH. Recién en 1947 el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública se hace cargo de la supervisión y control de todas las escuelas de enfermería en actividad, creando la Comisión Asesora de Enseñanza de la Enfermería, destinada a proponer nuevos planes y programas de enseñanza.

Con el correr de las décadas de 1930 y 1940, la índole del problema se había modificado: ya no se trataba de considerar una posible competencia por parte del personal de enfermería en la ejecución de actividades propias de los médicos. La limitada matriculación de las escuelas existentes, tanto universitarias como no universitarias, y la tecnificación de la atención hospitalaria había convertido la disposición de personal calificado en una necesidad perentoria. La actividad quedará en manos de auxiliares con muy diferente formación y calificaciones. Todavía en 1958, la Asociación Argentina de Enfermeras Diplomadas, recientemente fundada, presentó en la Cámara de Diputados de la Nación un proyecto de Estatuto del Ejercicio de la Enfermería –aspirando explícitamente a su reconocimiento como profesión liberal– en el que reconocía la existencia de tres niveles de formación y tres categorías de práctica⁴. Una división similar existió en EEUU, donde se diferenciaba a las enfermeras registradas de aquellas que tenían licencia para la práctica y, en tercer lugar, se reconocía la condición de auxiliar de enfermería; sin embargo, existía una estratificación nítida entre tales categorías y las incumbencias estaban claramente definidas.

En paralelo, los kinesiólogos, cuya formación se había iniciado tempranamente, también por iniciativa de Cecilia Grierson, impulsora de la fundación en 1891 de la primera Escuela de Masajistas, anexa a la Asistencia Pública porteña, tuvieron mejor destino que el personal de enfermería, probablemente gracias a la especificidad de su práctica. En la década de 1920 se creó un curso de kinesioterapia en el Hospital de Clínicas, que intentaba recuperar aquella primera iniciativa. En 1937 se inicia la formación universitaria, a través de la Escuela de Kinesiología, dependiente de la Facultad de Medicina de la UBA. En 1950 el Poder Ejecutivo envía al Congreso un proyecto de regulación del ejercicio de la kinesiología. En su articulado se le

⁴ Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, 1958, reunión 36^a, pp. 2748-2756, 20-08-1958.

reconocen explícitamente las atribuciones asociadas al ejercicio de una profesión liberal. La cuestión es debatida en el recinto, donde una minoría defiende la necesidad de que el ejercicio de esa práctica quede subordinada al control de los médicos. Rechazada la objeción, la ley resultó aprobada en agosto de 1950⁵.

El estado de la cuestión hacia 1930-1940

Conforme el análisis de Starr, sería posible afirmar que en la década de 1930 los médicos estadounidenses se habían afirmado como detentadores exclusivos del derecho a ejercer las funciones vinculadas a la cura. Los conflictos relacionados con la actividad de técnicos y profesiones paramédicas se habían resuelto también de acuerdo a sus reivindicaciones, en parte a través del control de las condiciones de profesionalización de tales auxiliares, institucionalizadas bajo la égida de los primeros. Ya he mencionado la regulación del trabajo de las enfermeras, a ellas se sumaron radiólogos y técnicos de laboratorio, mientras los conflictos entre médicos obstetras y parteras se habrían resuelto con la aparición de la enfermera especializada en partos.

Algunos técnicos conservaron cierta autonomía: dentistas y optometristas al igual que osteópatas y quiroprácticos –equiparables a nuestros kinesiólogos– permanecieron como practicantes independientes y mantuvieron un acceso directo a la consulta de la población; sin embargo, no lograron acceso directo a los hospitales ni el derecho a prescribir drogas.

Los médicos especialistas lograron el control sobre el trabajo de los técnicos no médicos en cada una de sus áreas: los oftalmólogos sobre los optometristas, los anestelistas sobre las enfermeras especializadas en su campo, los técnicos radiólogos ejercían su práctica a través de la referencia de generalistas y especialistas y no estaban autorizados a comunicar los resultados de sus exámenes en forma directa a los pacientes.

En nuestro país, la delimitación de incumbencias todavía siguió siendo fuente de conflicto en los primeros años de la década de 1940. La cuestión de los específicos también continuó planteándose como problemática. Si bien los farmacéuticos, representados por la Sociedad Nacional de Farmacia, la Cámara Sindical Farmacéutica de Buenos Aires y el Centro de Estudiantes de Farmacia y Bioquímica, solicitaron la creación de la División Farmacia en el DNH, que debía estar integrada “única y exclusivamente por farmacéuticos”, debido a que ese sería el medio apto para concluir con “la injusta e irritante tutela que ejercen los médicos, sin noción alguna de lo que es y significa la profesión farmacéutica”, la cuestión seguiría sin resolverse. Dos años más tarde, una resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas sanciona la existencia de otra área de indefinición de incumbencias, esta vez entre los egresados de la Escuela de Farmacia y Bioquímica, cuando los reconoce como únicos profesionales habilitados legal y técnicamente para la preparación, valoración y fraccionamiento de los medicamentos (Belmartino *et al.*, 1988, p.47).

⁵ Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, 1950, T.II, reunión 26^a, pp. 1225-1226, 26-07-1950; T. III, reunión 32^a, pp. 1863-1865, 23-08-1950; reunión 33^a, pp. 1878-1885, 24-08-1950.

La existencia de laboratorios de análisis clínicos anexos a las farmacias y la necesidad de su control y regulación se había planteado ya en la década de 1920 (Nin Posadas, 1923). Sin embargo, la delimitación de incumbencias entre farmacéuticos y bioquímicos permanecía todavía indefinida en 1942, momento en que los editores de la revista *Mundo Hospitalario* reclaman al DNH el reconocimiento de estos últimos como únicos autorizados a la producción de medicamentos que contuvieran componentes biológicos⁶.

De acuerdo a tales antecedentes considero posible formular una hipótesis de trabajo relativa a una más temprana institucionalización de la actividad de las profesiones auxiliares en EEUU, ya sea a partir de normas formales, establecidas por resoluciones, decretos o leyes emanados del poder político o, con más frecuencia, informales, resultantes de la práctica en los diferentes escenarios sectoriales. En Argentina, como ilustra el ejemplo relativo a la kinesiología, la legislación se generó en épocas más tardías –en general, a partir del Decreto 6212 de 1944, ratificado en 1947 por la Ley 12912– y su aplicación no siempre se hizo efectiva.

Los conflictos intraprofesionales

En ambos escenarios emergen, además, algunos conflictos en el interior de la profesión, suscitados por la multiplicación de especialidades y la superposición de aspiraciones al control de determinadas áreas de práctica.

En EEUU, durante la década de 1930, un punto de discordia se ubica en la división del trabajo entre especialistas y generalistas, y no tiene una resolución nítida. Los generalistas parecen haber resistido con éxito las demandas de los médicos especializados en diferentes áreas de práctica, orientadas a obtener privilegios de exclusividad sobre las mismas o bien a limitar las oportunidades de formación para los no especializados.

Los caminos para alcanzar la especialización eran numerosos y de difícil control. Muchos médicos dedicados en un primer momento a la práctica general desarrollaban luego un área de interés y comenzaban a concentrar su clientela entre los casos a ella vinculados. Otros realizaban internados dedicados a una especialidad o aprendían técnicas especializadas como asistentes de profesionales reconocidos. Existían también cursos cortos de postgrado en ciudades como Nueva York y Chicago. Según el Informe Flexner, publicado en 1910, en ese año existían trece escuelas independientes que dictaban ese tipo de cursos y pocos años más tarde otras cinco serían incorporadas a universidades.

En la segunda década del siglo XX el Concejo sobre Educación Médica instituido por la AMA propuso una normativa destinada a regular la educación de postgrado; sin embargo, la influencia de los generalistas en el interior de la organización gremial impidió avanzar con firmeza en ese campo. Algo más tarde los sistemas de

⁶ Editorial, *Mundo Hospitalario*, 32, 40, abril de 1942.

certificación por juntas de especialidades emergieron por fuera del control de la AMA, pero no llegaron a generalizarse hasta la década de 1930.

Los oftalmólogos crearon la primera junta examinadora en 1916, los otorrinolaringólogos la segunda en 1924. La gran expansión durante la década de 1930 pudo haber representado una respuesta a la incrementada competencia. En 1930, cuando obstetras y ginecólogos establecieron la tercera junta examinadora, excluyeron a los médicos que no limitaran su práctica a las mujeres (ningún generalista, pese a la gran proporción de su práctica dedicada a obstetricia y ginecología, podía ser admitido a examen). Hacia 1940 cinco de las juntas de especialidades requerían un 100% de dedicación a la práctica especializada.

En 1933 la AMA estableció la Advisory Board of Specialities que instauró algunas normas: al menos tres años de entrenamiento después del internado se requerían para la certificación de cualquier especialidad, los aspirantes debían ser miembros de la AMA. Se delimitaron doce campos de práctica como adecuados para la especialización y en 1937 se habían establecido las doce juntas examinadoras. Otras ocho se añadieron poco después.

En Argentina se reconoce un panorama más complejo al menos hasta los años cuarenta del siglo XX, aun cuando los mecanismos de llegada a la especialización eran similares. La adopción del título de especialista también aquí quedó librada exclusivamente a la decisión del profesional de limitar su actividad o dedicarse de manera preferente a alguna de las áreas de práctica delimitadas por la costumbre, la orientación de los estudios universitarios o la organización de hospitales o sanatorios. La formación se conseguía a través de estudios individuales, actuación en servicios hospitalarios, concurrencia a cursos más o menos formales, incorporación a una cátedra, etc. La solvencia del profesional en la especialidad elegida carecía de reconocimiento formal.

En las primeras décadas del siglo, se crearon algunas carreras universitarias de postgrado destinadas a formar especialistas. En la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, hacia el fin de la década de 1930 podían obtener títulos específicos los fisiólogos, higienistas, dietólogos y forenses. En 1940 se crea la Cátedra de Patología y Clínica de las Enfermedades del Aparato Digestivo, especialmente destinada a médicos graduados. En su lección inaugural, el titular de la nueva cátedra explicita una preocupación que en esos años comienza a generalizarse, relativa a la posibilidad abierta para el médico recién graduado de designarse a sí mismo especialista y anunciarse capacitado para atender un determinado grupo de enfermedades.

Hasta este punto, el panorama es relativamente similar al descrito para EEUU, sin embargo, es posible mencionar una diferencia en la tardía difusión de carreras de especialización en Argentina. También pueden constituir un síntoma de las dificultades que tiene la profesión médica argentina para reconocer intereses y objetivos comunes, los conflictos reiterados que emergen durante la década de 1930 por la definición de incumbencias entre clínicos y especialistas y entre especialistas de diferentes disciplinas. El enfrentamiento por la apropiación con carácter excluyente de diferentes áreas de trabajo profesional se manifiesta, por una parte, a través de la preocupación por el reconocimiento formal de la existencia de ciertas especialidades, que garantizaría el consiguiente derecho de sus miembros a ocupar

determinados cargos y, por la otra, en lo referente a los límites del área de intervención a la que el título de especialista otorga acceso exclusivo, y la superposición de diferentes especialidades que reclaman el control de un área de trabajo específica.

El Decreto 6216/44 –ya mencionado en relación al reconocimiento formal de la práctica del kinesiólogo– dedica su Artículo 10° a establecer las condiciones requeridas para la utilización del título de especialista. Solo podían identificarse como tales quienes poseyeran certificado expedido por una Facultad Nacional, otorgado después de haber seguido cursos especiales, o en los casos expresamente autorizados por la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, previa comprobación de una antigüedad no interrumpida de cinco años en el ejercicio de la especialidad respectiva. Podían certificar esa antigüedad el director del establecimiento donde actuara el interesado y las autoridades de los servicios donde hubiera practicado la especialidad en cuestión.

Considero posible concluir que esta intervención del poder público sobre una cuestión controvertida no hizo más que sancionar las imprecisiones que caracterizaban el *statu quo*, en consecuencia, puede atribuírsele escaso impacto en la resolución de los conflictos que muestran a diferentes sectores de la profesión en un intento de clausura de sus respectivos campos de práctica.

Existiría aquí una contraposición clara con la situación en EEUU. La conclusión a la que llega Starr en relación a los conflictos intraprofesionales en ese país, parece desconocer su existencia o negar importancia a sus manifestaciones. Conforme sus propios términos la división del trabajo en la medicina norteamericana llegó a definir límites netos alrededor de la profesión y límites fluidos en su interior. Entre médicos la división del trabajo estaba escasamente regulada, y, sin embargo, era pacífica, mientras en relación a las ocupaciones auxiliares se afirmaba como jerárquica y rígida, sin tampoco suscitar oposiciones.

Los conflictos por la definición de incumbencias y otros enfrentamientos de los que me ocuparé más adelante delimitan un escenario de fragmentación entre los profesionales argentinos, en particular en los años treinta del siglo XX. La ambición de lograr la clausura de un área de práctica para determinados especialistas, al igual que la preocupación por los jóvenes recién recibidos que se consideraban en condiciones de optar por una especialidad, están legítimamente fundadas en razones de índole técnica, y es correcto afirmar que los recursos de diagnóstico se habían diversificado y multiplicado en las décadas de 1920 y 1930, sin embargo, aun reconociendo la legitimidad de la demanda, es posible formular un interrogante: ¿por qué emerge en esta década y, aún sin tener una resolución clara, se diluye paulatinamente en las siguientes?

Posibles razones del “malestar” de la profesión en Argentina

Sin pretender identificar una explicación única o dominante, considero posible asociar estas demandas, y las relativas a una posible competencia en la captación de

pacientes a través de la actividad de técnicos auxiliares y profesiones paramédicas, al impacto que tuvo sobre las representaciones de la profesión la crisis de los años treinta del siglo XX.

La referencia al comienzo de este capítulo al *malestar* de los profesionales ante una sociedad que desconoce sus derechos coloca uno de los elementos constitutivos del problema. En los años treinta la expresión es muy frecuentemente reemplazada por otra, *crisis*, que es el término utilizado con más frecuencia para caracterizar la situación de la profesión y, ocasionalmente, de la misma medicina. Crisis económica, crisis política, crisis ética, crisis de civismo, crisis de orientación, los calificativos expresan diferentes evaluaciones de las causas y consecuencias de condiciones que generalmente escapan a definiciones más precisas. Otras expresiones colocan el mismo problema en la cotidianidad del trabajo profesional: plétora, tiempo de vacas flacas, miseria del gremio, bancarrota del profesionalismo, mercaderes del templo, médicos cazadores de clientes.

Los profesionales estadounidenses sufren sin duda el impacto de la depresión en la década de 1930. Sus historiadores han tenido incluso la oportunidad de cuantificar la caída del ingreso de los médicos que se vinculó con la menor capacidad de pago y la menor disposición a acudir a la consulta por parte de la población de menores recursos (Kuntznets & Friedman, 1939). En esos años, médicos en práctica privada y organizaciones de caridad dejan de atender en forma gratuita a pacientes sin recursos. Por primera vez, acuden a las agencias de bienestar para solicitar el pago de ese tipo de tratamientos. Antes de la depresión, los recursos destinados a atención médica por estas agencias eran mínimos, luego su significación aumentó y, aunque fue considerado como un expediente temporario, continuó luego de recuperada la actividad económica.

Sin embargo, los relatos sobre la coyuntura no traducen la cuota de incertidumbre y dispersión de opiniones que registran las fuentes disponibles para Argentina. Aumenta el número de médicos dispuestos a aceptar la puesta en marcha de un seguro de salud, emergen grupos que consideran indispensable la intervención del gobierno y la definición de una política de salud, a la vez que reclaman la disposición de recursos públicos para financiar educación médica e investigación, equipamiento y servicios hospitalarios, salud pública, atención al indigente. Se consolida la percepción en torno a la necesidad de un cambio, pero este se discute en términos organizativos y políticos, sin las connotaciones de catástrofe o crisis terminal frecuentes en las interpretaciones del problema en nuestro país.

La depresión constituyó una prueba severa para la AMA, en la medida en que aumentó la intervención del gobierno federal en aspectos relacionados con la práctica privada. No era fácil conformar un frente común de oposición cuando los médicos sufrían dificultades económicas. Sin embargo, la corporación profesional afrontó resueltamente los desafíos de la coyuntura, y logró mantener prácticamente intacta su membresía, como veremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 2

El debate sobre las formas organizativas y el derecho a la autorregulación

Las formas organizativas de financiamiento y provisión de servicios y, en particular, la necesaria reestructuración de las modalidades de vinculación entre oferta y demanda de atención médica, constituyeron en los inicios del siglo XX una cuestión relevante para los profesionales de la medicina, que generó debate y formulación de alternativas con anterioridad a las dificultades de la década de 1930 y, particularmente en Argentina, se intensificó en esa coyuntura, asumiendo en ocasiones claros posicionamientos ideológicos. Presente en los dos escenarios que aborda mi reconstrucción, se manifiesta en ambos a través de un listado de problemas muy similares que desembocan en resultados parcialmente diferentes.

En ese listado se incluye la relación entre el número de médicos y las dimensiones de la demanda solvente –identificada como *plétora*, conforme la terminología difundida en Argentina–; la afirmación de la atención hospitalaria y el crecimiento del número de instalaciones; la posibilidad, inducida por la experiencia europea, de implementación de mecanismos de seguro de salud o seguro de enfermedad. También preocupa de manera creciente a la profesión, la expansión y diversificación de organizaciones que asumen funciones de intermediación financiera entre médicos y pacientes: mutualidades y seudomutualidades, sociedades por abono, sanatorios y clínicas cooperativas, grupos de práctica en las versiones estadounidenses.

Abundancia o escasez de médicos ¿plétora o mala distribución?

En la reconstrucción de Starr se reconoce el problema de la sobreoferta de médicos en los primeros años del siglo XX, como fuente de preocupación (*distress*) de índole económica para los miembros de la profesión. Su análisis atribuye el fenómeno a dos factores: en primer lugar, al aumento de la productividad del trabajo médico, no atribuible todavía a los avances técnico científicos sino a la expansión de los medios de transporte, que facilitó el acceso de la población a los servicios, y la concentración de pacientes en instalaciones complejas a partir del crecimiento del número de hospitales; en segundo término, a un incremento en la proliferación de las escuelas

médicas, que suman 100 en 1880 y 160 en 1900. En paralelo se genera también un aumento aún mayor del número de estudiantes, que pasa 11.826 en 1880 a 25.171 veinte años más tarde.

Un aspecto significativo en el problema de la sobreoferta se vincula a que la expansión de la educación médica en las últimas décadas del siglo XIX había generado fuertes contrastes entre las entidades formadoras. Los avances en la mayor incorporación de adelantos científicos y la vinculación entre formación, investigación y práctica, que caracterizaban a Harvard, John Hopkins y otras universidades, se contraponían con serias limitaciones en la formación proporcionada por un número importante de escuelas privadas. La cuestión se resolvería en parte a partir de las mayores exigencias establecidas para el otorgamiento de licencias, que condujeron a una prolongación de los tiempos de formación y, en consecuencia, incidieron en los costos de oportunidad para los futuros médicos. Las escuelas que no se mostraron dispuestas a incorporar los nuevos parámetros de entrenamiento caerían en 1910 bajo la escasamente piadosa mirada de Abraham Flexner.

El informe producido por Flexner en 1910 (Flexner, 1910) fue resultado de sus visitas a cada una de las escuelas médicas en actividad como representante de la Fundación Carnegie, reconocida fuente de financiamiento para instituciones educativas. Dicho Informe, respaldado también por la AMA, que había colocado en lugar preeminente entre sus prioridades la reforma de las escuelas médicas, resultó muy severo en su evaluación de un número significativo de establecimientos, mayoritariamente privados. Los laboratorios que publicitaban en sus promociones no existían, los cadáveres presentaban signos de descomposición por el mal uso de desinfectantes en las salas de disección, las bibliotecas no tenían libros, los profesores estaban absorbidos por la práctica privada, los requisitos de admisión eran dispensados para quienes estuvieran dispuestos a pagar la matrícula. El mayor cuestionamiento, sin embargo, se vinculó con la brecha abierta entre los avances científicos de la medicina y los contenidos de la currícula.

La reforma de la educación médica a través del cierre y la fusión de escuelas y la actualización de los contenidos de la enseñanza mostrará un ritmo sostenido en la segunda década del siglo XX. La consolidación nunca llegó tan lejos como Flexner y la AMA pretendían, tras el objetivo de conservar solo treinta y un establecimientos, en parte porque las legislaturas estatales insistieron en mantener al menos una escuela en su jurisdicción, y algo más de setenta lograron sobrevivir. El reconocimiento de las mejoras introducidas orientó en las siguientes décadas significativas inversiones de importantes fundaciones: el mayor monto correspondió a la Fundación Rockefeller, que en 1936 canalizó 91 millones de dólares hacia un grupo selecto de escuelas médicas.

Tales avances no evitaron el problema de la mala distribución de los médicos, ya que la menor producción de las escuelas agravó la escasez de profesionales en las áreas rurales y una tasa mayor de habitantes por médico en los estados más pobres y menos urbanizados. Flexner había pronosticado en su informe una dispersión espontánea de los graduados de las escuelas más reconocidas, sin embargo, en la década de 1920 debió reconocer que el problema era más serio de lo que había

anticipado. En 1906 las poblaciones pequeñas (entre 1.000 y 2.500 habitantes) mostraban una tasa de 590 personas por médico, mientras las mayores (más de 100.000 habitantes) registraban 492. Hacia 1923 las cifras respectivas eran 910 y 536. La relación entre población y médicos cayó a partir de 1900. Conforme la información proporcionada por los censos, en ese momento se contabilizan 579 habitantes por médico, cifra que aumenta a 575 en 1910, a 730 en 1920 y a 800 diez años más tarde, nivel en el que se estabilizaría en las siguientes dos décadas.

Si fuera adecuado comparar tasas, la situación de los médicos argentinos a comienzos de la década de 1930 no justificaría el pesimismo evidente en muchos relatos. En ese momento, se estimaba una población de 6.500 médicos para diez millones de habitantes, lo que equivale a 1.538 habitantes por médico, prácticamente el doble de la relación establecida para EEUU. Las cifras que manejaban los profesionales agremiados en la provincia de Santa Fe hablan de 450 egresados anuales de las facultades de medicina existentes en el país, y cerca de 20 médicos extranjeros que revalidaban, también anualmente, su título. El decano Rafael Bullrich, desde la Facultad de Medicina de la UBA, en ocasión de inaugurar los cursos de 1935, habla de “una hornada de jóvenes médicos que no baja de 600 por año” (Bullrich, 1935, p. 1958).

Poco expresivas resultan esas cifras globales si no se las matiza en función de distribuciones regionales. La mayor concentración de médicos se verifica en las grandes ciudades: Buenos Aires, Rosario y Córdoba. A lo largo de los años treinta del siglo XX, se adjudica a la primera una relación de 600 habitantes por médico, a la provincia de Santa Fe 1.800, a Santiago del Estero 6.000, a La Rioja 9.000, mientras en Formosa se cuentan 15.000 habitantes por médico. En la gobernación de Los Andes el cálculo se simplificaba, en tanto todavía no se había radicado ningún profesional.

Algunos años más tarde los contrastes no resultaban tan agudos: la distribución había mejorado o bien se habían ajustado los instrumentos de medición. En 1944 se habla de 13.924 médicos para 14 millones de habitantes (1.005 hab/méd) En la Capital Federal se contarían 400 habitantes por profesional; en la provincia de Buenos Aires 1.328; en Santiago del Estero, la provincia más desfavorecida, 4.350. Todavía no se menciona población médica para Los Andes.

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

Bullrich había conmovido a los médicos con su discurso de 1935, a partir de asociar crisis profesional y plétora. Afirma el decano que el número de médicos es mayor del que realmente se necesita; que ese sobrante y su rápido aumento se deben al afán de ciertos sectores de la población que ansían el diploma para sus hijos; que las facultades, sin razón valedera, vuelcan anualmente cantidades cada vez mayores de diplomados; que el sistema universitario adolece de defectos tales que permite una superproducción de profesionales, y que la universidad y sus dirigentes deben poner límite a esa fabricación ininterrumpida de médicos.

En otros discursos, la misma preocupación se viste con diferentes argumentos: estadísticas provenientes de provincias como La Rioja, Santiago del Estero,

Catamarca, Corrientes, hablan de un porcentaje de defunciones sin certificado médico superior al 50%. El problema no se limitaba a las extensas regiones poco pobladas que conformaban buena parte del territorio nacional, los barrios pobres de Buenos Aires también carecían de médicos, y en muchos establecimientos la atención de pacientes obligaba a los profesionales asalariados a largas jornadas de trabajo. Los contingentes de tuberculosos sin medios de asistencia, los blenorragicos no atendidos, el paludismo endémico, la sífilis, el tracoma, la lepra, diezaban a la población al mismo tiempo que ponían de manifiesto las necesidades de atención insatisfechas. Paulatinamente el diagnóstico va deslizándose desde el punto de vista de la mala distribución hacia una concepción que se apoya en los límites de la demanda solvente. De allí a la convicción de que la solución debía buscarse en nuevas formas organizativas orientadas a acercar pacientes a los consultorios despoblados, solo hay un paso. La polémica cambia de objeto y se vuelve más enconada, la polarización de las percepciones sobre lo bueno, lo deseable y lo posible se tiñe con frecuencia de referentes ideológicos, la profesión se enfrenta en un debate sobre el futuro inmediato.

La difusión de los hospitales y el incremento de la atención hospitalaria

El impulso hacia la construcción de hospitales verificado en las últimas décadas del siglo XIX y prolongado durante el XX se asocia entre otros factores con la difusión de nuevos procedimientos científicos y nuevos paradigmas de lucha contra la enfermedad. Considero posible afirmar, con algunos recaudos que explicitaré cuando sea necesario, que la evolución de la atención hospitalaria en Argentina tuvo una cronología similar a la descrita por Starr para EEUU. Según su relato, una cierta cantidad de hospitales se habían construido antes de 1870 (unos pocos cientos para EEUU, probablemente no más de dos decenas para Argentina). Hasta los años ochenta y noventa del siglo XIX tuvieron conexiones más estrechas con la caridad que con la medicina y contuvieron una pequeña proporción de la práctica médica. Solo hacia el fin del mismo siglo tanto los hospitales como las actividades de salud pública se expandieron, y los primeros llegaron a estar más directamente vinculados a la atención médica.

Las innovaciones que sacaron a los hospitales de la oscuridad y la mala reputación habrían estado en mayor medida asociadas con una creciente preocupación por la limpieza y la ventilación que con avances técnico-científicos de consideración. El primero de estos avances estuvo vinculado con la incorporación de la cirugía antiséptica, anunciada por Joseph Lister en 1867 pero solo adoptada de manera generalizada a partir de 1880, cuando la utilización de antisépticos fue superada por la aplicación de la asepsia a partir de la esterilización del ambiente quirúrgico, y

paulatinamente transfirió hacia los hospitales procedimientos antes realizados en el hogar.

Un conjunto de tecnologías diagnósticas nuevas acompaña la invención de los rayos X en 1895: el microscopio y los análisis químicos y bacteriológicos tienen la capacidad de producir información en forma independiente del juicio del médico y la opinión subjetiva del paciente. Estas innovaciones incrementaron la dependencia del profesional en relación al equipamiento de alto costo y las organizaciones formales. También hicieron posible completar el proceso diagnóstico fuera de la presencia del enfermo, en espacios donde varios médicos podían tener acceso simultáneo a la evidencia.

Los análisis químicos y bacteriológicos se desarrollaron rápidamente hacia el cambio de siglo. En la década de 1880 los organismos responsables de la tuberculosis, el cólera, la fiebre tifoidea y la difteria fueron aislados, y hacia mediados de la década de 1890 se habían introducido pruebas de laboratorio para detectar estas enfermedades. El avance en los análisis de orina y sangre proporcionó instrumentos diagnósticos para enfermedades como la diabetes. La espiroqueta que causa la sífilis fue identificada en 1905 y la reacción de Wasserman introducida en 1906.

Sin embargo, Starr (1982) considera que pocas personas estuvieron en condiciones de comprender en esos años la importancia de estas innovaciones, y habría sido necesario esperar hasta la segunda y tercera década del siglo XX para que resultara evidente su capacidad de transformar la medicina. Hasta ese momento la introducción de estas tecnologías en la práctica médica estuvo caracterizada por la incertidumbre y la desilusión, motivadas por errores en su aplicación o fallas en el control de calidad.

En trabajos anteriores he registrado la incorporación de estos avances por parte de la medicina argentina a partir de la década de 1920. El registro de los nuevos instrumentos diagnósticos forma parte del análisis de las causas del encarecimiento de la atención médica que preocupaba a los administradores de mutualidades, en particular en la década de 1930. También tiene presencia generalizada la voluntad de construir hospitales o sanatorios mutuales.

En la contabilidad de las organizaciones mutuales los gastos en radiología y fisioterapia insumen un porcentaje mayor del gasto total que en décadas anteriores. No solo se solicita una mayor cantidad de exámenes, la demanda se diversifica a partir de una creciente especialización de las técnicas diagnósticas. El listado de tratamientos en fisioterapia se amplía y hace necesaria la adquisición de nueva aparatología. Para el diagnóstico de las enfermedades del corazón se vuelve imprescindible el electrocardiograma, para el funcionamiento de la glándula tiroidea se solicita el metabolismo basal, para ciertos exámenes del sistema nervioso se impone el “electrodiagnóstico”. Entre los nuevos procedimientos incorporados a los análisis de laboratorio se mencionan la reacción de Kahn, complementaria de la reacción de Wasserman, la reacción biológica de embarazo o de Friedman y la eritrosedimentación, entre otros (Belmartino *et al.*, 1987).

También me han permitido las fuentes locales registrar el considerable aumento de la demanda de atención médica hospitalaria registrado en la ciudad de Buenos

entre 1890 y 1910. En esos 20 años la población de la ciudad capital había aumentado un 130%, mientras las internaciones registraron un aumento del 271% para hospitales municipales, 188% para los nacionales y 116% para los hospitales de colectividades. En el Hospital de Niños las internaciones aumentaron aún más significativamente (504%), mientras que las consultas externas en las instalaciones de la Sociedad de Beneficencia de la Capital se incrementaron en porcentajes que, entre 1895 y 1910, superaban en un 88% el respectivo aumento de la población. En las limitadas series disponibles para períodos más amplios es posible constatar tres tendencias estrechamente relacionadas: el aumento de la hospitalización, la renovación de las instalaciones hospitalarias, y la caída de la mortalidad de los internados.

La expansión de la demanda de atención continuó creciendo exponencialmente en las siguientes décadas. Mientras el porcentaje de aumento de la población de Buenos Aires entre 1906 y 1935 fue de un 106%, los ingresos a los hospitales municipales habían aumentado 250%, el número de cirugías 800% y las consultas externas 1.460%. En el mismo lapso el número de camas en hospitales municipales aumentó un 244% (Belmartino *et al.*, 1987). En un debate en Diputados, en 1936, se afirma que los pacientes atendidos en hospitales municipales eran una cifra equivalente al 2,85% de sus habitantes en 1870, un 17,1% en 1928 y que había llegado a un 38,34% en 1933¹.

La relación médico-hospital en EEUU

La complejización de los procesos diagnósticos y terapéuticos y el costo de los respectivos equipos convirtieron a los hospitales en el lugar donde la medicina podía desarrollar toda la potencialidad de su eficacia curativa. James Robinson (1999) alude a esta condición cuando define a las instalaciones hospitalarias como *el taller del doctor*. Transforma esta expresión en categoría analítica cuando la utiliza para caracterizar toda una época del desarrollo de la atención médica.

En *el taller del doctor* tradicional –sostiene Robinson haciendo referencia a EEUU– las relaciones ente médicos y hospitales fueron de autonomía formal. Los médicos eran propietarios de sus prácticas y no empleados del hospital. En correspondencia, el hospital fue propiedad de una organización sin fines de lucro o una empresa con fines de lucro, pero no de sus médicos. El tradicional hospital de comunidad presentaba una estructura de autoridad dual, con los asuntos administrativos fuera del control profesional y una estructura de personal médico estrechamente organizada. La autonomía de los dos componentes del sistema se simboliza más claramente por un sistema de pago dual. El hospital y los médicos facturaban separadamente por los servicios que cada uno proporcionaba al paciente hospitalario.

A pesar de la simetría formal de este sistema de autoridad, algunos analistas han argumentado que el verdadero control del hospital de comunidad descansó sobre los médicos. Al menos desde la década de 1920, los hospitales obtuvieron sus recursos de los honorarios pagados por los pacientes en mayor medida que de

¹ Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, 1936, Tomo III, reunión 22, 24 de setiembre: 541-621.

subsidios públicos y privados, y en consecuencia dependieron de los médicos, que controlaban la elección del lugar de internación por parte del paciente. Cualquier intento de la administración del hospital por imponer disciplina financiera sobre los profesionales tropezó con la oposición organizada de estos y, más importante, con el traslado de las internaciones de pacientes a establecimientos competidores. A pesar de su estatus oficial de propiedad y operatoria comunitaria, el hospital sin fines de lucro puede haber funcionado en los hechos como una cooperativa médica. La separación formal entre propiedad y control en *el taller del doctor* permitió que los médicos utilizaran las instalaciones, el capital y el personal auxiliar del hospital del mismo modo en que lo harían si fueran propietarios, pero sin pagar el costo. Los médicos estructuraron sus relaciones con el hospital sin fines de lucro en una forma que les permitió maximizar sus ingresos personales, socializando los costos de producción mientras privatizaban los ingresos netos. A conclusiones similares, matizadas por diferentes valoraciones de las dimensiones simbólicas de la autonomía profesional, llegan autores como Milton Roemer y Jay Friedman (1971); también Freidson recupera juicios en ese sentido (Freidson, 1963).

Starr respalda el argumento de Robinson a la vez que amplía la perspectiva histórica. En sus términos el surgimiento de las organizaciones burocráticas representó dos tipos de amenazas para la profesión médica. En primer lugar, las organizaciones que empleaban médicos remunerados a través de salario podían entrar en competencia con los profesionales en consultorios independientes. En segundo término, las organizaciones que proporcionaban instalaciones complejas o financiaban la atención –hospitales y compañías de seguro– podían someter a los médicos a condiciones de trabajo desfavorables o reducir su autonomía en la determinación de honorarios o la libertad de prescripción. Los médicos se opusieron abiertamente al trabajo remunerado por sueldo o salario, en tanto consideraban que la falta de autonomía de ejercicio constituía una violación de la ética profesional, a la vez que intentaron modelar en beneficio de sus propios intereses las organizaciones complejas que comenzaban a ser parte indispensable de su práctica.

La forma organizativa así descrita no se aplica a la totalidad de los hospitales norteamericanos. Existían diferencias entre la élite de hospitales voluntarios², los comunitarios y aquellos de menores dimensiones: religiosos, étnicos y especializados. Cada grupo de hospitales tuvo funciones, organización, pacientes y formas de financiamiento características. Pese a tales diferencias, la tendencia general en el siglo XX se orientó hacia un mayor control administrativo y una mayor estructuración de las formas organizativas, mientras los hospitales permanecían débilmente integrados, al igual que el sistema en su conjunto. Un importante número de médicos circulaba en el hospital en diferentes momentos y delegaba tareas a sus auxiliares asalariados, de manera que exigía mayor coordinación para un funcionamiento fluido. Tales responsabilidades recayeron en los administradores y otorgaron mayor jerarquía y prestigio a sus funciones. En los hechos, la administración hospitalaria

² La denominación se vincula con el hecho de haber estado financiados en sus orígenes mayoritariamente por donaciones voluntarias antes que por recursos fiscales.

se profesionalizó más rápidamente en EEUU que en Europa u otras regiones. En el interior del hospital habrían continuado existiendo tres centros de autoridad separados (no dos como describe Robinson para los hospitales comunitarios): síndicos, administradores y médicos. En lugar de un único poder de gobierno, coexistieron tres centros de autoridad, que se habrían mantenido unidos por una alianza débilmente estructurada.

Las modalidades de integración de los médicos en los equipos hospitalarios evolucionaron considerablemente en las primeras décadas del siglo XX. En una primera forma organizativa, los profesionales no recibían remuneración por su trabajo: los residentes, jóvenes en período de formación, recibían alojamiento, alimentación y experiencia; los encargados de las consultas ambulatorias las consideraban un medio para hacerse conocer por pacientes que luego podrían acudir a sus consultorios privados, o bien podían estar motivados por la expectativa de obtener un puesto de médico visitante; estos últimos asumían responsabilidades en supervisar los tratamientos, cubrían períodos rotativos de tres o cuatro meses, y tenían como incentivo no monetario el prestigio derivado de su conexión con el hospital, beneficiándose además del acceso a las instalaciones quirúrgicas, las oportunidades para especializarse, la utilización de las instalaciones y el contacto con colegas que podían abrirle camino hacia referencias, consultas y reconocimiento profesional. Entre 1870 y 1910 la condición de médico visitante se habría valorizado en la medida en que los hospitales se hicieron indispensables para la práctica quirúrgica y se generaron avances en la especialización.

A medida que aumentaba el reconocimiento del trabajo hospitalario crecía también el rechazo de la antigua regla, aplicada también en los hospitales europeos, que prohibía a los médicos cobrar honorarios por sus pacientes hospitalizados. Algunos registros puntuales permiten fechar entre 1905 y 1919 la paulatina introducción del pago de honorarios y la apertura de las instalaciones a la internación de sus pacientes en favor de un número creciente de profesionales.

Los hospitales de propietarios fueron uno de los caminos abiertos para resistir la dominación de las autoridades hospitalarias y establecer el control profesional. Pequeños hospitales privados fueron construidos por cirujanos para atender sus propios casos, otros surgieron de inversiones conjuntas. En los primeros años del siglo, aumentó el número de estos establecimientos, que apuntaban a captar pacientes de los sectores medios y altos, y constituían una competencia que impulsó la preocupación de los hospitales voluntarios por la pérdida de clientes e ingresos. De ese modo se inició un movimiento lento pero sostenido destinado a abrir las puertas del hospital a médicos no incorporados formalmente a sus equipos.

Las condiciones financieras serían decisivas. Los hospitales voluntarios se habían multiplicado y muchos estaban endeudados. En Nueva York el porcentaje de médicos afiliados a hospitales aumentó desde un 36,8% a un 52% entre 1921 y 1927. En adelante ningún hospital, excepto las organizaciones dedicadas a la investigación, fue totalmente cerrado, en general tenían al menos *profesionales de cortesía* con privilegio de atender pacientes en habitaciones privadas. Tampoco fueron totalmente abiertos, a nivel nacional solo dos tercios de los médicos tenían acceso al hospital en 1928.

En este campo también se verifica el poder de negociación de la American Medical Association (AMA). En la década de 1920, ser miembro de la asociación médica local se convirtió en requisito para la membresía en la mayoría de los hospitales locales. En 1934 la AMA exigió que todos los hospitales acreditados para entrenamiento de residentes contaran exclusivamente con personal médico afiliado a la asociación local (Starr, 1982).

La relación médico-hospital en Argentina

La reconstrucción del mismo problema en el escenario argentino revela algunas diferencias. No dispongo para este caso de la abundantísima información objetiva que ofrece el libro de Starr, mis fuentes recogen múltiples testimonios individuales, procedentes de profesionales y organizaciones, y se concentran en los estados de ánimo y las diferentes perspectivas que derivan de la crisis de la década de 1930. Esto dificulta el análisis comparativo, y proporciona una mirada diferente de estos procesos históricos: la de aquellos que se consideran afectados, las lecturas ideologizadas que los movilizan y la consiguiente polarización de opciones de salida. Con esa perspectiva debe valorarse el contenido de este parágrafo.

En Argentina existió, desde principios del siglo XX, una clara diferenciación entre sanatorios y hospitales. Entre las actividades del Departamento Nacional de Higiene (DNH) se contaba en esos años la inspección de sanatorios; gracias a esa información es posible saber que en 1912 existían en la Capital Federal 25 sanatorios, sus propietarios eran médicos en 23 de ellos, en todos, la dirección técnica estaba en manos profesionales. Solo un pequeño número reunía en esa fecha las condiciones de construcción y equipamiento exigidas por una ordenanza municipal sancionada en ese mismo año. Nada sabemos sobre las relaciones empresa-profesionales, pero es posible suponer que al menos en algunos habría médicos en relación de dependencia y posiblemente constituirían organizaciones cerradas. A comienzos de la década de 1940, las publicaciones del gremialismo médico denuncian la proliferación de sanatorios y policlínicos privados –cuyos propietarios podían ser médicos o personas ajenas a la medicina– que se beneficiaban del trabajo médico asalariado, con remuneraciones consideradas irrisorias.

En los hospitales públicos y de beneficencia de la ciudad de Buenos Aires, la mayoría de ellos dotados en las primeras décadas del siglo de edificios adecuados y equipamiento acorde con la tecnología disponible en esos años, se registra la existencia de un número limitado de profesionales remunerados con salario, un sistema de internado para profesionales en formación, y un contingente mayor de médicos con nombramientos *ad honorem*. Profesionales no pertenecientes a la planta podían acudir a los hospitales en forma voluntaria y no percibían honorarios; en las décadas de 1930 y 1940 se los identifica como médicos agregados y/o asistentes, y se pone énfasis en que su presencia explica el significativo aumento de la atención provista. Los incentivos para el trabajo hospitalario *ad honorem* reproducían seguramente los ya identificados para el caso norteamericano.

También se diferenciaban en los hospitales públicos las dos líneas de mando que caracterizaron a los estadounidenses: los problemas de gestión se agrupaban según su diferenciación en técnicos y administrativos. Conforme un artículo publicado en la *Revista de la Asociación Médica Argentina* en 1941, la administración y la dirección del hospital debían ser igualadas en jerarquía, ambas debían tener “competencia especializada, dedicación permanente y una responsabilidad moral indiscutible”. La afirmación, sin embargo, no describe una situación, se limita a establecer una norma; a renglón seguido el articulista señala el generalizado descuido de la técnica administrativa hospitalaria, la razón de ese déficit radicaría a su juicio en que “ni los directores ni los administradores tienen donde aprender la función que van a llenar” (Jorge, 1941, p. 312). La carencia de formación especializada en administración afectará a lo largo de décadas la gestión de hospitales y sanatorios. Ramón Carrillo pondrá en marcha una Escuela de Salud Pública de destino incierto; bajo el gobierno de Arturo Frondizi se establecerá la Escuela Nacional de Salud Pública, dependiente de la Universidad de Buenos Aires, a la que se agregarán en años posteriores algunas iniciativas provinciales. La formación de especialistas en administración hospitalaria continuará siendo, sin embargo, una asignatura pendiente.

El caso de los hospitales de colectividades de inmigrantes constituye una excepción a esta línea divisoria entre hospitales y sanatorios, que paradójicamente sirve para ratificarla. Estas organizaciones merecieron el nombre de hospitales en sus orígenes, y las correspondientes exenciones impositivas en función de la atención gratuita que brindaban a sus connacionales. Ya en la segunda década del siglo comenzaron a diversificar su clientela recibiendo pacientes que pagaban aranceles y eran internados en salas especiales; algo más tarde ampliaron el listado de beneficiarios de su sistema de cobertura a individuos que no pertenecían ni eran descendientes de las nacionalidades originarias. Como consecuencia, a partir de la década de 1930 comenzó a cuestionarse su derecho a identificarse como hospitales.

La incorporación de tecnología compleja, las mejores posibilidades de diagnóstico y un creciente flujo de pacientes hacia sus instalaciones, constituyen características reconocidas en forma generalizada a la atención hospitalaria, al menos en la ciudad de Buenos Aires, a partir de los últimos años de la década de 1920. En esos años se registra también la preocupación de las mutualidades con mayor número de asociados por instalar sanatorios propios. La preocupación emana de aquellas que cubrían la atención en internación, en función de reducir costos. Entre aquellas que no lo hacían y optaban por aconsejar a sus beneficiarios la internación en establecimientos públicos, la razón alegada era el insuficiente número de camas disponibles para atender una demanda en franco aumento.

Una publicación gremial fechada en 1942 nos proporciona una buena síntesis de la contraposición, que se hizo frecuente y fue objeto de debate en la década de 1930, entre la práctica en hospitales y la que se continuaba todavía haciendo en consultorios desprovistos de tecnología diagnóstica. Hago referencia a práctica y no a profesionales porque ese es el eje del artículo al que me refiero: un mismo profesional, actuando por la mañana en el hospital y por la tarde en su consultorio privado. Cito textualmente:

El mismo médico [...] a la tarde, en su consultorio, actúa diferentemente a la mañana en la sala donde está agregado. A la mañana se completan los diagnósticos con la opinión del colega y con pedidos al laboratorio, a radiología, etc.; que movilizan todos los procedimientos complementarios [...] En cambio, a la tarde, la limitación económica del enfermo impide que ese complemento sea realizado. Nadie puede impunemente en una clientela semipudiente pedir siempre, cada vez que sean necesarios, hacer análisis de los frotis, o de sangre, o radiografías, etc. Es decir, que la manera de practicar la medicina nos lleva a la incongruencia de ejercer una medicina de consultorio cara, completamente atrasada y primitiva, pues se limita al diagnóstico por los sentidos.³

La consecuencia de esa situación no ofrece dudas para el editorialista: el enfermo que caracteriza como “semipudiente” sufre una atracción irresistible por acudir al hospital, donde la atención es gratuita, y todos tienen derecho a presentarse, “mucho más cuando se es pudiente y se consigue una recomendación, como es corriente”⁴.

En este caso la solución que se propone es la generalización del trabajo en equipo, propio de los *institutos de diagnóstico*, innovación en la atención médica argentina de la que poco conocemos, pero encontramos elogiada y desacreditada en igual medida en la literatura profesional de los últimos años de la década de 1930 y los primeros de la de 1940.

La decadencia del consultorio privado es objeto de análisis y debate en múltiples publicaciones médicas; en todas ellas es abordada como consecuencia de una supuesta o real crisis de la profesión y/o crisis de la misma medicina, que constituye el diagnóstico más frecuente elaborado por los médicos respecto a las dificultades del presente y la incertidumbre sobre el futuro.

“El consultorio privado ha muerto” y “El consultorio privado no puede ni debe morir” constituyen los términos de una polémica que en 1941 ocupó las páginas de *La Semana Médica* (Bosio, 1941; Rinsky, 1941). La perspectiva relacionada con la decadencia irremediable del consultorio no es privativa de uno de los antagonistas, por el contrario, subyace a buena parte del discurso médico sobre la crisis profesional. Se fundamenta en los avances técnicos, el encarecimiento consiguiente de la atención y la doble imposibilidad de reunir en una sola persona la totalidad del conocimiento disponible y en un consultorio la mínima aparatología necesaria incluso para la clínica general. Esa perspectiva también tiene en cuenta la problemática del mercado –empobrecimiento de la población, capacidad de las grandes instituciones para bajar costos, recursos volcados por el Estado en el sistema público– y las ventajas organizativas de la medicina en equipo, que incluye auxiliares no médicos que se ocupan del papeleo, concentra los medios diagnósticos y terapéuticos, y atiende al paciente en forma integral.

³ Editorial, “Asistencia Médica”, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 3, 20, pp. 37-42, enero de 1942, p. 38.

⁴ Ídem.

Los defensores de la supervivencia del consultorio privado no ignoran ni desdennan esa suma de factores adversos, pero ubican por encima de cualquier otra consideración la indispensable supervivencia de una relación médico-paciente basada en la confianza y el conocimiento mutuo, fundamento y razón de ser, en su opinión, de la eficacia de la medicina como práctica curativa. En esa lectura, la medicina no es solo ciencia, ni tiene capacidad operativa sobre la enfermedad exclusivamente en función de su bagaje científico. También es un arte para el que no hay reglas, solo la intuición que permite la aplicación del conocimiento general al caso particular. En otros testimonios la contraposición se funda entre la generación de datos a través de aparatología y el diagnóstico clínico derivado del examen sobre el paciente, donde el médico aplica a la vez sus sentidos y su experiencia para llegar a una conclusión que es siempre particular. El diagnóstico realizado a través de los sentidos, que en algunos textos se presenta como instrumento de una medicina atrasada y primitiva, se propone en esta perspectiva como único medio de llegar a evaluar la condición de un paciente. La conclusión es: no hay enfermedades, sino enfermos. Cada caso es una individualidad y la acción terapéutica es un acto único, imposible de normatizar o tipificar.

En estos años, los defensores del consultorio privado están también comprometidos íntimamente con la supervivencia de los postulados de la práctica liberal: libertad de elección, libertad de prescripción, derecho del médico a estimar el precio de su trabajo. Al igual que en otros temas, la división más nítida de las opiniones profesionales no se vincula con la defensa o el abandono de las *libertades médicas*. La línea divisoria se establece, por el contrario, entre aquellos que pugnan por recuperar un pasado utópico, en el que la profesión habría gozado del reconocimiento de la sociedad y el poder político, y aquellos que proponen aceptar los desafíos del presente, participar en el diseño de nuevas formas organizativas y ganar el control sobre un sistema de servicios renovado. Los primeros abogan por el retorno del médico de familia y lamentan el aumento del número de profesionales que asocian con la reforma universitaria de 1918. El ingreso masivo a la universidad habría incorporado a sus aulas e investido de las prerrogativas profesionales a individuos sin una formación moral adecuada. En consecuencia, se habría generado una pérdida de los valores éticos y la desaparición de la auténtica vocación de servicio, característicos de ese pasado utópico. Los segundos abjurán del sacerdocio y reclaman su consideración como trabajadores. Rechazan el sometimiento, tanto a los poderes del capital como a las pretensiones de la burocracia instalada en el Estado, siguen reclamando la autonomía profesional y el control de las organizaciones donde desarrollan su práctica, a la vez que defienden la necesidad del cambio como garantía de supervivencia.

El cuestionamiento a la organización de los hospitales en Argentina

Diferentes percepciones de causas y consecuencias de las dificultades de la década de 1930 enfrentan a los profesionales argentinos en un debate en torno al futuro

del hospital público, volcado sobre dos grandes áreas problemáticas: la delimitación de la *clientela* hospitalaria y la determinación de las condiciones de prestación de servicios, por un lado; y, por el otro, la remuneración del trabajo médico destinado a proveerlos.

La supresión en 1919 de la *tarjeta de pobre*, que en las primeras décadas del siglo XX autorizaba el acceso gratuito a la atención hospitalaria para la población de menores recursos, fue propuesta por la bancada socialista en el Concejo Deliberante de la ciudad capital. Ángel Giménez reconoce en un debate producido en la Cámara de Diputados en 1936 la paternidad de la iniciativa, al mismo tiempo que señala una consecuencia no prevista de la medida en lo que define como “la actual situación realmente desconcertante de la excesiva concurrencia de enfermos de todas las clases sociales”⁵.

Múltiples razones son esgrimidas en esos años para explicar el incremento de la demanda de atención gratuita en los hospitales porteños: motivaciones electoralistas de diferentes sectores políticos; el arraigado clientelismo que permite obtener una cama en el hospital en virtud de la recomendación de algún caudillo; la ya clásica referencia a la *crisis de las capas medias* que habría determinado la contracción del poder adquisitivo de sectores que antes acudían a los servicios privados; el desarrollo de la tecnología médica y la diferente percepción de la población respecto de la eficacia de la atención hospitalaria; la corrupción de determinados sectores; la falta de autoridad del Estado.

No es posible recoger información confiable sobre qué porcentaje de la población hospitalaria pertenecía al sector identificado como *puddiente*. Las estimaciones varían entre un 5% y un 30%, conforme la tesis que quiere sostener cada autor y las soluciones que propone. Tampoco hay acuerdo sobre el nivel de salario por debajo del cual se otorgaría el derecho a una atención gratuita.

Existe un acuerdo generalizado entre todos los que se ocupan del tema: la situación se ha vuelto insostenible. Sin embargo, cuando se trata de diseñar soluciones reaparece el disenso, en tanto las propuestas en debate suponen cambios estructurales con posibilidad de modificar el futuro de cada uno de los agentes insertos en el sistema de servicios. Tres grandes opciones enfrentan a los profesionales comprometidos en el tema: el mantenimiento del sistema de *puertas abiertas*, con la inyección de recursos que lo hagan sustentable; la limitación de la atención hospitalaria a la población indigente; el arancelamiento de los servicios que permita un flujo financiero proveniente del sector con capacidad de pago, sin limitar la atención gratuita al indigente.

Un debate más enconado, y promotor de divergencias duraderas en el incipiente gremialismo médico porteño, es el que se entabla en torno a las propuestas de remuneración del trabajo médico en hospitales. Las dimensiones del problema se explicitan con claridad en un artículo publicado en *La Prensa* el 23 de febrero de 1933, del que recorto algunos párrafos:

⁵ Cámara de Diputados, Diario de Sesiones, T. III, Reunión n°22, 24-09-1936, pp. 541-621.

El Hospital Rawson está dotado de 1.150 camas para internación de enfermos y sólo cuenta con 23 médicos rentados para la atención de los hospitalizados y los concurrentes a los consultorios externos. Según las estadísticas comunicadas a la Dirección de la Asistencia Pública, en el curso del año 1932 los enfermos internados fueron 16.000 y los atendidos en consultorios externos del mismo hospital alcanzaron a ser 284.000.

[...] La explicación de que hayan podido ser atendidos todos los demandantes de asistencia médica nos la proporciona el dato contenido en la memoria citada, de que aquellos 23 médicos rentados contaron con la colaboración de 285 médicos agregados y asistentes, ninguno de los cuales recibe retribución por los servicios prestados a la Municipalidad en tal carácter.

Ese escenario se generaliza en la información proporcionada durante el debate parlamentario de la que sería la “Ley Dickmann”, sancionada en 1936⁶. Dos mil profesionales prestaban servicios en los hospitales municipales; de ellos percibían sueldos relativamente modestos 200 médicos y 1.800 no tenían ninguna remuneración.

Sería posible asociar el comentario de *La Prensa* con el movimiento que algún tiempo después iniciaron los médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires, destinado a lograr la retribución de su trabajo en los hospitales de la comuna. Sin embargo, el tono de sus comentarios puede también relacionarse, tal vez en mayor medida, con la campaña que estaba realizando el Colegio de Médicos en defensa de la limitación de la clientela hospitalaria.

No parece haber figurado entre los objetivos inmediatos del Colegio la remuneración de los médicos *ad honorem*, ni tampoco constituía una preocupación para los Círculos que lo integraban, en los que se agrupaban los profesionales del municipio. La eclosión en 1935 del llamado *movimiento proremuneración* los sorprende, tal vez con una cuota de desagrado. Si bien expresan su preocupación con diferentes niveles de crudeza, los líderes gremiales se ven colocados en una situación difícil ante el nuevo movimiento. Y de la discusión que este genera puede inferirse que la dificultad se debe a que su presencia pública y el carácter de sus reivindicaciones ponen de manifiesto las débiles bases de sustentación del movimiento gremial, tanto en sus aspectos organizativos como ideológicos.

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

⁶ La Ley 12309/1936 es conocida con el nombre de Ricardo Dickmann, miembro informante de la bancada socialista que la presentó al Congreso. Estableció un subsidio de la Nación destinado a remunerar a los médicos que se desempeñaban en hospitales municipales, por un monto de cinco millones de pesos anuales. La cifra era significativa, ya que el presupuesto total la asistencia pública municipal era en ese momento de quince millones. Sin embargo, disposiciones posteriores la desvirtuaron y le restaron impacto.

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

El *movimiento proremuneración* significa una señal de alarma para el grupo de profesionales que cifra la posibilidad de recuperar la clientela privada en la limitación de la atención hospitalaria. Un incremento masivo de la remuneración del trabajo en los hospitales significaría sin duda una mejora en los servicios y el consiguiente aumento del flujo de personas con capacidad de pago, que encontrarían motivaciones adicionales para abandonar los decaídos consultorios, todavía adscriptos al modelo de práctica individual. Por lo tanto, la remuneración del personal *ad honorem* no debería –a criterio de los presuntos afectados– sancionarse con independencia del reconocimiento del derecho exclusivo de la población indigente de acceder a la atención proporcionada por los servicios de salud del subsistema público.

La demanda de remuneración no se agota con la obtención del subsidio que la Nación otorga a la Municipalidad de Buenos Aires para retribuir el trabajo de los médicos en los hospitales municipales (Ley 12309/1936). Por ley general de presupuesto de 1937 (Ley 12345), el beneficio se hace extensivo a todos los médicos que prestaran servicios gratuitos en las dependencias sanitarias del país. Su aplicación se verá trabada por múltiples cuestiones que la reglamentación no considera y demandas adicionales del personal afectado. En tales circunstancias se inaugura la década de 1940, sin que se haya logrado regularizar el trabajo médico en los hospitales.

Las formas organizativas descartadas

El debate en torno a la introducción de un seguro obligatorio de salud o enfermedad

La introducción de un seguro de salud (o enfermedad) obligatorio, gerenciado por el Estado, se discute en forma reiterada en Argentina y EEUU entre la segunda década del siglo XX y los años sesenta del mismo siglo. Por razones de periodización, en este espacio introduciré solo los proyectos debatidos hasta el fin de los años cuarenta.

Diferentes son las circunstancias que estimulan en cada oportunidad la presentación de propuestas orientadas a establecer ese sistema de financiamiento de la atención médica destinada a la población de medianos y escasos recursos. En paralelo, la justificación de la medida se reitera, a la vez que conserva bases objetivas para procurar el consenso: el costo de la atención médica constituye un obstáculo para el acceso a sus beneficios de un porcentaje creciente de la población, las fuentes tradicionales de financiamiento –el presupuesto estatal, las contribuciones filantrópicas, el mutualismo, la cobertura proporcionada por algunas empresas, el gasto directo– muestran signos severos de agotamiento.

Tanto en Argentina, donde la información recogida sobre el tema es limitada, como en EEUU, donde ha sido posible identificar con algún detalle proponentes y opositores a la implantación del seguro, es difícil diferenciar nítidamente los grupos sociales que militan en uno u otro bando. Médicos, sindicalistas, empresarios, funcionarios, la población consultada a través de encuestas no se alinean de manera significativa a favor o en contra de esa institucionalización, los argumentos esgrimidos por los principales actores involucrados siempre combinan beneficios esperados y posibles perjuicios. No hay dudas, sin embargo, de quiénes resultarán en cada caso vencedores: aquellos que se oponen a la medida.

Las iniciativas en EEUU

En EEUU la primera iniciativa de introducción del seguro de enfermedad correspondió a un grupo de reformadores sociales insertos en el medio académico y auto identificados como *progresistas*, nucleados en la American Association for Labor Legislation (AALL), fundada en 1906. Su movilización en defensa de una ley de seguro social toma impulso en 1912, y en 1915 hace público un proyecto de seguro de salud, inspirado en la legislación europea de la época. Su mala fortuna parece haber radicado en la coincidencia cronológica con el debilitamiento de la denominada *Era Progresista*, tras la derrota de Theodore Roosevelt frente a Woodrow Wilson, derrota que habría postergado durante dos décadas el involucramiento del gobierno federal en la administración del bienestar.

Los argumentos de los reformadores progresistas en defensa de la implantación de un seguro de salud revelan una gran confianza sobre la capacidad de la salud pública y la atención médica para prevenir y curar enfermedades. En la medida que suponían que su proyecto podía despertar resistencias entre los médicos, intentaron flexibilizar las disposiciones que podían afectarlos. Encontraron no solo aceptación, sino también entusiasta apoyo en algunas figuras prominentes de la profesión, entre ellos algunos líderes de la AMA. Sin embargo, emergieron ciertos puntos de fricción, en la medida en que la búsqueda de eficiencia de los líderes de la AALL resultó conflictiva con la defensa de su ingreso y autonomía por parte de los médicos. El inicial apoyo de la AMA, por otra parte, no se extendía a todas sus filiales, algunas expresaron rápidamente su adhesión, otras manifestaron reserva, la mayoría no se involucró en el debate.

Una segunda iniciativa se registra en 1916, cuando la Comisión sobre Relaciones Industriales, creada por el presidente Wilson en una coyuntura de violencia sindical, recomendó la introducción del seguro de salud. Sin embargo, la American Federation of Labor (AFL) se opuso al seguro obligatorio, que caracterizó como una reforma paternalista e innecesaria, destinada a crear un sistema de supervisión de la salud popular por parte del Estado. También los empleadores consideraron contrarias a sus intereses las propuestas de seguro obligatorio: en general rechazaron el argumento de que el seguro de salud significaría mayor eficiencia productiva, a la

vez que afirmaban que la inversión en salud pública generaría beneficios mayores que la cobertura de atención médica para los enfermos.

Una segunda ola de interés en la sanción de un seguro de salud obligatorio se generará a partir de la década de 1920, en parte respaldada por los crecientes costos de la atención médica. El foco de la reforma ya no se ubica en la estabilización del ingreso de los trabajadores y el aumento de la eficiencia de los servicios de salud, sino en la ampliación del acceso a sus beneficios. En consecuencia, se propone limitar la importancia de los pagos en efectivo en casos de pérdida de días de trabajo y se elimina el beneficio de sepelio. Los reformadores están dispuestos a reconocer que bajo un programa de seguro será improbable que los costos de la atención médica declinen. La justificación del seguro radica en hacer más predecible y administrable la incertidumbre que pesa sobre los individuos respecto a la incidencia de enfermedad y los costos de la atención necesaria, en ocasiones catastróficos. Varias estimaciones dedicadas al incremento del gasto en atención médica en el presupuesto de las familias demuestran el mayor porcentaje de recursos que le son destinados y, en el interior de ese gasto, la creciente incidencia de los costos hospitalarios.

Nuevamente la iniciativa se generó fuera de los organismos del estado. En 1926 se organiza el Comité sobre Costos de la Atención Médica (CCAM), que se constituye como organismo independiente, financiado en forma privada, y formado por alrededor de quince economistas, médicos y especialistas en salud pública, que se reunieron en abril de ese año en una Conferencia sobre economía médica⁷. Un año más tarde tenía cincuenta miembros y se había convertido en el impulsor de un nuevo proyecto de seguro. A lo largo de cinco años se publicaron cerca de 30 informes sobre las condiciones en que se brindaba la atención médica, con muy importante información sobre el gasto nacional en salud, su distribución entre los diferentes agentes y organizaciones de atención médica, su incidencia en los presupuestos de los hogares. El informe final, firmado por 35 miembros, no se expidió en términos favorables a la implantación de un seguro; propuso en cambio la promoción de grupos de práctica y grupos prepagos. Los planes de cobertura voluntarios eran considerados deseables como un primer paso, se sugería también que los gobiernos locales subsidiaran la cobertura de los planes prepagos para los individuos de bajo ingreso, sobre una base por cápita o una suma global.

En el interior del CCAM, existieron disensos parciales entre el grupo mayoritario que se hizo responsable del informe, y hubo críticas entre los que se negaron a respaldarlo, pero las más duras provinieron de un grupo de médicos en práctica privada y un representante de los hospitales católicos. Vale la pena citar alguno de sus argumentos, que representan la perspectiva más conservadora del pensamiento médico en esos años: sostienen que el médico generalista debe recuperar “el lugar central en la práctica médica”, que “la competencia del gobierno en la práctica de la medicina debe cancelarse” y “la atención del indigente debe expandirse con el único

⁷ El coordinador del Comité fue Ray Lyman Wilbur, un médico que era presidente de la Universidad de Stanford y luego sería secretario de interior, prominente figura del Partido Republicano y anterior presidente de la AMA

objeto de relevar a la profesión médica de esa carga”; demandan el “apoyo y fortalecimiento” de la influencia de la profesión y rechazan no solo el seguro obligatorio sino también el voluntario⁸. En noviembre de ese año, un editorial del *Journal* de la AMA rubrica esa posición y describe la propuesta mayoritaria como una incitación a la revolución. Con la misma perspectiva evaluó el documento el *New York Times* en su primera página, haciendo referencia a una “Medicina Socializada”⁹.

Coincidentes con la llegada a la presidencia de Franklin D. Roosevelt, la reacción de la AMA y la controversia sobre el informe del CCAM pueden haber persuadido a la nueva administración sobre la conveniencia de no incorporar a su agenda la cuestión del seguro de salud. Si esa hipótesis resultara cierta, se habría generado allí un nuevo obstáculo para la iniciativa, que en esa coyuntura parecía en condiciones de atraer voluntades que le habían sido adversas: La depresión de los años treinta del siglo XX habría revitalizado el movimiento por el seguro, estimulado una multiplicación de los sindicatos, y logrado que la AFL abandonara su oposición de largo plazo a los programas de seguro social. Y con Roosevelt llegó al poder una administración demócrata más dispuesta que cualquiera de las anteriores a comprometer al gobierno federal en la gestión del bienestar social y económico.

Sin embargo, la depresión cambió también las prioridades de los programas sociales. En la *Era progresista* el seguro de salud se había ubicado en los primeros lugares, solo después de la compensación a los trabajadores por los días de trabajo perdidos. La importancia del desempleo en la década de 1930 colocó como primera prioridad el seguro destinado a cubrirlo, seguido por las pensiones de retiro, que conformaron la parte sustancial de la legislación aprobada bajo la apelación a una *Social Security*.

En paralelo, la reacción de la AMA ante la crisis económica consistió en defender la limitación de la oferta de médicos, en lugar de ampliar la demanda para sus servicios. En 1934 su presidente propuso eliminar la mitad de las escuelas médicas en el país; en ese mismo año su Concejo de Educación Médica advirtió a dichas escuelas sobre los riesgos de admitir demasiados estudiantes, en paralelo, el número de ingresos disminuyó. También en esos años las juntas encargadas de otorgar licencias para la práctica médica adoptaron normas más rigurosas para autorizar el ejercicio de médicos extranjeros.

En 1935 la organización profesional convocó a una sesión especial de su Cámara de Delegados, que manifestó su oposición al seguro de salud obligatorio y a cualquier tipo de control lego de los beneficios médicos en organismos asistenciales. Al mismo tiempo, en lo que parecía una pequeña concesión a los moderados, se aceptaron los planes de seguro voluntario para atención médica, siempre que estuvieran bajo el control de las asociaciones médicas locales y se adecuaran a las directivas sancionadas por la AMA.

⁸ Committee on the Costs of Medical Care, *Medical Care for the American People*, Chicago: University of Chicago Press, 1932, pp. 152-183. Citado por: Starr (1982).

⁹ *New York Times*, 30 de noviembre de 1932. Citado por: Starr (1982).

Las estrategias del gobierno federal cambiaron en la siguiente década, a partir del fin de la Segunda Guerra. Después de haber permanecido en la periferia de las políticas públicas, en la década de 1940 el seguro de salud obligatorio se ubicará en el centro de esa arena y recibirá apoyo pleno de un presidente. En 1944 Roosevelt había solicitado al Congreso la aprobación de una ley que contemplara los “derechos económicos”. Poco después de su llegada a la presidencia Harry Truman reiteró el pedido y en noviembre de 1945 propuso la aprobación de un programa nacional destinado a asegurar el derecho a una atención médica adecuada y a la protección de los “temores económicos” producidos por la enfermedad¹⁰.

El programa de Truman consideraba una fuerte inversión en el sistema de atención médica. Su primera recomendación fue la expansión de los hospitales y la segunda el incremento del financiamiento destinado a los servicios de salud pública y atención materno infantil. Una tercera se orientó hacia el apoyo a la investigación y la educación médicas. Las disposiciones más significativas se vinculaban a la implementación de un solo sistema de seguro de salud que daría cobertura a la totalidad de los grupos sociales, incluyendo profesionales, trabajadores agrícolas y personal doméstico, no cubiertos por las reformas del *New Deal*. El presupuesto estatal se haría cargo de las primas de seguro de la población que no pudiera afrontar su costo.

Truman se preocupó por aclarar que su programa no suponía una medicina socializada, en tanto la población continuaría acudiendo a servicios hospitalarios y consultorios como lo hacía en ese momento, y se garantizaría a médicos y hospitales el derecho a elegir el método de remuneración que prefirieran.

El programa era expansivo en diferentes sentidos: favorecía un aumento del acceso a la atención médica incrementando los recursos y reduciendo las barreras financieras que limitaban su utilización, y prometía a los médicos mayores ingresos, sin reforma organizativa. A diferencia de los progresistas que habían propuesto un plan solo destinado a los trabajadores y buscaban economías en la organización y mayor eficiencia, los liberales¹¹ en la postguerra se mostraban más igualitarios en cuestiones distributivas y menos radicales en lo referido a organización.

Las seguridades que Truman garantizaba a los médicos no convencieron a sus organizaciones representativas. La Cámara de Delegados de la AMA ofreció como alternativa la expansión del seguro voluntario y de los servicios públicos destinados al indigente. También la American Health Association se manifestó a favor de subsidios gubernamentales al seguro voluntario. La opinión pública se mostró en general favorable a la iniciativa; sin embargo, el resultado de encuestas con preguntas específicas ofreció algunos matices: el apoyo al programa del gobierno se reducía cuando se lo comparaba con el seguro voluntario; la aceptación del seguro obligatorio variaba en sentido inverso cuando la población se estratificaba según ingreso. La AMA contaba con el apoyo de los miembros de organizaciones comunitarias,

¹⁰ “A national health program: Message from the President”, *Social Security Bulletin*, diciembre de 1945, p. 7

¹¹ En mis referencias a EEUU utilizo el término “liberal” en el sentido con que se utiliza en ese país, haciendo referencia a la corriente de centro-izquierda en el interior del Partido Demócrata.

la prensa de opinión, las grandes empresas, y organizaciones corporativas como la Cámara de Comercio y la Asociación de Abogados.

Incluso algunas agencias del gobierno federal no respaldaron plenamente las intenciones del presidente. El *Children Bureau* se mostró más interesado en expandir los programas del seguro para viudas y dependientes de combatientes, establecidos durante la guerra; la Administración de Veteranos se opuso al plan, y las autoridades del Servicio de Salud Pública se mostraron poco entusiastas ante la iniciativa.

Después de la reelección de Truman en 1948, la AMA solicitó a cada uno de sus miembros una contribución de 35 dólares para financiar una campaña pública que costó un millón y medio de dólares, a la vez que puso en marcha el más costoso esfuerzo de *lobby* en la historia del país. La asociación entre el seguro obligatorio y el comunismo, que se generalizó en panfletos y a través de los medios de comunicación, tuvo efecto sobre la opinión pública. En la medida en que un sentimiento anticomunista emergió en los últimos años de la década de 1940, la aprobación del seguro nacional de salud se tornó improbable.

Argentina: diversidad de problemas y propuestas de solución; reticencia del gremialismo médico

Las mutualidades no tuvieron en EEUU el mismo desarrollo que en Argentina, en tanto las primeras organizaciones de inmigrantes se habrían debilitado con posterioridad a la guerra civil, sin llegar a constituir un objetivo prioritario para el movimiento sindical. En nuestro país, por el contrario, fue el interés por reordenar el fragmentado y multiforme universo mutual la principal motivación para los primeros proyectos de seguro social. A continuación de un proyecto presentado por Carlos Iburguren en 1913, se suceden las propuestas elaboradas por intelectuales socialistas, defensores locales del marco ideológico político que sustentaba las políticas progresistas en EEUU.

Ángel Giménez en 1914, Augusto Bunge en 1917 y 1919, la iniciativa aprobada en el Congreso de Mutualidades en 1918, incorporaban el concepto de *seguros populares*, asociado a una doctrina socialista que procuraba estimular la autogestión y desconfiaba de la amenaza de burocratización encarnada en el Estado. El proyecto de Bunge estuvo directamente vinculado a experiencias europeas de igual orientación.

En las primeras décadas del siglo XX los médicos argentinos no tenían todavía una organización gremial que actuara como vocera de sus intereses, el mutualismo sindical era todavía incipiente, los trabajadores socialistas estaban agrupados en mutualidades que se identificaban con esa orientación y eran afines al pensamiento de intelectuales como Giménez y Bunge. Los médicos, individualmente considerados, no tenían una posición generalizada sobre el mutualismo o la institucionalización del seguro.

En términos generales, la alarma de la profesión médica ante el aumento de las mutualidades y el número de sus beneficiarios se planteaba en diferentes planos, a saber: la importancia de los recursos canalizados a través de estas; la diferente

integración de su membresía –nuevamente aparece aquí la desconfianza ante los *prudientes*–; lo que se consideraba como indebido control de administradores y comisiones directivas en aspectos de la práctica privativos del profesional, en particular las limitaciones establecidas sobre la libertad de prescripción y el número de visitas; y, por último, la reivindicación del principio de libre elección del médico por el paciente, no reconocido por muchas mutualidades y dejado de lado a medida que estas instituciones organizaban consultorios propios con profesionales a sueldo.

De todos modos, tanto los proyectos ya mencionados como el presentado en la respectiva Cámara por el Senador Álvarez en 1941 tuvieron escasa repercusión pública y es posible incluso que el Reglamento sancionado por el presidente Ortiz en 1938 no haya tenido aplicación efectiva. Como otro antecedente fallido debe computarse la Comisión Interparlamentaria creada por la Ley 11286/1923 para el estudio de un proyecto de seguro social nacional. En una investigación destinada a recuperar antecedentes históricos de la seguridad social, Daniel Lvovich recupera además un proyecto presentado al Congreso por Augusto Bunge en 1929, que tampoco logró sanción parlamentaria (Lvovich, 2006).

Hacia el fin de la década de 1930 y en los primeros años cuarenta, se renuevan las propuestas favorables a la implementación de un seguro social. En esos años, las inquietudes de intelectuales y políticos encuentran un respaldo autorizado en referentes internacionales. Las recomendaciones de la OIT, la difusión del Plan Beveridge en Inglaterra, las repercusiones del *New Deal*, la aprobación del Plan March en Canadá, constituyen referentes obligados cuando se discuten las políticas sociales del futuro.

La amplitud de los respaldos que recibe la idea de seguro no significaba unanimidad en relación a las posibles formas organizativas, reflejando en parte la fragmentación de esa base de apoyo y la dificultad de llegar a consensos. Seguros sociales, seguro nacional, seguro libre, obligatorio, integral, de enfermedad, son solo parte de los significantes en debate. A ellos se sumaba la reiteración de opciones presentes en otras áreas de la política de salud: centralización/ descentralización, regulación/ libertad, integración/autonomía, particularismo/sistema.

La relativa debilidad de las propuestas favorables al seguro en las organizaciones gremiales médicas podría relacionarse con la existencia de dos posiciones enfrentadas en relación a su organización. La clara perspectiva antiestatista de Juan Lazarte, por ejemplo, lo lleva a defender una organización descentralizada, con predominio de las entidades propias de la sociedad civil; la referencia es en ese caso a *seguros sociales*, defendida también por los socialistas. Cuando se habla de *seguro nacional*, en cambio, se está apoyando una organización centralizada.

En materia de salud, el sistema se plantea en clave sectorial; aun cuando se insista en la necesidad de unificar previsión, asistencia social y prestación de servicios, las propuestas y debates se centran sobre las formas organizativas de la atención médica. Si bien el objetivo prioritario es la obtención de una base financiera estable y suficiente, que garantice el buen desempeño, las propuestas respaldadas por las incipientes organizaciones que pretenden representar los intereses de la profesión médica se inscriben además en un contexto de valores que es posible recuperar.

En primer lugar, se hace referencia al ejercicio de la responsabilidad individual, y la cotización que se exige a todos en proporción a la capacidad contributiva de cada uno se presenta como un instrumento de educación popular. En segundo término, el beneficio a percibir se propone como contraprestación, como derecho adquirido, descartando las concepciones vinculadas a caridad o beneficencia. Por último, se defiende un principio de justicia que gobierna la distribución de cargas y beneficios. El mantenimiento de la capacidad laboral –uno de los ejes orientadores de la política social de la época– beneficia sin duda al individuo que la utilizará para asegurar su subsistencia, pero también a los empleadores, en función de garantizar productividad a sus capitales, y a la sociedad toda que aprovechará la riqueza producida.

¿Cuáles son los temores? ¿En qué se basan las reservas de la profesión ante el modelo?

El sacrificio de la práctica individual, la aceptación de un ámbito de ejercicio con mayor complejidad, la resignación de las tradicionales libertades, pesan en la opinión de un sector. Una cuestión adicional alarma aún a los más decididos promotores del cambio: los números no cierran.

Todas las evaluaciones disponibles a nivel internacional –sostienen algunos dirigentes gremiales– parecen coincidir en que la implantación de los seguros obligatorios constituyó una experiencia poco alentadora para la clase médica. Aun cuando se reconocen ventajas indudables para la aplicación de una medicina que coloque énfasis en las prácticas preventivas y proporcione una respuesta eficaz a problemas de fuerte connotación social como la tuberculosis y las cardiopatías, existiría consenso respecto a las bajas remuneraciones percibidas por los médicos. Los seguros no habrían contribuido a solucionar el problema económico de los profesionales, por el contrario, su consecuencia habría sido una disminución de la clientela en sus consultorios, sin ofrecerles una retribución adecuada en la función pública. Para verificar esas afirmaciones, sostienen, sería suficiente considerar la posición de los médicos frente a los seguros sociales: “desde 1883 hasta nuestros días (...) siempre fue de franca oposición. Alemania, Francia e Inglaterra, y Chile y Perú en América sirven de ejemplo”. (Baztarrica, 1946, p. 14)

El límite principal radicaría en la limitación de los recursos que podrían obtenerse de las contribuciones sobre el salario, el aporte patronal y la contribución del Estado. Si se adoptara el sistema que integra en la cobertura del seguro exclusivamente a la población trabajadora de medianos y bajos ingresos, los porcentajes destinados a contribuciones, calculados en función del nivel promedio de salarios, serían tan significativos que harían inviable la propuesta. La solución radicaría en un seguro que cubriera la totalidad de la población, con cotizaciones progresivas según el monto de los ingresos, de manera de constituir un mecanismo solidario con efectiva redistribución de la renta.

Tal solución carecía de consenso. Buena parte de los profesionales aspiraban a seguir convocando a sus consultorios a los sectores de mayores recursos, manteniendo la autonomía técnica y económica que consideraban una prerrogativa indeclinable de su función. Muchos de ellos participan de la polémica, y acatan, al menos

en sus manifestaciones públicas, las decisiones mayoritarias. Los congresos médicos, tanto académicos como gremiales, se transforman en estos años en arena de debate.

Una propuesta atemperada con una relativa dosis de compromiso –conducción del seguro por parte de un organismo autárquico constituido por representantes del Estado, los contribuyentes y las asociaciones que nucleaban las profesiones de salud; libre elección del profesional; contratación de los profesionales a través de la organización gremial mayoritaria; remuneraciones que permitieran una *vida decorosa*– parece alcanzar apoyo mayoritario en los primeros años cuarenta del siglo XX. No significa esto suponer unidad u homogeneidad entre los profesionales movilizadas en la actividad gremial, o los insertos en las agencias del Estado y la actividad académica.

No dispongo de una revisión sistemática de la posición de otros actores sociales interesados en la problemática del seguro de enfermedad. En parte, porque tanto en el debate como en la presentación de proyectos con frecuencia se superponen en esos años las referencias a seguro social y seguridad social: en el primer caso el seguro de enfermedad estaría incluido, en el segundo, la referencia incluiría tan solo leyes previsionales. En parte, también, porque en ocasiones la oposición empresarial a la sanción de leyes previsionales se disfraza haciendo mención a la expectativa de lograr en el futuro la aprobación de un proyecto más amplio de seguro social.

Es necesario considerar también que algunas iniciativas –como la expresada en el programa mínimo de la CGT, publicado en su *Boletín* de junio de 1932, introducida por Lvovich en el trabajo ya citado, que defendía la instauración de un seguro nacional destinado a cubrir los riesgos de enfermedad, desocupación, vejez, invalidez y protección a la maternidad e infancia para la clase trabajadora– requieren para ser integradas al análisis alguna referencia a las condiciones de su emisión, ya que contradicen una tendencia de largo plazo en las propuestas del sindicalismo argentino, orientadas a defender actividades de protección social destinadas al respectivo gremio.

El particularismo se revela también en los obstáculos que plantean las mutualidades para federarse (con la significativa excepción de las que se identifican como socialistas), en las iniciativas de diferentes agencias estatales que comienzan en la década de 1930 a instituir programas de cobertura para sus empleados, y en los debates producidos en el Congreso de Mutualidades reunido a partir de una convocatoria de la Secretaría de Trabajo y Previsión en 1944.

Este particularismo se traduce en fragmentación y heterogeneidad de la cobertura de atención médica, y puede interpretarse como un rasgo cultural de fuerte arraigo en los sectores populares, que en otro lugar he incorporado como uno de los factores que sustentaría una hipótesis de continuidad entre mutualidades y obras sociales, limitado e ineficiente sucedáneo de un seguro de enfermedad (Belmartino, 2005).

Una posición similar se reitera a partir de los años treinta en las páginas de *La Fraternidad*, vocera del influyente sindicalismo ferroviario. En 1936, ante una reiteración de la propuesta de seguro social publicada en la Memoria anual de la CGT, la publicación se expide sosteniendo que los obreros pueden por sí solos asegurarse contra el riesgo de enfermedad, asociándose a sus mutualidades. En 1947 un

proyecto de creación del Seguro Social en condiciones de ingresar al Parlamento alarma al sindicalismo ferroviario, ya que conforme a sus disposiciones la Caja de Jubilaciones y Pensiones para Ferroviarios, creada en 1919, dejaría de recibir nuevos afiliados a partir de los seis meses de la sanción de la ley, que unificaría las diferentes cajas de previsión existentes bajo el nuevo régimen y ofrecería cobertura universal a la totalidad de la población del país frente a una serie de riesgos vitales.

La alarma de los ferroviarios tiene causas concretas: la edad establecida para recibir el beneficio jubilatorio se elevaría de 50 a 55 años, el monto a percibir dejaría de calcularse a partir de los aportes individuales y se concretaría en una prestación básica universal, los aportes no se orientarían exclusivamente a jubilaciones, sino que se destinarían a cubrir riesgos de desocupación, maternidad, vejez, inaptitud física, por último, quedarían exceptuadas del nuevo régimen las cajas destinadas a militares y empleados públicos, cuestión que suscita alguna justificada desconfianza¹².

Cooperativas médicas y grupos de práctica prepaga

En los dos escenarios bajo análisis se registraron también iniciativas grupales en la búsqueda de formas organizativas que recuperaran la afluencia de clientela solvente a los consultorios o clínicas destinadas a la atención ambulatoria. En ninguno de ellos tuvieron una presencia significativa en las primeras décadas del siglo XX, en Argentina la historia las recoge en esos años y poco sabemos de su trayectoria posterior. También en EEUU fueron objeto de análisis y controversia en esta etapa sin llegar difundirse en forma significativa, sin embargo, sobrevivieron hasta alcanzar alguna notoriedad en los años setenta, y su organización se convirtió en fundamento de algunas de las reformas introducidas en los noventa. En este capítulo me ocuparé tan solo de sus orígenes.

La experiencia estadounidense

Las *prácticas de grupo privadas* representaron en EEUU una modalidad de organización empresaria en manos de médicos, con capacidad de prolongar la actividad del consultorio individual. No reducen el poder económico de los médicos en relación a sus pacientes ni suponen cambios en las formas de pago. Sin embargo, transforman las relaciones entre los profesionales, que ejercerán su práctica en una organización única, a menudo apoyada por equipos de gerencia y asistentes técnicos, en una nueva y más elaborada división del trabajo. En el caso típico algunos médicos aportan capital y trabajo a la empresa y se transforman en sus propietarios, mientras otros se convierten en sus empleados.

¹²*La Fraternidad*, XXVII, 596: 39, 5 de abril de 1936; XL, 854: 3-4/6, 5 de enero de 1947; XLI, 878: 1-2, 5 de enero de 1948.

Es posible ubicar el origen de esta experiencia en la muy famosa Clínica Mayo, fundada en 1892 en un pequeño pueblo de Minnesota y mencionada como ejemplo en algunos testimonios argentinos. Sin embargo, su trayectoria fue única. Su forma organizativa habría servido como ejemplo para experiencias menos ambiciosas, destinadas a garantizar la supervivencia del médico de familia y su función como intermediario entre el paciente y los especialistas. De todos modos, estas experiencias no contienen modalidades de organización innovadoras, que estarán representadas por las *prácticas de grupo prepagas*.

Estas organizaciones se difunden partir de los años treinta y cuarenta del siglo XX, a partir de un movimiento cooperativo que adopta la forma organizativa de la práctica de grupo, a la vez que introduce una reforma significativa en su financiamiento: los grupos de médicos que atendían pacientes con un plan de cobertura de este tipo proporcionaban servicios médicos integrales por una suma mensual fija. Surge así la *práctica de grupo prepaga*, definida por sus organizadores sobre la base de cuatro principios: práctica de grupo, pago previo, medicina preventiva y participación del consumidor. Apoyadas por los movimientos de consumidores y organizaciones laborales, tales organizaciones enfrentaron durante décadas una fuerte oposición de la medicina organizada y operaron como islas dentro del sistema generalizado de cobertura con reembolso a partir del pago por acto médico (Iglehart, 1982).

Es posible recuperar las primeras formas de organización prepaga a través del registro de algunas experiencias exitosas. En 1929 la Clínica Ross-Loos comienza a proporcionar atención médica a los empleados del Departamento de Agua y Energía de Los Ángeles sobre una base prepaga. Hacia 1935 tenía como beneficiarios a 37.000 empleados y sus dependientes, cada uno pagando dos dólares por mes por un listado predeterminado de servicios. En esa misma fecha, 1929, un médico de Oklahoma, Michael Shadid, puso en marcha un intento de reforma de la atención médica sobre una base prepaga, integral, organizando en Elk City la primera *cooperativa médica*, con la intención declarada de proporcionar a la medicina nuevos y más democráticos fundamentos. En los últimos años de la década de 1940 se fundaron más de cien cooperativas de salud rural, particularmente en Texas, que sin embargo no prosperaron, en parte por la cerrada oposición de la medicina organizada.

Por su parte, Henry H. Kaiser organizará en sus empresas de la Costa Oeste el *Kaiser Health Plan*, que llegaría a ser la más exitosa práctica de grupo entre las que se organizaron en las décadas de 1930 y 1940 (Bodenheimer y Grumbach, 1995). La iniciativa se remonta a 1938, cuando Sidney Garfield comienza a proporcionar servicios de atención médica a los empleados de la planta Kaiser instalada en el estado de Washington, recibiendo como contrapartida una suma fija por empleado. En el transcurso de la Segunda Guerra, Kaiser difunde el modelo a todos sus establecimientos, y a su finalización abre la membresía a la población general. Con lo que Starr caracteriza como un espíritu *casi misionero* consideraba posible reorganizar la atención médica sobre una base autosuficiente, independiente del gobierno, para proporcionar a millones de americanos servicios integrales prepagos a precios que podrían solventar.

El crecimiento de una experiencia similar en Nueva York –el Health Insurance Plan organizado en 1947– y de la organización Kaiser en California despertaron la preocupación de los médicos. Estos nuevos planes prepagos, a diferencia de los destinados a proteger a trabajadores industriales y mineros, resultaban atractivos para la población de ingreso medio. Los métodos usuales de bloqueo utilizados por la profesión no pudieron operar contra Kaiser. Los hospitales no tuvieron oportunidad de negarle sus servicios, ya que construyó sus propias instalaciones. La Unión de Trabajadores Mineros también sobrevivió a los embates de la medicina organizada. Con un millón de beneficiarios tuvo suficiente poder de mercado para obtener la cooperación de los médicos, particularmente en las pequeñas comunidades mineras; sin embargo, prefirió organizar sus propias prácticas de grupo.

En general, los planes prepagos que lograron desarrollar sus propios servicios pudieron sobrevivir mejor en un ambiente hostil. Tuvieron capacidad de crear un contexto con limitaciones a la prescripción, tales como una oferta predeterminada de camas hospitalarias, que influiría en las decisiones cotidianas de sus profesionales. También pudieron proporcionar incentivos para estimular a los médicos a identificarse con las necesidades de la organización y participar en la política de control de costos. Kaiser y los otros grupos tuvieron tasas de hospitalización relativamente bajas, en parte porque no tenían incentivos para hospitalizar, en parte porque pudieron influenciar a sus profesionales sin comprometer sus aspiraciones de autoridad y autonomía.

Los planes prepagos tenían diferentes formas de incorporar a los médicos a su organización. En el Health Insurance Plan estaban reunidos en prácticas de grupo independientes, que eran propietarias de sus instalaciones y atendían a la vez pacientes prepagos y beneficiarios de planes con honorarios por acto médico. En la organización de Kaiser los grupos médicos también estaban vinculados a través de contratos, pero los profesionales no podían atender pacientes privados y no tenían la propiedad de las instalaciones. Aunque gozaban de autonomía colectiva para juzgar su desempeño recíproco y determinar salarios y promociones, no eran tan independientes en el control de sus recursos como sus colegas neoyorquinos. También se registraban diferentes formas de gobierno. En Kaiser, el poder residía en dos grandes empresas controladas por la familia y sus respectivos gerentes. El Health Insurance Plan estaba gobernado por una junta que incluía representantes de empresarios, trabajadores, la profesión médica y el gobierno.

Las formas organizativas comunes definían la identidad de este tipo de empresa: la financiación y provisión de servicios se integran en una sola estructura organizativa; la cuota mensual preestablecida se destina a comprar servicios por adelantado a un particular sistema de atención; se garantiza atención integral; la misma es proporcionada por un grupo de profesionales que trabajan bajo una estructura administrativa común, la *práctica de grupo*.

Los beneficios de este tipo de organización y sus ventajas sobre las formas tradicionales de pago por acto médico fueron reconocidos por los informes del Comité sobre Costos de la Atención Médica, a los que hice referencia en el párrafo previo.

El CCAM reconoció las limitaciones de las formas de práctica tradicionales y recomendó un enfoque dotado de mayor regulación:

El problema [la dificultad de proporcionar atención médica de alta calidad] no se solucionará a través de la operatoria de las fuerzas económicas no orientadas. Algún redireccionamiento consciente de las actividades médicas es necesario, y una planificación de largo plazo con una clara visión de los objetivos a lograr.

Su primera recomendación fue:

El servicio médico, tanto preventivo como terapéutico, debería ser proporcionado por grupos organizados de médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos, y otro personal asociado. Tales grupos deben ser organizados, preferentemente alrededor de un hospital, para proporcionar atención completa en el hogar, el consultorio y el hospital. La forma de organización debe estimular el mantenimiento de altos estándares y el desarrollo o preservación de una relación personal entre el paciente y el médico (Freeborn y Pole, 1994, p. 13).

Este plan de largo alcance no tendría futuro. El único ejemplo de la época fueron los pocos planes pioneros de práctica de grupo prepaga, que se sumaron a las grandes experiencias ya mencionadas, y cubrieron muy pequeños segmentos de la población. La AMA estaría en condiciones de controlar las formas de organización y financiamiento de la atención médica, como demostraré más adelante.

La muy limitada presencia en Argentina

El cooperativismo médico floreció en nuestro país en la primera mitad del siglo XX bajo diversas formas organizativas que he intentado sintetizar en otro lugar (Belmartino, 2005). Sus orígenes pueden vincularse a la necesidad de competir con las mutualidades en la captación de sectores de recursos medios y bajos. En sus primeras versiones se mimetizaban con la oferta mutual, haciéndose cargo de subsidios por incapacidad laboral y, en algún caso, también del subsidio de sepelio. El primer ejemplo registrado por nuestra investigación de base se presenta en la ciudad de Chivilcoy (Provincia de Buenos Aires). “La Cosmopolita” se organizó en abril de 1912 a raíz de un conflicto entre los médicos y las asociaciones mutuales de la localidad. Por una cuota mensual de dos pesos admitía como suscriptores a toda clase de personas no pudientes y les brindaba los beneficios tradicionales del movimiento mutual.

El único rasgo original estaba constituido por la retribución del trabajo médico. La mitad del ingreso mensual procedente del pago de cuotas se destinaba a gastos de administración y otorgamiento de otras prestaciones, el otro 50% a remunerar el trabajo médico. De ese monto dedicado a honorarios, la mitad se distribuía en forma igualitaria entre los médicos asociados, mientras el resto se dividía por el

número de enfermos atendidos, para retribuir la atención prestada por cada profesional. Las sociedades de este tipo, organizadas como cooperativas de trabajo, respondían en general a iniciativas de profesionales establecidos en ciudades pequeñas y no parecen haber tenido gran difusión.

En los años treinta del siglo XX se establecieron empresas cooperativas orientadas por médicos tras el objetivo específico de brindar atención en consultorio o domicilio, o bien gerenciar organizaciones más complejas como clínicas o sanatorios. En los documentos de la época suele ser difícil diferenciarlas de las *clínicas populares*, al parecer muy difundidas, que los líderes del incipiente movimiento gremial cuestionaban como forma degradada del ejercicio profesional, en razón de la asociación de médicos con empresarios no profesionales.

La doctrina gremial no es muy clara al respecto. Si bien se reivindica el control del gremio para cualquier tipo de asociación destinada a la práctica profesional, no existe unanimidad en torno a los límites del comportamiento ético. En ocasiones se condenan expresamente las asociaciones que por medio de “agentes, corredores y propagandistas viajeros [...] ofrecen prestar asistencia médica y quirúrgica mediante el pago de cuotas fijas, pólizas y otros sistemas de retribución de pago anticipado, sin distinguir la capacidad económica de los interesados” (Belmartino, 2005, pp. 90-91), pero no queda claro si lo que se condena es la actividad de promotores, el establecimiento de cuotas que no distinguen la capacidad económica de los interesados, o ambas cosas. También se suele cuestionar la presencia de médicos retribuidos con sueldo o con porcentajes muy bajos de lo que se percibe en calidad de cuotas.

El Primer Congreso Médico Gremial Argentino, reunido en Buenos Aires en junio de 1934, se limitó a establecer que los médicos deberían organizarse, con intervención de su entidad gremial, para poder reemplazar a los hospitales que prestaban “servicios particulares” y a las asociaciones de socorros mutuos en la asistencia “colectiva” de enfermos. El Segundo Congreso Ordinario del Colegio de Médicos de la Capital Federal elaboró en cambio una detallada reglamentación que debería aplicarse a las asociaciones organizadas “para el ejercicio colectivo de la medicina”. Se condenaba la presencia de médicos remunerados por sueldo, se determinaba la necesidad de establecer honorarios según la capacidad económica del paciente, se prohibía limitar el número de profesionales asociados, y se entregaba a las entidades gremiales el poder de decidir “el auspicio, la desaprobación o el rechazo de los organismos existentes” (Belmartino, 2005, p. 91).

No he recogido información que me permita inferir si tales disposiciones fueron acatadas. La debilidad del gremialismo en esos años permite suponer que solo operaron como parte de una estrategia de afirmación profesional, carente de bases sólidas que permitieran disciplinar la conducta de su fragmentada y heterogénea membresía.

Un avance dispar en el control de las condiciones de trabajo

La información presentada hasta este punto me permite desplegar una hipótesis que espero afirmar en los próximos capítulos: en ambos países la profesión había consolidado en las décadas de 1930 y 1940 la confianza de las respectivas sociedades en la eficacia de su función de cura, demostrada a través de la crecida afluencia de pacientes a sus instalaciones. El control profesional sobre sus condiciones de trabajo –la *dominancia* profesional, en la terminología de Freidson – se impone en ambos escenarios en lo relativo a la relación médico-paciente. El otro campo de reivindicación de los profesionales –el control sobre las organizaciones en las que ejercen su práctica– muestra algunos éxitos, tanto en estrategias de defensa como en avances, en el escenario norteamericano, mientras en Argentina la debilidad y la desorientación sigue siendo la condición dominante.

En el próximo capítulo presentaré el desarrollo de las dos estrategias que considero más importantes en el camino hacia la plena profesionalización: la búsqueda de mayor legitimidad a través de las reivindicaciones éticas y la construcción de organizaciones representativas de los intereses médicos.

Capítulo 3

Las estrategias de afirmación de las demandas profesionales

En las primeras décadas del siglo XX, los médicos argentinos elaboran estrategias dirigidas a superar dos grandes obstáculos para la afirmación de lo que consideraban su derecho a la autonomía y la autorregulación. Identifican como tales obstáculos, en primer lugar, a la pérdida de legitimidad ante la población; en segundo término, a la indiferencia o pasividad de las agencias del Estado, espectador pasivo del incumplimiento, por parte de diferentes agentes sectoriales, de la legislación sancionada para garantizar tales derechos.

La búsqueda de legitimidad social se expresa a través de la reivindicación de un fundamento ético de la práctica profesional, mientras la afirmación de las condiciones de ejercicio de la función de cura se procura a través de la actividad gremial. Ambas estrategias se definen en forma coincidente en las preocupaciones y debates del incipiente gremialismo, durante las décadas de 1920 y 1930.

En EEUU, la profesión médica había consolidado una organización representativa en la segunda mitad del siglo XIX, y la explicitación de un código de ética la acompañó desde sus mismos orígenes. Las referencias a estas codificaciones son escasas entre los analistas preocupados por el desempeño de la profesión en el siglo XX; sin embargo, conforman un vínculo específico en la página web de la AMA, y por esa vía se pone de manifiesto la importancia que tuvieron en el desarrollo histórico de la identidad profesional.

Los límites éticos de la autonomía profesional

Como señala con acierto Freidson (1970), la reivindicación de un monopolio de ejercicio y la paralela demanda de autonomía en la delimitación de sus condiciones de formación y práctica exigían que la profesión demostrara su capacidad de garantizar el respeto por los derechos de los pacientes y los intereses de la sociedad en la que se integraba. La *vocación de servicio* constituye una apelación plena de significado en los procesos históricos de constitución de la profesión médica, sus contenidos sin embargo varían de manera sensible a lo largo de tales procesos a medida en que las respectivas sociedades se transforman y, en las primeras décadas del siglo XX,

pasan del énfasis en los derechos del paciente a una transición difícil y no siempre consensuada hacia una mayor preocupación por las cuestiones sociales vinculadas a la enfermedad, su prevención y cura.

Las codificaciones sancionadas en ambos países en el período 1900-1940

Los médicos nucleados en la AMA optaron tempranamente por códigos formalizados, mientras en Argentina todavía en las primeras décadas del siglo XX algunos ensayistas defendían una concepción liberal de la ética médica, cuyos principios se derivarían directamente de los preceptos del derecho natural y serían incorporados por los futuros profesionales en la universidad, a partir del ejemplo de sus mayores.

En EEUU se registra una primera iniciativa de codificación, contemporánea a la organización de la AMA, en 1846. La Convención Médica Nacional, reunida con ese propósito en la ciudad de Nueva York, designó un comité de siete miembros, que estaría encargado de unificar la normativa ética destinada regular la conducta de los profesionales en la totalidad del territorio nacional. El respectivo texto fue aprobado en mayo de 1847 en la Convención reunida en Filadelfia¹. En 1903 sufriría algunas modificaciones y registraría una nueva denominación: *Principles of Medical Ethics*. Subsiguientes revisiones se aprueban en 1934, 1957, 1980 y 2001.

En Argentina se difunde en los últimos años de la década de 1920 el Código de Moral Médica que había sido aprobado por el VI Congreso Médico Latino Americano y luego adoptado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y el Sindicato Médico de la República Argentina². Se trata de la primera codificación nacional que he identificado en mis fuentes; tiene significativas coincidencias con los textos aprobados por la AMA y algunas diferencias de las que procuraré dar cuenta en este apartado.

En los códigos estadounidenses no se registran diferencias significativas entre el articulado original y el revisado en 1903. El formato original es más extenso y está precedido por una larga introducción firmada por John Bell, miembro del Comité encargado de su redacción. En ella se considera la ética médica como una rama de la ética general, que encontraría su fundamento en la religión y la moralidad. Sus normas sancionarían no solo los deberes sino también los derechos del médico; se habrían formulado a partir de la conducta de médicos eminentes, que enaltecieron la profesión con su saber y su devoción. Sus primeros antecedentes se remontarían hasta Hipócrates, cuya conducta habría constituido el más hermoso ejemplo, y sus escritos ofrecerían la descripción más elocuente de una práctica profesional

¹ American Medical Association, *Code of Medical Ethics*, Chicago: American Medical Association Press, 1847.

² "Código de Moral Médica. Aprobado por el VI Congreso Médico Latino Americano y adoptado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y el Sindicato Médico de la República Argentina", *Revista Médica del Rosario*, XVII, 5, pp. 235-250, mayo de 1927.

dedicada a aliviar el dolor y la enfermedad sin atender a privaciones o peligros, regida por principios éticos considerados superiores a cualquier interés personal.

Los dos códigos sancionados por la AMA y el adoptado en Argentina en 1927 comparten algunos capítulos, en los que se tratan idénticas cuestiones bajo fórmulas muy similares. La versión en español de una importante cantidad de artículos puede pensarse como una traducción directa de la estadounidense, aunque también es posible que ambas deriven de fuente común.

Las tres codificaciones contienen un listado de deberes que los médicos deben respetar en la relación con sus pacientes, una muy extensa enumeración de reglas destinadas por un lado a regular las relaciones entre profesionales y, por el otro, a enumerar las prácticas destinadas a promover la dignidad de la profesión y aquellas que son consideradas indignas. El código sancionado por la AMA en 1847 y el adoptado en Argentina en 1927 contienen además un listado de obligaciones que los pacientes deberían respetar para la mejor atención de su enfermedad y en retribución de los beneficios recibidos de sus médicos. Los códigos estadounidenses contienen también un capítulo de deberes y derechos de los profesionales en relación al *público*, término que hace referencia a la vez a la comunidad de ciudadanos, a la obediencia a leyes, instituciones y cargas, y a la colaboración con las autoridades. El código argentino dedica un articulado específico y más complejo a temas como la obligación de secreto, cuestiones vinculadas a la práctica obstétrica y regulación de honorarios.

Deberes de los médicos en la relación con sus pacientes y de los pacientes respecto de su médico

Las obligaciones del médico hacia sus pacientes son objeto de una exhaustiva enumeración en el Código de 1847, en particular en lo relativo a la actitud del profesional, quien debe demostrar la importancia de su tarea, en la medida en que la tranquilidad, la salud y las vidas de aquellos a su cargo dependen de sus capacidades, atención y fidelidad; vincular benevolencia con firmeza y condescendencia con autoridad, de modo de suscitar en sus pacientes gratitud, respeto y confianza.

Se recomienda una estricta observación del secreto profesional, que se extiende más allá del período de atención. Ninguna limitación de la vida personal y doméstica, ni enfermedad o disposición o debilidad de carácter del paciente puede ser divulgada excepto cuando el profesional sea imperativamente requerido a brindar esa información. Deben evitarse las visitas innecesarias, no debe abandonarse al enfermo que se considera incurable, debe aprovecharse toda oportunidad de fortalecer las buenas decisiones de aquellos afectados por una conducta viciosa. Los consejos, e incluso los reproches, deberán generar satisfacción, no ofensa, así será si son ofrecidos con prudencia, poniendo de manifiesto un genuino amor a la virtud y un sincero interés en el bienestar de la persona a quien se dirigen.

La versión sancionada en 1903 no tiene diferencias significativas con estos enunciados, salvo una especificación que nos permite verificar la orientación individualista de esta propuesta ética: la observación de las normas de conducta así

establecidas por parte del médico asume características “sagradas”, en tanto el único tribunal con capacidad de establecer penalidades por la falta de amabilidad y el descuido o abandono será su propia conciencia³. Como ya adelanté, la versión conocida en Argentina reitera una parte sustantiva de tales enunciados.

Vale la pena recuperar la representación que la profesión construye en estos códigos sobre la condición de sus pacientes. El prólogo de 1847 se refiere a aquellos encomendados al cuidado del médico como las *criaturas* que son sus semejantes. Esa es la imagen que proyecta el articulado: los pacientes son presentados como seres débiles, que pueden estar confundidos, cuya enfermedad puede vincularse a conductas viciosas. La del médico es una figura *protectora*, es fuerte, tiene las armas adecuadas para conjugar el riesgo, se expresa con firmeza, pero a la vez es humano y gentil. No solo proporciona cura, brinda también consejo y apoyo, tanto a su paciente como a su entorno familiar. Su altruismo lo lleva a ser generoso con los bienes que dispensa, cuyos beneficios superan holgadamente el valor monetario que puede percibir por sus servicios.

Enunciados similares se reiteran en la codificación de 1847 y en el código adoptado en Argentina, cuando se enumeran las obligaciones de los pacientes en relación a su médico. El primero de ellos es elegir como tal a alguien que haya recibido una formación médica regular. Debe además confiar su atención a un profesional en el que reconozca las mismas particularidades de constitución, hábitos y predisposiciones de aquellos a quienes atenderá; de esa forma se fortalecerán las posibilidades de un tratamiento exitoso. Además, los pacientes deberán ser francos en comunicar a sus médicos las posibles causas de su enfermedad, deben obedecer sus prescripciones, no abandonar los tratamientos en forma inconsulta, no automedicarse ni aceptar recomendaciones de personas autoconstituidas como doctores y doctoras. Deben evitar las visitas amistosas de médicos que no estén a cargo de su atención, ni consultarlos sin el expreso consentimiento del profesional a cargo. Una vez recuperado, el paciente debe mantener un sentimiento justo y duradero del valor de los servicios recibidos.

La lealtad del paciente hacia su benefactor y hacia la profesión de la que es miembro constituye el hilo conductor de tales enunciados. El vínculo único y personal que se establece entre médico y paciente estará fortalecido si la comunicación entre ambos reúne confianza, obediencia, y se establece entre individuos con bagajes culturales similares. Ese vínculo constituye la mejor garantía de eficacia del proceso de cura.

Los deberes asociados con la preservación de la imagen de la profesión

El articulado destinado a enumerar las obligaciones orientadas a sostener el carácter de la profesión no solo procura mantener la cohesión entre sus miembros, también enfatiza la idea de un saber esotérico, fuera del alcance de los legos y una orientación

³ American Medical Association, House of Delegates, *Principles of Medical Ethics*, mayo 16 de 1903.

ética, que serían los fundamentos de su demanda de autorregulación. No existiría, según sus términos, otra profesión que requiriera de sus miembros mayor pureza de carácter y un nivel más alto de excelencia moral. Ninguna adquisición científica podría compensar la necesidad de principios morales correctos.

Un listado de conductas afectaría esa dignidad propia del profesional: la publicidad difundida en forma pública o privada, la promesa de curas radicales, la referencia a certificaciones de destreza y éxitos. Se trata de prácticas usuales entre los empíricos, inaceptables en un médico regular. También se identifica como incompatible con el carácter profesional la propiedad de patentes sobre instrumentos quirúrgicos o medicinas, o la prescripción de una medicina de fórmula secreta.

Los médicos deberán prestar servicios gratuitos a sus colegas y familiares directos, y deberán reemplazarlos en la atención de su clientela cuando exista una causa legítima. Las consultas son objeto de una detalladísima regulación, orientada tanto a no generar rivalidades o competencia entre el médico a cargo y el consultante como a mostrar a la profesión unificada en el diagnóstico y la terapia. Cuando las opiniones no puedan conciliarse se recurrirá al arbitraje de un tercero o bien se facilitará al paciente la elección del médico que le inspire más confianza. Se acepta que la diversidad de opiniones y la oposición de intereses pueda generar controversia entre médicos; se recomienda sin embargo la reserva de tales situaciones ante el público, en particular si el debate se refiere a cuestiones profesionales.

Dos señalamientos refieren a la cuestión de los honorarios: Un médico no debe asesorar en forma gratuita a una persona solvente (*affluent*); ya que esa actitud generaría un daño a la hermandad profesional. Se sugiere que los profesionales de cada población adopten algunas reglas orientadas a establecer honorarios; en ese caso constituye una cuestión de honor adherir a ellas, con tanta exactitud como las diferentes circunstancias de cada caso admitan.

La versión de 1903 contiene algunos enunciados novedosos respecto a las obligaciones de médico destinadas a sostener el carácter de la profesión. El primero de ellos estipula que el médico debe observar estrictamente las normas instituidas por sus órganos representativos, honrar la fraternidad como cuerpo, promover la ciencia y el arte de la medicina, y respetar a los mayores que con sus trabajos contribuyeron a su progreso.

Más específicamente, cada médico debe identificarse con la organización profesional propia de la comunidad en la que reside. En caso de que no exista tal organización, debe crearse. Tales organizaciones constituirían el elemento clave de fortalecimiento de la profesión, en tanto instrumentos para el cultivo de la confraternidad, el intercambio de experiencia, el avance del conocimiento y la preservación de las normas éticas, y para la promoción general de sus intereses y el bienestar público.

El código adoptado en Argentina, por el contrario, aunque reproduce ajustadamente las normas relativas a las obligaciones entre colegas, no contiene referencias a las organizaciones representativas de la profesión, ni a su gobierno, que aparecerán como se verá más adelante, en la versión aprobada en 1957.

Las obligaciones de la profesión con el público

En el capítulo dedicado a las obligaciones de la profesión con el público, las codificaciones estadounidenses coinciden en líneas generales en sus enunciados. Señalan el deber de los médicos de mostrarse muy atentos al bienestar de la comunidad y aportar al sostenimiento de sus leyes, instituciones y cargas; deben estar listos para cooperar con las autoridades en la administración y observancia de las regulaciones sanitarias y aconsejar en cuestiones de política sanitaria, higiene pública y medicina social. En el caso de ser convocados a asesorar a las cortes de justicia sobre cuestiones estrictamente médicas, será justo que esperen una adecuada compensación por sus servicios.

En tanto testigos de los errores cometidos por charlatanes y el daño a la salud y la destrucción de la vida causados por sus tratamientos, constituye un deber de los médicos ilustrar al público sobre estos temas. También es su obligación reconocer y promover a través del legítimo patronazgo la profesión de farmacia, en particular en lo relacionado con las calificaciones de las que dependen la confiabilidad de los medicamentos. Sin embargo, cuando el farmacéutico prescribe a los enfermos, no debe recibir contención ni apoyo. Los médicos deben retirar todo reconocimiento al farmacéutico que dispense medicamentos sofisticados o reemplace por otro el medicamento establecido en una prescripción.

En ambas codificaciones se especifican los límites que un legítimo sentimiento de justicia impondría a la liberalidad de los profesionales en la prestación de servicios gratuitos. La pobreza, la obligación recíproca entre profesionales y los deberes específicamente establecidos en relación al bienestar de la comunidad y el apoyo a las autoridades constituyen situaciones que legitiman la demanda de tales servicios. Sin embargo, ese privilegio no puede concederse a las instituciones respaldadas por el poder público o por los “ricos”, ni a sociedades de ayuda mutua, seguros de vida, u otras animadas por idénticos propósitos. La versión de 1903 cierra estas estipulaciones con una frase explícita: “Sin embargo, para las personas en circunstancias de indigencia tales servicios deben ser siempre provistos con buen ánimo y gratuidad”⁴.

Particularidades del código divulgado en Argentina en 1927

En el articulado del código adoptado en Argentina en 1927 merecen consideración particular tres agregados, cada uno de ellos objeto de un capítulo específico. En primer lugar, el dedicado a establecer los deberes del médico en ciertos casos de obstetricia tiene como cuestión principal el aborto terapéutico. Este solo estaría autorizado frente a circunstancias que pusieran en peligro la vida de la madre; aún en esa situación el médico tratante no podría practicarlo sin la autorización de la misma y, en caso de que esta no esté en condiciones de dar su consentimiento, del marido

⁴ American Medical Association, House of Delegates, *Principles of Medical Ethics*, cap. II, artículo VI, sección 3, 1903.

o familiares cercanos. También se prohíbe a los profesionales ofrecer consejo en relación a sistemas o procedimientos destinados a impedir el embarazo, salvo en el caso en que pueda haber riesgo para la salud de la mujer.

La misma impronta vinculada a la convicción de que el interés del paciente/cliente debe colocarse por encima de cualquier otra consideración impregna el articulado del capítulo dedicado al secreto médico. El secreto es elevado a la categoría de deber “que depende de la esencia misma de la profesión: el interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la respetabilidad del médico y la dignidad del arte exigen el secreto”. El ambicioso enunciado entrará luego en contradicción con el tratamiento de algunas situaciones específicas: “El secreto profesional pertenece al cliente” se sostiene y la diferenciación entre paciente y cliente se afirma, por ejemplo, en el tratamiento del secreto aplicado a enfermedades venéreas: “El médico guardará el más absoluto secreto si llega a comprobar una enfermedad venérea en la mujer casada”. No solo se abstendrá de comunicarle la naturaleza de su enfermedad, “sino que se guardará muy bien de hacer recaer sobre el marido la sospecha de ser el autor del contagio”⁵.

Diferente es la normativa cuando el matrimonio todavía no se ha llevado a cabo. Cuando el médico esté informado de que uno de sus clientes, afectado por una enfermedad venérea en período contagioso, proyecta casarse, deberá en primer lugar intentar disuadirlo; si no tiene éxito *estará autorizado* para prevenir a la novia, sin incurrir en responsabilidad por la violación del secreto. El énfasis que he colocado en la expresión procura llamar la atención sobre una imagen del médico que lo presenta como único juez de su conducta ante situaciones críticas que pueden afectar la vida y la salud de sus pacientes.

Por último, el capítulo dedicado a honorarios contiene especificaciones detalladas sobre diferentes categorías de *visitas médicas*, los valores relativos para cada una de ellas, y las situaciones en las que pueden establecerse tarifas diferenciales para procedimientos complejos. El núcleo de doctrina se precisa en el Artículo 91: “La visita médica no tendrá un valor uniforme, sino que variará según la naturaleza de la enfermedad, la distancia que media entre el domicilio del enfermo y del médico, la posición social de paciente y la jerarquía del médico, derivada de su edad, sus títulos y el puesto que hubiere conquistado en el concepto público”.

Representatividad de los respectivos códigos

La representatividad de las codificaciones arriba descriptas puede ser objeto de debate. Creo que no cabe duda sobre el reconocimiento y legitimidad de la AMA a comienzos del siglo XX, tema que ampliaré más adelante, aunque no puede afirmarse lo mismo en torno a sus orígenes a mediados del siglo XIX. La misma

⁵ “Código de Moral Médica. Aprobado por el VI Congreso Médico Latino Americano y adoptado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y el Sindicato Médico de la República Argentina”, *Revista Médica del Rosario*, XVII, 5, pp. 235-250, mayo de 1927, p. 247.

fragmentación y consiguiente debilidad de las incipientes organizaciones gremiales puede reconocerse en Argentina en la década de 1920.

Sin embargo, múltiples testimonios de la literatura médica a lo largo de la primera mitad del siglo XX permiten avanzar una hipótesis de coincidencia de las representaciones sobre la conducta ética, al menos entre los intelectuales de la profesión. Hasta los años cuarenta, y con pocos matices más tarde, los fundamentos de una normativa ética no escrita se vinculan al carácter personal de la relación médico-paciente, el inviolable secreto que la protegía y la prioridad otorgada a los derechos del individuo ante cualquier consideración vinculada al interés público. Se proyecta así una imagen del profesional que identificaba su función con la del juez y el sacerdote, cuyos dictámenes eran inapelables y a quienes se reconocía una presunción de buena fe basada en la existencia de una *vocación de servicio*.

Las dificultades para el ejercicio profesional que derivan de la crisis de la década de 1930 y la radicación de la práctica en organizaciones más complejas, como el hospital o el sanatorio, habrían estimulado –conforme a múltiples testimonios críticos– conductas difícilmente compatibles con dicha *vocación*. Muchos profesionales habrían incorporado modalidades comerciales de propaganda de sus servicios, y entablado con sus colegas relaciones que implicaban una percepción de beneficios asociada con la derivación de pacientes. También formalizaban acuerdos con casas productoras de fármacos, ortopedias, ópticas, y recibían comisiones por la prescripción de determinados fármacos. Un término generalizado en la época, tanto en nuestro país como más allá de sus fronteras, también recogido por el Código de 1927, se utiliza para calificar esa práctica: *dicotomía*⁶. En esos años el DNH decidió reprimir otra práctica muy generalizada y conocida como *simbiosis profesional*: se trataba de asociaciones entre médicos y farmacéuticos o entre médicos y casas de óptica, destinadas a explotar en común el respectivo comercio.

También la propaganda sobre remedios infalibles y curaciones garantizadas es motivo de escarnio en los testimonios de la época. La cuestión de los límites se muestra más difícil cuando se trata de enfermedades venéreas, en tanto no existe acuerdo que diferencie la propaganda, prohibida por la ley, de las prácticas educativas destinadas a alertar sobre el peligro venéreo, ni coincidencias sobre los límites dentro de los cuales se debe circunscribir la prevención antivenérea para no caer en el escándalo o la pornografía. La cuestión se relaciona con la propaganda mural llevada adelante por la Liga de Profilaxis Social, que en 1933 despierta la indignación del presidente del Colegio de Médicos de la Capital. Conforme su valoración, esa campaña constituiría un atentado moral que solo conseguía “inquietar a los inocentes”⁷.

⁶ Ángel Giménez denuncia la difusión de esa práctica en una presentación en la Cámara de Diputados en 1932, y la define con referencia al “desdoblamiento que se hace de los enfermos, haciéndolos recorrer una serie de laboratorios, sanatorios e institutos” (Giménez, 1932).

⁷ Un relato detallado de la cuestión puede encontrarse en: Belmartino *et al.* (1988).

La condena a las actividades médicas que generan “lucro” para empresarios no médicos

En ambos países, los médicos se oponen a la penetración del empresariado lego en su práctica, no solo porque quieren preservar su autonomía, sino también para evitar la aparición de intermediarios que se apropien de los potenciales beneficios de su actividad. La importancia asignada a esa amenaza se manifiesta en determinadas coyunturas a través de la incorporación de una normativa ética.

La AMA, en una revisión de su código de ética sancionada en 1934, caracteriza como conducta no profesional la del médico que permite la obtención de un “beneficio directo” sobre su trabajo por parte de una organización no controlada por profesionales: una situación semejante, se afirma, “es una ofensa a la dignidad de la práctica profesional, es competencia desleal para el conjunto de la profesión, es nocivo tanto para la profesión médica como para el bienestar de las personas, y se opone lo que debe ser una correcta política pública”⁸. La condena no solo involucra a las empresas con fines de lucro, también a aquellas organizaciones que obtienen un beneficio del trabajo médico que luego se aplicará a fines filantrópicos. No hay cuestionamiento, en cambio, cuando el empresario es un profesional.

En ambos países, se hace referencia a la penetración de capitales no médicos en los servicios a través de la expresión *industrialización de la medicina*. La objeción radica en la presencia de una intermediación entre médico y paciente. En Argentina se habla de la apropiación de un *lucro*, término que constituye una de las acepciones del inglés *profit*. También en la década de 1930 se objetaba la presencia en los servicios de atención médica de “empresas de lucro privado”, aunque la condena no llega a alcanzar estatus de normativa ética en los Códigos adoptados en 1927 y 1955. En los últimos años de la década de 1960, el mismo cuestionamiento se aplica a las empresas de medicina prepaga.

Las organizaciones gremiales médicas

La American Medical Association, constituida en EEUU en la segunda mitad del siglo XIX, no tiene su correlato directo en la Asociación Médica Argentina, organizada en 1891. Esta Asociación no se afirmó como representativa de los intereses de la profesión, y sumó a la expresión de esos intereses preocupaciones de índole científica, sanitaria, organización de servicios y cuestiones deontológicas. Su muy prestigiosa revista constituye en consecuencia una fuente plural sobre las múltiples cuestiones que ocupan a la profesión en última década del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX.

⁸ American Medical Association. *Proceedings of the House of Delegates*, 1934.

El gremialismo médico tuvo orígenes conflictivos en ambos países, y solo se expresó en una organización dotada de representatividad a nivel nacional varias décadas después de la puesta en marcha de las primeras iniciativas en ese sentido. La diferencia cronológica, sin embargo, es significativa: mientras la organización norteamericana se afianzó en los primeros años del siglo XX, la Confederación Médica Argentina (COMRA) se institucionalizó en los primeros años cuarenta, luego sufrió un período de ostracismo bajo el gobierno peronista de 1946-1955 y, finalmente, logró afirmar su condición de representante reconocido de la profesión, tanto frente a las autoridades estatales como a otros actores sectoriales, en los últimos años de la década de 1950 y los primeros sesenta.

Los orígenes: temprana consolidación de la American Medical Association

Como ya señalé, la AMA se organizó formalmente en 1846, después de algunos intentos fallidos. Compuesta en importante proporción por jóvenes insatisfechos con sus carreras profesionales y debilitada por disputas internas, no logró adhesiones masivas ni impacto significativo en su primer medio siglo de vida. En 1886 fue confrontada por una organización paralela, con declarados objetivos exclusivamente científicos, la Association of American Physicians (AMP). Un avance significativo se logró hacia 1870 cuando diferentes grupos en competencia –homeópatas, eclécticos, alópatas– apoyaron el movimiento de sanción de leyes que instituirían la obligatoriedad de la licencia, que se difundió en todos los Estados de la Unión. En 1901 la AMA reformó su organización creando un cuerpo de gobierno con representantes de las asociaciones médicas constituidas a nivel estadual, en proporción a su membresía. La decisión fortaleció a las asociaciones locales, ya que ningún médico podía formar parte de una organización estadual o nacional a menos que adhiriera previamente a la asociación de su distrito. La AMA se consolidó como una organización de asociaciones estadales que a su vez son federaciones de asociaciones locales.

Según Freidson, la AMA gozó desde sus orígenes de una autonomía considerable, tanto socioeconómica como técnica. Muchos de los poderes que en otras naciones quedaron en manos del Estado le fueron delegados, y sus profesionales estuvieron bastante libres de la interferencia no profesional. Los servicios de salud en EEUU se han caracterizado históricamente por condiciones de fragmentación y heterogeneidad aún mayores que las registradas en nuestro país. En esas condiciones la AMA se constituyó como la principal fuente de influencia para preservar o restringir la autonomía en la práctica profesional.

Las formas organizativas permitieron una consolidación de autoridad muy importante en esa asociación de tercer grado. Los miembros de las asociaciones locales votan sus representantes ante la Cámara de Delegados en cada uno de los Estados. Sus miembros, a su vez, eligen representantes ante la Cámara de Delegados nacional, encargada de elegir al presidente y otros funcionarios del nivel central, incluida la Junta de Administradores (Board of Trustees). La Comisión Ejecutiva,

emanada de esa Junta, es la que ejerce en forma continua el control de la asociación, dado que la Cámara de Delegados solo se reúne cada seis meses.

El sistema de elección favorece la conservación del poder en pocas manos. En cada uno de los niveles de asociación, sus autoridades designan un comité elector que presenta una lista de candidatos para ser votada. Dado que se prohíbe hacer campaña electoral, raramente llegan a tener éxito las candidaturas presentadas por fuera de la lista oficial. Dadas estas prácticas electorales y la política del *Journal* de la AMA de no publicar las opiniones contrarias a las posiciones de los órganos oficiales de gobierno, la asociación presenta ante el mundo exterior un frente verdaderamente unido cuando actúa como la voz oficial de la profesión (Freidson, 1970). Las fuentes de su poder disciplinador sobre los médicos tienen varios orígenes. En primer lugar, ninguna otra asociación profesional proporciona al médico una afiliación que pueda ser decisiva para su carrera. Ser miembro de la AMA fue utilizado ocasionalmente como criterio de competencia profesional por grupos de empleadores; en los orígenes, no formar parte de su membresía significaba estar excluido de la conformación de mesas examinadoras y de clasificaciones de especialidades, e incluso más tarde no poder ser elegido para un cargo hospitalario. También se estaría sometido al pago de primas muy altas en un seguro de mala praxis e incluso a no poder contratarlo. Solo podían ser miembros de la AMA los afiliados a las asociaciones locales y tal afiliación dependía de la voluntad arbitraria de sus autoridades. Además, se sancionó a los médicos dispuestos a trabajar sobre bases organizativas rechazadas por las asociaciones locales. Con ese criterio se expulsó a los profesionales que se unieron a las primeras cooperativas organizadas por médicos y grupos de práctica prepaga.

La AMA tuvo también una historia de prestigio en el adelanto de los niveles técnicos en los servicios de salud. Durante décadas promocionó niveles de alta calidad para la elaboración de fármacos, alimentos dietéticos y dispositivos diagnósticos y terapéuticos. Otorgó premios a la investigación y promovió la comunicación del conocimiento y las técnicas científicas a través de publicaciones, conferencias y congresos.

Los orígenes: dificultades para la consolidación de la unidad gremial en Argentina

El gremialismo médico tuvo también en Argentina orígenes tempranos, que no llegaron a consolidarse. González Leandri ha registrado una primera inquietud gremial que se concretó en la organización en 1860 de la Asociación Médica Bonaerense y algo más tarde de la Sociedad Médico Práctica (González Leandri, 1999). En mi propia investigación de base he recogido otro antecedente temprano entre los nueve médicos que ejercían la profesión en La Plata en 1889. Agrupados en el Centro Médico de esa ciudad, habían instituido un *libro negro* en el que consignaban los nombres de los malos pagadores. Se preocupaban, sin embargo, por despejar cualquier posible duda sobre sus intenciones: “*bien entendido*, que solo se inscribirán

los nombres de las personas que, por sus condiciones de fortuna, renta o sueldos, se encuentren en condiciones de abonar asistencia médica” (énfasis en el original)⁹.

La misma investigación ha relevado la presencia de tres organizaciones de índole gremial o pgregremial, constituidas entre 1917 y 1921 en la ciudad de Buenos Aires. La Asociación de Médicos de Hospitales aprueba sus estatutos el 14 de junio de 1917, a la vez que sostiene: “La necesidad de constituirse en asociaciones sindicales que existe para todos los gremios, había alcanzado y llegaba como un deber hasta nosotros”. La Sección de Deontología Médica de la Asociación Médica Argentina se organiza en 1920 con el fin de “salvaguardar los derechos y prerrogativas” de sus miembros, y mejorar la legislación respectiva. El Sindicato Médico, fundado el 5 de enero de 1921, en palabras de sus principales dirigentes, surgió “para cuidar los intereses morales de la profesión y los materiales, en tanto afectan nuestra dignidad de profesionales”¹⁰.

La organización de tres entidades con objetivos similares, más o menos contemporáneas, de vigencia efímera las dos primeras y con una actividad relativamente relevante el Sindicato, constituye un indicador de la dispersión de los profesionales y de los diferentes puntos de vista que los animaban, síntoma y causa, a la vez, de la debilidad que aquejó al gremialismo médico, no solo en esos años sino en buena parte de su desarrollo posterior.

Puede construirse una hipótesis de trabajo destinada a explicar la tardía conformación de las organizaciones gremiales destinadas a perdurar –los Círculos Médicos de la Capital Federal se organizan a partir de 1923, la Federación Médica de la República Argentina, en 1941– cuando se las compara con la experiencia estadounidense. Tal hipótesis podría tener en cuenta la inexistencia en el país de grupos en competencia por el reconocimiento estatal de su derecho al ejercicio de la función de cura. No se generó entre nosotros la multiplicidad de sectas y la correlativa emergencia de escuelas médicas animadas por muy diferentes concepciones sobre los orígenes de la enfermedad y los medios adecuados para su prevención y cura, como sucedió en EEUU. La reconstrucción de González Leandri muestra que el decidido fortalecimiento de las instituciones que siguió a la caída de Rosas favoreció también a la medicina. Los nuevos organismos, Facultad, Consejo de Higiene y Academia de Medicina ratificaron la presencia de una única institución formadora, condición que facilitó la tarea de acreditación y reconocimiento de títulos. También se reconoce tempranamente en Argentina la presencia de una élite médica en las agencias del Estado, y su influencia en el diseño y aplicación de políticas de saneamiento y control del espacio urbano.

Fueron las convulsiones de la primera postguerra y la incertidumbre generalizada a partir de la crisis de la década de 1930 las que estimularon la organización de los médicos en defensa de sus intereses. Los médicos argentinos constituían ya en esos años un conjunto relativamente estratificado. Las principales diferencias radicaban en la práctica como especialistas o generalistas, la ubicación de los consultorios en

⁹ *Boletín La Cosmopolita*, II, 24: 12-14, p. 14. También mencionado en: “La conciencia gremial puesta a prueba”. *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, II, 15: 6, agosto de 1942.

¹⁰ Información más amplia sobre los orígenes del gremialismo médico en Argentina puede encontrarse en: Belmartino (1988).

barrios humildes o residenciales, el acceso a la internación de sus pacientes en instalaciones complejas, la posible influencia en las agencias estatales con jurisdicción sobre el sector, las relaciones establecidas con mutualidades, sociedades de beneficencia, clínicas y sanatorios. También los dividían referentes ideológicos, exacerbados seguramente por la percepción de la crisis y la inseguridad relativa a su futura inserción en el mercado de trabajo.

Entre las organizaciones destinadas a perdurar cabe señalar como precursores el *Círculo Médico de Barracas* en la Capital Federal, puesto en marcha en junio de 1923 con treinta socios fundadores –que a partir de 1934 amplía su territorio de influencia convirtiéndose en *Círculo Médico del Sur*– y el *Círculo Médico del Oeste*, cuyas actividades se inician en 1926 con la adhesión de setenta profesionales.

A partir de 1930 ese ejemplo es imitado por otras cinco entidades, en las que la afiliación de los profesionales parece definida por el lugar de ubicación del consultorio, sanatorio u hospital donde realizaban su práctica. En esos años el pensamiento gremial adquiere complejidad: se debaten las formas organizativas, se discuten métodos de elección de autoridades; no se teme la confrontación, ni la explicitación de disensos que paulatinamente conducen a la conformación de tendencias internas relativamente estables. En octubre de 1932, en ocasión de las elecciones constitutivas del Colegio de Médicos de la Capital Federal, en el que confluyeron los *Círculos* preexistentes, los médicos del Hospital Rivadavia y un grupo de profesionales independientes, se presentaron seis listas. La polémica en torno al régimen hospitalario, el rol a cumplir por el Estado, el lugar de la iniciativa privada en una futura reorganización del sistema de servicios, no tardaría en explicitarse.

En 1935 la organización del Colegio de Médicos cambia su formato institucional y se constituye como Federación Regional. La decisión se debe al interés por eliminar el obstáculo que constituye la presencia de varias organizaciones de primer nivel –el Colegio y los *Círculos*– con relativa superposición en su membresía. En ese mismo año la emergencia del Movimiento Pro Remuneración, protagonizado por los médicos que trabajaban en los hospitales municipales, culmina con la creación de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), que hace conocer sus demandas a través de una campaña de gran repercusión pública. Su intención de integrarse a la Federación Regional será rechazada por un sector de la misma, que observa con alarma el posible fortalecimiento del sistema hospitalario público. Los dirigentes del *Círculo Médico del Sud*, a través de las páginas de su revista, convocan a sus asociados a “defender las asociaciones constituidas” negando la posibilidad de integración de una “sociedad extraña” a la Federación Regional recientemente conformada¹¹. La unidad del gremialismo porteño se alcanzará en noviembre de 1941, cuando la Asociación de Médicos Municipales acepte modificar sus estatutos para sumarse a la Federación capitalina. En 1940 se había incorporado a la misma la Asociación de Médicos de los Hospitales de Beneficencia. En mayo de 1942 quedará constituida la Federación Médica de la Capital Federal. La integración de la AMM, sin embargo, no será definitiva, quedando en parte supeditada a conflictos políticos entre las respectivas dirigencias.

¹¹ *Revista del Círculo Médico del Sud*, II, 18: 8-9, noviembre de 1935, p. 8.

También en el interior del país se generaron, en la década de 1920, organizaciones con objetivos de reivindicación de los intereses profesionales, algunas particularmente activas, como fue el caso de la que nucleaba a los médicos del sur de la Provincia de Santa Fe, o la Asociación Médica de San Juan, que protagonizó un largo y agudo conflicto con el Gobernador Cantoni, o el Colegio Médico de Santiago del Estero, que en 1971 reivindicaba cincuenta años de funcionamiento regular. De ellas solo dispongo de información fragmentaria.

En 1935 comienza a publicar su *Boletín* la Federación Gremial Médica de la Provincia de Santa Fe. En ese momento contaba con la adhesión de las sociedades médicas existentes en todos los departamentos de la provincia, con la única excepción de la correspondiente a General López.

Los primeros años de la década de 1940 encuentran al movimiento gremial médico en condiciones de lograr una organización definitiva en el orden nacional. La consolidación de la unidad gremial es presentada en las crónicas gremiales como obra de un grupo de pioneros, pertenecientes a la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Capital Federal, que salieron a recorrer el país “con el fin de hacer conocer sus planes y de promover la organización de entidades gremiales en los lugares donde todavía no se habían constituido”. En esa campaña de divulgación se organizaron viajes a diferentes provincias, que fueron recorridas en “giras de pueblo por pueblo”, visitando a los médicos en sus domicilios particulares¹². No ha sido posible encontrar una visión alternativa, expresada por los médicos del interior, de la real importancia de esa gesta, sin embargo, la documentación disponible, explicitada poco más tarde por los núcleos más numerosos y mejor organizados, revela la decisión de liberarse de la tutela porteña.

La Federación Médica de la República Argentina se conformará en mayo de 1941, por resolución del Primer Congreso Médico Gremial Argentino Extraordinario, reunido con ese fin. En febrero de 1943 se modificaron los Estatutos y se cambió la denominación de la entidad, que a partir del 12 de agosto de ese año pasó a llamarse Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). En abril de 1945, en ocasión de la Primera Asamblea Ordinaria, estuvieron presentes las organizaciones de segundo grado de la Capital Federal, y las provincias de Buenos Aires, San Juan, Mendoza, San Luis, Catamarca, Santiago del Estero, Santa Fe, Río Negro y Neuquén, Formosa, Corrientes y Salta.

En ese momento la entidad contaba con 5.600 socios cotizantes, mientras el número de médicos en el total del país se estimaba 13.900. Es en esa asamblea donde comienza a manifestarse el descontento de algunas delegaciones del interior con el criterio de representación establecido en los Estatutos para la determinación del número de delegados al Consejo Federal, máximo órgano de gobierno de la Confederación. Dicho criterio seguía la pauta ya establecida por la AMA, en tanto era proporcional al número de adherentes de cada Federación. Las delegaciones de San

¹² Confederación Médica Argentina. *Actas del Consejo Federal*. 1ª Asamblea Ordinaria, 2ª Reunión, 15. 06. 1945, Tomo I: 53-104.

Juan, Mendoza, San Luis y Santa Fe se retiraron de las deliberaciones, pese a lo cual se continuó con el procedimiento de elección de las nuevas autoridades.

Pasada la asamblea a cuarto intermedio, en la siguiente sesión no es posible integrar la nueva Mesa Directiva por falta de colaboración de todas las federaciones presentes. Al no llegarse a un acuerdo, se opta por pedir la intervención de la Inspección de Justicia¹³. Esta se efectiviza el 6 de noviembre de 1945, momento clave de la vida política de la organización, tal como se verá más adelante. Un año más tarde se devuelve el control de la entidad a una nueva Mesa Directiva, mientras una reforma de los estatutos establecerá la representación igualitaria para todas las federaciones. Esta mecánica de resolución del conflicto por la representación establece una diferencia entre la organización de COMRA y su par norteamericana, que puede ser significativa. El principio de igualdad pudo ser una de las razones que debilitaron su capacidad de toma de decisiones en circunstancias que afectarían a jurisdicciones heterogéneas, tanto en relación al nivel de desarrollo socioeconómico como a la distribución de la oferta entre servicios públicos y privados, en tanto prevalecieron los primeros en las regiones menos desarrolladas, mientras, en un par de décadas, llegaría a ser dominante la relación entre seguridad social y servicios privados en aquellas más ricas.

Aunque en las Actas correspondientes a reuniones de la Mesa Directiva y a sesiones de los Consejos Federales de COMRA no se explicitan los motivos del conflicto salvo en lo relacionado con las modalidades de representación, alguna información proveniente de otras fuentes permite conocer la existencia de dificultades, presumiblemente agravadas hacia 1945, en función del clima político dominante a nivel nacional. Aclarar este punto requiere también un poco de historia.

El cuestionamiento de las supuestas o reales tendencias centralizadoras del grupo porteño parece datar del mismo momento de constitución de la Federación, en 1941, aunque la división no responde a una línea de clivaje neta entre capital e interior. Más tarde, el enfrentamiento entre algunos sectores del interior y de la misma capital con la conducción de COMRA se expresa en el Congreso Médico Gremial y Social reunido en Córdoba en diciembre de 1944. El panorama se aclara un poco más a través de una comunicación del Colegio Médico de Córdoba, publicada en un periódico local el 5 de julio de 1945, en la que se imputa a COMRA haber llevado al gremio médico “a la atmósfera corrupta donde se gestan las soluciones electorales a espaldas de la Nación”. En agosto de ese mismo año, la Agrupación Médica Platense se manifiesta enfrentada con la conducción nacional del gremio y la Federación bonaerense a las que acusa de “notoria actuación colaboracionista”¹⁴.

Tales imputaciones remiten sin duda a la estrecha colaboración entre las autoridades de COMRA y la Secretaría de Trabajo y Previsión, que se manifiesta desde los inicios de la gestión del organismo conducido por el entonces coronel Perón. Ampliaré ese tema más adelante en el contexto de las relaciones entre profesión y Estado.

¹³ Confederación Médica de la República Argentina, Actas, Tomo I: 181-183, sesiones del 29 de octubre y el 5 de noviembre de 1945.

¹⁴ COMRA. *Actas del Consejo Federal*. 1ª Asamblea Ordinaria, 2ª Reunión, 15. 06. 1945, Tomo I: 53-104.

Las coincidencias de doctrina

Tanto la AMA como COMRA procuraron ganar influencia significativa en el control de la organización del trabajo médico. Ambas se opusieron a la práctica asalariada cuando se ejercía bajo el control de empresarios no médicos, y no presentaron objeciones a esa relación laboral en actividades de investigación, salud pública y fuerzas armadas. Tampoco colocaron objeciones importantes al trabajo asalariado cuando los empleadores eran también médicos. En EEUU hubo oposición a la contratación por parte de los hospitales de técnicos radiólogos, anestesistas y patólogos, bajo el supuesto de que actuaban como *terceros* que perturbaban la relación médico-paciente (Starr,1982).

Ambas entidades coincidieron en argumentar que la intervención de no médicos en decisiones que podían interferir en la relación privada y personal que debía establecerse entre el médico y su paciente, resultaba en un deterioro de la eficacia en la función de cura. La objeción alcanzaba no solo a técnicos auxiliares, sino también a las comisiones directivas de mutualidades, las organizaciones de beneficencia, los planes de salud aprobados por agencias gubernamentales sin participación de la profesión organizada. La autonomía profesional era considerada como condición necesaria para garantizar la eficacia de la práctica. Esa autonomía era vulnerada cuando se utilizaban formas de pago diferentes a la modalidad tradicional de honorario por servicio, se limitaba la facultad reconocida al paciente de elegir al médico tratante, o se pretendía regular la práctica prescriptiva de este último. De ese modo se configura la doctrina sostenida en ambos países bajo la apelación a las *libertades médicas*: libre elección, libertad de prescripción, pago por acto médico.

Importancia otorgada a la regulación de honorarios

Ambas organizaciones comparten una doctrina destinada a regular el cobro de honorarios. El tema parece ocupar menos espacio en el debate estadounidense, y es posible considerar que resultó menos conflictiva en ese escenario la aceptación de las directivas emanadas de la profesión. Los honorarios médicos se establecieron en forma generalizada a partir de la consideración de lo normal, consuetudinario y razonable (*usual, customary and prevalent*), que otorgó a los profesionales un gran poder para fijar sus propios honorarios sin el contrapeso de restricciones impuestas por las organizaciones financiadoras. En la práctica se utilizó una escala de honorarios móvil, establecida según la capacidad de pago del paciente. El médico, proclamaba la New York Medical Society en 1939, ha socializado sus propios servicios, y es solicitado por el indigente sin retribución (Rothman, 1994). El sistema tuvo aceptación generalizada al menos hasta la década de 1960.

También en Argentina una de las pautas que la profesión utilizaba para establecer honorarios era la situación económica del paciente. Sin embargo, en el escenario nacional se hace explícito un límite difícil de precisar: el del honorario mínimo por debajo del cual el problema vuelve a tocar la cuestión ética; un honorario

excesivamente bajo se relaciona en primer lugar con la competencia desleal, en segundo término, con la desvalorización del trabajo profesional.

Menos ríspida, pero igualmente conflictiva, se presenta la cuestión de establecer honorarios de aplicación generalizada para algunas actividades específicas. Desde 1902, año en que el Dirección Nacional de Higiene (DNH) elabora un proyecto de arancel para aplicar a casos contenciosos, hasta 1938, momento en que renueva por segunda o tercera vez el intento, un sector del gremio rechaza tal posibilidad con auténtica indignación: se trata de especificar las variedades, naturaleza e importancia de cada acto de ejercicio de la medicina, “para justipreciarlos en cifras determinadas, como si se tratase de establecer de antemano precio fijo, por metro, de diferentes clases de tejidos, puestos a la venta” (Barilari, 1940, p. 58).

Los factores a tener en cuenta para realizar un cálculo equitativo de honorarios están relativamente bien establecidos en las primeras décadas del siglo. Por un lado, las dificultades de cada caso, el tiempo y el esfuerzo que el médico les dedica, y los riesgos personales que supone el tratamiento de cada enfermedad. En segundo término, el prestigio o notoriedad del profesional: “los especialistas de nota, una eminencia médica, no pueden ser equiparados en sus honorarios a un médico común” (Stucchi, 1916, p. 360). Por último, la condición social del paciente, los medios de vida de que dispone. En múltiples sentencias se reitera la doctrina: “Para fijar el importe del servicio médico prestado por el cirujano debe considerarse la situación de fortuna del paciente, la expectabilidad del operador y la importancia de la intervención, pudiendo ésta probar la naturaleza del mal”¹⁵.

Las relaciones salud pública / práctica privada y Estado / profesión

Ambas corporaciones profesionales participaron en diferentes épocas de los conflictos vinculados con el establecimiento de fronteras entre las actividades de salud pública y la práctica privada. A fines de siglo XIX, los médicos estadounidenses que buscaban la protección de las leyes de licencia tenían una concepción positiva de la intervención del Estado y apoyaron los esfuerzos para ampliar los poderes reguladores de las agencias estatales con jurisdicción en salud. Cuando en 1872 se formó la American Public Health Association, sus miembros fueron en general médicos que actuaban como funcionarios a nivel local o estadual. La AMA también reclamó la presencia en el gabinete de una agencia responsable de cuestiones vinculadas a salud a lo largo de la *Era Progresista*. Sin embargo, en la misma medida en que los médicos no querían que hospitales o dispensarios se apropiaran de sus pacientes, tampoco aceptaban que las agencias públicas interfirieran en sus actividades. Favorecían las actividades de salud pública en la medida en que eran complementarias de la práctica privada y se oponían cuando resultaban competitivas.

A comienzos del siglo XX se identifica en EEUU un cambio en los objetivos de la actividad pública en salud, que se asocia con la emergencia partir de 1910 de una

¹⁵ *Gaceta del Foro*, 7 de enero de 1935, p. 37. También 31 de enero de 1940, p. 160.

nueva concepción de la salud pública, superadora del énfasis colocado anteriormente sobre las aplicaciones de la bacteriología y las técnicas de aislamiento y desinfección. Sus características definitorias fueron un énfasis sobre educación en higiene personal y la utilización de los médicos como una efectiva fuerza en prevención de la enfermedad, a partir de la organización del examen médico para la totalidad de la población. Tales características se evidenciaron en campañas destinadas a controlar tuberculosis y venéreas, mejorar la salud infantil y abordar otros problemas de salud. La promoción de los exámenes médicos de rutina estimuló la convicción de que los norteamericanos necesitaban más atención médica y controles de salud, en tanto demostraron que muy pocas personas eran saludables. Mientras los diagnósticos y los servicios educativos se expandieron bajo el auspicio de la salud pública, los tratamientos fueron dejados en manos de la medicina privada. Sin embargo, la frontera entre ambos campos a menudo presentó dificultades en su trazado, conduciendo a ocasionales intervenciones de la AMA con el fin de oponerse a la intervención de la salud pública en prácticas de atención médica.

El mismo vínculo dual se verifica en Argentina. Por un lado, la demanda de autorregulación, que conduce a reforzar la idea de autonomía y a rechazar toda injerencia extraña, incluida la de las agencias estatales. Por el otro, la reivindicación asociada al reconocimiento por parte de otros sectores de una esfera exclusiva de actuación, lo que suponía la intervención de algunos de los mecanismos coercitivos propios del Estado. Los pedidos de regulación del ejercicio profesional van incorporando, en adiciones sucesivas, los aspectos conflictivos de ese doble movimiento. A medida que la profesión avanza en la convicción de la necesidad de conservar su autonomía, avanza también en el convencimiento de que el apoyo estatal es una pieza clave en el proceso de su afirmación.

La demanda de una ley reguladora del ejercicio profesional no se generó exclusivamente en el ámbito gremial. Los mismos funcionarios de las agencias estatales con jurisdicción en salud, en particular el DNH y cierto número de diputados y senadores sin vinculación aparente con el gremio médico, reclaman infructuosa y periódicamente la sanción de una norma que garantice a los egresados de la Facultad de Medicina la potestad exclusiva de ejercer las prácticas asociadas a la función de cura.

A medida que pasan los años y se complejizan las formas organizativas de la atención médica, los pedidos de regulación amplían sus objetivos. Ya no se trata tan solo de combatir el ejercicio ilegal, también es necesario controlar los excesos de quienes están legalmente calificados. La represión de las prácticas mercantilistas y el charlatanismo ocupa un espacio más significativo en los proyectos de ley presentados a partir de 1910. En la década de 1920 se incorporan disposiciones relacionadas con la matriculación obligatoria, que se propone bajo el control del DNH o bien de una futura Dirección de Sanidad. En los años treinta del mismo siglo, algunos proyectos entregan ese control a organismos gestados por el gremio con la supervisión del Estado, modalidad que se institucionaliza en la provincia de Santa Fe.

Entre 1891 y 1944 el ejercicio de la medicina en la Capital Federal y Territorios Nacionales estuvo regido por la ley sancionada en la Provincia de Buenos Aires el 18 de julio de 1877. La Ley 2829, de 1891, que crea el DNH, extiende en su artículo

tercero las disposiciones de la ley bonaerense a los efectos de la vigilancia del ejercicio de la medicina y la farmacia, que encarga al mismo organismo.

La necesidad de reformar la Ley 2829 se plantea por primera vez en el Senado de la Nación en 1897. A ese proyecto siguieron muchos otros. La revisión de fuentes efectuada en nuestra investigación de base identificó dieciocho proyectos de ley reglamentaria de la medicina y demás ramas del arte de curar entre esa fecha y 1944, ninguno de ellos sancionado.

En los años treinta la preocupación tiene un principio de reconocimiento por parte del Poder Ejecutivo. En 1934 el presidente Justo nombra por decreto una Comisión Honoraria Oficial encargada de elaborar un anteproyecto de ley reglamentaria de las profesiones liberales. La propuesta se eleva al Ministerio de Justicia e Instrucción Pública el 3 de setiembre de ese año, haciéndose eco de inquietudes provenientes de las respectivas organizaciones profesionales. El proyecto permanece en estudio hasta setiembre de 1936, cuando es elevado al Senado. Dos años más tarde la Comisión de Legislación aprueba modificaciones que resultan inaceptables para las profesiones involucradas. En 1940 el proyecto primitivo es reflatado y se lo discute en el Senado. Aprobado finalmente por la Cámara Alta no logra aprobación en Diputados.

A nivel nacional la cuestión se resuelve a través del Decreto 6216 del 10 de marzo de 1944, que reglamentó el ejercicio de la medicina, la odontología y demás ramas de las ciencias médicas.

En Argentina: diferentes posiciones en torno a la futura organización del sistema de servicios

Tres orientaciones contrapuestas en relación a la futura organización del sistema de servicios se debaten en el interior de las organizaciones gremiales médicas argentinas en la década de 1930 y los primeros años cuarenta. La primera de ellas –al parecer hegemónica en los congresos médico gremiales celebrados en esa década– proponía un sistema de servicios organizado y financiado por el Estado; una segunda perspectiva se orientaba a promover un sistema de financiamiento a través de un mecanismo de seguro obligatorio, cuestión ya abordada en el capítulo previo; por último, había quienes consideraban que el camino a seguir debía procurar el fortalecimiento de la medicina privada.

Dos proyectos relativamente cercanos pueden dar cuenta de la primera alternativa: Alejandro Raitzin publica en 1930 su artículo “La medicina, función del Estado”. En ese texto sostiene que el mejor camino para superar las dificultades que enfrenta el ejercicio profesional y las transformaciones técnicas y sociales que lo afectan sería permitir “que la medicina pierda su carácter de profesión libre y que el Estado la convierta abiertamente en función de su exclusiva incumbencia” (Raitzin, 1930, p. 1671). Una propuesta fundada en similares ideas presenta Alberto Berenguer, dirigente del Círculo Médico del Sur, al Congreso Médico Gremial Nacional organizado en 1934. La base de su argumento radicó en afirmar que la única forma de

separar la retribución del trabajo médico de la enfermedad, de que los pacientes dejaran de ser considerados como *clientes*, de sentar las bases de una medicina preventiva, sería la institucionalización de la figura del *médico funcionario*.

Esa expresión genera interminables debates. Los detractores de la oficialización asocian el término con la burocratización del médico y con su dependencia del poder político, y auguran una decadencia fatal del nivel técnico por falta de interés en la capacitación individual. Para quienes defienden la propuesta, la mayor dificultad radica en convencer a sus colegas de que no se está proponiendo su asimilación con los funcionarios de gobierno, tal como se los conoce y cuestiona, y cuando se habla de medicina a cargo del Estado se piensa en un organismo que, aunque estatal, no esté en manos de los políticos.

La evidente ambigüedad de los términos puede ser pensada como explicación de la paradójica suerte de la propuesta. Aunque la “*oficialización*” es propuesta mayoritaria en un buen número de congresos gremiales, en sus conclusiones siempre se la menciona en primer lugar y como solución de largo plazo, e inmediatamente se pasa a propuestas más operativas y de aplicación inmediata.

La misma reserva se manifiesta en relación a dos proyectos que pretenden regular el subsistema público: el elaborado por Alfredo Spinetto en el interior de la Comisión de Racionalización de la Administración Pública y presentado como proyecto de ley en julio de 1940, destinado a aplicarse a la asistencia médica en establecimientos estatales, municipales y particulares instalados en la Capital Federal, que recibieran subsidios de la Nación¹⁶; y el propuesto por Alfredo Palacios, dos años más tarde, orientado a establecer la unificación de las agencias estatales con jurisdicción en salud pública¹⁷. El gremialismo médico porteño los identificó como avances parciales en el camino correcto, pero solo les brindó apoyo crítico.

En el capítulo anterior, me he referido en extenso a la suerte corrida por las propuestas de seguro de salud o enfermedad en la década de 1930 y los primeros años cuarenta. Mientras la propuesta de oficialización lograba apoyo mayoritario en los Congresos del Colegio de Médicos de la Capital Federal, la propuesta de Alejandro Bunge se impone en el Congreso Médico Gremial Argentino de 1936, y en el VI Congreso de Medicina reunido en 1938 los partidarios del *seguro* superaron en número a quienes defendían la *oficialización*. En el Segundo Congreso Médico Gremial de alcance nacional, en 1942, las definiciones son más cautelosas. Se aconseja la formación de una comisión especial dedicada a estudiar el problema, que deberá tener en cuenta “la remuneración, el escalafón y el régimen de trabajo de los médicos, así como la necesidad de que el seguro sea nacional”¹⁸.

Por último, se hace necesario registrar la perspectiva de aquellos que consideran posible superar las dificultades reconocidas por todos a través de un reordenamiento de la práctica privada. Una diferencia neta los separa de las dos tendencias

¹⁶ Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, Tomo II, reunión 24: 549-551, 1940.

¹⁷ *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, II, 18: 19, noviembre de 1942.

¹⁸ “Segundo Congreso Sanitario y de Medicina Gremial y Social”, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, II, 14: 32, julio de 1942.

ya descriptas: quienes comparten esta posición se caracterizan por una negación drástica de la necesidad de intervención estatal, mientras los defensores de la oficialización o del seguro solo procuran poner límites, obtener garantías ante una intervención que consideran imprescindible.

Las propuestas de recuperación del prestigio de la práctica privada se apoyan en algunas premisas específicas. Mientras los partidarios de los sistemas centralizados rescatan como norma básica la igualdad en el acceso a la atención, sus oponentes proponen establecer categorías según la capacidad de pago del paciente. Esto no supone, se afirma, diferencias en la calidad de la atención, pero sí especialización de servicios –o de categorías de pacientes dentro del mismo servicio– y diferente regulación de los honorarios destinados al médico.

Se acepta la atención gratuita del paciente pobre, y se exige atención remunerada para todo enfermo que pueda pagar al menos un honorario mínimo. El sistema de abonos es la solución propuesta con mayor frecuencia, y la clínica cooperativa de propiedad de médicos su complemento indispensable. Continúan rescatándose como principios irrenunciables la libre elección del médico por el enfermo y la libertad de prescripción, ambos sostenidos también como tales por los partidarios del seguro y dejados en un ambiguo nivel de indefinición por los defensores de la *oficialización*.

En Argentina: alternativas en la relación con las agencias estatales en los primeros años de la década de 1940

Los dardos gremiales se dirigen particularmente contra los funcionarios que son también médicos. La burocracia médica no solo perjudicaría los intereses de sus colegas o por razones electoralistas manipularía criterios que deben estar regidos por fundamentos exclusivamente técnicos, conforme la opinión de los dirigentes gremiales tampoco responde a los intereses de la salud pública que debería defender.

Sin embargo, pese a la dureza de algunos cuestionamientos, las relaciones entre organizaciones gremiales médicas y organismos estatales, en especial los cuerpos deliberativos, se hacen sistemáticas cuando se ingresa en la década de 1940. La *Revista de la Federación Médica Argentina* recupera en sus páginas algunos (magros) frutos de la colaboración de la dirigencia gremial en la tarea legislativa de las comisiones parlamentarias.

La misma *Revista* informa en julio de 1943 los contactos establecidos con las nuevas autoridades surgidas del Golpe de Estado de junio de ese año. El titulado es sugerente: “Un nuevo clima en materia de sanidad nacional”. En octubre se crea, en jurisdicción del Ministerio del Interior, la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, con jurisdicción en todo el territorio de la república, haciendo realidad el ambicioso proyecto que la dirigencia médica había defendido en el Senado, tras una iniciativa presentada por Alfredo Palacios.

Sin embargo, las expectativas que los dirigentes de COMRA habían colocado en el funcionamiento del nuevo organismo no se concretan. Encuentran, por el contrario, un interlocutor atento en el nuevo secretario de Trabajo y Previsión. En julio

de 1944 se instala en esa Secretaría una Comisión formada por representantes de los gremios de médicos, odontólogos, bioquímicos, y farmacéuticos, con el objetivo de elaborar los proyectos de ley necesarios para la regulación del ejercicio de las profesiones de salud.

Los representantes del gremio médico trabajan sobre tres aspectos críticos de la práctica profesional: el reconocimiento y alcances del título, la reglamentación del ejercicio y la regulación del trabajo médico en relación de dependencia. Este último proyecto, el único que será sancionado (Decreto 22212/45), tiene el mismo destino que otras disposiciones aprobadas precipitadamente en esos años: no llegará a aplicarse.

Otra disposición cercana a las aspiraciones del gremio fue sancionada a través del Decreto 30656 de noviembre de 1944, que dispuso la puesta en marcha de los servicios de medicina preventiva y curativa, en jurisdicción del Instituto Nacional de Previsión Social, creado en octubre de ese mismo año. Su Artículo 8° establecía la obligatoriedad del examen de salud para toda la población beneficiaria del Instituto; los dos artículos subsiguientes precisaban que dicho examen debía realizarse al menos una vez por año y constar como mínimo de: exámenes clínico y odontológico completo, radiológicos, serológicos y biológicos, y demás investigaciones que fueran necesarias. Es posible asociar esta iniciativa con la experiencia norteamericana ya mencionada: también aquí se abren expectativas de ampliación del mercado de trabajo médico. Sin embargo, alguna información posterior permite suponer que la norma tuvo solo aplicación parcial.

La tarea conjunta naufraga en la ola de críticas que algunos sectores del gremio formulan a sus dirigentes a raíz de su estrecha colaboración con el gobierno. La Mesa Directiva de COMRA se defiende: alega consultas realizadas a las distintas federaciones, recupera el tradicional rechazo al involucramiento en cuestiones políticas por parte del gremio expresado en disposiciones estatutarias, da cuenta de los avances obtenidos después de mucho tiempo de soportar la indiferencia del poder político.

Mientras la *Revista* de COMRA se abstiene de toda referencia a la situación política por la que atravesaba el país, otros órganos académicos y gremiales expresan claramente su oposición al gobierno de facto, a partir de las referencias a una necesaria recuperación de la democracia. Finalmente, la Mesa Directiva de la entidad gremial se reúne el 15 de octubre de 1945 y emite una declaración en la que reclama de los poderes públicos “la pronta normalización de las instituciones constitucionales, en coincidencia con el pedido formulado por todos los sectores de la Nación”¹⁹.

El cuestionamiento a la colaboración entablada entre la dirigencia gremial y el secretario de Trabajo y Previsión no constituye un mero episodio en la historia del gremialismo médico. La ruptura de la unidad gremial, puesta de manifiesto en las dificultades para elegir una nueva Mesa Directiva y el pedido de intervención interpuesto por algunas filiales, tendrá consecuencias en las estrategias gremiales de las décadas de 1940 y 1950. La confluencia del gremialismo capitalino en el Colegio

¹⁹ Confederación Médica de la República Argentina. *Actas*, n°49, del 15 de octubre de 1945, p. 179.

de Médicos y luego la Federación puede leerse como un avance muy importante en términos organizativos: profesionales con diferentes referentes ideológicos y defensores de diferentes estrategias de organización de la atención médica habían coincidido, sin embargo, en la necesidad de promover la unidad y poner en marcha estrategias de movilización en defensa de los intereses del conjunto. Esa convicción naufragará en las agitadas aguas que sacuden la sociedad argentina bajo el primer gobierno peronista.

Dispare avances en el reconocimiento de las reivindicaciones profesionales

En los capítulos que conforman esta primera parte, he procurado describir las condiciones de afirmación del control de la profesión médica en Argentina y EEUU. La primera y más importante constatación en términos comparativos es la presencia de diferencias cronológicas significativas. Es evidente que la profesión estadounidense logró una organización representativa en las primeras décadas del siglo XX y la dotó de unidad, coherencia y recursos suficientes para ejercer el control de los diferentes aspectos de su práctica y un importante poder de veto ante las estrategias de afirmación de posibles competidores en el ejercicio de la función de cura y las decisiones del poder político. El gremialismo médico argentino se afianzó más tardíamente y no llegó a consolidar su unidad en torno a una alternativa de organización de su práctica hasta superada la primera mitad de ese siglo. La similitud de doctrina entre ambas organizaciones profesionales, el paralelo entre sus reivindicaciones de autonomía y autorregulación, la preocupación compartida por establecer fronteras nítidas a la intervención del Estado y a la penetración de la actividad empresaria, no alcanzan la misma expresión en las formas organizativas de la atención médica dominantes en ambos países.

Las coincidencias que respaldan la periodización elegida pueden percibirse con más claridad si se identifican los diferentes niveles o áreas en los que puede expresarse el poder profesional y su capacidad de control. Al menos dos niveles pueden visualizarse con relativa claridad: aquél que remite a los aspectos técnicos de su trabajo y el vinculado a la organización social y el financiamiento de dicho trabajo.

El control de la profesión en lo referido con los aspectos técnicos de su trabajo se manifiesta en tanto el Estado deja en sus manos el control de los contenidos de su práctica. La enumeración que hace Freidson (1986) de las condiciones de autonomía en ese nivel puede ser útil para evaluar su aplicación al caso argentino: la profesión se organiza en asociaciones independientes tanto del Estado como del capital; esas entidades organizan y administran la práctica de un ambiguamente delimitado cuerpo de conocimientos y destrezas que sus miembros monopolizan; determinan las calificaciones y número de aquellos a ser entrenados para la práctica, la sustancia de ese entrenamiento, las exigencias para considerarlo satisfactorio y ser admitido

en la práctica, y los términos, condiciones y objetivos de la práctica misma; el modo como formulan e interpretan los problemas sometidos a su jurisdicción impacta tanto la conciencia popular como la política encaminada desde el Estado; dentro de los límites de reglas y estándares establecidos por sus asociaciones con autoridad, los miembros individuales son autónomos en sus lugares de trabajo.

Si esas condiciones se evalúan aplicando un criterio amplio a la referencia a *asociaciones* –que incluya no solo a aquellas constituidas para defender los intereses de la profesión sino también las que responden a objetivos científicos y académicos– considero que hacia los años treinta del siglo XX tanto la profesión estadounidense como la argentina están en posesión de tales atributos. La enumeración de Freidson contiene otras dos condiciones en relación a las cuales la situación de la profesión en Argentina puede ser relativamente ambigua. La primera de ellas hace referencia a la determinación de los criterios técnicos y éticos por los cuales las prácticas de sus miembros son evaluadas y las profesiones tienen el derecho exclusivo a ejercer disciplina sobre ellos; la segunda presenta alguna dificultad de operacionalización y por consiguiente de evaluación de su aplicabilidad al caso argentino: las asociaciones organizadas por la profesión son autoridades de última instancia sobre aquellas cuestiones personales, sociales, económicas, culturales y políticas vinculadas a su cuerpo de conocimientos y destrezas.

Aun dejando abierto un interrogante sobre estos dos últimos atributos, no cabe duda de que la profesión médica argentina ha alcanzado en la década de 1930 el reconocimiento por parte del Estado y de los otros agentes con intereses en el sector salud de su derecho al control de los aspectos técnicos de su trabajo. Ese reconocimiento se expresa de manera efectiva en el terreno de la atención médica a través del respeto generalizado por la autonomía profesional en el ámbito de la relación médico-paciente.

Para el mantenimiento de ese control no es indispensable que el profesional se desempeñe como trabajador independiente. Algunos rasgos propios de las profesiones en general permiten a sus miembros definir los contenidos de su práctica aún en organizaciones complejas: el hecho que las destrezas profesionales sean discretionales en carácter –la práctica no puede ser normatizada– y transferibles de un lugar de trabajo a otro antes que específicas por empresa, reduce la dependencia del profesional de las jerarquías propias de tales lugares de trabajo, ya sean de índole empresaria o estatal.

El segundo nivel de expresión del control profesional, vinculado a su influencia en la organización y financiamiento de los servicios de atención médica, se afirma más tardíamente en Argentina. Las diferencias cronológicas con EEUU se preciarán con más nitidez en los próximos capítulos. Un posible factor explicativo de esas diferencias puede ubicarse hipotéticamente en el temprano poder de la AMA para influenciar las políticas estatales de salud y eludir el control empresarial sobre las prácticas de atención médica. La cohesión de esa organización profesional y su capacidad de presión sobre factores de poder alternativos –incluyendo el mismo Estado– puede ubicarse en la base de ese proceso de afirmación. Como se ha mostrado en este capítulo, los médicos argentinos llegan más tardíamente a la

organización gremial y su capacidad de movilización se ve obstaculizada por significativas diferencias internas.

Los años treinta del siglo XX constituyen sin duda una coyuntura que prepara cambios significativos en las identidades y prácticas de los profesionales de la medicina. Por múltiples vías se verá minada la relación del médico con el paciente, entendida como contacto único, personal, secreto, que se establecía en el ámbito reservado del consultorio e incluía con frecuencia en sus contenidos no solo las afecciones del cuerpo sino también la vida psíquica, afectiva, familiar y social de quien se acercaba en procura de su ayuda. Los factores del cambio se asocian con cambios técnicos y condiciones sociales inéditas, que constituyen un nuevo escenario para dicha relación. El desarrollo de especialidades, la complejidad de los nuevos medios de diagnóstico y tratamiento, el reconocimiento de la necesidad de ampliar las formas sociales de cobertura, obligarán a la búsqueda de nuevas formas de legitimidad: códigos formalizados, organismos de control destinados a sancionar las prácticas desviadas. De ellos me ocuparé en el próximo capítulo.

Segunda parte

Consolidación del control
profesional
en la atención médica

Capítulo 4

La supremacía de la American Medical Association en EEUU

Introducción

En esta segunda parte me ocuparé de reconstruir los procesos históricos que conducen, en cada uno de los escenarios objeto de este estudio, a la afirmación de nuevas formas institucionales para la organización y financiamiento de la atención médica. La hipótesis de trabajo que ordena el relato se define en torno al interés por recuperar en tales procesos la influencia de las respectivas organizaciones de profesionales, las estrategias utilizadas para imponer su doctrina y defender los intereses de su membresía, las relaciones de cooperación y/o conflicto que las vincularon con otros actores insertos en el sistema de servicios de salud, y los resultados obtenidos.

En ambos escenarios la necesidad de nuevas formas organizativas comienza a reconocerse en torno a los años veinte y treinta del siglo XX. Las modalidades de organización y financiamiento finalmente adoptadas expresarán en cada uno de ellos la culminación de los procesos de afirmación del poder profesional iniciados en las primeras décadas de ese siglo. Los cambios introducidos en las formas organizativas fueron muy significativos y tuvieron impacto importante en el desempeño de los respectivos sistemas de servicios, de manera que se justifica hablar de nuevas instituciones/reglas de juego.

En paralelo con tales similitudes, sin embargo, la cronología de los procesos de cambio y sus resultados diferirán considerablemente en los dos países. En EEUU, la AMA impone en forma relativamente temprana una modalidad dominante que se afirmará sin mayores contestaciones hasta los años setenta del siglo XX y enfrentará severos cuestionamientos y una reformulación parcial en las décadas siguientes. En Argentina la afirmación del control profesional supondrá un largo y conflictivo proceso, se afianzará sobre bases negociadas en esa misma década y desembocará en una crisis de agotamiento en la siguiente.

Tales diferencias aconsejan el tratamiento por separado de ambos casos. En este capítulo me ocuparé de los desarrollos producidos en EEUU, para dedicar el siguiente a la reseña del caso argentino.

Nuevas reglas de juego para la medicina estadounidense

La expansión del seguro privado

En EEUU, el núcleo de las nuevas formas organizativas residió en los mecanismos de financiamiento. La puesta en marcha de diferentes formas de cobertura de seguro tuvo como efecto consolidar el poder de la profesión médica más allá de su formación, su práctica, y su relación con técnicos y profesiones auxiliares, a través del control del mercado de oferta de servicios. Conforme la reconstrucción de Robinson, hasta los primeros años de la década de 1930 la mayor parte de la atención proporcionada era pagada en forma directa por los pacientes o subsidiada por hospitales públicos y de organizaciones filantrópicas. Tenía escasa difusión lo que luego se conocería como seguro de indemnización o seguro comercial, que consistía en un mecanismo de reembolso, por parte de una empresa de seguro, de los costos generados por pacientes que podían elegir los profesionales y hospitales de su preferencia y pagaban los honorarios respectivos en el momento de recibir la atención. Este tipo de seguro garantiza el reembolso del gasto médico efectuado por el beneficiario, con algunos límites en cuanto a la determinación del monto a reembolsar. El financiador –o tercer pagador en la jerga usual– se vincula directamente con el beneficiario, o con su empleador en el caso de seguro de grupo, sin relación directa con los médicos u hospitales que proveen el servicio y, por consiguiente, sin posibilidad de controlar el gasto. Asume un riesgo acotado a partir de establecer límites en el reembolso, especificar el tipo de atención a cubrir, establecer un umbral de gasto a cargo del beneficiario, etc. La prima se calcula según la apreciación del riesgo de enfermar del individuo o grupo.

En paralelo, como ya adelanté en el segundo capítulo, algunos hospitales y clínicas y algunas cooperativas de consumidores habían desarrollado planes de cobertura prepaga, que aseguraban un conjunto de servicios a cambio un pago fijo mensual, de igual monto para todos los suscriptores. Su principal característica fue la cobertura de una atención médica que era provista en forma directa por las organizaciones responsables. Los proveedores más importantes establecían su propio plan y competían entre ellos sobre la base de los honorarios asignados a la atención, creando presiones de control de costos sobre los médicos y hospitales a cargo. Según Robinson, fue el impacto de la depresión económica lo que estimuló a hospitales y profesionales a iniciar una nueva forma de seguro, bajo la forma de los planes Blue Cross, administrados por asociaciones de hospitales, y Blue Shield, en manos de asociaciones médicas (Robinson, 1999).

La afirmación de las nuevas modalidades de cobertura resultará, además, potenciada en los años treinta y cuarenta del siglo XX por la derrota de las propuestas de sanción de un seguro obligatorio promovido por el Estado. De ese modo se estimulará la aparición de diferentes formas de organización de seguro privado, entre

las cuales algunas se consolidarán a lo largo de los años cuarenta y a mediados de siglo asumirán modalidades estables.

El seguro por reembolso, que había sido el primero en aparecer, pero solo alcanzaría difusión generalizada como consecuencia del éxito de los planes Blue, era administrado por aseguradores comerciales con experiencia en seguro de vida, accidentes y bienes materiales. En general, estas empresas habían evitado la cobertura de atención médica, en la medida en que no era posible aplicar a esa nueva forma de seguro los criterios de riesgo utilizados en su experiencia comercial. Se esperaba que los individuos que anticipaban un uso extensivo de servicios comprarían cobertura, mientras sus contrapartes más saludables no lo harían. Cuando la experiencia de Blue Cross demostró lo erróneo de esas expectativas, las empresas se vieron, como afirmaba un experto pocos años más tarde, “en parte arrastradas, en parte tentadas” a ingresar en ese campo (Kulp, 1956). El rápido crecimiento de los planes de cobertura hospitalaria estimuló su ingreso en la nueva línea de negocios, que se amplió además con la difusión de la cobertura de seguro a cargo de los empresarios como un beneficio adicional en la relación de empleo. Esta práctica empresarial, no obligatoria, se vio estimulada por la exención impositiva resultante de estimar la ganancia imponible luego de descontar el pago de las respectivas primas. Como incentivo adicional, la venta de seguro a los empleadores redujo los costos administrativos de publicidad, enrolamiento y cobro de las respectivas primas para las empresas financiadoras.

Las primeras experiencias en lo que serían más tarde los planes Blue Cross se registran hacia 1929, cuando un hospital de la Universidad de Dallas acordó proporcionar atención médica a un grupo de mil quinientos maestros de escuela, con un tope de 21 días de internación por año, por seis dólares anuales por persona. Rápidamente ese tipo de acuerdo se extendió a diferentes grupos que alcanzaron a varios miles de individuos. Otros hospitales del mismo estado adoptaron planes similares. El Hospital Metodista, por ejemplo, bajo el nombre tal vez excesivamente ambicioso de Sistema Nacional de Hospitalización, creó una organización de cobertura que cobraba nueve dólares anuales por beneficiario, reteniendo un tercio para gastos y beneficios. Estas primeras iniciativas fueron planes de atención directa, establecidos por hospitales que competían entre sí por la captación de beneficiarios.

Al mismo tiempo que se generaban estas estrategias, la depresión comenzó a poner de manifiesto la debilidad financiera de los hospitales voluntarios y generó un estímulo para adoptar el seguro como solución. Los planes establecidos por los hospitales en forma individual dejaron de ser vistos como una oportunidad, en tanto la competencia que suponían podía incrementar la inestabilidad antes que remediarla. Rápidamente comenzó a desarrollarse una respuesta alternativa: en julio de 1932 los hospitales de comunidad de la ciudad de Sacramento ofrecieron en forma conjunta servicios hospitalarios para empleados, en 1933 la experiencia había sido adoptada en otras ciudades. En febrero de ese mismo año, la American Hospital Association (AHA) aprobó el seguro hospitalario como una solución práctica para la cobertura de internación y adoptó algunas normas orientadoras, a saber: los planes debían ser sin fines de lucro, estimular el bienestar público, y autolimitarse a una “promoción digna”. Solo debían cubrir los gastos hospitalarios, sin invadir los dominios de los

profesionales privados; más importante aún, debían proporcionar libre elección de médico y hospital, exigencia que eliminaba del juego a los planes que ofrecían atención directa por parte de un único hospital.

A diferencia de las empresas de seguro comercial, la organización de los planes de cobertura hospitalaria se veía facilitada en tanto se ponían en marcha sin reservas de capital. Esto fue posible a partir de la existencia de un compromiso explícito de los hospitales de proporcionar el servicio en forma independiente de la remuneración que percibieran. Esta garantía –identificada como *hospital underwriting*– reemplazaba las reservas financieras que de otro modo hubieran sido necesarias para proteger el interés de los suscriptores.

En el estado de Nueva York, la cuestión tuvo dimensiones conflictivas: la Superintendencia de Seguros asumió que los planes de cobertura hospitalaria tenían características de seguro y, por consiguiente, debían estar sujetos a la regulación respectiva, incluyendo la exigencia de reserva financiera como garantía de los derechos de los beneficiarios. Los hospitales y los mismos profesionales presionaron para lograr la sanción de una ley estadual, aprobada en mayo de 1934, que eximía a tales planes de la exigencia de reserva. A la vez exigía que una mayoría de los directores del plan fueran administradores o síndicos de los hospitales contratados para proporcionar atención.

En paralelo, la AHA adoptó como doctrina la conveniencia de reemplazar los planes de hospital único por aquellos que incluían a todas las instalaciones de internación existentes en una determinada comunidad. En julio de 1937, un informe suscripto por un experto de esa Asociación daba cuenta del muy limitado crecimiento de los planes de hospital único, que en ese momento contaban con 125.000 beneficiarios –cantidad muy cercana a la registrada en el año anterior– mientras los planes con libre elección habían incrementado el número de suscriptores desde 200.000 a 800.000 en el mismo lapso. Hacia 1939, veinticinco estados habían sancionado leyes similares a la aprobada en el de Nueva York, que colocaban los planes de seguro hospitalario bajo la supervisión de las agencias estaduales de superintendencia de seguros y les otorgaban exenciones impositivas a partir de asociar sus actividades con las prácticas de caridad (Starr, 1982).

Como ya señalé, la expansión de los planes Blue Cross estimuló a las empresas de seguro a ampliar sus negocios en la cobertura de atención médica. En 1934 comenzaron a ofrecer seguro por reembolso para gastos hospitalarios sobre una base grupal, cuatro años más tarde lo extendieron al reembolso del gasto en cirugía. Su crecimiento fue rápido debido a los recursos financieros involucrados y las relaciones ya establecidas con el sector empresario. Hacia 1940 las empresas aseguradoras tenían alrededor de 3,7 millones de beneficiarios en planes de cobertura de salud, mientras los 39 planes Blue Cross en operación contaban con una cartera total de más de seis millones.

La reacción de la AMA

En coincidencia con estos desarrollos del seguro, en junio de 1934 la AMA reacciona frente a estrategias que se estaban generando sin su participación directa y hace público, a través de su revista, un decálogo de principios que considera indispensable respetar en la organización de las nuevas modalidades de financiamiento de la atención. A mi criterio, esa publicación indica el reconocimiento de un cambio de época en las prácticas profesionales: no es posible ya seguir considerando a los médicos en una práctica individual o articulados en redes flexibles, con pleno control de sus condiciones de trabajo. La cuestión financiera asume importancia crítica en el mercado de trabajo profesional, y como tal debe ser objeto de regulación. Las recomendaciones de la organización profesional eran sencillas y consistentes:

- Todas las características del servicio médico bajo cualquier modalidad de práctica deben estar bajo el control de la profesión médica.
- No se debe permitir la presencia de ningún tercero entre el paciente y su médico en toda relación médica.
- Los pacientes tienen libertad absoluta para elegir un doctor en medicina debidamente calificado, entre todos aquellos calificados para la práctica y que estén dispuestos a brindar servicio.
- El rasgo fundamental, dominante en cualquier sistema, debe ser una relación permanente y confidencial entre el paciente y un “médico de familia”.
- Todas las organizaciones de atención médica no son más que ampliaciones del equipamiento del médico. Solo la profesión médica podrá determinar la adecuación y el carácter de tales organizaciones.
- Aunque el costo del servicio médico pueda estar distribuido, el costo inmediato debe ser satisfecho por el paciente si está en condiciones de pagar en el momento en que se proporciona el servicio¹.
- El servicio médico no debe estar vinculado con ningún beneficio en efectivo.
- Cualquier modalidad de servicio médico debe incluir en su alcance a todos los médicos calificados de la localidad cubierta, que estén dispuestos a brindar servicio bajo las condiciones establecidas.
- Los programas de socorro deben estar limitados a proteger a las personas por debajo de un determinado nivel de ingreso.
- No deben existir restricciones de tratamiento que no estén formuladas y sostenidas por la profesión médica organizada².

La reacción de la entidad, destinada sin duda a dejar en claro la voluntad de mantener el control de la profesión sobre la totalidad de las áreas vinculadas a su práctica, no

¹ La aplicación de este principio que suponía la generalización del mecanismo de reembolso para la cobertura de atención médica fue relativizada en 1942.

² American Medical Association, “Proceedings of the Cleveland Session: Minutes of the Eighty-Fifth Annual Session of the American Medical Association, Held at Cleveland, June 11-15, 1934”, *Journal of American Medical Association* (1934)102(26): 2191-2207, pp. 2200-2201.

tiene un único destinatario. La AMA no solo está preocupada por el posible avance de las organizaciones hospitalarias sobre la autonomía de los profesionales; como ya vimos, en la segunda mitad de la década de 1930 deberá también enfrentar la amenaza asociada con la legislación de *Social Security*, promovida por el presidente Roosevelt, mientras continúa su empeño por impedir la penetración de la empresa privada en la organización de los servicios de atención médica. También estaban fuera de los criterios de la entidad la multiplicidad de modalidades de planes prepagos, las cooperativas gestionadas por médicos o consumidores, las organizaciones empresarias que ponían en marcha sus propios sistemas de atención, que he descripto en un capítulo anterior y caracterizado como formas organizativas descartadas, de alcances relativamente modestos, significativa heterogeneidad en mecanismos contractuales, incorporación de profesionales y modalidades de práctica, que en esos años todavía eran vistas como amenazas a las pretensiones hegemónicas de la AMA.

La difusión del seguro hospitalario aportó sin duda beneficios para los profesionales. La cobertura de los gastos de hospitalización facilitaba al paciente el pago de los honorarios médicos. Sin embargo, también estuvo presente en el imaginario profesional la amenaza de un avance en el control de sus ingresos, tanto del Estado como del empresariado lego o las organizaciones hospitalarias. Movilizados por esa amenaza, o bien como parte de la corriente espontánea de búsqueda de adecuación a las nuevas condiciones del mercado, comienzan a difundirse los planes Blue Shield.

En los últimos años de la década de 1930, los esfuerzos de la AMA en procura de obstaculizar el desarrollo de formas cooperativas de organización de la atención médica y planes prepagos que no se adecuaban a sus lineamientos, la colocaron incluso en riesgo en los estrados judiciales, acusada de violación de la legislación Anti Trust. Su negativa a considerar que el ejercicio profesional podía ser asimilado a una actividad comercial, argumento en el que basara su defensa, fue rechazado en un primer momento por un Tribunal de Apelación y más tarde, en 1943, por la Corte Suprema de Justicia³. Sin embargo, ese pronunciamiento no tuvo efectos prácticos. La organización profesional había conseguido bloquear la multiplicación de cooperativas y prácticas prepagas (Starr, 1982).

En forma relativamente independiente de las estrategias de la AMA, hacia 1939 las asociaciones médicas de varios estados obtuvieron la intervención de los respectivos gobiernos para asegurar el control de los planes prepagos por parte de la profesión. En la siguiente década, 26 Estados aprobaron leyes que prohibían los planes de cobertura prepaga gerenciados por organizaciones de consumidores. Los mecanismos que garantizaban el control profesional asumían diferentes formas en esta legislación: los

³ Esa resolución de la Corte Suprema tuvo como objeto la campaña iniciada por la AMA en oposición a la Group Health Association, cooperativa organizada por los empleados del Federal Home Loan Bank, en Washington DC. Tanto la AMA como la asociación médica local habían amenazado con represalias a todo médico que aceptara trabajar para ella, prohibiéndoles aceptar consultas o referencias, bajo pena de no gozar de privilegios de admisión en los hospitales del Distrito de Columbia. La historia de esta controversia, que se desarrolla entre 1937 y 1942, constituye un buen caso testigo de los esfuerzos de la organización profesional para obstaculizar el desarrollo de organizaciones de atención médica contrarias a sus directivas.

organizadores de planes de atención médica tenían que ser médicos, o bien debían serlo una mayoría de los directores, o bien el plan tenía que ser aprobado por la asociación médica estadual. Diecisiete Estados exigían que los planes garantizaran la libre elección del profesional. En otros casos se prohibía incluir entre los proveedores de atención solamente a los médicos y hospitales que aceptaran menores honorarios o estuvieran dispuestos a proporcionar un mejor servicio.

El sexto principio enunciado en el listado original de la AMA establecía que en todo plan o acuerdo para provisión de atención médica los beneficios serían reembolsados en efectivo en forma directa al beneficiario individual. Sin embargo, muchas asociaciones médicas estaduales comenzaron a disentir con este punto, y en 1942 la asociación confederada modificó su posición y respaldó los planes que ofrecían beneficios de atención, a condición de que estuvieran respaldados por una asociación médica estadual como organizadora. Es decir, un plan que se hiciera cargo del pago a los médicos era correcto si estaba organizado por sus asociaciones. En 1943 la AMA creó una comisión para coordinar este tipo de planes. Sin embargo, pese a esta aprobación formal, continuó habiendo tensiones entre la jerarquía de la AMA y los médicos que establecieron lo que algo más tarde se conocerían como planes Blue Shield.

La mayoría de los médicos aceptaron los beneficios en atención bajo el control de sus asociaciones, como una alternativa preferible al seguro obligatorio o el prepagado controlado por no médicos. Uno de los primeros planes de alcance estadual se organizó en California, en coincidencia con un programa gubernamental con grandes posibilidades de ser aprobado. En 1939 la Asociación Médica de ese estado introdujo el Servicio de Médicos de California –que originalmente ofreció cobertura de visitas en consultorio y domiciliarias, así como atención profesional en hospitales– al mismo tiempo que el gobierno estadual proponía un seguro obligatorio para todos los trabajadores con ingresos menores a tres mil dólares anuales. En forma coincidente, la asociación profesional estableció en la misma cifra el límite de ingresos para la participación de una familia en su plan voluntario. En ese momento, el 90% de los habitantes de ese estado tenían ingresos que les permitirían acceder a dichos planes.

En los años que siguen, planes similares se generaron en Michigan, Nueva York, Pensilvania y otros estados. Su desarrollo estuvo estimulado no solo por el interés de los médicos, sino también por la preocupación de Blue Cross por impedir el ingreso en el mercado de atención médica de los aseguradores comerciales. Mientras Blue Cross tenía prohibido proporcionar cobertura de honorarios médicos, los seguros comerciales podían incorporarla; por esa razón en algunos estados los planes gestionados por los hospitales tuvieron un rol activo en la organización de la cobertura de Blue Shield.

En la mayoría de los estados los planes Blue cooperaban entre sí, y a menudo compartían la estructura administrativa. Cuando menciona la relación entre ambas organizaciones, Starr hace referencia al “hermano menor” o “asociado más joven” (Starr, 1982, p. 307). El interés de Blue Cross por estimular el desarrollo de Blue Shield habría estado en parte estimulado por la competencia de los aseguradores

comerciales, que estaban autorizados a proporcionar cobertura de honorarios médicos. Más de la mitad de los planes Shield eran administrados por Blue Cross y no tenían personal propio para esa función; solo sus cuerpos de gobierno estaban diferenciados. La organización hospitalaria tenía una experiencia previa de siete a diez años –según los estados– y creció más rápidamente. En diciembre de 1945, Blue Cross tenía más de 19 millones de beneficiarios a nivel nacional, mientras Blue Shield contaba tan solo con 2 millones.

Similitudes y diferencias entre planes Blue Cross y Blue Shield

Los planes Blue tenían algunas diferencias importantes en sus políticas de cobertura. Mientras Blue Cross se ubicaba cerca de los mecanismos de prepago, Blue Shield se asimilaba al seguro de reembolso. Mientras todos los planes hospitalarios ofrecían beneficios de atención, algunos de los planes médicos ofrecían solo reembolsos en efectivo, a menudo limitados a honorarios por la atención profesional en hospitales. Los planes Shield que ofrecían beneficios de atención los limitaban a los beneficiarios de bajos ingresos. Muchos médicos se resistían a abandonar la práctica del cobro de honorarios estimados según el patrimonio del paciente, y aceptaban proveer beneficios de atención a los beneficiarios de bajo ingreso como una estrategia defensiva frente a la amenaza de un seguro obligatorio gerenciado por los gobiernos. Algunos médicos, además, se negaron a participar en Blue Shield. Los enrolados en un plan con beneficios de atención recibían un reembolso cuando consultaban a un médico que no participaba del plan.

Las diferencias ideológicas reforzaban estas estrategias. En ese terreno los planes reflejaban las diferencias políticas entre los hospitales voluntarios –que controlaban la AHA– y la profesión organizada en la AMA. Los organizadores de Blue Cross sostenían que brindaban servicios a toda la comunidad y se presentaban a sí mismos como organizaciones progresistas. Algunos de sus fundadores no eran hostiles a las propuestas de seguro obligatorio. Blue Shield, en cambio, estaba claramente orientada a prevenir la adopción de un programa estatal. Mientras Blue Cross alegaba que constituía un esfuerzo respaldado por la comunidad y controlado en forma democrática, los planes Blue Shield estaban controlados por las organizaciones de la profesión.

Sin embargo, en los hechos tales diferencias tenían poco peso. En los planes Blue Cross los representantes de los hospitales constituían la mayoría de los directores, en algunos estados esa proporción era exigida por la legislación. Los denominados *representantes públicos* eran en general elegidos por los miembros de la junta de gobierno que representaba a hospitales y médicos. Tales representantes públicos eran en general grandes empresarios, banqueros, abogados, y constituían en mayor medida una representación de los empleadores que de los grupos de trabajadores o granjeros.

Por encima de las diferencias ideológicas, ambos planes defendían políticas similares. Del mismo modo que la AHA se opuso a los planes de hospital único, la AMA

enfrentó a los planes de práctica prepaga, aun cuando estuvieran respaldados por médicos. Las organizaciones de hospitales y médicos pudieron por consiguiente establecer un oligopolio de práctica, ya que ninguna otra empresa podía ofrecer servicios sin llegar a un acuerdo sobre precios con los proveedores. Los hospitales se negaron a hacer acuerdos con planes que no fuera Blue Cross y los médicos en general boicotearon cualquier plan no controlado por la profesión que pretendiera dejar de lado el honorario por servicio. La única competencia posible fueron los planes de seguro comercial por reembolso, que no imponían controles sobre médicos y hospitales. A partir de 1945, afirma Starr, la estructura de los planes privados estuvo adecuada a los intereses de los proveedores. Por su parte, Freeborn & Pole señalan que tanto los planes Blue como el seguro privado tenían poca influencia o capacidad de control sobre la organización de la atención médica; se limitaban a procesar las demandas de reembolso de gastos en hospitales y médicos (Freeborn & Pole, 1994).

Otro rasgo común es que los sistemas de seguro privado se orientaron fundamentalmente a la satisfacción de las necesidades de cobertura de los sectores de ingreso medio. Las familias de menor ingreso estuvieron ampliamente subrepresentadas entre los beneficiarios de los primeros planes Blue Cross. En la medida en que los planes cobraban la misma prima para todos los niveles de ingreso, el porcentaje de su ingreso total que significaba esa cobertura para las familias de menores recursos desalentaba su incorporación. Hacia 1946 un estudio realizado por una comisión estatal en Nueva York concluyó que las familias con ingresos inferiores a mil dólares debían destinar el 15,7% de los mismos para obtener cobertura completa, mientras aquellas con ingreso de cinco mil dólares o más solo destinarían a cubrir la prima del seguro, un 1% de los suyos. Conforme su conclusión, el seguro representaba una ventaja financiera para quienes contaban con ingresos superiores a los 2.500 dólares anuales, ya que les permitía obtener atención adecuada a un costo menor del promedio de la suma que destinarían a comprarla. Para las familias con ingresos menores a esa cifra, el porcentaje destinado al pago de la prima haría inviable la cobertura (Starr, 1982).

Las formas de gestión alternativas

Con escasa importancia en número de beneficiarios, pero significativas en el intento de introducir nuevas formas de gestión de cobertura, en la postguerra se desarrollan algunas estrategias sindicales que vale la pena mencionar.

Entre 1945 y 1959 se genera un movimiento por parte de un sector del sindicalismo, que se traduce en lo que algunos analistas caracterizan como formas embrionarias de *seguridad social privada*. Esas iniciativas se ven facilitadas por el mayor poder de negociación que alcanzan los sindicatos durante la Segunda Guerra y la postguerra. En lo referido a atención médica, la presión se incrementó después de la guerra, cuando los sindicatos ganaron el derecho de negociar colectivamente

beneficios de atención médica, que hasta ese momento habían sido otorgados en forma voluntaria por grandes empresas.

La obligatoriedad de la negociación colectiva, establecida por la Ley Wagner, se había aprobado en 1935, el mismo año en que se aprobara la Ley de Social Security. Sin embargo, recién en los años cuarenta, cuando el seguro obligatorio fue nuevamente rechazado por el Congreso, los trabajadores buscaron protección contra los gastos de enfermedad a través de ese medio.

Hasta ese momento, empleadores y sindicatos habían competido por utilizar los beneficios de atención médica para ganar la adhesión de los trabajadores. De esa competencia surgieron dos tradiciones diferentes, según la expresión de Raymond Munts: una tradición de servicios médicos gerenciados por empresas, fuerte en la industria minera, maderera y textil, y una tradición de clínicas y planes de seguro administrados por sindicatos, fuerte solo en la industria del vestido. Hasta los últimos años de la década de 1940, no se establecería una nueva modalidad de cooperación entre capital y trabajo, orientada al financiamiento y administración de la atención médica (Munts, 1937).

La mayoría de los planes de cobertura de empleados que se generaron durante la Segunda Guerra estuvieron controlados por las empresas. Las principales corporaciones empresarias, en procura de no perder una fuente de lealtad de los trabajadores en una coyuntura de escasez de mano de obra, se opusieron con firmeza a negociar cuestiones de salud y bienestar. Los sindicatos cuestionaron esta estrategia, en la medida en que podían obtener cobertura de seguro, pero carecían de participación en la negociación de los beneficios. El conflicto no se trataba en relación a la proporción de los costos que debían cubrir empleadores y empleados, sino en mayor medida en torno a quien controlaría y daría forma a los beneficios.

En 1946 la agrupación sindical Congress of Industrial Organizations (CIO) declaró de alta prioridad los programas de bienestar, incluyendo el seguro de salud, y hacia 1948 algunos sindicatos habían comenzado a negociar en sus convenciones colectivas planes de cobertura de salud. En 1947 los republicanos intentaron sin éxito en el Congreso excluir explícitamente esos beneficios de las negociaciones colectivas. La interpretación favorable a esa ampliación de las cuestiones pasibles de negociación se afianzó cuando, en 1948, una decisión de la Corte Suprema consideró que formaban parte de las *condiciones de empleo*, mencionadas por la Ley Wagner. Por esta vía los sindicatos ganaron el derecho a participar de las decisiones en salud.

En los años que siguen, la mayoría de los sindicatos vinculados a la producción obtuvieron aumentos considerables en beneficios de salud. Entre 1948 y 1950 el número de trabajadores con cobertura de salud establecida en convenciones colectivas aumentó de 2,7 a más de 7 millones. En 1954 los beneficiarios sumaban 12 millones, a los que se agregaban 17 millones de familiares dependientes⁴. Los sindicatos se encuentran en ese punto negociando un 25% del seguro de salud y aumentando

⁴ En números totales, es decir sumando los planes individuales y los de grupo, la cobertura de seguro de salud se expandió de 32 millones en 1943 a 53 millones dos años más tarde y a 77 millones en 1951. Hacia 1954, más del 60% de la población tenía algún tipo de seguro de hospital, 50% algún tipo de seguro quirúrgico y 25% seguro médico (aunque a menudo solo para ambulatorio hospitalario) (Starr, 1982).

el alcance de la cobertura a la vez que las contribuciones de los empleadores. En términos generales, los sindicatos, en su negociación con las grandes empresas, demandaban un determinado paquete de beneficios que debía ser cubierto por la contribución de los empleadores; con pequeñas empresas solo podían obtener un monto de contribución preestablecido. Es en ese escenario donde los grandes empleadores comienzan a preocuparse por controlar los costos de la atención médica.

El crecimiento de los planes estuvo acompañado por una política de flexibilización, tanto de los Blues como de las aseguradoras comerciales. Ambas comienzan a cubrir estadías hospitalarias de mayor duración. Los planes Blue Shield elevan los toques de ingreso exigidos a sus beneficiarios, ampliando por consiguiente la posibilidad de cobertura. En paralelo, los grandes empleadores comienzan a desarrollar y gerenciar sus propios planes.

Las elecciones de los sindicatos se diversificaron entre las posibles formas de cobertura. Los de mayor porte prefirieron el sistema de reembolso, los sindicatos con menor afiliación y estrategias más progresistas se orientaron hacia los planes que ofrecían atención integral y participación de los consumidores. Estos últimos, aunque poco importantes en número, fueron promotores de la continuidad de los grupos de práctica prepaga.

La trayectoria de la Unión de Trabajadores Mineros (UTM), aun tratándose de un caso particular, constituye un buen objeto de análisis para ponderar la evolución de esta forma alternativa de gestión de cobertura. La minería había sido en las primeras décadas del siglo XX una producción volátil y competitiva, sacudida por una oposición entre trabajadores y empresarios caracterizada por la violencia. Aún en condiciones de recesión, entre la década de 1920 y la de 1930, las huelgas violentas perturbaron la producción. Cuando el petróleo y el gas desplazaron al carbón de su mercado tradicional, la relación entre empresarios y trabajadores asumió un giro inesperado: el enfrentamiento dejó paso a la cooperación. Uno de los ingredientes de este cambio, en los últimos años de la década de 1940, fue la cesión al sindicato por parte de las empresas mineras del control de la atención médica que financiaban.

En 1946 la UTM había demandado a las empresas una contribución de cinco centavos por cada tonelada de carbón extraída, para financiar un fondo de bienestar cuya administración estaría a su cargo. Ante la negativa de los empresarios, se inició la primera de las tres huelgas que se sucederían a lo largo de cuatro años. Poco después el presidente Truman se hizo cargo de las minas para prevenir una crisis de sobreproducción. La UTM negoció con el gobierno y llegó a un acuerdo que, entre otras medidas, le aseguraba un fondo para jubilaciones y otro para atención médica y hospitalaria, obteniendo completo control sindical sobre este último. La concreción del beneficio se vio impedida por la Ley Taft-Harley, sancionada al año siguiente, que prohibía explícitamente el control sindical sobre fondos de bienestar

que tuvieran contribuciones de los empleadores⁵. Sin embargo, cuando los propietarios recuperaron las minas, en el verano de 1947, accedieron a contribuir con 10 centavos por tonelada y crear una junta tripartita conforme las especificaciones de Taft-Harley (un representante de los trabajadores, otro de la empresa y un síndico neutral). La producción minera tuvo una nueva crisis en 1949, que dio origen a un nuevo enfrentamiento: el sindicato alegó que los trabajadores podían evitar la sobreproducción e impuso en forma unilateral una semana de trabajo de tres días. Algunos empresarios dejaron de pagar las contribuciones al fondo y los mineros iniciaron otra huelga. En ese punto, John Lewis, reconocido líder de la UTM durante todo el conflicto, llegó a un acuerdo con los principales operadores que garantizó el trabajo sin interrupciones en las minas por los siguientes 20 años.

La lucha por la cobertura de salud es reconocida, aún en la actualidad, como una de las cuatro grandes batallas históricas libradas por el sindicato de mineros: la jornada de ocho horas en 1898, el derecho a la negociación colectiva en 1933, los beneficios de salud y pensión de retiro en 1946 y la protección de salud y seguridad en 1969⁶.

Los trabajadores mineros rápidamente descubrieron límites en la administración de la atención médica: en primer lugar, la carga de necesidades insatisfechas –discapacidades producto de accidentes de trabajo, muy altas tasas de mortalidad infantil, etc.–; en segundo término, el alto costo de la atención retribuida por honorarios por servicio no regulados; por último, la escasez en las áreas mineras de instalaciones adecuadas y médicos competentes.

Tras diferentes experiencias de gestión, el sindicato optó por prácticas de grupo de multiespecialidades, abiertas a la población general a través de honorarios por servicio, que brindaban atención gratuita a los mineros. En los años cincuenta del siglo XX el fondo llegó a establecer diez hospitales en las áreas mineras y, tras una protesta de las asociaciones médicas, abrió sus planes a médicos y hospitales independientes que conformaban una lista aprobada por su gerencia. Hacia fines de esa década contaba con médicos propios que auditaban las decisiones de los médicos independientes sobre referencias, hospitalización, cirugía y duración de la estadía hospitalaria; llegó a tener un sistema de acreditación y pagaba en forma directa a sus proveedores autorizados (Starr, 1982).

⁵ La Ley Taft-Harley, aprobada en 1947 por un Congreso con mayoría republicana fue considerada como una disposición orientada a limitar los derechos concedidos a los trabajadores por la Ley Wagner, sancionada en 1935 e identificada como “la declaración de los derechos del trabajador” (Wagner, 2002).

⁶ United Mine Workers of America, “A brief history of the UNWA”.

Las décadas de 1950 y 1960: alcances y límites de las políticas liberales

En EEUU, conforme la expresión de Starr, la ciencia médica ejemplifica una visión propia de la postguerra que confiaba en el *progreso sin conflicto*. Solo en la década de 1970 esa perspectiva optimista se verá confrontada. La primera fase de las políticas de atención médica de postguerra favorecería el crecimiento sin redistribución; a mediados de los años sesenta se procura mejorar la distribución sin cambios fundamentales en la organización de los servicios, recién en los setenta se comienzan a definir estrategias de cambio en las formas organizativas. En este capítulo presento una síntesis de las principales líneas de desarrollo de los dos primeros períodos así identificados; los años setenta serán abordados en un capítulo posterior, en tanto escenario de emergencia de una perspectiva crítica frente a las modalidades de gestión dominantes.

Los años cincuenta y sesenta del siglo XX fueron décadas de notable crecimiento en el campo de la atención médica estadounidense. La población empleada en el sector aumentó de 1,2 a 3,9 millones de personas y el gasto en atención médica de 12,7 a 71,6 miles de millones de dólares, para representar un porcentaje del PBI que avanzó del 4,5 al 7,3%. El dato más significativo fue sin duda la importancia otorgada a la investigación –en parte originada durante la Segunda Guerra– en tanto se constituyó como un nuevo campo de liderazgo internacional para EEUU.

Un informe sobre los avances de la investigación científica en medicina, publicado en 1945, enumera las innovaciones en la terapéutica y sus resultados en salud-enfermedad: la penicilina y las sulfamidas, el insecticida DDT, el desarrollo de mejores vacunas y medidas de higiene, habían dominado la fiebre amarilla, la disentería, el tífus, el tétano, la neumonía, la meningitis. La malaria estaba controlada y la discapacidad proveniente de enfermedades venéreas se había reducido en forma significativa. La cirugía había realizado progresos espectaculares, apoyada por el aumento de la disponibilidad de sangre y plasma para transfusiones. La política de promoción de la actividad científica del gobierno federal en las décadas de postguerra significó un importante respaldo financiero para la investigación en salud, legitimada además por el respeto a la independencia de la comunidad científica, en tanto se cedió a grupos de investigadores sin vínculos con el poder político el otorgamiento de subsidios y la elaboración de políticas. En la década de 1950, la medicina ganó popularidad adicional a partir del impacto que tuvo sobre la opinión pública el descubrimiento de la vacuna contra la parálisis infantil.

Para entender las transformaciones que se generaron en la organización de la atención médica durante los años de predominio político del ala liberal del Partido Demócrata, puede ser significativa la afirmación de Starr (1982) cuando enfatiza la profunda alianza que se genera entre liberales y médicos en las décadas de postguerra. En la visión de este historiador, ambos grupos compartían su entusiasmo por la medicina; solo disientían parcialmente en cuanto a la forma en que ese entusiasmo debía ser canalizado. El uso de la psiquiatría en políticas de bienestar social

no tocaba los intereses profesionales. El apoyo estatal a la investigación médica, la construcción de hospitales y otras formas de desarrollo de recursos sectoriales, tampoco generaban preocupación para la AMA. Tales programas incrementaban los recursos de capital del sistema de servicios de salud, sin limitar el ingreso de los profesionales. Una excepción significativa estuvo constituida por la oposición de la AMA a la aprobación de un programa de subsidios y becas destinado a incrementar la formación de médicos. Presentado en el Congreso en 1949, la influencia de la organización profesional logró bloquear esa iniciativa y otras similares a lo largo de la década de 1950.

Los cuatro principales programas de inversión federal en cuestiones vinculadas a salud y atención médica en la coyuntura de postguerra –el financiamiento de atención médica, la reforma de la atención de salud mental, la ampliación y reformulación organizativa y edilicia de la muy importante red de hospitales de la Administración de Veteranos y la construcción de hospitales de comunidad– compartieron una orientación común de respeto a la autoridad concedida a la profesión médica y las organizaciones médicas locales. Mientras las funciones de gobierno se expandían, la discrecionalidad política de los funcionarios a cargo se vio limitada. Como consecuencia, el apoyo gubernamental a la medicina no llevó al control público de su práctica.

Entre las políticas expansivas es necesario mencionar la ley sancionada en 1946 (conocida como Ley Hill-Burton, por los senadores que la elaboraron) que en opinión de James Morone constituyó un modelo de poder público limitado, caracterizado por los controles que la misma ley imponía a la intervención gubernamental en el campo de la atención médica. El programa financiaba la construcción de hospitales y los Estados financiaban consultorios y laboratorios médicos, mientras evitaban entrometerse con las decisiones profesionales. En los siguientes treinta años, los fondos Hill-Burton contribuyeron en casi un tercio de los proyectos de construcción de hospitales en EEUU. Los Estados proveían fondos mientras cedían autoridad sobre el programa a la profesión, que utilizó el dinero para construir una sofisticada infraestructura para la práctica privada de la medicina⁷.

Otro campo de fortalecimiento de la profesión surgió de la expansión –en ingresos, recursos para investigación e instalaciones– de las facultades de medicina. Los subsidios federales significaron el aumento del número y retribución de investigadores. También aumentó el número de hospitales vinculados, en muchos casos con separación de los médicos locales que habían actuado como instructores *part time*. Esa situación generó rivalidad entre los profesionales desplazados y los académicos, dotados de prestigio a través de sus publicaciones y sus cargos docentes. Las

⁷ Una estipulación intrusiva de la legislación era el requerimiento de que los hospitales subsidiados proporcionaran un razonable volumen de servicios a personas sin capacidad de pago. El Congreso, sin embargo, añadió una vía de escape: “a menos que tal exigencia no sea factible desde el punto de vista financiero”. Más de veinticinco años después, las cortes negaron el derecho a los indigentes que solicitaban atención gratuita en los hospitales Hill-Burton; la regulación todavía no se había promulgado. La opinión dominante era que la interferencia del gobierno en el negocio médico violaba el espíritu de empresa” (Morone, 1994, pp. 152).

tensiones entre los dos grupos, sin embargo, fueron atenuadas por la prosperidad que beneficiaría a ambos: entre 1945 y 1969 el índice de precios al consumidor tuvo un aumento del 2,8% anual, los honorarios médicos subieron un 3,9% y sus ingresos anuales un 5,9%.

La profesión también diversificó en estos años su membresía a través del muy significativo incremento de las especialidades, que tendrá consecuencias también importantes en la gestión de la atención médica. Tres factores se identifican como estímulo para ese crecimiento: en primer lugar, el sistema de certificación creado en la década de 1930 para el acceso al título de especialistas no incluía ninguna regulación de la dimensión o distribución de especialidades; en segundo término, a partir de la guerra, los hospitales y sus médicos asociados tuvieron fuertes incentivos para establecer programas de entrenamiento para especialidades, en tanto internos y residentes proporcionaban atención de bajo costo y permitían cubrir la atención nocturna y en fines de semana; por último, es necesario considerar el estímulo resultante de los subsidios gubernamentales y los altos retornos de la práctica de una especialidad generados por la ampliación de la cobertura de seguro. Las posiciones para residentes aumentaron de 5.000 a 12.000 entre 1940 y 1947, y llegaron a 25.000 en 1955.

Las normas para acceder a una especialidad y la coordinación de las juntas examinadoras quedarían en manos de la AMA y su Concejo sobre Educación Médica, que en 1933 se transformará en Junta Asesora de Especialidades Médicas (a partir de 1970, American Board of Medical Specialties). Doce áreas de práctica fueron seleccionadas para obtener la especialización en 1937, otras ocho se agregarían en años posteriores.

Hacia 1940 la mayoría de los médicos dedicados a la práctica se declaraba como generalista o especialista *part time*. El porcentaje de quienes se presentaban como especialistas de tiempo completo aumentó del 24% en 1940 al 37% en 1949, llegará a un 44% en 1955, a 55% en 1960 y a 69% en 1966.

Las estrategias redistributivas en la década de 1960

El nuevo impulso al crecimiento económico logrado por la administración Kennedy y sus propuestas destinadas a enfrentar la desocupación y la pobreza, solo tendrían consecuencias después de la muerte del presidente, en el marco de la Guerra contra la Pobreza anunciada por Lyndon Johnson en enero de 1964. La iniciativa más importante sería el programa de seguro de atención médica destinado a proteger a la población mayor de 65 años, Medicare, propuesta que venía debatiéndose desde la década de 1950 y había sido reiteradamente derrotada, en parte por la cerrada oposición de la AMA, que la caracterizaba como una amenaza a la relación médico-paciente. En 1960 se había aprobado un programa muy limitado, destinado a las personas ancianas de escasos recursos. En las sesiones del Congreso de 1964 y 1965, se genera una coyuntura favorable para su expansión, en la medida en que demócratas y republicanos –presionados por una opinión pública preocupada por el aumento

de los costos de la atención médica y los límites en el acceso que sufrían ancianos y pobres— coinciden en la discusión de los dos programas que constituirán Medicare: la Parte A, un programa federal uniforme que proporciona seguro obligatorio de atención hospitalaria a las personas mayores de 65 años que sean beneficiarias de la Seguridad Social; la Parte B, que proporciona una cobertura suplementaria opcional de honorarios médicos. A ellos se agrega el aumento del subsidio federal a los estados destinado a cubrir la atención médica para los pobres, que será conocido como Medicaid. El presidente Johnson promulgará la respectiva ley en julio de 1965.

La Parte A de Medicare es financiada por el Medicare Trust Fund, a través de un 1,45% suplementario de la contribución de seguridad social de cada trabajador, que pagan tanto empleados como empleadores. La Parte B es voluntaria y financiada por primas, al igual que el seguro privado, sin embargo, alrededor de un 75% de la prima es subsidiada con fondos impositivos. Los usuarios pagan deducibles y coseguros, que en la Parte A aumentan a medida en que aumenta el gasto. La Parte B también incluye un deducible y copagos constantes que castigan a quienes deben enfrentar los mayores gastos. Esta falta de cobertura para los riesgos más severos ha creado un mercado para el seguro privado llamado “Medi-gap” destinado a cubrir el gasto que el programa gubernamental no reconoce. Medicaid es financiado por recursos fiscales de los Estados en combinación con subsidios federales. No tiene deducibles o coseguro proporcional, solo algunos copagos nominales. Hay protección de los mayores riesgos, pero no incentivos para control de costos (Jönsson, Bengt & Musgrove, 1997).

Medicare y Medicaid fueron aprobados bajo la hegemonía de los sistemas de seguro privado y adoptaron las modalidades de pago a los proveedores a partir de honorarios por servicio. Ambos programas proporcionaron financiamiento público para servicios de salud y fortalecieron el acceso para las personas ancianas y los pobres. Sin embargo, se estableció específicamente que estos programas no interferirían con la práctica privada de la medicina o vulnerarían la autonomía profesional. La introducción a la Ley de Medicare prohíbe expresamente cualquier “supervisión o control federal sobre la práctica de la medicina o la forma en que se proporcionan servicios médicos”. Sin esta provisión, la oposición por parte de la medicina organizada y la industria del seguro de salud privado probablemente habrían impedido la sanción de estas leyes.

Del mismo modo, en procura de obtener la cooperación de médicos y hospitales, para la Parte A de Medicare se permitió que grupos de hospitales, instalaciones de atención ambulatoria y agencias de atención domiciliaria optaran por nombrar “intermediarios fiscales”, en lugar de tratar directamente con la Administración de Seguridad Social. Estos intermediarios proporcionaban reembolsos, consultoría y auditaban servicios. El gobierno federal pagaba las facturas. La abrumadora mayoría eligió como intermediaria a Blue Cross. Para la Parte B se permitió elegir agentes de seguro privado para cumplir la misma función en un área geográfica determinada.

Como resultado, la administración de Medicare se ubicó en los sistemas de seguro privados, y el gobierno federal cedió el control directo del programa.

Las estrategias distributivas puestas en marcha por las administraciones liberales se orientaron también a la creación de una red de centros de salud vecinales, que no llegaron a generalizarse y tuvieron financiamiento insuficiente. Los resultados de estos esfuerzos por mejorar el acceso a la atención médica de la población de menores recursos fueron limitados: aún antes de los recortes que impuso la administración Reagan, Medicare cubría menos de la mitad de los gastos de los ancianos, Medicaid cubría solo un tercio de la atención de los pobres y los centros vecinales se hacían cargo solo de un 5% adicional (Davis *et al.*, 1981).

La afirmación del control profesional sobre servicios de atención médica caracterizados por la fragmentación y la heterogeneidad

La cuestión del financiamiento de una atención médica en constante crecimiento de eficacia, reconocimiento por parte de la población y los gobiernos, y costos, se solucionó en EEUU a través de diferentes modalidades de seguro privado. Las organizaciones resultantes ofrecieron cobertura de diferente alcance, y los resultados en eficacia y eficiencia fueron también dispares. Los profesionales encontraron diferentes nichos para desarrollar una práctica donde predominaban los principios alejados desde comienzos del siglo XX como garantía de la eficacia de su práctica: relación privada y personal médico-paciente, libertad de elección del médico por el paciente, libertad de elección del paciente por parte del médico, libertad de prescripción, pago a través de honorario por servicio, flexibilidad en el establecimiento del valor de su práctica para cada profesional.

Los límites de esa modalidad de organización son descriptos por Alain Enthoven en un documento crítico, que reconoce su carácter fragmentado:

El resultado fue que, aunque la atención médica es el producto conjunto de muchos componentes (médicos, hospitales, laboratorios, radiología, farmacia, etc.) teníamos un sistema de salud fragmentado. Los pacientes dependían de médicos y hospitales por atención que se hubiera podido producir en forma apropiada en instalaciones diferentes, los diferentes proveedores eran pagados por cuentas separadas, y no existía control de gestión o responsabilidad para ver que las piezas se colocaran juntas en forma efectiva o económica. Teníamos un sistema donde no existía la responsabilidad por rendir cuentas (Enthoven, 1997).

Como conclusión, es posible sostener que los últimos años de la década de 1960 encuentran a la profesión médica estadounidense en un nivel muy alto de posibilidad de control de la formación de sus futuros miembros, la inserción en el sistema

de servicios y la utilización de tecnología diagnóstica y terapéutica, gozando además del respeto y la confianza del público y los gobiernos.

También es posible elaborar una hipótesis que procure demostrar que en esa coyuntura esa profesión alcanzó el mayor nivel de autoridad y autonomía. La década de 1970 introducirá severos cuestionamientos a la forma de ejercicio de esa autoridad y autonomía, y atestiguará las primeras manifestaciones de la crisis que se haría evidente en los últimos años de la década siguiente.

Capítulo 5

El complejo derrotero de la Confederación Médica de la República Argentina

Introducción

En función de recuperar la situación de la profesión en Argentina a partir de la década de 1940, se hace necesario un señalamiento referido al estrechamiento de nuestras fuentes de información a partir de esa década. La construcción de un nuevo perfil para la práctica médica, unida a la confrontación de opiniones a que da lugar, nos llega mayoritariamente mediatizada por el gremio. Y aunque este sigue siendo un lugar de confluencia de diferentes orientaciones ideológicas, no puede considerarse representativo de la totalidad. Algunos documentos de origen académico sirven como referentes del pensamiento de otros sectores, pero el congelamiento del vigoroso debate desarrollado en los años treinta del siglo XX obliga a la cautela en cuanto a la posibilidad de recuperar la totalidad del espectro.

Un segundo límite refiere a los escasos testimonios producidos por los médicos afines al gobierno. El proyecto oficialista tiene un vocero altamente calificado en Ramón Carrillo, mientras algunos corifeos, en tono menor, defienden sus propuestas en los organismos legislativos. Sin embargo, las organizaciones gremiales que reivindican esa filiación política resultan prácticamente mudas ante nuestra indagación. Solo la Asociación de Médicos Municipales (AMM), a través de los números de su revista *Mundo Hospitalario*, nos permite conocer esa perspectiva. Sin embargo, su preocupación gira en gran medida en torno a la cuestión del hospital público mientras el interés de los gremialistas de COMRA se inclina, por un lado, a diagramar posibles sistemas de salud integrales bajo el control de los médicos, por el otro, a regular las condiciones de la atención privada, frente a algunas novedades que se observan con alarma: la expansión del subsistema público y el aumento de la membresía en mutualidades y obras sociales, en las que el trabajo profesional está sometido a muy diferentes regímenes.

En la primera parte de este capítulo procuraré describir las estrategias que utilizan los profesionales en las primeras décadas de la postguerra para obtener un

nuevo diseño del sistema de servicios de atención médica, en particular nuevas relaciones entre profesionales, usuarios y fuentes de financiamiento. Es posible identificar una diversidad de enfoques, y estos se presentan al menos en dos niveles: por un lado, el debate sobre un posible *sistema* futuro, entendiendo por sistema una organización uniforme, con posibilidades de alcance nacional y, por el otro, a través de múltiples avances, no necesariamente en contraposición con los proyectos más ambiciosos, un listado de iniciativas locales que procuran establecer reglas ordenadoras para facilitar el acceso a la atención de la población de medianos y escasos recursos, sin perjuicio de los intereses del profesional.

En el nivel macro, los alcances y modalidades del seguro están en permanente discusión, al igual que el posible rol del Estado, y los riesgos de politización, centralización, burocratización, limitación de las oportunidades de desarrollo profesional, se abordan como amenazas ciertas para el sector médico, a la vez que se presenta difícil la elaboración de una alternativa que los supere. En paralelo a ese debate, la *Revista* de COMRA se hace eco de diferentes experiencias localizadas, que procuran mejorar o al menos dotar de certidumbre la inserción del profesional en ámbitos recortados. Aunque se trata de estrategias claramente diferenciadas y su análisis puede realizarse por separado, no es posible dejar de considerar la posibilidad de que el éxito de algunas experiencias locales haya atenuado –en las representaciones de la profesión sobre lo bueno, lo deseable y lo posible– las muy significativas diferencias que se expresan en el debate sobre las futuras formas organizativas de la atención médica, y haya allanado el camino para el predominio de una orientación negociadora, que se afirma en la década de 1970.

Las dificultades que enfrenta el gremialismo médico para constituirse en un actor unificado

En la década de 1940, cuando comienzan a hacerse efectivos los cambios en la organización de los servicios de salud propuestos y debatidos en la década previa, los médicos argentinos carecían todavía de la fortaleza organizativa, el liderazgo, y el amplio consenso sobre un conjunto de estrategias relativamente flexibles, que fueron fundamento de la capacidad de sus colegas del norte para constituir nuevas instituciones/reglas de juego, con características que garantizaran la extensión del control profesional sobre el mercado de oferta y demanda de atención médica.

En Argentina la organización gremial médica con pretensiones de alcance nacional se consolidará, como se vio en la primera parte de este libro, en los primeros años de esa década, primero como Federación Nacional, luego como Confederación. Esa organización, y su continuidad a lo largo de los años del gobierno peronista, podrían justificar una hipótesis que homologara la situación de la profesión médica argentina en ese momento con la condición dominante que había alcanzado la AMA a partir de la década de 1930. Si embargo, existe información que

autoriza a considerar que la fortaleza de COMRA y su capacidad de control sobre la inserción de los médicos en el mercado de servicios era, en ese momento, apenas incipiente.

Las disensiones internas, que habían obstaculizado el consenso sobre una estrategia común, no habían impedido la formación de organizaciones gremiales duraderas en la Capital Federal y algunas provincias. Sin embargo, el conflictivo proceso de acercamiento de sus dirigentes a la Secretaría de Trabajo y Previsión fue sin duda traumático para la Confederación, en la medida en que un sector de su dirigencia solicitó la intervención del Ministerio de Justicia, que se mantuvo a lo largo de un año a partir de noviembre de 1945.

Por otra parte, la división entre el gremialismo que se autodenominaba “democrático” y aquel que seguía defendiendo la necesidad de un acercamiento al poder político no constituyó un simple episodio, por el contrario, dificultó la unidad gremial, al menos hasta la caída del gobierno peronista en 1955.

En la Capital Federal, la Asociación de Médicos Municipales (AMM), muy castigada por las cesantías que generó la actividad política opositora al peronismo en los hospitales públicos, se separa de la Federación de la Capital y sigue vinculada a COMRA como “asociación libre”. El gremialismo capitalino vuelve a unirse en diciembre de 1947, cuando se acuerda la reincorporación de la AMM a la Federación Médica de la Capital. Dos años más tarde, es esta Federación la que decide suspender sus relaciones con COMRA, por motivos que nuestras fuentes no explicitan. A su vez, la AMM vuelve a romper sus vínculos con la entidad federativa capitalina en mayo de 1953. La nueva ruptura se produce como consecuencia de un cambio en su dirigencia, que la ubica en forma abierta entre las agrupaciones de filiación peronista.

En paralelo, y en declarada oposición al gremialismo preexistente, en julio de 1945 se había organizado el Sindicato de Médicos y Afines de la República Argentina, que se diferenciaba de las organizaciones ya conformadas acusándolas de haber desvirtuado reiteradamente los móviles gremiales que fundaran su convocatoria. Sus directivos invitan a conformar una organización con bases diferentes, a partir de incorporar al conjunto de las profesiones de salud en un movimiento en defensa de un régimen organizativo mixto, con libre ejercicio profesional, bajo la tutela, regulación y protección del Estado. Este sindicato no parece reunir en su origen al gremialismo oficialista, ya que en su declaración de principios incluye la tradicional apelación a la prescindencia política. Solo algunos años más tarde, ya con clara identificación peronista, participará en los proyectos de conformación de una entidad médica orientada a nuclear el gremialismo de esa tendencia.

La voluntad de acercarse al gobierno no está totalmente ausente en las organizaciones del autodenominado *gremialismo independiente*, pero en general se afirma en posiciones minoritarias, como expectativa de mayor capacidad de presión sobre los procesos de toma de decisiones. La conflictiva relación con el poder se pone también de manifiesto en el espinoso terreno de la personería gremial. Las discusiones en torno al tema aparecen connotadas por el temor a una posible injerencia de Trabajo y Previsión en la actividad del gremio. La cuestión se había planteado por primera vez en 1944, en ocasión de discutirse las propuestas de agremiación

obligatoria incluidas en las leyes que se estaban elaborando en colaboración con esa Secretaría. La idea de obtener personería gremial se acepta con reservas, a la vez que se señala que no debe afectar la autonomía “política y administrativa” de la Confederación “y su independencia para la elección de autoridades”. En los últimos meses de 1946, cuando se levanta la intervención y se aprueban los nuevos estatutos, un editorial de la *Revista* celebra la obtención de la personería gremial, mientras estimula a los profesionales a participar en la elaboración y solución de los problemas atinentes a la prestación de servicios médicos.

A partir de ese momento las referencias a la efectiva adquisición de esa personería se tornan confusas. Una hipótesis posible es que se cortaron los vínculos con Trabajo y Previsión, y la mesa directiva de COMRA no insistió sobre el reconocimiento de su representatividad gremial. La cuestión se tornará problemática hacia 1953, cuando deba hacer frente a la pretensión de organizaciones alternativas de asumir la representación de los profesionales en la formulación de contratos para la provisión de atención médica.

Los médicos gremialistas reconocen en la década de 1940 su situación de relativa debilidad: proclaman la unidad de la profesión, a la vez que reconocen los límites de su concreción a través del gremio. Los obstáculos a enfrentar son de diferente naturaleza. Su *Revista*, publicada desde la creación de la Federación en 1941, que era considerada como la principal herramienta de promoción del proyecto médico gremial entre los médicos del interior del país, enfrenta serias dificultades financieras para seguir llegando a ellos en forma gratuita. En 1948 su publicación se suspende por siete años; cuando reaparece, en 1953, la situación no ha cambiado y en los años subsiguientes debe recurrir al pedido de colaboraciones voluntarias.

Los líderes gremiales identifican un adversario interno: “hasta ahora luchamos con la apatía de la mayoría de los colegas”, afirman². Consideran que son necesarias revistas que publiquen cuestiones gremiales; las existentes –salvo la importante excepción de la *Revista de la Asociación Médica Argentina*– abordan en forma exclusiva temas científicos. La unidad gremial no se consolida por causa de “los indiferentes, los insensibles, los individualistas”. El gremialismo bien entendido –libre, sano, progresista– constituiría, conforme esta perspectiva, una potencia moral de primera magnitud, “capaz no solo de vigilar y cuidar la ética galénica –removiendo sedimentos y vicios perniciosos– sino también de hacerse oír de los gobiernos en defensa de los intereses morales y materiales de la profesión”. Ese gremialismo existe, en los hechos, solo como intento de unos pocos, sin llegar a convertirse en “clara conciencia hecha carne en la totalidad del cuerpo médico”. El reconocimiento de los límites no constituye obstáculo para enfatizar los avances: se ha llegado a la “formación espontánea” de una docena de federaciones provinciales, con un total de 10.000 afiliados³.

¹ Confederación Médica de la República Argentina, *Actas de la Mesa Ejecutiva*, 10 de noviembre de 1944, T.I: 146-147.

² *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*, año VII, n°65, febrero de 1954.

³ *Ídem*, año VII, n°64, noviembre-diciembre de 1953.

Un nuevo elemento de heterogeneidad, con incidencia en la mayor o menor capacidad negociadora de los organismos gremiales a nivel provincial, se suma en las décadas de 1950 y 1960 a partir de la emergencia de las asociaciones representativas de clínicas y sanatorios. En las jurisdicciones donde estas asociaciones participan en la negociación de contratos con aquellas que representan a los profesionales, el resultado será un incremento de la capacidad negociadora; en las situaciones de rivalidad o competencia entre profesionales y sanatorios la construcción del oligopolio de mercado enfrentará algunos obstáculos.

A nivel nacional, COMRA acusa la intromisión de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Capital Federal en la negociación de contratos con compañías aseguradoras en los primeros años cincuenta del siglo XX. A partir de 1964, con la organización de la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFECCLISA), el conflicto entre ambas organizaciones será permanente y la dificultad para delimitar incumbencias en la contratación con entidades financiadoras se manifestará en forma reiterada. En los primeros años, la capacidad de CONFECCLISA para integrar bajo su jurisdicción la totalidad de las Federaciones provinciales existentes muestra diferencias significativas. Muy débil en la Capital Federal, fuerte en La Plata, débil en el interior de la Provincia de Buenos Aires, muy fuerte en Rosario, disímil en el resto del país, estas situaciones se articulan de manera también diferenciada con condiciones de unidad, separación, oposición o acuerdo entre la organización sanatorial y el gremio médico.

El conflicto por la representación de los profesionales

A partir del cuestionamiento a su dirigencia que se desarrolló entre 1945 y 1946, la Confederación Médica puso en marcha una consistente estrategia de autocensura, y consiguió mantenerse distante del conflicto político, y por consiguiente del poder. Ese distanciamiento le permitió subsistir, pero al mismo tiempo le restó eficacia como agente del interés gremial. Cuando se leen las actas de las reuniones de su Consejo Federal en los últimos años cuarenta y primeros cincuenta del siglo XX, se encuentra el tratamiento de problemas poco relevantes, como los vinculados al alquiler del local, a los sublocatarios, a dificultades con algún empleado administrativo o las posibilidades de financiar la *Revista*. Una de sus rivales, la Asociación de Médicos Municipales, le reprocha en 1953 sus escasos logros, haciendo un listado de lo no obtenido, algo exagerado tal vez en lo relativo a reivindicaciones profesionales:

¿Qué consiguieron [las instituciones médico gremiales con varios años de actuación] en el sentido de establecer aranceles, gestionar una remuneración digna de acuerdo a la jerarquía del trabajo en organizaciones estatales y privadas, lograr el aporte estatal con fines jubilatorios por los años trabajados ad-honorem, reconocimiento del automóvil como elemento de trabajo y

prioridad al médico para su adquisición, estatuto del médico según sus diversas actividades, sanatorios para médicos y sus familiares, colonias de vacaciones, Casa del Médico, cooperativas para artículos de primera necesidad y medicamentos, libros, seguros colectivos, etc., etc.⁴

En los hechos, la única auténtica reivindicación que COMRA controla en esos años es la negociación con las compañías aseguradoras de accidentes de trabajo, destinada a establecer y actualizar los honorarios aplicables a la atención prestada al personal cubierto por parte de profesionales, clínicas y sanatorios; único punto, significativamente, en el que tiene contacto con el aparato estatal. Es en ese espacio, conformado por la Superintendencia de Seguros, donde deberá enfrentar en 1953 a una de sus rivales, la Corporación de Médicos, respaldada en ese caso por la Secretaría de Trabajo y Previsión.

COMRA había logrado en los primeros años de la década de 1940 la formulación de un convenio de alcance nacional con las asociaciones de compañías aseguradoras, formalizado en Jurisdicción de la Superintendencia de Seguros. La negociación a lo largo de esa década se vio al parecer facilitada por la buena relación establecida entre la Confederación, la Cámara de Aseguradores y los funcionarios de la Superintendencia, sin embargo, la inflación llegó a constituir un importante factor de inestabilidad, que obligaba a complejas negociaciones en el momento de vencimiento de los convenios, pactados con periodicidad bianual. Cuando no se llegaba a un acuerdo, la estrategia de lucha consistía en negar la atención por cuenta de las aseguradoras y cobrar los honorarios en forma directa al empleador.

No era fácil disciplinar a los profesionales en el cumplimiento de esa consigna. Para el médico que trabajaba en su consultorio, con una clientela establecida, retacear la asistencia para un accidentado, o cobrar honorarios al empleador que podía también contarse entre su clientela, sería tal vez aceptable en condiciones excepcionales, pero no como práctica generalizada. Entre julio de 1951 y enero de 1953, un enfrentamiento de alcance nacional se prolonga sin encontrar solución viable y pone a prueba la capacidad de COMRA de mantener disciplinada a su membresía, resolver situaciones particulares en algunas provincias y controlar la presencia de cadenas de negociación alternativas (clínicas, sanatorios, y algunas filiales de la Confederación, que se consideran en mejores condiciones para resolver el conflicto).

En febrero de 1952, COMRA dirige a sus filiales una circular en la que reconoce haber sido sorprendida por la firma de un convenio para la atención de accidentes del trabajo entre la Corporación de Médicos de la República Argentina y la Cámara de Aseguradores. En el acuerdo así establecido se pactaba un aumento de aranceles del 50% sobre los vigentes desde 1948. El movimiento gremial conducido por la Confederación llevaba ya un año y medio de denuncia de convenios y seis meses de interrupción de la atención por cuenta de las compañías, en reclamo de un aumento del 150%.

⁴ “Nuestra actual situación médico gremial y la necesidad imperiosa de modificarla”, *Mundo Hospitalario*, 133, pp. 3-4, setiembre de 1953.

La intervención de la Corporación de Médicos se hace con el respaldo de la Secretaría de Trabajo y Previsión, que ante los reclamos interpuestos por COMRA se limita a informar que esa organización, con sede en la calle Bernardo de Irigoyen 118 de la ciudad de Buenos Aires “es la entidad gremial que goza de personería legalmente reconocida conforme a los términos que dispone la ley en la materia”⁵.

Si bien el conflicto desencadenado a lo largo de 1952 terminó con el reconocimiento por parte de las compañías de seguros de la mayor representatividad alcanzada por COMRA, y la firma de un nuevo convenio que entraría en vigor el 1º de enero de 1953, la situación del gremio se encontró considerablemente debilitada. El aumento finalmente obtenido no cubría las expectativas de los profesionales, y el acuerdo dejó pendiente mucha insatisfacción.

La Corporación de Médicos no estaba sola en su embestida contra la representatividad de COMRA. En mayo de 1953 la AMM se hizo eco de la iniciativa, e informó que participaban también del movimiento –cohesionado al conjuro de la “palabra rectora del general Perón”– la Agrupación de Médicos Peronistas y el Sindicato Argentino de Médicos. En forma prácticamente simultánea, los directivos de COMRA son invitados a una reunión en dependencias de la Cámara de Diputados, a la que concurren también los presidentes de los Círculos Médicos de la Capital Federal. El objetivo de la convocatoria radica en hacerles saber el interés del gobierno por constituir la Federación Argentina de Médicos (FADEM), que agruparía a todas las entidades médicas, tanto gremiales como científicas y sociales, y facilitaría igualmente las adhesiones individuales. Posteriormente, con la unión de las otras profesiones liberales se conformaría la Confederación General de Profesionales, “que marcharía paralela a la CGT”⁶.

En ese punto COMRA elude el debate, concurre a las primeras reuniones, deja sentada su convicción de ser la entidad mayoritaria y se vuelve a retirar, convencida de que sus oponentes –divididos, enfrentados por el usufructo del poder a partir de camarillas y clientelas– no constituyen un auténtico desafío. El diagnóstico de división y enfrentamiento se confirma cuando, poco más tarde, se hace pública la existencia de dos organizaciones de igual denominación: Confederación General de Profesionales. Ambas reivindican su condición de peronistas, una de ellas tiene su sede en Callao 1415, y la otra, ubicada en Santa Fe 1145, parece haber recibido finalmente la anuencia oficial⁷.

Los acontecimientos comienzan a preocupar a los dirigentes de COMRA un año más tarde, cuando se presenta en Senadores un proyecto sobre Régimen Legal de las Asociaciones Profesionales. Un Consejo Federal reunido en Córdoba en setiembre de 1954 analiza los aspectos de fondo del proyecto, que considera atentatorios contra la libertad de agremiación. El punto crítico puede ubicarse en la disposición que establecía que las asociaciones de primero y segundo grado debían gozar de

⁵ Confederación Médica de la República Argentina. *Actas de la Mesa Ejecutiva*. Sesión del 24-06-1952. T. II: 230-236.

⁶ “Proyecto de constitución de la Federación Argentina de Profesionales”. *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*, VII, 63: 30-31, setiembre de 1953.

⁷ Mayor información sobre estas cuestiones puede encontrarse en: Belmartino *et al.* (1991).

personalidad profesional para poder actuar y ejercer los derechos que la ley reconocía. Esa atribución sería otorgada por el Ministerio de Educación a la entidad que revisiera carácter más representativo. El riesgo radicaba en la posibilidad de no poder conservar el carácter mayoritario en la totalidad de las jurisdicciones cuando la representatividad se valorase a nivel local.

El proyecto orientado a regular las Asociaciones Profesionales será sancionado como Ley 14348, en 1955. En su ejemplar de agosto de ese año, la *Revista* de COMRA vuelve a cuestionar su articulado a la vez que informa que la nueva norma todavía no ha sido reglamentada por el Poder Ejecutivo. Es probable que el golpe militar de septiembre haya condenado al olvido esa ambiciosa legislación.

En ese momento, los dirigentes de COMRA habían obtenido nueva legitimidad a partir de su afiliación a la Confederación Médica Panamericana, que fuera oportunamente aceptada en noviembre de 1953. La entidad internacional no solo comunicó inmediatamente su decisión a las restantes organizaciones latinoamericanas, también felicitó al gobierno nacional por la incorporación. En octubre de 1954, se concretó la incorporación de la Confederación Médica a la Asociación Médica Mundial.

El debate en torno al seguro

El debate en torno a la organización de un seguro de salud o enfermedad, cuyos orígenes se analizaron en un capítulo previo, se restablece a partir de la segunda mitad de la década de 1950. La recepción por parte de la profesión de las propuestas de organización de diversas modalidades de seguro presenta algunas características que pueden resultar significativas para una mejor interpretación de sus términos.

En primer lugar, la mayoría de las iniciativas se generan desde el Estado, bajo muy diferentes gobiernos. La reacción de la profesión organizada ante cada una de tales convocatorias reproduce en parte la experiencia de las décadas previas, en la medida en que sigue estando atravesada por perspectivas antagónicas y desprovista de consensos. La impresión que generan los documentos que abordan la temática es de una cierta reticencia, una aceptación obligada de la cuestión, un hacerse cargo de cuestiones de difícil resolución. La discusión de alternativas queda limitada a un grupo de dirigentes, sin que sea posible verificar, salvo casos excepcionales, su repercusión sobre las bases.

La sucesión de proyectos no concretados

Un primer proyecto se hace público bajo la administración de la autodenominada Revolución Libertadora a través del Decreto 2245, de febrero de 1956. La iniciativa no prospera por razones que nuestras fuentes no aclaran y un año más tarde será recuperada por el gobierno de Arturo Frondizi. En diciembre de 1958 se conforma una Comisión Nacional para el estudio del Seguro de Salud, con representantes de las agencias gubernamentales vinculadas al tema, las confederaciones de profesionales de la salud, mutualidades, obras sociales y gobiernos provinciales, que no llegó a acuerdos sobre la cuestión.

En los primeros años de la década de 1960 la presentación de proyectos estará a cargo del Consejo Federal de Seguridad Social (COFESES), puesto en marcha en 1961. En 1963 el organismo publica su Tercer Informe Técnico, que contiene una propuesta de organización de un seguro de salud. También bajo el auspicio de COFESES, en 1965 y 1966 se reunirán el III y IV Congreso de Seguridad Social, encargados de discutir las bases para un futuro Código de Seguridad Social y la organización general del sistema. En las sesiones del IV Congreso el trabajo se divide en cinco comisiones, dedicadas al tratamiento de temas específicos. La responsable de elaborar el proyecto de “Prestaciones de salud y asistenciales” estaba coordinada por Sergio Provenzano, en ese momento presidente de COMRA.

El informe elaborado por COFESES se alejaba de los estereotipos comunes a la formalización que caracterizó en esos años la planificación de la Salud Pública, en tanto otorgaba carácter negociado a la formulación de las pautas organizativas y alertaba sobre el riesgo de pretender innovar las instituciones vigentes conforme a principios que se aceptarían como valoraciones doctrinarias, ajenas a la realidad en la que se pretendía aplicarlas. Otorgaba al Estado una responsabilidad subsidiaria y supletoria de la acción desarrollada por las organizaciones intermedias, conforme a la doctrina social de la Iglesia Católica, de significativa difusión en esos años entre los sanitaristas argentinos. En función de esos lineamientos podía esperarse que se generara una respuesta positiva tanto del sindicalismo como del gremialismo médico. Es muy probable que la negativa de la CGT a participar de la discusión del proyecto estuviera vinculada a su enfrentamiento con el gobierno del presidente Arturo Illia. Los dirigentes de COMRA, en cambio, acudieron a la convocatoria, que quedó desactivada por el golpe militar de agosto de 1966.

Producida la Revolución Argentina, la radicación de un proyecto de seguro cambia de escenario y se ubica en la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social creado por el presidente Onganía. También se modifica la estrategia: el secretario Ezequiel Holmberg se hace cargo de la regulación de los contratos establecidos entre el gremio médico y organizaciones mutuales y obras sociales, confiando llegar en un segundo momento a la implementación de un seguro de salud a nivel provincial.

Las posiciones del gremialismo médico

La participación de los intelectuales gremialistas en el intercambio de opiniones que se genera alrededor de cada proyecto permite un acercamiento a las representaciones dominantes entre los dirigentes médicos respecto a sus relaciones con el estado y su participación en una posible reformulación del sistema de servicios. Los dirigentes gremiales acuden a reuniones y participan de la discusión en comisiones, escuchan atenta y respetuosamente las propuestas, y plantean sus diferencias, ubicándose por lo general en posiciones que obturan el camino a toda negociación.

Es probable que las reticencias del gremialismo médico para sumarse a la discusión de los proyectos de seguro se vinculen con un complejo debate interno en torno a perspectivas antagónicas. Sus dirigentes se encuentran en la década de 1960 profundamente divididos en términos de propuestas de organización del sistema de servicios. En función de los objetivos de este libro me limitaré a esbozar una síntesis de las principales líneas de disenso, caracterizadas por una multiplicidad de referentes y la muy limitada posibilidad de reunir voluntades en torno a alguna de las alternativas.

Agruparé por consiguiente las propuestas formuladas en esos años en dos grandes conjuntos. En el primero, el énfasis se coloca 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. 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. Esta preferencia, sin embargo, no significa la aceptación de su componente empresarial. Tanto los partidarios de la integración de servicios como los defensores de una organización pluralista suelen desarrollar complejas argumentaciones para diferenciar una esfera de actividad, discernible en el interior de la práctica privada, que no se asociaría con el objetivo de lucro propio de la actividad empresarial, incompatible con la *vocación de servicio* que sigue adjudicándose a la medicina.

Las propuestas de integración

El concepto de integración tiene un origen técnico-administrativo, y un importante e influyente sector del sanitarismo lo defendió, en los años sesenta y setenta del siglo XX, como expresión de la forma organizativa con mayor capacidad de asegurar eficacia, eficiencia y accesibilidad universal en los servicios de atención médica. Un testimonio de esa perspectiva puede encontrarse en las conclusiones de las III Jornadas Argentinas de Salud Pública, reunidas en Mar del Plata en 1965. Entre sus recomendaciones se señala la conveniencia de integrar la atención de la salud en un sistema de seguridad social, orientado a la utilización de los recursos “con un sentido de solidaridad nacional y de justicia distributiva”. Tras ese objetivo, el sistema a crearse debía asegurar altos niveles de salud en las diferentes áreas del territorio, con independencia de las condiciones económicas de los beneficiarios. Los servicios de salud se organizarían a nivel nacional, provincial y municipal. “En los respectivos niveles se integrarán las acciones del sector estatal, organizaciones sociales (mutualidades,

obras sociales, entidades de bien público) y del sector privado, mediante la planificación coparticipada entre los mismos”⁸.

La propuesta de integración es asumida con mayor compromiso ideológico y político en las expresiones del grupo que fue su principal defensor en el interior del gremialismo, al mismo tiempo que el encargado de dotar a la propuesta de “servicio integrado” de un nivel significativo de elaboración doctrinaria y organizativa. Me refiero al Colegio Médico de Punilla, liderado en la década de 1960 por José Herrou Baigorri, que tiene también presencia hegemónica en esos años en la Federación Médica de la Provincia de Córdoba.

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

La propuesta estaba explícitamente dirigida a sectores de la profesión claramente delimitados. En primer lugar, a los profesionales insertos en el subsistema público; en segundo término, a aquellos que se desempeñaban en forma exclusiva bajo relación de dependencia; por último, a quienes se identifica como insertos en modalidades de práctica que constituirían las “formas tradicionales de la medicina liberal”: “tanto el consultorio particular como el médico de cabecera”, se afirma, “están efectivamente amenazados por una tecnificación burocratizada y por los avances de una medicina monopolista”, que tendría en sus manos el control de las fuentes de trabajo y, como consecuencia, el destino no solo del consultorio privado sino también de los pequeños y medianos núcleos sanatoriales⁹.

Una buena síntesis de la perspectiva integradora puede encontrarse en el relato oficial, a cargo del Colegio Médico de San Juan, que se debate en el VIII Congreso de Medicina Social, reunido en Carlos Paz en 1967¹⁰. Conforme sus enunciados, “el ideal a alcanzar” es un seguro social de amplio alcance. A partir de la convicción de que ese ideal es inalcanzable en forma inmediata, se propone una primera etapa que otorgue prioridad a la cobertura de salud. La propuesta, por consiguiente, se orienta a la creación de un servicio de salud organizado como ente de derecho público, autárquico y autónomo, con dirección y normatización centralizadas, ejecución

⁸ III Jornadas Argentinas de Salud Pública, Mar del Plata, 1965, “Actas”, *Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública*. Buenos Aires, 1965, p. 57.

⁹ Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba, *Política médico gremial frente a la Salud*, Córdoba, 1966, p. 32.

¹⁰ En ese Congreso, donde se ponen de manifiesto los severos enfrentamientos que dividen a la dirigencia de COMRA, los delegados de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) se retiran de las deliberaciones por estar en desacuerdo con el mecanismo decidido para las votaciones.

descentralizada, planificación ascendente desde el nivel local y evaluación periódica a todo nivel.

Entre los principios de “orden técnico” que deberán contemplarse se menciona: “toda acción en el campo de las atenciones médicas debe ser considerada en función de programas de salud pública integrada [...] toda atención médica debe ser completa, eficiente y oportuna”. También se enuncian principios de “orden social” que es necesario tener en cuenta. El primero, considerar la salud como un derecho fundamental del individuo. Más significativo aún de las diferencias en el interior del gremialismo, es el reconocimiento del derecho a la accesibilidad igualitaria: “Solo puede haber una medicina, la mejor que pueda brindarse en todo momento en relación con los niveles científicos y técnicos”. Por último, los principios de “orden profesional” garantizarán: fuentes seguras de trabajo, régimen justo y remuneraciones adecuadas, auténtica libertad, independencia y seguridad profesional, y respeto por las formas tradicionales del ejercicio profesional, “adecuándolas a las exigencias de una medicina organizada y eficiente y con trascendencia social”¹¹.

La propuesta de organización de un sistema integrado logra superar –o tal vez, ignorar– la coyuntura crítica representada por la sanción de la Ley 18610 y sus conexas, que al generalizar el mecanismo de cobertura representado por las obras sociales parecen sancionar todos los vicios atribuidos al sistema. En esos años, Herrou Baigorri toma en sus manos la defensa del sistema integrado. Propone como meta para la organización de los servicios la conformación de un “sistema efector único” que disponga del control efectivo de todos los recursos y con capacidad para adecuar su utilización con las “necesidades” de la población y no con su “demanda”. Los componentes políticos de su propuesta se dirigen, en primer lugar, a concitar el apoyo de los trabajadores de salud –“ideológica y políticamente consubstanciados con su función, numéricamente suficientes y técnicamente eficientes, satisfechos en sus expectativas de realización, de vida y de seguridad”–; a ese objetivo se suma la implementación de una efectiva participación popular en todos los niveles del sistema; por último, a integrar la política sanitaria dentro de una política nacional de desarrollo “progresista e independiente”, donde los recursos del país se encuentren “bajo control y al servicio de las más amplias mayorías populares” (Herrou Baigorri, 1971, p. 3).

Los servicios integrados conforman lo que Herrou Baigorri define como “área social” de la salud. En su interior no se acepta la existencia de aquello que el sanitarista califica como “lucro económico”. Cualquiera sea la forma de remuneración del trabajo médico, debe tener el carácter de “remuneración por servicio”. Junto a esta área social se reconoce la supervivencia de un “área privada”, que se mantendrá “dentro de las reglas de juego de la oferta y la demanda, con el régimen de retribución por cuenta del propio usuario”. Aunque esta área privada esté marginada de la integración, se encontrará sometida a las leyes y reglamentos que normaticen su funcionamiento, a las previsiones de la ley fundamental de la salud y el código sanitario.

¹¹ Colegio Médico de San Juan. “Los Servicios de Salud y su relación con la organización de la Seguridad Social”. Relato Oficial en el *VIII Congreso Argentino de Medicina Social*, Carlos Paz, julio de 1967, p. 12.

La propuesta pluralista de afirmación de la medicina privada

Los defensores de las propuestas, que en algún momento se ordenarían en lo que se identificó como una perspectiva *pluralista*, se caracterizan por su cuestionamiento a la intervención del Estado en la organización de la atención médica. Entre los exponentes más *duros* de esa perspectiva, Bernardo Kandel, dirigente de la Federación Médica de la Capital, despliega una visión que considera al Estado como una maquinaria orientada a oprimir al médico a través de la burocracia o el autoritarismo (Kandel, 1960).

La Confederación Médica, más o menos contemporáneamente, expresa el mismo rechazo:

Diversos anteproyectos han circulado en los últimos años, todos los cuales son inaceptables, unos porque llevarían a la estatización de la medicina, transformando a los médicos en agentes del Estado, otros porque instituyen condiciones de trabajo y de remuneración que conducirían a los profesionales a una paulatina pauperización, y todos ellos porque han sido elaborados sin la debida consulta a las organizaciones médico gremiales representativas¹².

Lo que se demanda al Estado es la organización, a través de la ley, de un sistema de cajas encargadas de financiar la atención médica de núcleos de población seleccionados de acuerdo con un criterio regional. En la formulación de los programas y en el estudio de los anteproyectos de ley, deberá contar con la colaboración de las entidades representativas de los beneficiarios, de aquellas que han de participar en la financiación, y de quienes efectuarán las prestaciones. El seguro, que en esos años se presenta como el único recurso que puede proporcionar la necesaria solvencia a la demanda de atención médica de la población trabajadora, se estructurará con criterio regional y brindará cobertura a la población de capacidad económica limitada y a los menesterosos, “excluyendo a quienes cuentan con recursos suficientes para solventar la asistencia médica privada” (Lebrón *et al.*, 1964, p. 5).

Se pide por consiguiente al Estado que organice el sistema y se le encargan funciones claramente delimitadas en su operatoria: el dictado de normas que aseguren la eficiencia de las prestaciones; la recopilación de información destinada a evaluar los resultados de los programas y a elaborar estadísticas que sirvan para la planificación ulterior; el adiestramiento del personal especializado; la centralización de la investigación y la producción de determinados productos, como sueros y vacunas; el equipamiento y modernización de sus establecimientos para enfermos crónicos, mentales, lisiados, etc.; y la puesta en marcha de planes de saneamiento ambiental, construcción de viviendas, acequias, obras sanitarias y caminos, integrándolos en los programas de desarrollo sanitario nacional.

¹² Confederación Médica de la República Argentina. “Memoria del ejercicio 1961-1962”, *Confederación Médica*, XVII, 94: 8-11, sep. 1962-jul. 1963, p. 8.

Las orientaciones básicas de esta propuesta organizativa se repiten con matices en múltiples documentos. El sistema debe conformarse como un ente financiero y regulador, no prestador directo de los servicios. Los beneficios del seguro deben cubrir exclusivamente a los sectores económicamente débiles de la población. La vinculación del cuerpo médico con los organismos del seguro debe hacerse por intermedio de las organizaciones médico-gremiales. Debe evitarse la participación de cualquier organización médica o extramédica que persiga fines de lucro o se base en la explotación del médico por el Estado, empresas o entes particulares¹³.

En cuanto a la modalidad de trabajo, la propuesta supone: libre elección del médico o instalaciones de internación, convenios colectivos de trabajo entre la administración del seguro y entidades médicas reconocidas por la Confederación, adopción de un sistema de remuneración basado en el pago por servicio conforme a aranceles establecidos por las entidades médicas, control ejercido por médicos, preservación del secreto profesional, la libertad de prescripción y el libre ejercicio de la profesión (Lerner, 1961).

Hay un doble referente justificatorio en la pretensión de autonomía para la profesión médica: 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” (Lerner, 1961, p. 31).

El argumento no se detiene allí. El mismo vínculo de confianza coloca al profesional en las mejores condiciones para orientar a sus pacientes afiliados al seguro de modo que puedan aprovechar los beneficios a los 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, 1960, p. 48). Esa capacidad orientadora no se agota en la relación individual con el paciente. También debe aplicarse a las tareas de planificación. Son los médicos, quienes, en virtud de su diario contacto con la “realidad sanitaria y nosológica del lugar, están especialmente habilitados para expresar sus necesidades” (Provenzano, 1960, p. 58).

Otro punto conflictivo se vincula a la relación entre recursos y gastos, que preocupa seriamente a los médicos y sanitaristas argentinos, hasta el punto de multiplicar estudios de costos para diferentes sistemas de cobertura. Se enfatiza la existencia de una obligación moral de “limitar las ambiciones, no magnificar las promesas y colocarse en un terreno realista”, comprendiendo que el sistema de seguro solo podrá ayudar a resolver el costo de la asistencia médica, y no puede pedírsele que se convierta en “único benefactor” (Kandel, 1960, p. 45)

La alternativa *pluralista* terminará imponiéndose en el mediano plazo, tras algunas concesiones obligadas por los cambios en la distribución de poder en el

¹³ “Jornadas sobre seguro de salud y colegiación médica organizadas por la Federación Médica de Entre Ríos. Conclusiones”. *Confederación Médica*, XIII, 90: 14-42, ene./jun. 1960.

sector, en particular la decisión tomada por la CGT, a partir de los primeros años de la década de 1960, de erigirse como representante de las obras sociales ante el poder político. Los factores que obraron a favor de la afirmación de esta modalidad organizativa fueron de diferente índole: en primer lugar, la fragmentación generalizada del sistema de servicios y las lógicas particularistas dominantes en las decisiones de gestión de cada uno de esos fragmentos, que favorecieron soluciones parciales y localizadas en la redefinición del mercado de oferta y demanda de atención médica; en segundo término, el crecimiento en el interior de COMRA de una orientación hacia la negociación y el pragmatismo que se impuso luego de las turbulencias generadas por las estrategias ensayadas por Holmberg, su negación tácita a través de la sanción de la Ley 18610, y los posteriores intentos del ministro de Bienestar Social Francisco Manrique de fortalecer el poder de control de los sindicatos en oposición a los intereses de las corporaciones médica y sanatorial. Por último, pero también muy importante como efecto de demostración, el éxito de algunas experiencias locales de negociación con obras sindicales y mutualidades demostró la viabilidad de estas nuevas formas de financiación de la atención médica.

Expectativas generadas por algunas experiencias exitosas

Como ya adelanté, en lo que he caracterizado como *un complejo derrotero de COMRA*, no todo se agota en el debate de propuestas organizativas de nivel macro o elaboración de documentos principistas. La profesión avanza también en estrategias acotadas, generalmente de nivel local, que abren nuevas alternativas de conformación del mercado de servicios de atención médica. En la década de 1950 algunas experiencias exitosas proporcionan un nuevo estímulo para la movilización gremial. De hecho, la experiencia argentina en cierta medida puede compararse con la estadounidense: las estrategias locales de introducción de nuevas formas organizativas son las que terminarán por afianzarse y generalizarse, si bien para ello se requiere la construcción de condiciones políticas en el nivel macro, ya sea nacional o regional. Dos temas en particular resultarán significativos en la reformulación de las relaciones entre entidades financiadoras y profesionales prestadores de atención: la cuestión de las mutualidades y la organización de bolsas de trabajo.

La relación con mutualidades y obras sociales

A fines de la década de 1940 y comienzos de la siguiente, la relación entre médicos y mutualidades tenía ya una larga historia de acuerdos y conflictos. La profesión se

encontraba dividida en su valoración del problema: había todavía quienes defendían la organización mutual sin reservas, reconociendo incluso su derecho a la autonomía para decidir su política de aportes y beneficios; enfrentados con esta posición, los detractores del sistema, movilizados en su crítica a las condiciones de trabajo ofrecidas por estas organizaciones, no llegaban a acuerdos respecto a una estrategia viable de transformación de esas relaciones. Buena parte de las propuestas se agotaban, sin duda, en la mera expresión de deseos, pero esporádicamente se registraban algunos éxitos que fortalecían las expectativas de cambio.

El problema recibe creciente consideración en los congresos médico-gremiales. Ya el III Congreso, reunido en Córdoba en 1950, le había dedicado un espacio significativo; el V Congreso, que sesionó en Mar del Plata, aprobó una *Declaración sobre Mutualidades* que establecía bases para la relación médico-mutual. Obedeciendo a un reclamo de diferentes federaciones provinciales, el VI Congreso, convocado en San Luis en 1957, estuvo dedicado específicamente al tratamiento de esa cuestión (Belmartino *et al.*, 1991).

Una preocupación adicional se vincula con la expansión de las obras sociales, que reproducen, conforme la mirada de los gremialistas, la relación con los profesionales cuestionada en las mutualidades. Una de las ponencias presentadas en San Luis enfatiza las diferencias entre ambas modalidades de organización, con la intención de alertar sobre la mayor amenaza que representaba la multiplicación de las obras sociales y el aumento de su membresía: conforme ese diagnóstico, se trata de organizaciones oficiales cuyas autoridades no son elegidas por sus afiliados sino nombradas discrecionalmente por el Estado; cuentan con la contribución obligatoria del afiliado y su importe se descuenta automáticamente en la liquidación del salario, no existiendo, por consiguiente, ni deudores ni morosos; dedican sumas importantes a actividades ajenas a la atención médica; emplean una frondosa burocracia; la dirección técnica suele estar en manos de legos y, cuando recae en médicos, se funda en factores ajenos a sus merecimientos y antecedentes en la práctica.

En ese mismo Congreso, el Colegio Médico de San Juan hace un pormenorizado relato de su experiencia reciente de contratación con obras sociales y mutualidades. El gremialismo sanjuanino, según ese relato, habría resultado fortalecido por la convergencia entre los profesionales peronistas y el sector autodenominado “democrático”, que se había consolidado a partir de setiembre de 1955. Ese movimiento gremial unificado logra conformar una alianza con la totalidad de los sanatorios de la provincia. Estos no solo renuncian a sus contratos con mutualidades y obras sociales, sino que se comprometen a poner sus instalaciones y equipos a disposición de los profesionales agremiados, para la atención de los beneficiarios de esas organizaciones.

La reacción de las administraciones de mutualidades y obras sociales se concretó en diferentes estrategias: se intentaron acciones judiciales, fundadas en el ejercicio de prácticas monopólicas por parte del Colegio, se ofrecieron contratos ventajosos a algunos sanatorios, se amenazó con la construcción de policlínicos atendidos por médicos traídos de fuera de la provincia. Como respuesta, los profesionales

declararon su intención de cesar toda atención por cuenta de las organizaciones en conflicto y aplicar a sus beneficiarios los aranceles de la práctica privada¹⁴.

El conflicto tuvo principio de resolución en octubre de 1957. Una circular del Colegio Médico da cuenta de las modalidades de atención acordadas con un grupo de obras sociales y mutualidades, acompañada de un listado de aquellas organizaciones que no habían aceptado el nuevo convenio, cuyos beneficiarios deberían solventar los honorarios aplicados a la clientela particular¹⁵.

Un movimiento similar se registra en Salta: 120 profesionales, nucleados en el Círculo Médico, acuerdan un listado de honorarios que se comprometen a defender en la atención a mutualidades. El compromiso incluye la delimitación de las asociaciones que se consideran legítimamente comprendidas bajo esa condición, y la exigencia de que las cotizaciones se adecuen al costo previsto para la atención médica de los beneficiarios. A falta de acción estatal reguladora, es el acuerdo corporativo el que establece las condiciones para que esas organizaciones se conviertan en beneficiarias del “impulso solidario” de los profesionales.

Al igual que en San Juan, los miembros de Círculo Médico de Salta habían acordado una acción común con los sanatorios de la capital provincial. Este “convenio de honor” es conocido como Pacto Intermédico y logra imponer sus condiciones a gran parte del mutualismo. Poco tiempo después, demuestra su fuerza obstaculizando la instalación de un sanatorio de la Confederación de Empleados de Comercio, a partir de la negativa de los profesionales a trabajar a sueldo y la sanción aplicada a aquéllos que no acataron la disciplina gremial¹⁶.

Otras experiencias exitosas se registran, en diferentes lugares, en la misma época. En la provincia de Santa Fe, se genera movilización gremial médica en Rosario, Santa Fe, Carmen, Rafaela, San Genaro, Carlos Pellegrini, localidades que son descriptas como “bastiones donde se concentra el esfuerzo de los colegas más decididos y entregados en las luchas gremiales”¹⁷. Médicos agremiados en Mendoza y Córdoba han pactado aranceles con empleados de correos y telecomunicaciones, bancarios, magisterio y otros grupos mutualizados. También se presentan reclamos en Mar del Plata y localidades de la provincia de Entre Ríos¹⁸.

Gestión de contratos, organización de bolsas de trabajo, aranceles

¹⁴ “El Colegio Médico de San Juan frente a las Mutualidades”, *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*, X, 84: 8-10, julio de 1957-marzo de 1958.

¹⁵ Colegio Médico de San Juan. “Circular n°11, octubre de 1957”, *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*, X, 84: 19-20, julio de 1957-marzo de 1958.

¹⁶ “Médicos sancionados en Salta”, *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*, XIV, 91: 9-10, julio 1960-julio 1961.

¹⁷ “Honorarios médicos de los servicios sociales de las mutualidades oficiales”. *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*, VIII, 65: 26-35, ene/feb. 1954, p. 26.

¹⁸ Confederación Médica de la República Argentina. *Actas del Consejo Federal*, T.IV, 16 de marzo de 1960, pp. 55-82.

En paralelo a la presión concretada sobre entidades de cobertura y colegas díscolos, se generan nuevas modalidades de gestión de contratos. Un primer instrumento de gestión fueron las bolsas de trabajo.

Esa expresión se utilizó con sentidos diferentes en las décadas de 1940 y 1950. En la primera de estas décadas expresaba la actividad gremial orientada a informar a profesionales la existencia de cargos vacantes en relación de dependencia en el sector público, o en instituciones paraestatales o privadas. Con similar intención las revistas gremiales publican información referida a la distribución de médicos en el interior del país.

A mediados de la década de 1950, la expresión adquiere otra significación, relacionada con la nueva función incorporada por el gremialismo. La organización de sistemas de libre elección basados en contratos colectivos –con mutualidades, obras sociales, compañías de seguros o sindicatos– obliga a regularizar de algún modo la oferta de servicios. En un primer momento, los beneficiarios de las contrataciones gestadas por las entidades gremiales son la totalidad de los médicos afiliados a las mismas. Más tarde, la relación comienza a formalizarse: los profesionales –socios o no de la entidad gremial– explicitan su voluntad de participar en el sistema inscribiéndose en un listado especial. Esa inscripción supone la aceptación de las condiciones que regularán su trabajo y el reconocimiento de la legitimidad de la negociación llevada adelante por el gremio. En un tercer momento, se organizarán sistemas de cobro de honorarios a través de las asociaciones o círculos locales, que podrán expandir su capacidad de gestión a partir de la percepción de un porcentaje sobre el total facturado.

A través de la gestión de los nuevos contratos, el gremio se convierte en dador de trabajo. Ya no se atribuyen ese rol las organizaciones administradas por legos, en cuyas manos quedan solo los aspectos financieros de la función intermediadora. Los aspectos técnicos y el control pasan progresivamente a formar parte de una esfera de decisiones dotada de autonomía, donde imperan criterios reguladores de la práctica establecidos por los mismos médicos. Bajo el amparo de las organizaciones profesionales, los médicos toman la iniciativa en su vinculación con el mercado. A cambio de una accesibilidad igualitaria a las fuentes de trabajo, otorgan reconocimiento a la función de representación ejercida por los organismos gremiales y se someten voluntariamente a su control.

Son las asociaciones de base local las encargadas de administrar los contratos con obras sociales y mutualidades. Las respectivas facturaciones son elevadas a las organizaciones financiadoras. La liquidación de honorarios se realiza con periodicidad mensual, reteniendo la entidad gremial intermediaria un porcentaje de lo facturado, destinado a cubrir los gastos de la tramitación e incorporar nuevos beneficios a su membresía. Como ya señalé, entre los últimos años de la década de 1950 y los primeros de la siguiente, se generaliza la organización de asociaciones de clínicas y sanatorios, que en algunas provincias participan de los contratos firmados por las organizaciones de profesionales, mientras que en otras negocian y administran sus propios acuerdos.

Un aspecto importante en el desarrollo de capacidades de gestión de contratos por parte de las organizaciones profesionales se vinculó con las experiencias previas de elaboración de aranceles. Se trata de listados de procedimientos médicos y sus respectivos valores, que el gremialismo desarrolló a lo largo de los años cincuenta y sesenta del siglo XX sobre la base de contratos puntuales con diferentes organizaciones financiadoras, y la *Revista de COMRA* se ocupó sistemáticamente de publicitar. Hacia los últimos años de la década de 1960, FEMEBA disponía de un listado único, identificado como el *Libro Verde*, mientras la Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires operaba con un equivalente *Libro Rosa*. Ambos listados serán adoptados para la regulación de contratos entre obras sociales y proveedores cuando se generalice la cobertura de obras sociales para toda la población en relación de dependencia, a partir de la sanción de la Ley 18610/1970, pasando a constituir el Nomenclador de Prestaciones de aplicación obligatoria (Belmartino *et al.*, 1991)

Un nuevo desafío a la unidad gremial: el conflicto entablado bajo el gobierno militar de 1966-1973

La posición principista

En los últimos años de la década de 1960, durante el conflicto que se genera a partir de la intención del secretario de Salud Pública, Ezequiel Holmberg, de regular la relación entre obras sociales y proveedores de atención médica, COMRA se constituirá como antagonista de ese proyecto, considerándolo una intromisión indebida del poder político en una órbita de relaciones que se supone propia de la actividad privada, y protegida por el respaldo constitucional a la libertad de contratación. El Consejo Federal de la entidad gremial, reunido en la ciudad de Catamarca, comienza a discutir el problema en abril de 1968. Las declaraciones emanadas de esa reunión muestran a los dirigentes gremiales abroquelados en la defensa de los tradicionales principios asociados a las libertades médicas. A lo largo de todo el conflicto, los enunciados de Catamarca se reiteran para denunciar supuestas traiciones o concesiones en desmedro de un conjunto de principios que estarían más allá de cualquier compromiso o negociación: la *Doctrina de Catamarca*, así llamada en función de la ciudad donde se realizó la reunión, se convierte en referente identificatorio, incluso podría decirse en arma ideológica, que se considera 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 diag-

- nósticos 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 través de las entidades médico-gremiales representativas o de los Colegios o Consejos Profesionales, y estima improcedente cualquier intromisión, que interfiriendo las relaciones entre las partes contratantes dificulte el diálogo armónico entre las mismas¹⁹.

La firmeza de las convicciones, 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 enfrentaba el financiamiento de la atención médica. En segundo término, por la heterogeneidad regional que presentaba 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 solo tenían que defender su autonomía frente los avances reguladores del Estado. Debían además convencer a sus colegas de 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 las relaciones entre oferta y demanda de atención médica, 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 exigencias de la Secretaría de Salud Pública: contrato tipo, nomenclador, aranceles.

Dificultades para consolidar el frente interno

¹⁹ “Consejo Federal de Catamarca”, *Confederación Médica*, XX, 100: 2-3, junio de 1968, p. 3.

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, 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.

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. Ese vacío será, con el correr del tiempo, llenado por los dirigentes de FEMEBBA 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. Si bien las prácticas corporativas pueden incidir en la conformación de un oligopolio de oferta, la capacidad de pago de los sectores que componen la demanda tiene importancia en la ecuación final. La unidad corporativa no puede construirse por fuera de las condiciones de mercado. Siendo los mercados de atención médica fundamentalmente locales, la unidad corporativa se definirá 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 solo en aquellas que pueden contabilizar réditos futuros a partir de un enfrentamiento con las obras sociales. Las demás prefieren eludir la confrontación, sus delegados no garantizan el acatamiento del cuerpo profesional a las medidas de lucha. La expansión del trabajo con obras sociales, que sirvió originalmente para unificar a los profesionales 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.

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 a la legitimidad de la medida fundado en consideraciones éticas.

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 de los contratos dejan de ser operativas.

La nueva amenaza conformada por las empresas de medicina prepaga

En paralelo al conflicto trabado en torno a la regulación de la atención a beneficiarios de las obras sociales, se fortalece una nueva modalidad de cobertura que es recibida como amenaza por parte del gremio médico. Las empresas de medicina prepaga han comenzado a operar como financiadoras de la atención médica, intentando captar como beneficiaria a la población de recursos medios y altos. A través de la organización que los nuclea, se han acercado a la Secretaría de Salud Pública en procura de ser reconocidos como prestadores en el futuro régimen de Seguro²⁰. La

²⁰ En mayo de 1970 la Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga, CIMAP, organiza la primera Reunión Nacional de Entidades Privadas de Medicina por Abono, con la participación de organizaciones de la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Mendoza y San Juan. En ese momento la Cámara estima que las entidades que la conforman proporcionan cobertura de atención médica a una población de dos millones de personas, a través de la actividad de cinco mil profesionales. Especialmente invitado a participar en el evento, el secretario de Salud Pública, Dr. Ezequiel Holmberg, pronuncia el discurso de apertura.

amenaza percibida a raíz de la emergencia de este nuevo empresariado puede ser objeto de dos lecturas. En algunos casos, el bien a preservar sería la supervivencia de las formas más tradicionales de ejercicio profesional: el médico en su consultorio, tejiendo vinculaciones personales con su clientela, libre de trabas o interferencias burocráticas, no sometido a regulaciones, carente también del respaldo que puede proporcionar una organización. En otros, lo que aparece sometido a riesgo es el oligopolio de la oferta de servicios que, como se verá en el siguiente párrafo, el gremio ha ido construyendo con considerable esfuerzo a lo largo de una década.

La reacción frente a esa amenaza se funda en parte en el tradicional cuestionamiento a la figura de un intermediario, que procura obtener un beneficio del trabajo profesional con perjuicio de la adecuada conformación de la relación médico-paciente. Algunas de las estrategias defensivas serán la denuncia, la demanda de control, de reglamentación, la condena ética, la apelación a identificarse con los intereses amenazados. También se acudirá a una segunda línea de defensa, construida en torno a la puesta en marcha de organizaciones alternativas: el prepago gremial se incorporará en estos años al ya complejo listado de organizaciones que pretenden dar respuesta a las necesidades de atención médica de los sectores de medianos recursos.

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 pragmática²¹.

La creación de colegios o consejos médicos

En las décadas que siguen a la caída del peronismo, el reconocimiento de la autonomía de la profesión, y por consiguiente su derecho a establecer las condiciones de formación y ejercicio de sus miembros, será formalmente sancionado en varias provincias a través de la creación de organismos paraestatales encargados de la validación de los títulos habilitantes, el otorgamiento de la respectiva matrícula, y el dictado y aplicación de las normas destinadas a regular la práctica profesional.

Pioneros entre estas instituciones, los consejos médicos de la provincia de Santa Fe, creados por ley en 1932 con carácter electivo, tomarán en 1939 el nombre de consejos deontológicos y, a partir de 1950, colegios de profesionales del arte de curar. En la provincia de Buenos Aires, la Ley 4549 de julio de 1936 autorizará la instalación de

²¹ Para un enfoque institucional de este conflicto ver: Belmartino (2009).

consejos de higiene en varias ciudades, bajo la supervisión de la Dirección General de Higiene. A diferencia de las organizaciones santafesinas, estos consejos no son autónomos, tienen jurisdicción sobre problemas de sanidad general, además del control del ejercicio profesional y, aunque están compuestos por profesionales, no son electivos. Serán reformulados como colegios de médicos distritales por el Decreto Ley 5143, de abril de 1958. Instituciones similares se crearán en las provincias de Misiones (1957), Córdoba (1961), Entre Ríos (1962) y Salta (1963) para, más tarde, generalizarse a todo el país.

La diferenciación entre organismos encargados de regular la matrícula y entidades gremiales suponía en principio atribuir de manera exclusiva a los primeros el control del ejercicio profesional en sus aspectos técnicos y deontológicos, reservando a las segundas la defensa de las condiciones de trabajo y, en general, las reivindicaciones laborales propias del ejercicio profesional. Los primeros consejos santafesinos solo tenían a su cargo la justipreciación de honorarios a pedido de partes interesadas. Paulatinamente, sin embargo, por la vía de inscribir como principio ético del ejercicio profesional el cobro de un honorario mínimo, los colegios o consejos comienzan a hacerse cargo de la tarea de establecer los valores mínimos que se aplicarían a las contrataciones con obras sociales y mutuales.

La regulación del honorario mínimo no solo se concibe como fórmula deontológica en función de eliminar la competencia desdorosa entre profesionales. También se la asocia a la defensa del paciente, incapacitado para reconocer la calidad o integralidad de la prestación recibida. Por esa vía, la particular dialéctica profesional logra transformar la reivindicación corporativa en postulado ético que se proyecta en beneficio del paciente. Todavía se piensa, al menos entre algunos profesionales, que cada acto médico es único, exponente particular de la aplicación a un caso concreto de un saber científico que en su utilización específica adquiere características de arte, no pudiendo por lo tanto ser normatizado.

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

Son facultades de los Colegios o Consejos Médicos, la matriculación y su gobierno, la vigilancia del cumplimiento por los colegiados de las normas deontológicas ajustadas al Código de Ética pertinente; dictar el arancel mínimo y ético; intervenir como órgano de iniciativa y de consulta ante los poderes públicos en la elaboración de leyes y en los problemas que atañen al ejercicio profesional y de la salud²².

²² Primera Conferencia Nacional de Actividades Médicas. *Conclusiones y recomendaciones*, Buenos Aires: Mimeo, 1969.

En términos similares se expresará el Primer Congreso Nacional sobre Colegiación, que se reúne en Córdoba en diciembre de 1974, agregando una serie de pautas referidas a la potestad de los Consejos y Colegios para reconocer la calidad de especialista de los poseedores de certificados emitidos por organismos o instituciones docentes y expedir el respectivo Certificado.

La potestad reguladora de los Colegios no gozó de acatamiento universal. Con relativa frecuencia su accionar se vio trabado por recursos que alegaban la inconstitucionalidad de la delegación por parte de los gobiernos provinciales del poder de policía sobre las profesiones, delegación en la que se asentaba precisamente dicha potestad reguladora. Un fallo de la Corte Suprema de la provincia de Santa Fe, emitido en 1957, reconoce explícitamente el carácter constitucional de la legislación vigente en la provincia, cuando señala que la función de gobierno atribuida por las constituciones a los diferentes poderes del Estado no exige como condición esencial su ejercicio centralizado. Por el contrario, la delegación de tales funciones en algunos casos garantiza “mayor acierto y eficacia en la gestión de los servicios de interés público, y permite la colaboración de un mayor número de personas especializadas”²³.

Para interpretar el alcance de ese dictamen, es necesario tener en cuenta que la Corte se expide solo en relación a la constitucionalidad de la delegación de funciones por parte de las provincias, ya que el recurso que da origen al dictamen se fundaba en ese cuestionamiento. No se hace mención en el fallo a la potestad atribuida a los Colegios de establecer honorarios que obligaban a terceros contratantes, ni se pronuncia la Corte sobre la función de arbitraje que asumían en el caso de conflictos relacionados con la aplicación de los convenios firmados entre las entidades gremiales y los organismos financiadores. En estos casos la superposición de roles aparece de manera evidente: los Colegios establecían un honorario ético y tenían potestad para actuar como árbitros en los casos contenciosos derivados de la ejecución de contratos donde tales honorarios eran aplicados. Sin embargo, la constitucionalidad reconocida por el fallo de 1957 es alegada como garantía de la legalidad de tales funciones, extendiendo el alcance del dictamen a la totalidad de las atribuciones reconocidas por las respectivas leyes.

Código de Ética y disciplina gremial

En abril de 1955, la Confederación Médica sanciona una nueva versión de su Código de Ética. El texto supera en extensión a su antecedente de 1927. En buena parte de sus 125 artículos, recupera la perspectiva tradicional que he reseñado en un capítulo

²³ “Primer Congreso Nacional sobre Colegiación”, Córdoba, 24/26 de octubre de 1974. En: Federación Médico Gremial de la Provincia de Santa Fe, *Boletín informativo interno*, II, 9: 10-13, Rosario, diciembre de 1974.

previo: enumera los deberes de los médicos para con la sociedad, los enfermos, sus colegas, los profesionales afines, sus auxiliares; recupera cuestiones relativas al secreto profesional, los honorarios, los límites que debe tener la publicidad relativa a su práctica; enumera incompatibilidades, sanciona la dicotomía, dedica un capítulo particular al aborto terapéutico.

Algunas de las temáticas que se incorporan muestran otra faceta de la construcción del gremio como gestor de las condiciones de trabajo de su membresía: su poder disciplinador. El Capítulo 3 del nuevo Código está dedicado a enumerar los deberes de los médicos para con sus colegas; su apartado d) da cuenta de las obligaciones específicas vinculadas a las relaciones científicas y gremiales. Según el artículo 34° todo médico tiene el deber y el derecho de afiliarse libremente a una entidad médico-gremial, de colaborar para el desarrollo de la solidaridad gremial y ayuda mutua entre los colegas, y de cumplir las medidas aprobadas por la entidad de su elección (inciso f). Las funciones de las entidades gremiales a las que el profesional debe obediencia se despliegan a continuación: la regulación de las relaciones con el Estado, las compañías de seguros, mutualidades, sociedades de beneficencia; la injerencia en la provisión de cargos por concurso, escalafón, estabilidad, jubilación, aranceles, cooperativas, etc. (inciso g).

En ningún caso el médico debe aceptar convenio o contrato profesional por servicios que no sea establecido por una entidad gremial. Tampoco está autorizado a firmar ningún contrato que no sea visado por la misma (inciso h). Tiene la obligación de someter toda interpretación o proyecto de modificaciones del Código de Ética a la entidad gremial a la que pertenece (inciso i). Constituirá también una falta ética la afiliación a dos o más entidades gremiales que sean opuestas en principios o medios de ponerlos en práctica (inciso f).

Una serie de disposiciones adicionales, intercaladas en el articulado de diferentes capítulos, refuerzan la potestad reguladora de las entidades gremiales: El artículo 82° impone a los profesionales la obligación de promover la sanción de una carrera médico hospitalaria; el 85° la de ajustar sus honorarios al monto mínimo establecido por el gremio; el 95° dictamina sobre la incompatibilidad del desempeño de un cargo público que exija una dedicación importante y el mantenimiento del consultorio profesional; el 103° califica como actos contrarios a la honradez profesional reemplazar a médicos que fueran separados de sus puestos en hospitales, sanatorios y otros organismos sin causa justificada ni sumario previo, a la vez que faculta a la respectiva entidad gremial para autorizar, expresamente y en forma precaria, las excepciones que correspondan. El artículo 119°, correspondiente al capítulo dedicado al médico funcionario, señala que sus obligaciones con el Estado no lo eximen de sus deberes éticos, debiendo por lo tanto promover el respeto al principio y régimen de concurso, la estabilidad y el escalafón de los profesionales insertos en el sistema público, el derecho a defensa y sumario previo a toda cesantía, el derecho a profesar ideas políticas o religiosas y a agremiarse libremente y defender los intereses gremiales.

Respaldadas por las disposiciones del Código de Ética, las entidades gremiales aplican un sistema de sanciones dirigidas a imponer la disciplina gremial a los profesionales que no acatan sus directivas. Las discusiones en los Consejos Federales y las publicaciones

sobre el tema en la *Revista* de la Confederación brindan un rico anecdotario que puede sistematizarse haciendo, por un lado, el listado de las conductas sancionadas.

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

- a) Casos en los que el gremio ha decidido declarar “congelado” algún cargo en instituciones públicas, privadas o de obras sociales, en función de que su vacancia se produjo por cesantías consideradas arbitrarias, por no acordar con los mecanismos implementados para cubrirla (concursos sin veedores gremiales, por ejemplo) o corresponder a entidades como obras sociales y mutuales, habiendo el gremio decidido que debían pasar al sistema de libre elección, o, finalmente, por encontrarse en conflicto la organización gremial médica con la institución respectiva. En este caso las sanciones se aplican a los profesionales que aceptaran tales nombramientos desconociendo las directivas del gremio.
- b) No acatamiento de medidas de fuerza.
- c) No aceptación del descuento de un porcentaje destinado al gremio en las prestaciones convenidas con Compañías de Seguros.
- d) Presentación de planillas de cobro en forma directa ante obras sociales y mutualidades, desconociendo la intermediación gremial.
- e) Atención de beneficiarios de obras sociales y mutualidades con las que el gremio ha rescindido convenios o cortado prestaciones.
- f) Organización de sistemas de prestaciones sin control gremial (prepagos o abonos), o participación como prestador en los mismos.

Las sanciones aplicadas varían, y no es posible registrar una correlación directa entre el tipo de indisciplina y la pena impuesta. Entre las más frecuentes se cuentan la denuncia pública, el retiro de todo tipo de colaboración profesional o científica, la suspensión o cancelación de su carácter de miembro de la entidad gremial, la exclusión temporaria o definitiva de los listados o registros de profesionales autorizados para realizar prestaciones por convenios con obras sociales y mutualidades.

Esta última forma de presión, probablemente la más efectiva, se vio debilitada por fallos judiciales que obligaban a levantar tales sanciones, por considerarlas violatorias de la libertad de trabajo. El constitucionalista Rafael Bielsa, en un dictamen frecuentemente citado, considera legítima la atribución por ley a los colegios del derecho a imponer sanciones, pero cuestiona la aplicación de lo que denomina una “*sanción máxima*”, como es la privación del ejercicio de la profesión en forma temporal o definitiva, que implica una pena que por su naturaleza (privación de derechos subjetivos esenciales) solo debe ser aplicada por los jueces de la Constitución (Invalidi, 1958, p. 559).

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

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

Los médicos que integren directorios o que sean propietarios o representantes legales de organizaciones de carácter sanatorial u hospitalario privado, están obligados a cumplir estrictamente con las normas y directivas emanadas de las entidades médico-gremiales, su incumplimiento los hará incurrir en las prescripciones del Código de Ética vigente en cada jurisdicción²⁴.

La aplicación de principios éticos a la cobertura ofrecida por la medicina prepaga

En el caso de las empresas de medicina prepaga, serán los colegios médicos de Santa Fe, Córdoba y Mendoza los que fundamenten en los principios del Código de Ética su intención de regularlas. En tanto entidades encargadas de controlar el ejercicio de las profesiones de salud, pretenden aplicar su poder disciplinario sobre las nuevas organizaciones de cobertura. Un buen ejemplo del alcance otorgado a sus atribuciones es un documento elaborado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe. En ese texto, se demanda en primer lugar la sujeción de todas las entidades que trabajen con el sistema de asistencia médica a cuota fija periódica o por abono o prepago a la fiscalización, inspección y vigilancia de los colegios que operan en cada jurisdicción. En segundo término, se establece una normativa conforme a la cual solo podrán encabezar tales organizaciones los profesionales inscriptos en el respectivo colegio y se prohíbe la inclusión de no médicos, incluso entre los socios de la respectiva empresa; la asistencia proporcionada deberá canalizarse tan solo hacia “personas de modesta posición económica”, de manera de preservar para el profesional independiente la atención brindada al sector de población con capacidad de pago directo; estará vedada a las empresas radicadas en los centros urbanos la proyección sobre la clientela rural, en tanto mercado que se preserva para los profesionales radicados en la zona; por último, se deberá asegurar el acatamiento de los aranceles establecidos por el Colegio, la exclusión de la modalidad de remuneración sobre base salarial y, particularmente, se deberán respetar las libertades médicas: garantizar al paciente la libre elección del profesional y del lugar de internación, al médico la libertad de prescripción y la remuneración de su trabajo a partir de honorario por servicio, reconociendo en cada caso su derecho a la aplicación del

²⁴ Confederación Médica de La República Argentina, *Actas de los Consejos Federales*, reunión del 13 de febrero de 1971, T.VIII: 482-487, p. 486.

convenio que más lo benefició²⁵. Las autoridades de la provincia de Santa Fe aceptan las reivindicaciones profesionales y sancionan, bajo diferentes administraciones, los Decretos 9154 de 1965, 329 y 698 de 1967.

Muy diferente es la lectura del problema que realiza la Corte Suprema de Justicia de Santa Fe, que en julio de 1969 se pronuncia declarando nulos los artículos 3°, 5° y 10° del Decreto 329/67. El primero de los mismos establecía el tope de ingresos mensuales admisible para los beneficiarios del sistema, el segundo determinaba que las entidades de prepago solo podían estar integradas por profesionales médicos, el último se relacionaba a límites geográficos en la captación de la población beneficiaria del sistema, que debía tener su domicilio en un radio de 50 kilómetros de la sede de la organización prestadora.

La reacción del Colegio, ante la preeminencia otorgada por la Corte a la libertad de comercio por encima de las reivindicaciones defendidas por el gremio, se expresa en una solicitada que sintetiza en algunos párrafos la concepción del “lucro” dominante en el pensamiento profesional: la relación entre enfermo y médico perdería su carácter directo cuando entre ambos se interpone un factor económico que da al acto asistencial la condición de servicio por cuenta de otro. Si solo se trata de cubrir mediante un sistema solidario el costo de una prestación que el paciente no está en condiciones de solventar individualmente, no se produce “alteración de la relación profesional en el nivel deontológico”.

Diferente es la situación cuando el agente financiero es a la vez productor del servicio, dueño de la institución, del instrumental, y administrador del material humano que lo realiza. En ese caso el prestador no es más que un agente técnico en relación de dependencia, cuyas obligaciones están estipuladas en un contrato. Ya no hay liberalismo ni autonomía de la conducta, el médico ya no es dueño de llamarse artesano de su producción, “es un proletario que vende su técnica, enmarcado en una estereotipada personalidad exterior; la relación íntima con su enfermo ha sido suplida por cláusulas de un contrato con la empresa que lo ocupa, y le obliga a servir una técnica despersonalizada, computada y registrada en la ficha de eficiencia”²⁶.

Primer problema: la transformación del profesional autónomo en trabajador bajo relación de dependencia. La amenaza, sin embargo, no queda circunscripta a esa esfera. Si la empresa productora de servicios médicos resulta accesible a accionistas o socios no médicos se pone de manifiesto “la más cruda versión comercial de la asistencia”. Conforme esta visión, el fallo de la Corte Suprema, cuando alude a la libertad de industria o de empresa, legitima nuevas formas de asociación entre médicos y no médicos, y vuelve a poner en acto “deformaciones reñidas con la más elemental observancia de la ética”²⁷.

²⁵ Tales las principales reivindicaciones consignadas en el Memorial que el Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, 2da circunscripción, eleva al ministro de Salud Pública y Bienestar Social de esa provincia, Dr. Wilfredo Miró Plá, en junio de 1964.

²⁶ “La medicina privada: profesión o empresa”. Solicitada publicada el 16 de julio de 1969. *Revista del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción* 25, nov. 1968/ene. 1970, p. 6.

²⁷ Ídem.

En esa condición se inscribe el concepto de “lucro”, que la ética gremial condena en sus postulados generales, pero no siempre logra definir con exactitud. En este caso la connotación de “lucro” y su condena ética se aplicaría a aquellas personas o instituciones de carácter extramédico que establezcan sistemas de asistencia médica con el objeto de percibir beneficios. Los beneficios así producidos se enmarcarían en este caso en el concepto de “lucro de la medicina”²⁸.

La difícil transición desde una práctica individual al trabajo en instalaciones complejas

He intentado sistematizar y sintetizar en este espacio, el complejo derrotero que la profesión médica argentina y sus organizaciones representativas debieron transitar para adecuar las condiciones del ejercicio profesional a las nuevas exigencias sociales, financieras y políticas que el crecimiento de las sociedades de postguerra y de la misma medicina le impusieron.

Como ha señalado con acierto Lilia Schraiber (1995), el problema planteado a la profesión en las décadas centrales del siglo XX consistió en la necesaria transformación de una práctica apoyada fundamentalmente en el desempeño del médico individual, dotado de un limitado conocimiento científico y apoyado en la experiencia clínica acumulada en el tratamiento de enfermos. En esa práctica, característica de la medicina liberal, un código preestablecido de derechos y deberes formaba parte de la vinculación de todos los actos médicos en una misma medicina. La aplicación de ese código se realizaba sobre bases subjetivas y privadas: la confianza personal del enfermo hacia su médico, del médico hacia su paciente, del profesional hacia su colega, constituía, según Schraiber, el hilo invisible con que se tejó esa modalidad de práctica.

Cuando se debió trasladar la atención al paciente a instalaciones cada vez más complejas, y el mismo crecimiento de la técnica condujo a la especialización y al relativo distanciamiento del vínculo personal, *mi médico/mi paciente*, su creciente costo condujo a la conformación, por un lado, de colectivos de pacientes, beneficiarios de una organización financiadora o clientes de un determinado servicio, y por el otro, colectivos de profesionales o equipo pluriprofesional (Schraiber, 1995).

Ese proceso de transformaciones se generó de manera más fluida en EEUU, y probablemente, el resultado fue menos heterogéneo: al menos cada modelo organizativo construyó reglas similares para la totalidad de su clientela. En Argentina se potenciaron la fragmentación y la heterogeneidad. Sin embargo, ambas medicinas privilegiaron el mismo modelo de práctica: altamente tecnologicada, altamente especializada, fundada en la libre elección del médico y el honorario por servicio.

²⁸ “Proyecto de ley de Organización y Funcionamiento de las Entidades de Medicina Prepara”, *Revista del Colegio de Médicos de la 2da. Circunscripción*, 25: 7-8, nov. 1968/ene. 1970, p. 7.

En el próximo capítulo, analizaré las consecuencias de esa elección y describiré las formas que asumió el agotamiento de ese modelo.

Capítulo 6

Tras diferentes trayectorias, similares resultados

La afirmación de un modelo de gestión

La comparación entre el mercado de atención médica argentino y el estadounidense se dificulta por la significativa diferencia en las dimensiones de cada uno de ellos. En EEUU, a partir de los últimos años de la década de 1960, se desarrolló un polo de significativo crecimiento a través de lo que la literatura especializada identificó como un *complejo médico industrial*. En esos años, la expresión hace referencia a los vínculos entre médicos, hospitales y escuelas médicas, por un lado, y las compañías aseguradoras, productores de fármacos y equipamiento médico, y otras empresas con objetivos lucrativos, por el otro. Sus intereses parecían tan entrelazados que podían considerarse como un solo sistema, promotor de un particular estilo, estructura y distribución de atención médica. Como explicitaré más adelante en este mismo capítulo, la conformación de este complejo se presentaría significativamente modificada diez años más tarde (Relman, 1985).

A partir de la década de 1970, la concentración de capital favoreció el crecimiento del seguro comercial, que comenzó a superar el movimiento financiero de los planes Blue Cross y Blue Shield. Estos programas fueron además progresivamente erosionados por la tendencia de los grandes empleadores a gestionar la cobertura de su personal, facilitada bajo la Ley Federal ERISA (Employee Retirement Income Security Act) sancionada en 1974, que los liberaba de regulaciones estatales al seguro de salud, permitiéndoles establecer los alcances y límites de los beneficios otorgados. En paralelo, el sector proveedor de insumos para la práctica médica aprovechó el subsidio público destinado al diseño, manufactura y venta de tecnología médica compleja, biotecnología farmacéutica y servicios de diagnóstico (Salmon, 1995).

La demanda de atención se incrementó adicionalmente bajo los planes Medicare y Medicaid, mientras las escuelas médicas federales aumentaban la oferta de médicos. Los estímulos orientados a mejorar la distribución de los profesionales no tuvieron el efecto esperado. Los médicos prefirieron adoptar las especialidades altamente rentables de las áreas metropolitanas. La sobreoferta de subespecialidades vinculadas al uso de tecnología promovió el crecimiento del gasto.

No es necesario resaltar la menor capacidad de estimular una expansión similar del mercado de servicios y productos por parte de los recursos volcados por el subsistema público y la seguridad social médica en Argentina. Si en ambos países la regulación estatal fue débil y fracasó en imponer sus objetivos de racionalización, en Argentina, además, hubo significativas restricciones financieras, asociadas en parte a la crisis fiscal crónica, en parte a la explícita decisión de apoyarse en la oferta privada y los aportes y contribuciones de la seguridad social médica. Sin embargo, el mecanismo expansivo de costos y gastos en atención médica funcionó en los dos países en forma similar.

Las fuerzas expansivas en EEUU

Para el sistema estadounidense, la descripción proporcionada por James Robinson permite captar algunos rasgos significativos. En su lectura, los planes Blue Cross y los aseguradores comerciales competían unos con otros en función del costo de sus servicios administrativos para marketing y procesamiento de facturas, pero no sobre la base de los honorarios que pagaban a los médicos. Ese pago estuvo estructurado sobre una base retrospectiva, de honorario por acto médico, de modo que los mayores ingresos correspondían a los médicos que proporcionaban servicios más extensos y más complejos. Cada visita, cada análisis y cada procedimiento generaba una factura. En ausencia de cualquier medida independiente del precio apropiado para cada servicio, los aseguradores pagaban a los médicos sobre la base de sus cobros usuales, sujetos a techos que dependían de los honorarios prevalecientes en cada comunidad. En la medida en que el incremento en los cobros facturados en un año contribuía a un aumento del techo de honorarios en el siguiente, los precios médicos aumentaron rápidamente y, aunque fueron eventualmente sometidos a listados de honorarios, el principio básico de pagar al médico por las prácticas efectivizadas a cada individuo fue conservado. El pago por acto médico era cómodo para los médicos y estaba bien adaptado al contexto de la práctica independiente en la cual los profesionales recibían pagos de diferentes fuentes.

La trama del profesionalismo médico creó, a partir de los incentivos generados por esa modalidad de pago, una espiral de capacidad instalada, tecnología, utilización y costos en expansión. Los médicos recomendaban más visitas, más estudios, y más procedimientos. Sin embargo, el aumento de los honorarios jugó un rol secundario en la expansión de los servicios en cantidad y complejidad. Otros factores introducirían nuevos incentivos al aumento del gasto. Las políticas gubernamentales compensaron la declinación de la oferta de médicos y hospitales verificada a partir de la década de 1930 y otorgaron subsidios masivos para escuelas médicas, programas de residencia y construcción de hospitales. La difusión del seguro protegió del costo de la atención a la mayoría de los consumidores, estimuló la demanda del paciente por servicios ambulatorios y se adecuó a las decisiones médicas de referir pacientes a consultas de especialistas. La tecnificación de la atención aumentó rápidamente en la medida que los aseguradores reembolsaron el capital y los costos operativos del

nuevo equipamiento, nuevos fármacos y nuevas técnicas quirúrgicas. Las décadas de 1970 y 1980 fueron en muchas formas la edad de oro de la profesión médica, basada en la práctica individual, el pago de honorarios por servicio, la ausencia de competencia por precios y el generoso subsidio público.

El número de médicos aumentó significativamente como consecuencia de la creación de nuevas escuelas de medicina, cuyo número pasó de 88 a 126, y el de graduados de 7.409 a 15.135 por año, entre 1965 y 1980. Esta rápida expansión coincidió con una caída del crecimiento de la población, de manera que la relación habitantes/médico cayó desde 676 en 1960 a 565 en 1975 y 495 en 1980 (Starr, 1982, p. 422).

El talón de Aquiles del sistema profesional fue la falta de controles financieros. Médicos y hospitales fueron motivados a proveer siempre más y mejores servicios, dado que los mayores costos generaban mayores ingresos. Los pacientes estuvieron motivados para demandar más y mejores servicios dado que los costos eran trasladados sobre los aseguradores y desde ellos a los empleadores y contribuyentes. Los empleadores estuvieron motivados a expandir la generosidad de los beneficios de seguro para capturar el subsidio impositivo. Medicare y Medicaid consideraron los servicios cubiertos como un derecho reconocido a sus beneficiarios, de manera de conformar el coronamiento del edificio de seguridad social del New Deal, y estuvieron más dispuestos a adecuarse a los intereses de los médicos, con miras a mitigar la hostilidad tradicional de la medicina organizada. Ambos programas fueron explícitamente modelados sobre los planes Blue Cross, ofreciendo elección de proveedor irrestricta y pagando a los médicos sobre la base de sus honorarios usuales y acostumbrados. Todos decían sí, y nadie decía no, frente a la expansión de la utilización, especialización y gasto. Sin embargo, la dinámica inflacionaria, que no fue controlada por las nuevas tecnologías clínicas y el seguro más amplio, revirtió en vez de acelerar la tendencia hacia la cobertura universal.

A diferencia de lo que sucede en otras ramas de la economía, donde los aumentos de precios tienen por efecto la reducción de la demanda, el aumento de los costos de atención médica estimuló la provisión de mayor volumen de servicios y mayor demanda por cobertura de seguro. Las tendencias a la auto corrección de la oferta y la demanda fueron desvirtuadas por una demanda inducida por la oferta por servicios médicos, la competencia por incorporación de tecnología entre hospitales y una expectativa de continuas expansiones de la cobertura de seguro por parte de empleadores y beneficiarios. Más que instalarse en un equilibrio estable, el sistema de atención médica manifestó una espiral de demanda creciente, creciente oferta y posterior aumento de la demanda (Robinson, 1999).

Por sí mismos, los médicos hubieran enfrentado serios límites en la expansión de servicios, dado que ellos pueden dedicar solo determinadas horas en el trabajo diario y solo un número limitado de prácticas puede ser provisto en instalaciones ambulatorias. Los sectores hospitalarios, sin embargo, abrieron nuevas avenidas para expandir el volumen y complejidad de la atención. Los hospitales parecían operar

sobre los principios que llegaron a ser conocidos como la Ley de Roemer¹, según la cual una cama instalada es una cama ocupada. Los médicos estuvieron dispuestos a incrementar admisiones, estudios, cirugías y otras intervenciones si los hospitales incrementaban el rango de tecnologías clínicas a su disposición. Los pacientes estaban de acuerdo bajo el supuesto de que más atención es mejor atención. Los aseguradores pagaban la factura bajo el supuesto de que todos los servicios provistos por médicos autorizados eran de igual valor. Las tasas de hospitalización y cirugía variaban ampliamente entre regiones geográficas, y el mejor predictor era el número de camas hospitalarias y médicos en ejercicio. La prevalencia de enfermedad no estaba asociada consistentemente con la frecuencia e intensidad de la atención. Las comunidades con muchos hospitales exhibieron mayor exceso de capacidad instalada, una duplicación de tecnologías clínicas, y mayores costos, que comunidades similares en otros aspectos, pero dotadas de menos hospitales. Estos mayores costos resultaron en mayores precios, en la medida en que los hospitales eran reembolsados por Blue Cross, aseguradores comerciales, Medicare, y Medicaid sobre una base retrospectiva de costo-plus, por la cual el proveedor recibía el costo del servicio prestado más un honorario (Robinson, 1999).

La afirmación de las mismas tendencias en Argentina

En Argentina, bajo diferentes posibilidades de financiamiento y en un sistema de seguridad social teóricamente regulado por el INOS /ANSSAL, los incentivos al gasto, la ampliación de la capacidad instalada y la incorporación de tecnología fueron similares y generaron la misma dinámica. Tanto en el escenario estadounidense –caracterizado por la expansión de la demanda, las inversiones, la cobertura proporcionada por los sistemas de seguro, y el subsidio estatal– como en el argentino, donde la expansión se vería en el corto plazo seriamente limitada por la contracción de los recursos financieros de las obras sociales, mientras la crisis fiscal profundizaba la histórica decadencia de las instalaciones públicas, la falta de controles financieros operaría en desmedro de la continuidad de las formas organizativas. En EEUU los límites se harían evidentes a partir del creciente porcentaje de población carente de cobertura. En Argentina, el mismo fenómeno de exclusión se manifestaría en el aumento de la demanda de atención volcada sobre las instalaciones del subsistema público, dotado de muy limitada capacidad de respuesta.

Bajo las formas organizativas vigentes en el sistema de obras sociales, las pautas contractuales y las formas de pago de los servicios eran establecidas a nivel nacional con carácter uniforme para todo el país; sin embargo, dejaban un margen de discrecionalidad que permitía dar respuesta a características regionales, diferencia en recursos por beneficiario entre las organizaciones financiadoras, diferencias en

¹ La expresión proviene de un estudio realizado por Milton Roemer y Max Shain en el cual se argumentaba que la oferta de camas hospitalarias constituía el factor con mayor influencia en la determinación de su uso en condiciones de cobertura de seguro (Roemer & Shain, 1959).

capacidad instalada, incorporación de tecnología y tasa de especialización en la oferta de servicios. Los montos a pagar por cada servicio resultaban de acuerdos formalizados periódicamente entre representantes de proveedores y obras sociales, con arbitraje del Estado en caso de conflicto, y se consignaban en el nomenclador nacional de prestaciones. Este listado de procedimientos médicos y sus respectivos aranceles llegó a ser el principal instrumento regulador del modelo de servicios ofrecido, ya que los precios relativos privilegiaron la atención curativa, altamente especializada, y con importante incorporación de tecnología de punta. Los aranceles se establecían sobre la base de una unidad de cuenta, el *galeno*, que se utilizaba para ajustar las remuneraciones a la inflación, o para modificar el valor relativo de las prácticas que se procuraba estimular o desalentar. El intento de colocar mayores incentivos para la práctica clínica orientó la reforma del nomenclador puesta en marcha bajo el gobierno de Raúl Alfonsín; sin embargo, en respuesta a la medida, los proveedores modificaron sus facturaciones de modo de anular su impacto.

La modalidad predominante de reembolso a los proveedores era el pago por acto médico. Uno de los supuestos del modelo radicaba en que las asociaciones de profesionales se encargarían de monitorear la calidad y el volumen de servicios proporcionados por cada médico y, en caso de irregularidades, aplicar medidas de disciplina. Este supuesto no se cumplió y tampoco existió control efectivo de las organizaciones financiadoras. El volumen era decidido fundamentalmente entre los pacientes y los médicos individuales en una situación donde no existía ningún incentivo financiero para economizar. A nivel de los médicos individuales había competencia por volumen de trabajo e ingreso.

También existía relativamente poco control sobre gasto en fármacos. El precio de los medicamentos era establecido en forma unilateral por la industria y la prescripción era decidida por el médico en ausencia de incentivos al ahorro. Solo en los últimos años de vigencia del modelo la Confederación Médica aceptó y estimuló la utilización de un vademécum de medicamentos, con la intención de promover la toma de conciencia de los profesionales en relación al costo de los fármacos.

La retribución de los servicios prestados en sanatorios privados se hacía sobre una base de pago por acto médico para el trabajo de los profesionales y las prácticas que involucraban utilización de tecnología, y valores por día/cama para la internación. No existían controles efectivos sobre el volumen de producción.

La evolución de estas instalaciones con internación ha sido esquematizada por Jorge Katz y Alberto Muñoz en tres momentos. El primero, correspondiente a las primeras décadas del siglo XX, estaría caracterizado por el escaso número de centros privados. Los existentes habrían operado en parte como extensión del consultorio del médico o de un grupo de profesionales. A partir de los años cincuenta, se difundiría un nuevo tipo de sanatorio, de mayor complejidad, diseñado como un centro de atención diversificada, con un número relativamente importante de médicos asociados. Hacia el fin de la década de 1960, se habría producido la incorporación de importantes cambios tecnológicos: salas de terapia intensiva, unidades de neonatología, diálisis renal, etc., significaron inversiones de capital que no todas las entidades sanatoriales habrían estado en condiciones de instalar y absorber con eficiencia en

su rutina operativa. De todos modos, la apertura de nuevos sanatorios se produjo a un ritmo muy rápido en las décadas de 1970 y 1980; las razones de ese aumento se explicitan en el análisis de estos autores: “la percepción de que en el campo de los servicios sanatoriales existían rentas diferenciales captables atrajo a un creciente número de empresarios médicos, lo que llevó a que la oferta de servicios sanatoriales prácticamente se duplicara en solo pocos años” (Katz & Muñoz, 1987, p. 29). Un rasgo significativo de esta evolución es la variación que es posible observar en esa oferta, en lo que hace al tamaño, tipo y calidad de la atención ofrecida, al nivel alcanzado en la utilización de la capacidad instalada, etc. (Katz & Muñoz, 1987).

Los incentivos contenidos en estas formas organizativas estimularon la incorporación de tecnología compleja y el consiguiente desarrollo de especialidades y subespecialidades, el incremento en el volumen de servicios y la expansión de las instalaciones privadas. Esa dinámica constituyó uno de los principales determinantes de la crisis financiera del sistema. La articulación de presencia de un tercer pagador y remuneración por servicio condujo a estrategias de sobreprestación y sobrefacturación por parte de los proveedores individuales, conforme a una tendencia reconocida en múltiples escenarios internacionales y definida como *demanda inducida por la oferta*², orientación a la que en EEUU se hace referencia bajo la apelación a la ya mencionada Ley de Roemer. La relación entre aseguradores y proveedores se rigió por condiciones similares para el sector de seguro privado, conformado por las empresas de medicina prepaga. Esa nueva modalidad de cobertura estaba originariamente destinada a trabajadores autónomos y empresarios, excluidos de la membresía de las obras sociales. Con el paso del tiempo también optaron por esa afiliación voluntaria un número importante de beneficiarios de obras sociales que, disconformes con la atención que recibían, optaban por la doble cobertura.

Un escaso número de obras sociales desarrolló sus propios servicios de atención. En este caso el traspaso de fondos se hace por presupuesto y el pago a los profesionales por salario. Este modelo organizativo, supuestamente más eficiente, se vio también sometido a presiones inflacionarias en función de prácticas clientelísticas de los sindicatos –que consideraban a las obras sociales como fuente de trabajo adicional para sus seguidores–, las expectativas de los profesionales de utilizar los recursos tecnológicos más avanzados, y la despreocupación por el control del gasto, ya que todo desequilibrio podía ser en el corto plazo compensado por la inflación.

² La inducción de demanda se produce cuando un médico recomienda o proporciona servicios que difieren de lo que el paciente elegiría si tuviera disponible la misma información y conocimiento que el profesional. Ha existido controversia entre analistas respecto a la existencia de demanda inducida, ya que se trata de una práctica difícil de verificar. La mayoría de los estudios de inducción de demanda han examinado cómo las tasas médico-población afectan diferentes resultados del mercado, tales como precio, utilización de servicios o producción del médico. Un fenómeno similar se generaría a partir del aumento de la capacidad instalada en camas o equipos de tecnología diagnóstica. Oxley y Mac Farlan reconocen las dificultades para conocer la incidencia de la demanda inducida en el aumento de los costos. Sin embargo, consideran como una medida posible de ese impacto el hecho de que los grupos de medicina prepaga en EEUU, para los cuales los incentivos de demanda inducida son mínimos, proporcionan atención a un costo diez por ciento menor que los sistemas de honorario por servicio (Oxley & Mac Farlan, 1994).

En ausencia de cualquier control sobre volumen de trabajo y con presencia de modalidades de pago que incentivaban la generación de mayor ingreso a partir de la mayor producción de servicios, la posibilidad de contención del gasto de las obras sociales dependía principalmente de copagos por parte de los pacientes.

Síntomas de agotamiento en los dos escenarios

La cronología de las referencias a un agotamiento del modelo de gestión de los servicios de atención médica difiere en una década en ambos escenarios, en EEUU emergen a comienzos de la década de 1970, en Argentina, en los años ochenta del mismo siglo. También el diagnóstico puede evaluarse como parcialmente diferente: la medicina norteamericana se expande sin encontrar límites y absorbe recursos crecientes del producto bruto nacional, a la vez que excluye de la atención médica a porcentajes cada vez mayores de su población. En Argentina también crece significativamente la capacidad instalada de los sanatorios y el equipamiento y utilización de tecnología compleja; esa expansión, sin embargo, encuentra un límite severo en la caída de los recursos financieros disponibles tanto en el subsistema público como en las obras sociales.

El fracaso de los intentos de control de costos en EEUU

Eli Ginzberg, en un artículo publicado en 1986, ubica el comienzo de un proceso de desestabilización de la atención médica estadounidense en los primeros años de la década de 1970 (Ginzberg, 1986). Entiende por desestabilización el “socavamiento de la estructura existente”, definición que no resulta contradictoria con mi preferencia a hacer referencia a la presencia de signos de agotamiento de una forma organizativa o modelo de gestión.

En la lectura de Ginzberg, las formas organizativas de la atención médica en EEUU habrían estado caracterizadas en las décadas centrales del siglo XX por una notable estabilidad, fundada en tres factores: la dominancia de la profesión médica; la presencia de hospitales de comunidad con respaldo local; y la práctica de subsidios cruzados que capacitaban a los médicos y hospitales para atender a muchos pobres con los recursos obtenidos de la atención brindada a los más ricos.

A partir de los últimos años de la década de 1960, se habrían generado algunas transformaciones significativas: una grande y creciente proporción de profesionales médicos se convierten en empleados de los hospitales con o sin fines de lucro; las cadenas de hospitales amenazaron el rol de muchos hospitales comunitarios independientes; el amplio *pool* de riesgo, que capacitaba a las personas con mala salud para adquirir seguro de salud a un costo razonable, comenzó a ser segmentado en forma creciente, a medida que más y más empleadores se movieron hacia el

autoseguro; y el subsidio cruzado se evaporó frente a la competencia de precios, con consecuencias negativas para los pobres y casi pobres.

En la visión de este analista, a partir de la década de 1960, en forma contemporánea a la aprobación de los programas Medicare y Medicaid, comenzaron las transformaciones que introducirían cambios significativos en la organización de la atención. En primer lugar, el número de médicos se incrementó rápidamente, estimulado por las políticas estatales de creación de nuevas escuelas médicas y aumento del número de graduados en las existentes. También el gobierno federal habría promovido una mayor oferta de médicos, de modo que en la década de 1970 se duplicaría la oferta de nuevos profesionales. En segundo término, en lo vinculado a hospitales, los pagos por tercer pagador aumentaron del 77 al 91% del costo total, y disminuyeron la preocupación de síndicos y administradores hospitalarios por cuestiones financieras.

Ese nuevo flujo financiero capacitó a los hospitales sin fines de lucro a romper con las fuentes filantrópicas que en el pasado habían cubierto buena parte de sus gastos de capital. Uno de los aspectos de esta situación, en la perspectiva de Ginzberg, fue la erosión del interés, poder e influencia de muchas juntas de síndicos. Los administradores de hospitales pudieron satisfacer las necesidades de su equipo profesional por nuevas y mejoradas instalaciones y nueva tecnología y servicios, sin someterse a sus decisiones. Una fuente importante de control en el sistema preexistente, un liderazgo preocupado y comprometido con la comunidad, habría sido debilitado.

También se generó la expansión de la cadena de hospitales con fines de lucro. Las empresas bien administradas tenían poca dificultad en encontrar nichos atractivos, fundamentalmente en el sur y el oeste del país, donde la mayoría de los estados tenían una fórmula de reembolso sobre facturación, y no sobre costos. Con un mercado que consideraba favorablemente sus perspectivas, las empresas fueron capaces de obtener capital adicional que apoyara su crecimiento.

Diferentes intentos de reforma se sucedieron en la década de 1970 para modificar esta lógica expansiva. La administración Nixon alertó sobre una posible crisis financiera sin precedentes en el sistema de atención médica³ y, en consecuencia, adoptó el concepto de grupo de práctica prepaga como modelo de gestión que su gobierno estimularía para disminuir la tasa de incremento en el gasto de atención médica. Adoptó una nueva denominación para esos grupos: Health Maintenance Organizations (HMOs) y trabajó con legisladores republicanos y demócratas para aprobar la ley que sería sancionada en 1973. El atractivo de una *estrategia de mantenimiento de la salud*, como se la denominó, residía en que se trataba de un estímulo a la iniciativa privada y no demandaría una nueva burocracia gubernamental y mayor gasto público. Nixon anunció su proyecto en un discurso pronunciado en febrero de 1971 que, según afirma John Iglehart, estimuló la más agresiva y sostenida campaña

³ El presidente Nixon habla en 1969 de la posibilidad de una *crisis masiva*, el *Bussines Week* publica una nota de tapa mencionando *una crisis de sesenta mil millones de dólares*, *Fortune* considera que la medicina americana está al *borde del caos*. Corporaciones, sindicatos compañías de seguro y grupos de consumidores se unen a los políticos en la demanda por soluciones (Morone, 1994).

de lobby de los años setenta por parte de la AMA, enfocada en derrotar esta amenaza competitiva a la medicina fundada en el honorario por servicio (Iglehart, 1982).

El desarrollo de las Health Maintenance Organizations

La ley respectiva, aprobada en 1973, estuvo orientada a estimular el desarrollo de las HMO –organizaciones de afiliación voluntaria, basadas en las experiencias previas de grupos de práctica prepaga– a través del otorgamiento de subsidios y créditos promocionales, garantías sobre préstamos, y una disposición que obligaba a las grandes y medianas empresas que proveyeran seguro de salud a sus empleados a ofrecer al menos una HMO calificada por el gobierno federal como alternativa al seguro tradicional de honorario por servicio, siempre que una organización de ese tipo existiera en la zona donde la empresa estaba radicada.

En la década de 1970, el Department of Health and Human Services, destinó 145 millones de dólares en subsidios federales y 219 millones en préstamos para desarrollar HMOs. En la visión de Iglehart, aunque el gobierno de Nixon cayó antes de lograr su ambiciosa meta de crear 17.000 HMOs que –se esperaba– servirían a 40 millones de beneficiarios hacia 1976, envió una señal a la medicina organizada relativa a que Washington se preparaba para aprobar leyes que intentaban reformar el sistema de provisión de atención médica (Iglehart, 1984). Pese a los esfuerzos gubernamentales, el crecimiento de las HMOs durante esa década no alcanzó los niveles esperados.

Solo en la década de 1980, cuando los empleadores se hicieron más conscientes del aumento de los costos de la atención y del fracaso de las estrategias orientadas a controlarlas, algunos empresarios que otorgaban voluntariamente cobertura de atención a su personal comenzaron a reconocer que el futuro del seguro por reembolso estaba amenazado. En paralelo, médicos con práctica tradicional de honorario por servicio comenzaron a incorporarse a organizaciones de práctica prepaga, mientras las HMOs se expandían considerablemente: entre 1980 y 1991 el enrolamiento en este tipo de organizaciones aumentó de 10,2 millones a una cifra cercana a los 39 millones de beneficiarios.

La política concesiva se había revelado contradictoria en el corto plazo. El Estado había dado apoyo financiero a un sistema médico tecnológicamente sofisticado, luego asumió la responsabilidad por aquellos menos hábiles para hacer frente a los costos crecientes. Los pagos sin control hicieron subir los precios. En 1954 el sector salud absorbía un 4,4 % del PBI, una cifra que se había mantenido estable durante una década. El gasto subió a un 5,3% del PBI en 1960, a 5,9 en 1965 y –con la implementación de Medicare/Medicaid– llegó a 7,3% en 1970. El dato más crítico radicaba sin embargo en el compromiso financiero asumido por el gobierno federal. Su gasto subió de 9,5 mil millones en 1965 a 25,4 mil millones en 1970 y a 41,5 mil millones en 1975.

Las políticas basadas en la apelación a una gestión comunitaria

Más allá de las expectativas puestas en la difusión de las HMO, el gobierno federal implementó, como estrategia de control de costos, una serie de políticas que me atrevo a vincular en una sola frase: la puesta en marcha de un mecanismo de regulación comunitaria. La expresión más cabal de esa estrategia fue la National Health Planning and Resources Development, sancionada en 1974, que creó las Health Systems Agencies (HSA) cuya función sería coordinar de mejor manera los recursos públicos y privados existentes a nivel local. Se trató de una alternativa al proyecto Hill-Burton que fue desactivado en ese mismo año.

La propuesta de estímulo a la regulación de recursos y prácticas por parte de las comunidades locales había tenido al menos tres antecedentes fallidos. El primero consistió en la creación a partir de 1966 de una red de Centros de Salud comunitarios, abiertos en los vecindarios pobres en virtud de un programa concebido como apoyo a Medicaid. El esfuerzo, sin embargo, no generó los frutos esperados.

Un segundo intento se fundó en la pericia técnica. Conforme la versión de un analista, estuvo liderado por élites del sector privado que perseguían el milagro del progreso social a través de una mejor coordinación de los recursos existentes. En paralelo, el Comprehensive Health Planning Program, aprobado en 1966, fundó agencias voluntarias de planificación.

Una tercera estrategia puesta en marcha en 1972 estableció las Professional Standards Review Organizations (PSRO) para monitorear la utilización y calidad de los servicios médicos locales, ostensiblemente con la mirada puesta sobre los tratamientos innecesariamente costosos. Las agencias fueron organizadas localmente, luego supervisadas por funcionarios federales.

El esfuerzo del recorte de costos, sin embargo, quedó en manos profesionales. La legislación –después de alguna agitación en el Congreso– prohibía a toda persona no médica participar en las decisiones PSRO, prohibía la promulgación de normas nacionales, y rechazaba la posibilidad de que funcionarios federales reclamaran información generada por las agencias locales. Cuidadosamente proscribía la intromisión burocrática sobre la autoridad médica, como había pasado con Hill-Burton. Los estudios de fines de la década de 1970 mostraron que estas organizaciones no tuvieron impacto en la utilización de Medicare. En opinión de Alain Enthoven no existía incentivo para que las PSRO fueran efectivas. Un dólar ahorrado en Medicare en California, a expensas de los médicos y hospitales de California, era un dólar devuelto a Washington (Enthoven, 1990).

En la concepción original de las Health Systems Agencies, los miembros del gobierno local estaban explícitamente excluidos de las juntas de gobierno. Las agencias de la comunidad eran visualizadas como “no partidarias y no políticas”: se consideraba que los políticos dificultarían el consenso. Sin embargo, como sus predecesoras de la década de 1960, las Health System Agencies operaron en un ambiente de política fragmentado, rodeadas por instituciones privadas y públicas hostiles. Casi no tenían poder real y fueron perturbadas por el diseño organizativo poco plausible que surge de intentar regular vía consenso comunitario.

Las élites de atención médica aprovecharon múltiples oportunidades institucionales para protegerse del programa. Hicieron *lobby* con los funcionarios federales sobre regulaciones, con las legislaturas estatales sobre leyes de certificados de necesidad, con los gobernadores y funcionarios locales sobre los límites de las agencias, con las mismas agencias sobre proyectos específicos, con las autoridades de salud de los estados sobre decisiones adversas de las HSA. Aquellos que agotaron sus fuentes de presión acudieron a las cortes. Sin embargo, la mayoría de los observadores acuerdan en que los vínculos más débiles en la cadena de la autoridad pública estaban en las mismas HSA, alegando diferentes razones.

En primer lugar, aunque los profesionales constituían una amplia minoría en las juntas de gobierno (entre 41 y 49%), existía un desequilibrio en lo relativo a la autoridad y el prestigio que se les atribuían: ciudadanos inexpertos debían equilibrar las decisiones de agentes con pericia reconocida. Pocos observadores discutieron a la AMA cuando se burló, afirmando que “dos médicos en una Junta de 30 hombres [serían suficientes para] inclinar la decisión” (Morone, 1998).

Además, los intereses de los consumidores locales no se oponían con los de los profesionales de salud en alguna dirección políticamente significativa. ¿Qué podía inducir a los miembros de las juntas HSA a luchar contra la expansión de servicios médicos en sus vecindarios?, se pregunta Morone, y responde con una afirmación: las comunidades generalmente procuran más instalaciones y no menos.

Las legislaturas estatales, por su parte, tomaron medidas orientadas al control de costos a través del control de inversiones en capacidad instalada y tecnología. A fines de 1972, veinte Estados exigieron a hospitales y geriátricos la obtención de *certificados de necesidad*, emitidos por las autoridades estatales, para llevar adelante proyectos de construcción y otras inversiones de capital. Los hospitales y geriátricos con fines de lucro se opusieron a la medida, que contó con el apoyo de los funcionarios estatales, los sindicatos y el empresariado, en tanto consideraron que la regulación de la inversión de capital podía ser un instrumento efectivo de control de costos. El argumento utilizado recuperaba el concepto de *demanda inducida por la oferta*. El resultado de la estrategia también ha sido considerado ambiguo: el proceso de su obtención fue caracterizado en la década de 1980 como muy costoso, consumidor de tiempo, y altamente politizado (Enthoven, 1980).

La década de 1970 terminó con el sistema establecido todavía en su lugar, aunque algunos signos señalaban un debilitamiento de sus fundamentos. Cuando el presidente Ronald Reagan asumió en 1981, la nueva administración anunció que se apoyaría en el mercado competitivo más que en la regulación federal para modelar el sistema de atención médica. Además, informó que buscaría apoyo del Congreso para un recorte radical en el gasto federal en atención médica. Sin embargo, los resultados tampoco fueron significativos, solo se aprobaron algunos recortes y nunca se introdujo una amplia propuesta estratégica de reforma basada en la competencia.

En la década de 1980 el concepto de *complejo médico industrial* se redefine. En los primeros años de la década anterior tenían una presencia importante en el sistema de atención médica los profesionales independientes y los hospitales y clínicas locales, sin fines de lucro, mientras las instalaciones lucrativas comenzaban a

multiplicarse, pero todavía eran marginales en el conjunto. Diez años más tarde las grandes empresas se habían convertido en un elemento central.

Arnold Relman diferencia entre el “viejo” empresariado, vinculado a la atención médica a partir de la producción de fármacos, equipamiento y seguro, y el “nuevo”, dedicado a proveer atención directa a pacientes a través de cadenas de hospitales, clínicas ambulatorias, centros de diálisis y empresas de atención domiciliaria. En la interpretación de este analista, esa transformación sería uno de los factores asociados a una pérdida de la confianza pública en el compromiso de la profesión médica con el bienestar de los pacientes (Relman, 1987).

El agotamiento de la forma de gestión en Argentina

Las políticas de reforma del subsistema público

También en Argentina el concepto de comunidad vinculado a expectativas de planificación social se utilizó en la década de 1960, con diferencias que vale la pena señalar: el escenario a modificar se asocia con el deterioro del sistema público de servicios y la regulación a cargo de la comunidad se intenta aplicar a la gestión de hospitales y no al balance de necesidades y recursos de atención médica en ámbitos municipales, como sucedió en EEUU. La idea de regulación comunitaria de la atención médica se aplica específicamente a los hospitales públicos. La propuesta de hospital de comunidad, parte significativa de un programa de reforma hospitalaria, estuvo orientada a superar el deterioro del subsistema público, reconocido por todos los sectores interesados a fines de los años cincuenta y principios de los sesenta. El Hospital de la Comunidad es un concepto con historia: en un primer momento se centra en la idea de devolución a “las comunidades” de la capacidad de gestión de sus propias necesidades, unida a una concepción del desarrollo que jerarquiza los aspectos sociales vinculados al crecimiento y también a la idea de subsidiariedad del Estado; más tarde y de manera paulatina, se va trasladando el énfasis, de manera que el nudo conceptual se focaliza en atribuir a las comunidades locales una mayor responsabilidad en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Unida a esta propuesta de ordenamiento y racionalización aparece también la necesidad de legitimar el cobro de la atención hospitalaria a los sectores de población con capacidad de pago y el intento de ganar el apoyo del cuerpo profesional a través de su inclusión en un sistema de libre elección del médico y pago por prestación.

Los fundamentos conceptuales del futuro Hospital de Reforma fueron sintetizados en un documento publicado en 1961 por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. Sus ejes se definen en torno a la disminución de los costos hospitalarios, la expectativa de otorgar atención integral a la población carenciada, la libre elección del médico por el paciente, la puesta en marcha de una modalidad

de gestión descentralizada con lógica empresaria, la participación activa de la comunidad en dicha gestión, a través de su integración en la junta directiva⁴.

Un primer proyecto de ley, elaborado por el ministro Arturo Oñativia durante la presidencia de Arturo Illia, es remitido al Congreso en enero de 1965. Su tratamiento se vio interrumpido por el golpe de estado de agosto de 1966. La idea fue sin embargo retomada por la Secretaría de Salud Pública del gobierno militar y sancionada como Ley 17102, de diciembre de 1966, que crea los “Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad”. El mensaje que fundamenta la presentación del proyecto de ley recupera párrafos textuales de la argumentación de Oñativia. El articulado también reproduce el esquema conceptual del proyecto precedente, con modificaciones de escasa importancia a las que resulta difícil atribuir alguna significación especial.

Conforme información suministrada en setiembre de 1969 por la misma secretaria, bajo el régimen de la Ley 17102 operaban ya hospitales en Ushuaia, Comodoro Rivadavia, General Acha, Eldorado, Oberá, Moldes. A ellos se agregan 150 establecimientos en Santa Fe, como resultado de una ley provincial que en términos generales se inspiró en las disposiciones de la norma nacional. En los meses que restan de 1969 y durante 1970, se incluirán otros 30 establecimientos de magnitud en el mismo sistema (Holmberg, 1969).

La reacción de COMRA y CONFELISA

La posición de las organizaciones gremiales en relación a esos proyectos reiteró un esquema conceptual frecuente en los documentos de COMRA cuando se procuraba fundamentar el rechazo a políticas orientadas al fortalecimiento del subsistema público. En estos casos el gremio por lo general manifestaba su acuerdo con la filosofía de la propuesta, y rechazaba la manera específica de implementación. En la mayoría de las oportunidades este rechazo se fundamentó en la necesidad de ir aún más allá, de profundizar aún más la reforma, de cumplir con la totalidad de los presupuestos técnico-doctrinarios asociados con la actividad del Estado en salud.

El análisis del proyecto Oñativia se aborda en un Consejo Federal de COMRA en abril de 1965. La Mesa Ejecutiva presenta un documento en el que reconoce la crisis del régimen de asistencia hospitalaria vigente y la necesidad de promover cambios fundamentales con el objeto de colocar a los hospitales en condiciones de dar respuesta a los requerimientos de la medicina moderna. Los organismos gremiales reivindican para sí el haber sido los primeros en abordar el problema y proponer las soluciones, que radicarían en “la estructuración de hospitales modernos, dirigidos

⁴ Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública, *Reforma Hospitalaria - Regionalización sanitaria*. La Plata, 1961.

y administrados por técnicos, con asistencia continuada y dotados de equipos, material y personal adecuado para efectuar prestaciones completas”⁵.

Los amplios cuestionamientos detallados en ese Consejo gremial incluyen además la falta de normas mínimas sobre el régimen de trabajo que se aplicaría al personal: remuneraciones, ingreso, concursos, garantías frente a la aplicación de sanciones, etc., y la necesidad de mayores precisiones sobre la composición del Consejo de Administración, de manera que ninguno de los sectores representados pueda convertirse en predominante.

Bajo la administración Holmberg, el proyecto adquiere características amenazantes, y no solo porque se plantea la posibilidad de que a través de los hospitales se absorba la mayor parte del trabajo con obras sociales y mutualidades, dándose por seguro que se establecerá la vinculación obligatoria al menos con las obras sociales estatales. También se reconoce que la posición de los médicos frente al nuevo régimen puede ser muy favorable en los lugares donde estas instituciones lleguen a convertirse en importantes fuentes de trabajo. Las dificultades para homogeneizar a sus huestes tras una consigna constituyen una preocupación siempre presente en la discusión del gremio.

La misma lógica se aplica al rechazo de la Ley 19337, de descentralización de la administración hospitalaria, sancionada en noviembre de 1971. Nuevamente se rechaza todo lo que no suponga la solución técnica ideal a la que supuestamente la conducción gremial aspira. En una declaración de su Consejo Federal, COMRA señala: “Debemos estar muy esclarecidos en cuanto a que los considerandos y propósitos de la Ley 19337 podrían haber sido sanamente refrendados por nosotros. Pero en cambio tenemos grandes reservas con respecto a la innovación que se implanta”.

Entre las posibles consecuencias negativas se enumera la destrucción de la fuente de trabajo privada con las obras sociales; incorporación masiva de profesionales al trabajo hospitalario *full time* en régimen asalariado; tendencia a la masificación de las profesiones de salud y de los pacientes; tendencia a la estatización de las prestaciones en desmedro de la capacidad instalada privada; perturbación en el proceso orientado a establecer un Seguro de Atención Médica; transferencia del déficit hospitalario a la población a través del arancelamiento de los servicios⁶.

En el mismo sentido se pronuncia, pocos días más tarde, la Confederación de Clínicas y Sanatorios, preocupada al considerar que habría de resentirse seriamente la atención a personas sin recursos o de escasos medios, tanto por la posible aplicación de derechos o tarifas como por la reducción de la capacidad de internación, que se dejaría disponible para obras sociales y pacientes con capacidad de pago. En segundo término, la entidad considera que la facultad acordada a los hospitales de incursionar en el mercado de la asistencia médica remunerada implica:

...una nueva injerencia estatal en la actividad económica privada y la posibilidad de una competencia desigual y destructiva con respecto a las instituciones

⁵ Confederación Médica de la República Argentina, *Actas de los Consejos Federales*, TV: 282-307, 24 de abril de 1965, p. 303.

⁶ Confederación Médica de la República Argentina, *Memorándum a las filiales*, 18 de noviembre de 1971.

privadas que han efectuado ingentes inversiones para dotar a sus establecimientos de los medios adecuados para una eficaz y económica atención.⁷

Las políticas de seguridad social médica.

En lo que respecta al sistema de seguridad social médica, pese al carácter público del sistema, la capacidad reguladora del Estado estuvo severamente limitada en Argentina, al igual que en EEUU. A nivel macro político las decisiones que tomó el INOS y más tarde la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) fueron resultado de acuerdos entre las corporaciones de proveedores y la corporación sindical. Esta alianza estuvo en condiciones de rechazar todos los intentos de transformación del sistema de obras sociales, emanados de gobiernos de diverso signo ideológico y portadores de contenidos muy diferentes para la reorganización de esas entidades. El listado de proyectos alternativos, que incluso habiendo sido sancionados no llegaron a aplicarse, comprende la Ley 20748/74 destinada a poner en marcha un Sistema Nacional Integrado de Salud durante la tercera presidencia de Juan Domingo Perón; la Ley 22269/80, sancionada bajo la dictadura militar de 1976-1983; y el proyecto de Seguro Nacional de Salud, presentado al Congreso en 1986 por el ministro Aldo Neri, que terminaría su trámite parlamentario con posterioridad al nombramiento del dirigente sindical Carlos Elvio Alderete como Ministro de Trabajo. Bajo las nuevas condiciones políticas, el proyecto originario vio desvirtuadas sus estrategias de cambio a partir de la sanción, en 1988, de dos leyes: la Ley 23660, que reproducía los términos de la 18.610, volviendo a instalar la vigencia del acuerdo entre corporaciones, y la Ley 23661 que creaba un Seguro Nacional de Salud, que naufragaría en las convulsiones hiperinflacionarias de 1989.

A lo largo de los años ochenta, se multiplicaron las manifestaciones de crisis del sistema de obras sociales. Los aspectos financieros de esta crisis se revelaron tanto a nivel del ingreso de las organizaciones financiadoras como en los gastos que debían realizar para garantizar la cobertura de salud de su población beneficiaria, en tanto una menor recaudación debió enfrentar costos mayores en la atención médica provista.

Los primeros síntomas de agotamiento del modelo de organización de servicios se expresaron por consiguiente desde el lado de la demanda. La capacidad financiera de las obras sociales comenzó a mostrar signos de debilitamiento, que no lograban ser compensados por los mecanismos de licuación generados por la inflación recurrente, ni por los aumentos en el porcentaje de los salarios afectado por aportes y contribuciones que procuraban compensar la estructura deficitaria de esos fondos.

Algunos analistas colocan el origen de la crisis financiera del sistema en los cambios en el mercado de trabajo que se generaron a partir de los últimos años de la década de 1970 y la consiguiente disminución del número de beneficiarios y recursos *per cápita*. Aunque no es posible negar esos cambios, ni su influencia en la desfinanciación del sistema, existe información suficiente para asignar buena parte

⁷ “Una ley inconclusa”, *Información sanatoria*, II, 5, diciembre de 1971, p. 3.

de la responsabilidad en la crisis de las obras sociales a 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, y las presiones por parte de los sindicatos con mayor poder de llegada a las decisiones del INOS/ ANSSAL que distorsionaron la administración de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución.

A lo largo de la década de 1980, la disminución de la capacidad de pago de la demanda no estimuló un ajuste ordenado de la oferta. 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 Jorge Katz y Alberto 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, sobre facturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de plus, etc.)⁸. En consecuencia, se concluye, 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.

En su investigación publicada en 1987, estos autores cuantifican la expansión de la oferta en un mercado caracterizado por la contracción de la demanda: 5000 nuevos médicos por año –en un país que contaba ya un promedio de 425 habitantes por médico–; una oferta de camas sanatoriales que crece al 4,2% anual, frente a una población que se expande al 1,7% cada año; 350 nuevos fármacos que ingresan anualmente a un mercado que exhibe un estándar de consumo que ya es alto en una comparación internacional (50 dólares/habitante/año).

También se reconoce como fenómeno asociado con esa expansión el aumento del gasto de bolsillo del usuario, que ilustra la caída de la cobertura brindada por las obras sociales y es un referente de la creciente inequidad del sistema. Una cita recuperada por Katz y Muñoz lo grafica en los siguientes términos:

El nivel de participación del gasto privado [como porcentaje del gasto total], 38,1%, es superior al de años anteriores. Este fenómeno no debiera resultar demasiado sorprendente si ponderamos la caída relativa del gasto público, las dificultades reseñadas de las obras sociales y el comportamiento de un modelo prestacional que avanzó y avanza sobre el gasto directo como mecanismo de financiamiento⁹.

⁸ Katz y Muñoz ejemplifican las prácticas de sobreprestación con la tasa de cesáreas en beneficiarias de obras sociales, que se ubicaban entre el 20 y el 35% de los partos, mientras en los establecimientos públicos era de alrededor del 8% (Katz & Muñoz, 1987)

⁹ Extracto de un informe de Consultores en Ciencias de Salud (CONCISA) (Katz & Muñoz, 1987, p. 58).

Una de las conclusiones de este texto me parece útil para cerrar este párrafo. En ella se identifican como responsables básicos de la vasta crisis que enfrenta el sistema el fracaso del mecanismo de mercado, la creciente incapacidad del Estado para implantar y poner en práctica un mecanismo regulatorio adecuado, y la restricción cada vez mayor de recursos con los que el sector venía operando a través del tiempo.

Los fundamentos de la supremacía profesional en las décadas centrales del siglo XX

Como cierre de esta segunda parte, considero que es posible avanzar en una síntesis comparativa de los avances en el control de los respectivos servicios de atención médica, por parte de las profesiones bajo estudio.

En primer lugar, proyecto sobre el caso argentino la afirmación de Paul Starr sobre las bases de la supremacía profesional en EEUU. También en Argentina la profesión médica alcanzó su condición de supremacía sin recurrir a ningún tipo de coerción. La legitimación de su derecho a la autonomía y la autorregulación dependió de la confianza de la población y no de la fuerza, de su creciente autoridad cultural antes que de su influencia política, del éxito de sus alegatos de competencia y su capacidad de comprensión y no del imperio del poder de policía del estado.

Una vez afirmada esa supremacía, una serie de transformaciones incidió en la distribución de poder en la organización y financiamiento de la atención médica. La primera de ellas se vinculó al crecimiento de la especialización y de los hospitales, que potenciaron la imagen de una práctica con base científica y tecnológica y promovieron el cambio desde una orientación de ejercicio individual a la confianza en los beneficios de la organización. Los intereses comunes subordinaron al interés por el crecimiento individual, y la preferencia por los intereses colectivos de largo plazo sobre los intereses particulares inmediatos. En la medida en que desaparecieron las disputas entre profesionales aumentó su autoridad, condición necesaria para obtener la confianza del público. Este resultado se aprecia con más claridad en EEUU que en Argentina, donde el debate sobre las incumbencias de cada área de especialización, las rivalidades y la disputa ideológica trasciende el ámbito de las organizaciones de la profesión y esporádicamente alcanza la opinión pública, hasta bastante avanzado el siglo XX.

Una segunda esfera de supremacía de los médicos se hizo evidente a partir del control de su área específica de práctica. En EEUU el requisito de la licencia limitó originariamente el número de médicos, las exigencias y costos de la formación de grado incidieron posteriormente en la limitación del número de practicantes. La relación de autoridad y control que establecieron sobre los otros profesionales de salud y los técnicos auxiliares los ubicó como intermediarios entre estos y la demanda del mercado de atención. En este caso, la diferencia con Argentina es muy evidente:

aunque también aquí la matriculación era requisito indispensable para el ingreso a la práctica, el acceso a la educación universitaria estuvo ampliamente abierto a los sectores medios y el número de médicos se multiplicó sin encontrar trabas. La relación con las profesiones y técnicos auxiliares no tuvo en los orígenes una delimitación clara de incumbencias, solo tardíamente llegó a imponerse a través de la práctica.

En las primeras décadas del siglo la profesión consiguió eludir en ambos escenarios el control del capital privado y de las jerarquías públicas, tanto las dependientes del Estado como las que correspondían a la beneficencia. Las organizaciones de atención médica florecieron bajo directivas profesionales, que fueron respetuosas de las decisiones de sus pares en el ámbito –privado e íntimo– constituido por el consultorio. Esto fue así, no solo en los consultorios de la práctica privada, también en las abigarradas salas de la consulta hospitalaria, donde las decisiones de cada médico sobre el diagnóstico y terapia de sus pacientes no solo estaban resguardadas por el supuesto saber técnico, sino también por precisos dictámenes éticos. La apertura de hospitales a la práctica del médico independiente permitió la socialización del capital invertido en infraestructura y tecnología. La investigación médica subsidiada en forma privada y más tarde apoyada por el sector público socializó los costos de la innovación técnica. Estas dos fuentes de ascenso profesional fueron más importantes en el escenario norteamericano que en el local, pero tuvieron presencia en ambos.

La eliminación de los contrapesos de poder en atención médica fue un cuarto elemento en el desarrollo de las bases estructurales de la supremacía profesional en EEUU. Las agencias estatales, las empresas, y las asociaciones voluntarias podían haber ejercido un rol de contrapeso, pero fueron mantenidas fuera de las decisiones sobre atención médica, o en sus márgenes. Su exclusión significó que no existieran compradores organizados que contrapesaran el poder de mercado de los médicos. Los profesionales podían establecer precios conforme a lo que los clientes podían pagar. El oligopolio de oferta se afianzó gracias a las estrategias comunes de hospitales y profesionales independientes. La ausencia de contrapeso fue también una clave en la influencia política de la profesión. Aquellas ocupaciones que obtuvieron protección de licencia a fines del siglo XIX tuvieron la ventaja de no enfrentar compradores o empleadores que pudieron haber tenido interés en oponerse a las leyes que la establecían. Preservar esa ventaja dio a los médicos la capacidad de incidir sobre muchas cuestiones políticas relacionadas estratégicamente con la atención médica.

En Argentina, en cambio, existieron contrapesos con influencia variable a lo largo de toda esta historia. Las sociedades de beneficencia reclamaron capacidades de decisión en el interior de los establecimientos que administraban. El balance de poder en ese terreno fue modificándose en la medida en que la caridad fue paulatinamente reemplazada por las políticas asistenciales del Estado y los médicos ganaron confiabilidad y respeto para su práctica. En la segunda mitad del siglo hubo un contrapeso importante a medida que los sindicatos ganaron el control de las obras sociales; sin embargo, aunque la profesión tuvo que negociar remuneraciones, mantuvo el pleno control en sus decisiones de diagnóstico y tratamiento. La menor capacidad de inyectar recursos en el sector debilitó la formación del oligopolio de oferta. La puja distributiva generó diferenciación de intereses entre instalaciones

con internación y consultorios. En las jurisdicciones donde los contratos se establecían en forma independiente, el resultado fue una escisión en el interior del cuerpo profesional, ya que el interés por preservar el vínculo con el sanatorio restó cohesión al vínculo médico gremial.

Un quinto desarrollo fue el establecimiento de autoridad profesional. La atención médica comenzó a estar caracterizada por una serie de límites internos que demarcaban el dominio de la profesión. El cuidadosamente preservado límite entre la salud pública y la medicina curativa fue un ejemplo. En el hospital hubo una separación entre dos líneas de autoridad, una profesional, la otra administrativa. En el mercado de fármacos se desarrolló una división entre medicinas bajo receta obligatoria y medicinas libres. La ausencia en general de una organización integrada y una gestión de alto nivel en las instalaciones más complejas tuvo la función de preservar la posición de dominio de la profesión. Los diferentes intentos para racionalizar la organización de hospitales, la práctica médica y la salud pública encontraron la oposición de intereses privados. Ningún programa, política o plan era aceptable, ni merecía consideración, a menos que respetara la soberanía de los profesionales.

Sobre la base de estas conquistas, que afirmaron su autoridad a nivel de la relación entre médicos y pacientes, y preservaron el vínculo privado y personal que se esgrimía como principal factor de la eficacia terapéutica, ambas profesiones extendieron su influencia sobre las formas organizativas destinadas a garantizarles una demanda solvente. En EEUU los éxitos en esta esfera fueron más tempranos y más amplios que en Argentina. Los planes Blue no solo garantizaron el respeto a las libertades médicas por parte de las organizaciones de cobertura de la atención, sino que estuvieron además administrados por hospitales y asociaciones de profesionales. Y estimularon la adopción de sus mecanismos de gestión no solo por parte del seguro por reembolso, sino también por las organizaciones públicas destinada a financiar la atención de ancianos y pobres.

En Argentina las organizaciones médicas ganaron este control a través de conflictos que las enfrentaron con el Estado y con otros actores sociales portadores de reivindicaciones sobre el sistema de servicios, mucho más tarde que sus pares norteamericanas y de manera más limitada, en un modelo de gestión compartido con la dirigencia de las obras sociales. Aproximadamente en la misma época –últimos años de la década de 1960–, las organizaciones gremiales médicas comienzan a considerar la posibilidad de organizar sus propios planes de prepago gremial, orientados a ofrecer cobertura a trabajadores independientes, profesionales y empresarios. Las asociaciones de clínicas y sanatorios adoptarán la misma estrategia a partir de los primeros años de la década de 1970. Tanto los prepagos gremiales como los sanatoriales se desarrollarán con cierta lentitud, acompañando el ritmo de sus rivales de naturaleza empresaria.

La medicina argentina parece seguir los pasos de su par norteamericana en un escenario con mayores limitaciones: una relación habitantes/médico menos favorable, menores recursos financieros, técnicos y de gestión, difícil disciplinamiento del frente interno, presencia de antagonistas con igual o mayor capacidad de presión sobre las agencias estatales, conforme las alternativas de un régimen político

crónicamente inestable, predominio de un debate sustentado en representaciones ideologizadas, carencia crónica de información confiable sobre el desempeño de las organizaciones de atención médica y su impacto sobre la salud de la población.

Las similitudes y diferencias entre ambas profesiones se volverán a evidenciar con más crudeza cuando, en los años noventa del siglo XX, ambas deban enfrentar el agotamiento de las formas organizativas vigentes.

Tercera parte

Nuevo régimen de regulación
para la atención médica

Capítulo 7

Las reformas de la década de 1990

La pérdida de legitimidad de las concepciones dominantes

En los dos escenarios objetos de este estudio, la profesión médica verá sensiblemente amenazado su control sobre el sistema de servicios como consecuencia de las reformas introducidas en los años noventa del siglo XX. En las décadas previas y en paralelo a las evidencias de agotamiento de las formas organizativas vigentes, los médicos debieron soportar severos cuestionamientos vinculados con la eficacia y eficiencia de su práctica, que se tradujeron en una cierta deslegitimación de las reivindicaciones históricas de la medicina, fundadas en su presunta capacidad de resolver la totalidad de la problemática de salud-enfermedad.

La emergencia de perspectivas críticas sobre las concepciones vigentes vinculadas a salud, enfermedad y atención médica se generalizaron más allá de las fronteras de ambos países a partir de la década de 1970, y abarcaron también cuestiones más amplias, como las vinculadas a la eficacia de la planificación normativa, hasta entonces considerada un adecuado instrumento de gobierno, y el debilitamiento de la confianza colocada en la ciencia y la tecnología como fundamentos no contradictorios de la promoción del bienestar social. En el campo específico de salud, el fenómeno de la medicalización fue objeto de análisis que, en casos extremos, llegaron a denunciar la supuesta presencia en el campo profesional de una vocación sistémica de control y disciplinamiento.

Alguna evidencia *dura* justificaba un diagnóstico negativo. La información estadística utilizada en la comparación entre países mostró la inexistencia de una relación directa entre inversión en salud y crecimiento económico: las sumas invertidas en el sector salud solo contribuirían débilmente a la prosperidad, mientras en ocasiones obstaculizaban inversiones más rentables cuyos efectos indirectos sobre la salud podían considerarse más importantes que los efectos directos de la atención médica. Los estudios comparativos también demostraron la presencia de una espiral de costos no correlacionada con aumento de la expectativa de vida y/o la satisfacción de los usuarios.

Múltiples análisis comenzaron a diferenciar salud y atención de la enfermedad. De ello resultó una creciente conciencia de la existencia de determinantes de las condiciones de salud que se encuentran fuera del ámbito de eficacia de la práctica médica: carga genética de los individuos, saneamiento ambiental, calidad de la nutrición, factores de estrés, condiciones de integración y apoyo social, autoestima y control personal, entre otros. En paralelo se produjo la difusión de grupos de autoayuda y terapias alternativas (Evans y Stoddart, 1990).

En lo vinculado a atención médica, los cuestionamientos a las formas organizativas dominantes pusieron de manifiesto las contradicciones generadas por la vigencia no regulada de las *libertades profesionales*.

La libre elección de proveedor, en tanto elección del profesional y del nivel de atención, se habría traducido en los sistemas insuficientemente regulados en falta de control sobre la conducta de los proveedores. La libertad de prescripción de medios diagnósticos y terapéuticos, sin interferencia externa sobre el proveedor directo, pondría en evidencia la no existencia de normas de práctica o gestión de calidad. En un sistema con pagos por honorario por servicio, ninguna entidad externa podría controlar el ingreso del médico. Por esa vía se generaría un incentivo a ganar más prescribiendo más servicios, en forma independiente de que esa mayor atención fuera necesaria o beneficiosa para el paciente. Ese límite resultaría perjudicial en situaciones de negociación directa de honorarios entre médico y paciente: si este carece de información sobre la calidad, el precio, y las normas de tratamiento de otros profesionales, no es probable que tenga la capacidad de negociar con su médico en igualdad de condiciones. Por último, también se incluye en esa visión crítica el predominio de una práctica individual que, en ausencia de disciplinamiento gremial, significaría la inexistencia del control de los pares, elemento ampliamente reconocido de gestión de calidad.

En ese escenario adverso a las reivindicaciones profesionales de autonomía y autocontrol se instaló el debate sobre reforma de la atención médica. Las propuestas de cambio de las formas organizativas se multiplicaron, incorporando perspectivas ideológicas, intereses sectoriales, visiones confrontadas de lo deseable y lo posible, expectativas y reservas sobre el posible rol ordenador de las agencias estatales, diferentes miradas sobre la posible influencia de la competencia en mercados libres y/o regulados. La mayor parte de los objetivos de cambio se centraba, sin embargo, en una perspectiva crítica de las relaciones entre financiamiento y provisión de atención médica. Las múltiples formas de su vinculación fueron sometidas a análisis y propuestas de cambio: desde la excesiva libertad dejada a los proveedores por los sistemas de seguro comercial hasta la falta de incentivos de productividad y eficiencia en los servicios públicos con gestión estatal, las formas organizativas dominantes fueron consideradas responsables del aumento de costos y los déficits en eficacia y eficiencia.

Dos intervenciones estatales fallidas: similitudes y diferencias

En los primeros años de la década de 1990, los gobiernos de EEUU y Argentina pusieron en marcha sendos proyectos de reforma de los servicios de atención médica. El Plan Clinton constituyó un ambicioso proyecto de legislación orientado a expandir la cobertura hacia la población excluida de los beneficios del seguro. Fue elaborado por un grupo de trabajo liderado por Hillary Clinton a lo largo de 1992, elevado al Congreso en 1993, y objeto de un encendido debate, con gran repercusión en los medios, entre actores sociales afectados por sus disposiciones, técnicos en administración, académicos, economistas, funcionarios gubernamentales y legisladores, que se extendió hasta su rechazo en 1994.

En Argentina, el gobierno del presidente Carlos Menem elevó al Congreso en 1992 un proyecto de ley de reforma de la seguridad social médica elaborado bajo las directivas del ministro Domingo Cavallo, que no logró apoyo parlamentario en tanto tuvo que enfrentar la oposición de la CGT, reunificada en la oposición a esa reforma y a los proyectos de transformación del sistema previsional, después de su ruptura en 1989. *A posteriori*, la necesaria reforma del régimen de obras sociales se sancionó por decreto en enero de 1993. Sus disposiciones se cumplieron tardía y parcialmente.

Más allá de estas coincidencias cronológicas, pocas similitudes pueden encontrarse en la actividad de ambas administraciones y su repercusión en las respectivas sociedades. El plan elevado por Clinton al Congreso sumaba algo más de 1.300 páginas y para su difusión pública se habían sintetizado las principales disposiciones en un folleto que sumaba 24, revelando de ese modo el esfuerzo y las capacidades de los técnicos a cargo de su elaboración. El Decreto N° 9, sancionado por el gobierno nacional en 1993, consta de 11 artículos y su fundamentación cubre una página, dedicada a la explicitación de expectativas de cambio en los agentes involucrados. En Argentina no hubo debate en torno a la reforma, salvo en algunas publicaciones especializadas y congresos y seminarios organizados con ese fin. Las escasas expresiones de opinión dedicadas al tema asumieron una polarización extrema entre referentes ideologizados: Estado/mercado, regulación/competencia, solidaridad/responsabilidad individual, y otros.

En mi perspectiva, el rechazo de la iniciativa se vinculó en ambos escenarios con las características de los respectivos sistemas políticos. En lo relativo a EEUU, Mark Peterson sostiene que en los años 90 se produjo una faccionalización de la antigua alianza entre médicos, aseguradores y empresarios, que había sostenido en las décadas previas el desarrollo del sistema de servicios (Peterson, 1994).

La visión que transmite Peterson, de una AMA afirmada como entidad todopoderosa, única organización con capacidad de “reunir 140 votos en el Congreso entre el viernes a la noche y el mediodía del lunes” conforme a la imagen expresada por el *New York Times* en 1954 –que James Morone considera algo exagerada (Morone,

1994)–, respaldó buena parte de los argumentos vinculados al fracaso de los proyectos de legislación de seguro nacional de salud elaborados a partir de la década de 1930.

En las décadas previas a la reforma de los noventa, sin embargo, el panorama parece haberse modificado sensiblemente. Junto a la todavía poderosa AMA, los también influyentes colegios que agrupan a los profesionales según especialidades, y la Health Insurance Association of America (HIAA), organización que tuvo históricamente a su cargo la representación de los aseguradores comerciales, tomaron posición política como contendientes en el campo de la atención médica las cámaras que representan a las organizaciones de *managed care*, las organizaciones de empleadores, y una multiplicidad de grupos de *advocacy*, representantes de ciudadanos y/o consumidores, que conformaban una trama de intereses de conflictiva alineación tras las diferentes propuestas en debate.

En el caso argentino, si partimos en el análisis de la expresión de Peterson cuando caracteriza las transformaciones del sistema político estadounidense a partir de una evolución “desde triángulos de hierro a redes de política”, que se habría producido en las últimas décadas del siglo XX, es posible señalar que la caracterización local de los intereses que presionaban en la reforma del sistema de servicios estaría todavía en la primera etapa, es decir, la de pocos y concentrados actores con capacidad de llegada, ya no al Parlamento, sino a las agencias del Poder Ejecutivo involucradas en las decisiones de reforma: los profesionales y sanatorios a través de sus organizaciones representativas, la CGT en defensa del *statu quo* para las obras sociales, las empresas de medicina prepaga, que procuraban ingresar en el mercado de cobertura obligatoria.

La reforma en EEUU: el Plan Clinton

Durante la campaña que llevó a Bill Clinton a la presidencia de los EEUU, ingresó plenamente en la arena política el debate sobre una necesaria reforma del sistema de servicios, que gozaba de relativo consenso en virtud de dos problemas acuciantes: el incremento de los costos, su incidencia en el equilibrio fiscal y la situación del creciente número de ciudadanos sin cobertura o con cobertura insuficiente. Republicanos y demócratas participaron del debate defendiendo múltiples opciones de reorganización.

Un intento de síntesis de los diferentes proyectos ubicaría en ambos polos del espectro ideológico por un lado, la propuesta del ala liberal del Partido Demócrata que proponía un sistema de seguro de salud con cobertura universal y un protagonismo significativo del estado a través de un organismo de financiamiento único; en el extremo opuesto, los republicanos defendían una serie de reformas incrementales orientadas al mercado, que procurarían promover –pero no garantizar– la cobertura de seguro.

La propuesta demócrata de un seguro de gestión pública, con un único contratante y múltiples proveedores, tanto públicos como privados, estaba inspirada en los éxitos logrados en Canadá a partir de la década de 1970. En esa forma organizativa,

todos los pagos por servicios de salud serían canalizados a través de una entidad única, gerenciada por el gobierno federal, el gobierno estadual o una organización regional cuasipública de algún tipo. Los servicios serían proporcionados por una variedad de médicos, hospitales y clínicas, la mayoría de los cuales serían de propiedad y gestión privada. El proyecto proponía financiamiento público fundado en un presupuesto global, y pagos anualmente negociados a médicos y hospitales. Sus virtudes habrían consistido en lograr una reducción de la tasa de incremento del gasto, maximizando a la vez la autonomía de pacientes y proveedores.

Las reformas destinadas a la regulación de los mercados de atención defendidas por miembros del Partido Republicano contaban con el apoyo de la Health Insurance Association of America, portavoz de los aseguradores comerciales. En la versión adoptada por el presidente Bush se proponía la organización de *pools* de compra de seguro para pequeñas empresas, regulación de las prácticas de las compañías de seguro y de las demandas por mala praxis para reducir el precio de cobertura, y exenciones y créditos impositivos para hacer al seguro más accesible a las familias de bajo ingreso.

Un tercer enfoque se ubicaba en un espacio intermedio: defendía la promoción de la cobertura universal sin proponer un sistema financiador único, definía como eje del seguro destinado a la población trabajadora las contribuciones obligatorias por parte de los empleadores, que podían optar por contratar seguro directamente para su personal o contribuir a través de un impuesto destinado a subsidiar la expansión de la cobertura gubernamental para los no asegurados. Estos esquemas eran híbridos e intentaban, según la perspectiva de Theda Skocpol, un *patchwork* con la cobertura universal y la preservación de elementos del sistema vigente. Sin embargo, la propuesta resistió las críticas formuladas por expertos y los cuestionamientos desde la izquierda y la derecha, y se convirtió en el enfoque ubicado en una cómoda posición de centro entre las alternativas existentes, considerado por muchos analistas como el más pragmático (Skocpol, 1997).

La propuesta del presidente Clinton se ubicó en ese camino intermedio. Durante 1992, los estrategias de campaña del futuro presidente se mantuvieron en el interior de un estrecho corredor de alternativas políticas, adhiriendo a los fundamentos de la crítica conservadora a las agotadas soluciones liberales de *big government*, mientras intentaban reconstruir la confianza del electorado en la esfera pública a través de proyectos que se hacían cargo de demandas de la clase media, que en ese momento se manifestaba preocupada por el creciente costo de la cobertura de atención médica. A la vez se esperaba despertar el interés de grandes empleadores y compañías de seguros, en función de la confianza puesta en la competencia de mercado y las estrategias de gestión de cobertura, destinadas a promover eficiencia y reducción de los costos en la provisión de atención médica.

Aunque diferían en las formas organizativas, y en el balance público/privado en la organización de los servicios, la casi totalidad de las propuestas en debate incluían la introducción de un mecanismo de gestión identificado como *managed care* en las relaciones entre aseguradores y proveedores.

Para una presentación somera del significado de la expresión *managed care* que será abordada con más detalle en próximos parágrafos, puede ser útil la definición propuesta por John Iglehart:

La mayoría de las definiciones caracterizan como *managed care* un sistema que integra la financiación y provisión de atención médica apropiada por medio de los siguientes rasgos: contratos con médicos y hospitales seleccionados; que proporcionan un conjunto integral de servicios de atención médica a los beneficiarios; usualmente por una prima mensual predeterminada; controles de utilización y calidad que los proveedores contratantes acuerdan aceptar; incentivos financieros para pacientes para utilizar a los proveedores e instalaciones asociadas con el plan; y asunción de algún riesgo financiero por parte de los médicos. De este modo se altera su rol de servir como agentes para el bienestar de los pacientes ya que tienen que equilibrar las necesidades de éstos con la necesidad de control de costos o, como Mechanic señaló sintéticamente, moverse “*from advocacy to allocation*” (Iglehart, 1992, p. 743).

Diferentes posicionamientos de los actores corporativos

Los miembros de la antigua alianza se sintieron estimulados a reconocer la necesidad de una reforma a partir de las transformaciones que sufrió el sistema de atención médica a partir de la década de 1970. La misma AMA llegó a considerar inaceptable el *statu quo* y a ofrecer un plan para mejorar el acceso y bajar costos, a la vez que dedicó un volumen de su revista a recuperar parte del debate sobre reforma¹⁰. Sin embargo, las organizaciones de proveedores no coincidían en el formato deseable de los cambios. El American College of Physicians y la American Academy of Family Physicians, por ejemplo, parecían dispuestos a aceptar reformas más profundas y mayor intervención del gobierno que la AMA, mientras la American Hospital Association se mostraba dividida entre los sectores cuya actividad se desarrollaba con y sin finalidades de lucro.

En paralelo, la Health Insurance Association of America se vio sometida a un doble desmembramiento. En primer lugar, una cantidad importante de pequeños aseguradores, que se consideraban beneficiados por las distorsiones existentes en el mercado y temían ser perjudicados por las propuestas de regulación emanadas de la administración Bush, se separaron de la HIAA a comienzos de la década de 1990 para organizar el Council for Affordable Health Insurance. En segundo término, las cinco mayores empresas de seguro comercial (Aetna, Cigna, Metropolitan, Prudential y Travelers) abandonaron la organización, a partir de haber tomado fuertes posiciones en el desarrollo de planes de *managed care*, destinados a expandirse si la propuesta Clinton era aprobada, y formaron la Alliance for Managed Competition, para llevar adelante prácticas de lobby en sus propios términos. Las organizaciones responsables de los planes Blue Cross/Blue Shield que hasta la década de 1970 constituyeran

¹⁰ JAMA, *The Journal of American Medical Association*, 265, 19, 15 de mayo de 1991.

otro pilar de la defensa del *statu quo*, no integradas en la HIAA por identificarse como organizaciones sin fines de lucro, modificaron también su posición a partir de la incorporación de planes de *managed care* a su oferta de cobertura (Skocpol, 1997).

Tal vez más importantes, sin embargo, fueron las tensiones crecientes entre proveedores y gerenciadore, por un lado, y los empresarios oferentes de cobertura de seguro, por el otro. Las empresas, que se habían beneficiado en las negociaciones con los sindicatos otorgando a su personal amplia cobertura de atención médica en los años en que el costo de las primas se mantuvo estable y predecible, cambiaron su posición respecto a la intervención del gobierno, previamente considerada como anatema. En la década de 1980, la inquietud de los empleadores se manifestó en el surgimiento de numerosas coaliciones. Uno de sus principales objetivos –a menudo trabajando en colaboración con los gobiernos de los estados– fue el fortalecimiento de la competencia entre aseguradores con el objetivo de contener costos, al mismo tiempo que el respaldo a los planes de *managed care*.

Las alianzas de empleadores a nivel nacional asumieron múltiples formas: organizaciones empresariales como la Alliance of Business for Cost Containment, asociaciones entre empresas y sindicatos como la que reúne a los intereses vinculados a la producción de acero, asociaciones entre empresas y otros grupos de presión política, como la National Leadership Coalition for Health Care Reform (Peterson, 1994). La posición de los empresarios, sin embargo, no fue uniforme: los pequeños empleadores, representados por grupos como la National Federation of Independent Business, no aceptaban la obligatoriedad de la cobertura proporcionada por el empleador, mientras las grandes empresas estaban dispuestas a seguir ofreciéndola.

No solo las organizaciones de representación funcional se habían vuelto heterogéneas hasta el punto de perder cohesión en la defensa de determinadas posiciones, también, en el caso de la reforma Clinton, ninguna de ellas manifestaba oposición o apoyo *en bloque* al proyecto presidencial o a cualquiera de los otros en debate; por el contrario, estaban interesadas en algunas disposiciones y temían ser perjudicadas por otras, de manera que la agregación de intereses resultaba virtualmente imposible.

Los grupos ciudadanos organizados para defender o promover cuestiones específicas vinculadas al interés general estuvieron también presentes en el debate sobre la reforma. La mayoría de estas organizaciones apoyaba el gasto federal en servicios sociales y de salud y defendía el incremento de la regulación estatal. A partir de la década de 1970, aumentó la participación de estos grupos que, gracias a la emergencia de nuevas tecnologías de comunicación, vieron facilitada su actividad en la arena política. En general, sostiene Peterson, los nuevos grupos organizados a partir de esa década no solo rechazan el *statu quo*, sino que también lo desafían activamente.

La reforma en Argentina: el Decreto 9/1993

El Decreto 9, sancionado en enero de 1993, proponía tres grandes líneas de reforma: la desregulación de las obras sociales, que permitiría a sus beneficiarios elegir

libremente la entidad hacia la cual se canalizarían sus aportes; la libre contratación entre financiadores y proveedores, con libertad de pactar precios no sujetos a los valores del nomenclador de prestaciones; la puesta en marcha de los hospitales de autogestión en el subsistema público, que podrían facturar a las entidades responsables de la cobertura la atención brindada a sus beneficiarios. Como ya adelanté, estas disposiciones se aplicaron con demoras o bien fueron implícitamente dejadas de lado, como sucedió con la que impedía a las asociaciones médicas y de clínicas y sanatorios contratar con las obras sociales en representación de su membresía. Y los mecanismos de adaptación del sistema a nuevas reglas de juego no satisficieron las expectativas de los reformadores gubernamentales.

Cuando el conflicto político y el proceso de toma de decisiones se ubica en las agencias del poder ejecutivo y ya no en el parlamento, como sucedió en el caso argentino, adquieren particular significación la cohesión del gabinete y el partido de gobierno en torno a la orientación de las políticas y las capacidades técnicas disponibles para diseñar un nuevo organigrama. El partido peronista se alineó tras la posición de Menem, pero no resignó por completo sus banderas, en particular su tradicional identificación con las demandas de la central obrera. En lo que respecta a las agencias del poder ejecutivo involucradas en las decisiones sobre reforma, puede afirmarse que los reformadores presentes en el Ministerio de Economía defendían una desregulación orientada a debilitar a las corporaciones sectoriales, mientras la ANSSAL en un primer período y luego la Superintendencia de Servicios de Salud se constituyeron como baluartes de los intereses de la corporación sindical.

El equipo de trabajo instalado en Economía fue probablemente una de las islas de eficiencia identificables en la trama institucional que encauzaría el conflicto político por la reforma. Es posible que sus integrantes se equivocaran al esperar que el poder de las corporaciones se diluyera a partir de las disposiciones de un decreto. Puede también ponerse en cuestión su excesiva confianza en las fuerzas de un supuesto mercado libre de regulaciones. Sin embargo, es necesario señalar que el desempeño de ese grupo de técnicos estuvo supeditado a las negociaciones en el interior del gobierno; en ese caso el déficit no fue de capacidades técnicas sino de capacidad decisoria, o más aun, de la capacidad de hacer obligatorias las decisiones y sancionar las conductas desviadas. Por el contrario, las capacidades técnicas estuvieron ausentes en las agencias gubernamentales defensoras del *statu quo*. Los pocos instrumentos consensuados para atenuar la estratificación de ingresos entre las obras sociales y eliminar la cobertura múltiple no pudieron aplicarse por límites en la capacidad de procesar información en la ANSSAL y la Superintendencia de Servicios de Salud.

El primer pilar de la reforma, la desregulación de las obras sociales, enfrentó la oposición de la CGT, y fue parte de la negociación entre la central sindical y el gobierno en torno a la aprobación de la reforma laboral. La puesta en marcha del mecanismo de libre elección de obra social se demoró hasta enero de 1997 y las opciones de los beneficiarios quedaron limitadas a las obras sociales sindicales. Las empresas de medicina prepaga no integraron el listado de las entidades elegibles. Finalmente, el balance de las opciones seleccionadas quedó muy lejos de

las expectativas de los reformadores: el número de entidades financiadoras no se redujo significativamente, y un porcentaje superior al 50% conservó una membresía inferior a diez mil beneficiarios, mínima cantidad considerada necesaria para una efectiva gestión de riesgo.

El segundo pilar de la reforma, la liberalización de las modalidades contractuales que vinculan la demanda y oferta de servicios, tuvo un acatamiento significativo en las regiones más desarrolladas del país. Sin embargo, para una adecuada reconstrucción de su dinámica es necesario preguntarse si ese cambio se produjo como consecuencia de las medidas tomadas por el gobierno o fue consecuencia de un movimiento iniciado por los propietarios de sanatorios con mejores condiciones de posicionamiento en el mercado, en las regiones donde este alcanzaba una dimensión significativa, como reacción defensiva ante la crisis financiera de la seguridad social.

La introducción de mecanismos de *managed care* en los contratos entre financiadores y proveedores

Planes y organizaciones de managed care en EEUU

A partir de los primeros años de la década de 1990, la aplicación de las estrategias de *managed care* adoptó formas muy diversas. Con anterioridad se las identificaba con las prácticas de grupo prepagas, en las que habían demostrado eficacia en el control de costos. Sin embargo, en forma paulatina, la mayoría de los grandes agentes que representaban organizaciones de financiamiento y provisión de la atención médica comenzaron a introducir en sus prácticas de cobertura mecanismos asociados con este instrumento. Los planes de *managed care* y las organizaciones de *managed care* se multiplicaron en los primeros años de esa década.

Los cambios introducidos por los mecanismos de *managed care* consistieron en general en desalentar los incentivos a la sobre práctica o sobre facturación asociados en el pago por acto médico y reemplazarlos por modalidades de remuneración que premiaran una limitación de la atención provista a lo estrictamente necesario para la recuperación del paciente. El honorario por servicio fue reemplazado por pagos globalizados, modulados o capitados, transferidos a las organizaciones o redes de proveedores, que debían procurar el equilibrio financiero a través del control de las prácticas prescriptivas de los profesionales a cargo. El resultado fue una severa limitación a la tradicional autonomía médica. Un estudio reciente proporciona una síntesis apta para los objetivos de este texto, reconociendo dos modalidades básicas, que podían ser aplicadas en forma conjunta o independiente: la contratación selectiva y la gestión de tratamientos (White, 2007).

La contratación selectiva suponía que la organización a cargo de la gerencia contratada con un determinado número de profesionales y sanatorios, que aceptaban

limitar sus honorarios a determinados valores –resignándose a una remuneración menor, en base a la expectativa de un mayor flujo de pacientes– mientras los beneficiarios aceptaban limitar su posibilidad de elección a los proveedores inscriptos en el correspondiente listado. En tales contratos podían existir límites adicionales a la libertad de prescripción de los médicos involucrados, a través de exigencias de autorización previa para determinadas prácticas, o diferentes incentivos, monetarios y no monetarios, destinados a generar una conciencia de costos entre los profesionales a cargo.

La gestión de tratamientos, por su parte, avanzaba en mayor medida sobre las libertades médicas, imponiendo una práctica que suponía que alguien diferente de los profesionales podía llegar a autorizar o denegar decisiones médicas. Las medidas para influenciar prácticas prescriptivas incluyeron el establecimiento de determinados estándares de utilización de servicios (revisión de utilización), la introducción de una puerta de entrada al sistema destinada a ordenar la demanda de atención (introducción de médicos generalistas con rol de *gatekeeper* y riesgo compartido por conductas de sobreoferta); y el estímulo a formas de provisión grupales –superadoras de la práctica individual– con capacidad de desarrollar una cultura de práctica común, elaborar lineamientos de atención para determinadas patologías y supervisar las prácticas prescriptivas a partir del control de pares.

Los cambios en los mecanismos de gestión de contratos en Argentina

También en Argentina y otros países de América Latina esta modalidad de gestión de la cobertura de atención médica tuvo una expansión importante en los primeros años de la década de 1990. En 1997, una presentación de André Medici y colaboradores señalaba el crecimiento de los programas de *managed care* en un importante número de países, específicamente Argentina, Costa Rica, Colombia, Chile, Uruguay y Brasil (Medici *et al.*, 1997). Por su parte, Julio Frenk y Octavio Gómez-Dantés informaban sobre las posibilidades de su expansión en México (Frenk y Gómez Dantés, 1998).

André Medici y sus colaboradores consideraban que, si bien la aplicación de los mecanismos de *managed care* en estos países había tenido en cada uno de ellos rasgos particulares, algunas características comunes justificaban su identificación como tales. Estas serían:

- a) algún grado de integración entre responsabilidad financiera y provisión de servicios de atención médica destinadas a proporcionar cobertura;
- b) utilización, en reemplazo del honorario por servicio, de técnicas tales como el prepago capitado a los proveedores, que supone colocar sobre ellos el riesgo económico por los servicios proporcionados;
- c) en los programas mejor desarrollados, la incorporación de mecanismos de revisión de utilización y gestión de control de calidad, para contener costos y asegurar la calidad de la atención.

Si descartamos las prácticas asignadas al ítem c. y aceptamos que la utilización de técnicas basadas en la informática pueda estar dirigida exclusivamente a la contención del gasto, sin énfasis particular en la calidad, la enumeración de rasgos permite incluir en el listado de ejemplos de este tipo de modalidades de cobertura los contratos de riesgo firmados entre obras sociales y diferentes organizaciones de proveedores de atención médica en Argentina.

La reacción de los mercados

El fracaso de la iniciativa gubernamental estimuló en cada uno de los escenarios la difusión de transformaciones en las relaciones establecidas entre los tres grupos de agentes con presencia en el sistema de atención médica: aseguradores, proveedores de atención, población a cargo. Los cambios más significativos, como ya adelanté, se vincularon con la aplicación de diferentes modalidades de *managed care*.

Expansión y retroceso del managed care en EEUU

En EEUU, las nuevas formas organizativas, en expansión a partir de la década de 1980, generaron profundas modificaciones en la estructura del mercado de atención médica, no solo entre aseguradores y proveedores a partir de la introducción del *managed care*, también entre población y aseguradores al multiplicarse las modalidades de cobertura. Las primeras formas organizativas vinculadas al *managed care*, reconocidas por las siglas HMO y PPO (Health Maintenance Organization y Preferred Provider Organization), suponen la integración de las funciones de financiamiento y provisión de servicios en una sola organización, con características relativamente homogéneas. La principal diferencia entre HMO y PPO, radica en que la primera ofrece exclusivamente un panel de proveedores predeterminado y la segunda permite al beneficiario la elección de proveedores fuera de ese panel, bajo determinadas condiciones.

Más tarde se generó una cierta diferenciación, siempre sobre la base de una organización única, consistente en que cada una de ellas puede ofrecer diferentes opciones en planes de cobertura, que a su vez se diferencian de los tradicionales por algún tipo de vinculación entre aseguradores y proveedores, con incorporación de incentivos o controles para evitar el gasto innecesario. Cada uno de los tipos identificables presenta características específicas tanto en la relación entre financiación y provisión de servicios como en las posibilidades de opción disponibles para los beneficiarios.

La difusión de este tipo de organización y el aumento de su cartera de beneficiarios fue muy rápida, pasando de 195 entidades, con 7 millones de beneficiarios en 1978, a 577 con una población cubierta superior a los 53 millones en 1995 (Enthoven, 1997).

Las formas de gestión de la HMO tradicional justificaban la expectativa de mayor control de costos y regulación de las libertades profesionales, dominante en el mercado de atención médica estadounidense a partir de la década de 1980. En paralelo, los grupos integrados por múltiples especialidades organizados bajo ese formato fueron considerados por sus promotores como una respuesta racional a la complejidad y fragmentación de la medicina, considerada un obstáculo para que el médico individual pudiera integrar y coordinar el amplio conjunto de tratamientos disponibles. Pese al ostracismo que les impusieron el gremio profesional y los mecanismos de seguro dominantes, estos grupos crecieron y se difundieron a lo largo de la nación. Los ejemplos más conocidos, ya mencionados en un capítulo previo, fueron la Kaiser Permanente y la Clínica Mayo, acompañadas por una decena de organizaciones similares que, según Robinson, constituían las más prestigiosas referencias en medicina (Robinson, 1999).

Los grupos médicos estaban bien situados para asumir el riesgo inherente al pago capitado. Sus médicos eran pagados sobre una base de salario y no enfrentaban incentivos directos para proporcionar atención innecesaria o negar la necesaria. Estos grupos se posicionaban a favor de una cultura de revisión de pares, que contrastaba con la autarquía clínica de la práctica individual, y se hacía cargo de la demanda por monitoreo sistemático de calidad. Los grupos líderes desarrollaron destrezas en contratación de *managed care*, evaluación del riesgo financiero, perfiles de práctica e información sobre calidad. También renovaron sus recursos a partir de incorporar médicos de atención primaria, encargados manejar las necesidades cotidianas de los pacientes y proporcionar una base para las referencias a especialistas.

En la lectura de Robinson, el crecimiento de los grupos de multiespecialidades, responsables de brindar atención integral a cambio de un pago uniforme por beneficiario, y con autoridad delegada para gestión de utilización, fue el más importante desarrollo singular en la organización contemporánea de la atención médica. El grupo médico de multiespecialidades habría sido el asociado clínico natural para la HMO red, que buscaba combinar las ventajas del acceso amplio a través de contratación no exclusiva con las ventajas del control de costos a partir de la capitación.

Sin embargo, en las transformaciones generadas por la expansión de los años noventa del siglo XX, las formas emergentes de las organizaciones médicas no imitaron a Mayo y Kaiser Permanente en su especificidad. Las grandes clínicas prepagas de multiespecialidades siguieron siendo la excepción en una expansión generada por grupos menores y prácticas individuales, coordinadas por afiliaciones contractuales no exclusivas, reembolsadas por diferentes mecanismos financieros y relacionadas a través de numerosas formas con organizaciones de seguro y hospitales. Con el avance de la gestión de *managed care*, nuevos grupos médicos emergieron en localizaciones donde antes no existían o se había debilitado por una excesiva confianza en el pago por acto médico, focalizados desde el comienzo en atención primaria, capitación y gestión de utilización.

Una segunda forma organizativa fue la asociación de práctica independiente (Independent Practice Association, IPA). En este caso, la organización aseguradora contrata con proveedores independientes, que suelen desarrollar su práctica en sus

propios consultorios e instalaciones, y reciben también pacientes de planes basados en honorario por servicio. La IPA original solía estar organizada por las sociedades médicas de cada condado, incluyendo a todos los médicos locales dispuestos a participar. Una tercera categoría fue la organización médico-hospitalaria (PHO, Physician Hospital Organization). En estos casos, un hospital o un grupo de hospitales conformaba un equipo con su personal médico para ofrecer a suscriptores servicios integrales de salud sobre una base capitada (Federa & Camp, 1995). Estas múltiples formas organizativas serían en general agrupadas bajo la denominación de Organizaciones de Managed Care (OMCs).

Por último, estas diferentes modalidades de cobertura comenzaron a ser incorporadas por los aseguradores tradicionales, tanto compañías de seguro privado como Blue Cross y Blue Shield, bajo la forma de planes de seguro ofrecidos a individuos o grupos. Como consecuencia de esa diversificación, a lo largo de la década de 1990 la referencia a HMO pasó a nominar en forma genérica una línea de productos ofrecida por una organización mayor. Conforme el análisis de Iglehart, lo que finalmente unificó a las diferentes modalidades fue una mayor sensibilidad al precio de la atención médica que la demostrada por el seguro tradicional; la decidida búsqueda de estrategias para mantener a las personas fuera de los hospitales (o, si la organización poseía u operaba hospitales, una búsqueda de los medios para usarlos más eficientemente), dado que las internaciones eran consideradas como la principal fuente de aumento de los costos; el interés por identificar a los médicos con patrones de alta utilización de servicios en comparación con sus pares; la aceptación por parte de los médicos a someter sus prácticas a revisiones de utilización; y una invasión de los mercados médicos locales por organizaciones nacionales con poca o ninguna conexión anterior en dichas áreas (Iglehart, 1984).

La expansión del *managed care* y sus riesgos: el caso Aetna

Los planes de seguro bajo modalidades tradicionales de libre elección, libertad de prescripción y pago por acto médico cubrían en 1987 el 41% de la población con cobertura de seguro; mientras un 32% de la misma era beneficiaria de planes tradicionales con remuneración de honorario por servicio, que utilizaban mecanismos de monitoreo de utilización o revisión de práctica para reducir la atención innecesaria o inadecuada. En 1990 los beneficiarios de la primera modalidad habían caído a un 5%, mientras la segunda cubría a un 57% del total de asegurados. La población cubierta con sistemas de HMO y PPO llegaba al 27% en 1987 y al 33% en 1990 (Iglehart, 1992)¹¹.

Una edición especial de *The Economist*, fechada en 1994, sintetiza en los siguientes términos las transformaciones en marcha en las organizaciones de atención médica:

¹¹ Los objetivos de este trabajo no justifican una mayor explicitación de las transformaciones de la cobertura de seguro de enfermedad en EEUU. Una puesta al día de las innovaciones incorporadas hasta los últimos años del siglo XX puede encontrarse en: Belmartino (2000).

El “factor Hillary”, como algunos círculos americanos han identificado la orientación en el mercado de atención médica, ya ha impulsado a aseguradores, hospitales y oferentes de insumos médicos a reagruparse en redes de atención. Según David Vandewater, operador en jefe de Columbia Healthcare, una cadena de hospitales con base en Louisville, Kentucky, “La estrategia en Columbia consistió en establecer una red de proveedores, donde podemos ofrecer todo para satisfacer las necesidades de los pacientes, ya sean diagnósticos o instalaciones de enfermería, no sólo hospitales”, [...] A través de América las redes médicas en competencia, cuyo éxito estará determinado por su desempeño, eficiencia y costo, están creciendo. Cada empresa en el mercado de atención médica está incorporando asociados por compra o a través de alianzas para proporcionar un servicio de salud integral. Durante el año pasado Columbia Healthcare se ha fusionado con Galen Health Care y HCA, aumentando el número de hospitales bajo su paraguas de 21 a 192. Columbia está también forjando nuevos vínculos con geriátricos y HMOs, las capitanas del *managed care*, que ofrecen servicios de salud a cambio de un honorario básico¹².

La expansión de HMOs y PPOs desde 1993 a 1997 habría sido gatillada en parte por la publicidad sobre el debate de 1993/94 alrededor de las propuestas de seguro de salud de Clinton. Paul Ginsburg indica que una importante cantidad de informantes mencionaron “el grado en el cual las propuestas de la administración Clinton estimularon a las organizaciones a iniciar cambios para prepararse para el mundo potencial de *managed competition*” (Ginsburg, 1996).

Otros importantes agentes en el mercado participaron de esa convicción. Los proveedores compartieron ese diagnóstico y estuvieron dispuestos a firmar contratos selectivos con tasas de descuento significativas. Jeff Goldsmith hace referencia a “descuentos dirigidos por el pánico”¹³. Los proveedores buscaron autoprotgerse, se fusionaron o adquirieron redes horizontal y verticalmente. Los empleadores consideraron que las nuevas formas de seguro ahorrarían dinero. Cuando esa expectativa se cumplió durante algunos años presionaron, negociando mejores tratos tanto tiempo como fue posible.

También el capital financiero participó del impulso a esa expansión. Los inversores actuaron con la expectativa de obtener altos retornos a partir de proporcionar el capital necesario para construir y expandir esas redes de *managed care*. Los aseguradores fueron apoyados por inversores que confiaron en el pronóstico y proveyeron capital para sostenerlas.

El movimiento expansivo, sin embargo, fue de corto plazo. Había estado alentado por una reducción de los costos de la atención, evidente con altibajos desde 1993. Hacia 2003 diversos factores se combinaron para que retornara al sistema la crisis de costos en la que había caído en los primeros años de la década de 1990. El gasto

¹² “New anatomy lesson, please”. En: “A survey of the Future of Medicine”. *The Economist*, 19 de marzo de 1994, p. 3.

¹³ HSChange (Center for Studing Health System Change). “Health Care Cost. Will They Start Rising Rapidly Again?”, *Issue Brief*, 10, 1997, p. 4. Citado por: White (2007).

en salud aumentó desde un 13,2% del PBI en 1998 a un 16% en 2004. En los primeros meses de 2006, se lo proyectó a alcanzar un 20% hacia 2015 (White, 2007, p. 13).

Es nuevamente Robinson el que proporciona un detallado ejemplo de la dinámica de estos procesos, cuando expone los resultados de su investigación sobre “la caída y ascenso” de Aetna. Es posible que el énfasis colocado en el último movimiento de cambio –la caída del mayor asegurador de planes *managed care* y su subsiguiente emergencia como asegurador multiproducto, más pequeño, pero con mayores ganancias– esté fundado en el interés por enfatizar la reformulación organizativa que permitió la supervivencia de esa empresa. Sin embargo, los movimientos fueron tres: expansión, caída y recuperación (Robinson, 2004).

El primer movimiento fue el que transformó su redituable trayectoria como empresa concentrada en el seguro de reembolso para empleados y jubilados de grandes empresas, que había evitado el mercado de seguros individuales, Medicare y Medicaid, la capitación, la gestión de la utilización, el generalista como puerta de entrada al sistema y los productos de *managed care* basados en redes. Después de acercarse al *managed care* a través de algunas adquisiciones locales y HMOs poco atractivas, Aetna decidió la más grande, más costosa, y en visión retrospectiva más dañina adquisición en la historia de las empresas de seguro. U.S. Healthcare era su antítesis, y había concentrado su cartera en mercados regionales, pequeñas cuentas, productos integrales HMO y pagos por capitación a los proveedores de atención primaria.

La nueva empresa, Aetna U.S. Healthcare, incorporó la versión del sector privado de la política defendida por Clinton y llegó a cubrir 21 millones de beneficiarios. Procuró el máximo enrolamiento de beneficiarios en HMO con cobertura integral, se apoyó en agresivos descuentos a los proveedores para controlar los costos, y ofreció beneficios a los consumidores con coseguros mínimos para estimular atención primaria y preventiva. La estrategia descansó sobre todo en la escala masiva, sobre millones de enrolados y miles de millones de ingreso, con capacidad de presionar a médicos y hospitales para bajar sus precios, cubrir el costo administrativo de la gestión de utilización, diluir la selección adversa a través de la caída de restricciones a la cobertura, y espolear continuos rounds de menores costos, menores primas y mayor crecimiento.

La múltiple oferta de planes, a través de los cuales empleadores grandes y medianos permiten una mayor elección de proveedor a sus empleados, fue promovida aun cuando generaba un enrolamiento incierto y transitorio, altos costos administrativos y el potencial de selección adversa. Los contratos con redes de proveedores incluían cláusulas que obligaban a los médicos de atención primaria que atendían pacientes con seguro de reembolso, a atender también beneficiarios de organizaciones HMO. El generalista como puerta de entrada al sistema, la autorización previa de procedimientos y el rechazo retrospectivo de pago por días hospitalarios considerados excesivos fueron utilizados para controlar los costos médicos, enfrentando el creciente rechazo de médicos, pacientes y políticos.

Los mercados financieros apoyaron la estrategia de crecimiento de Aetna durante los últimos años de la década de 1990, a la vez que conservaban cierta desconfianza sobre los ingresos potenciales de conglomerados excesivamente diversificados,

especialmente aquéllos contruidos a través de adquisiciones y no por crecimiento interno. En febrero de 2000, el CEO de *Aetna* y la mayor parte del equipo de gestión debieron renunciar. Después de un interregno caótico, la nueva gerencia alteró radicalmente la estructura de la empresa, sus principios operativos y su estrategia de mercado (Robinson, 2004).

El análisis de caso que nos proporciona Robinson fue parte de un movimiento generalizado, que llevó a Mark Hall a titular un artículo haciendo referencia a “la muerte del *managed care*” y ofrecer una autopsia orientada a explicarla, y a Peter Jacobson a investigar amplio rango de sospechosos en el “homicidio” de esa modalidad organizativa para terminar elaborando una hipótesis de suicidio: “A través de heridas autoinfligidas la industria se autodestruyó” (Hall, 2005; Jacobson, 2003, p. 370)

El interés de estos procesos para los objetivos de este libro se hará explícito más adelante, cuando se recupere la reacción de las profesiones frente a las limitaciones impuestas por los planes de *managed care*. Para el escenario norteamericano, un ingrediente importante en la derrota de este mecanismo de regulación de la práctica profesional fue la reacción de los médicos en rechazo a los recortes impuestos a sus honorarios. Abordaré esta cuestión en un próximo parágrafo.

Expansión y debilitamiento del managed care en Argentina

En nuestro país, la decisión de liberar la contratación entre obras sociales y proveedores, sancionada en el Decreto 9/1993, otorgó respaldo jurídico a una situación de hecho, ya que fue anticipada por innovaciones en los respectivos contratos, destinadas a atenuar el impacto de la crisis financiera de fines de la década de 1980. La caída de los recursos de las obras sociales en esa década y las políticas de reconversión económica y reforma del estado puestas en marcha a partir del cambio de gobierno en 1989, estimularon en el corto plazo algunas modificaciones significativas en la relación entre financiadores y proveedores de atención médica para la seguridad social. La principal de ellas fue la desregulación de hecho de los contratos anteriormente pactados entre las confederaciones representantes de la oferta y las obras sociales, sujetos teóricamente al control y regulación del INOS-ANSSAL, 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.

Las nuevas formas contractuales generaron transformaciones significativas en las estrategias de mercado de viejos y nuevos agentes comprometidos en su gestión. Para aquellos sanatorios o redes de sanatorios que se encontraban mejor posicionados para abandonar el paraguas de protección corporativo y comenzar a negociar contratos en exclusividad bajo los nuevos formatos, constituyeron *una oportunidad* para captar porciones sustantivas del mercado, en función de condiciones competitivas que podían basarse en relaciones personales o institucionales anteriores, experiencia reciente en la organización de módulos de atención, control de la tecnología de punta, presencia de especialistas de reconocida solvencia y/o disponibilidad

de capacidad instalada con condiciones de hotelería valoradas por los sectores con mayor capacidad de pago entre los beneficiarios de obras sociales.

Constituyeron también *una oportunidad* para las nuevas organizaciones empresarias conocidas originariamente como *intermediarias* o *administradoras de prestaciones*, más tarde bajo la denominación de *gerenciadoras*, favorecidas por la confianza de algunas obras sociales que les delegaron la contratación de servicios para sus beneficiarios. Se trata de empresas que actúan como intermediarias sin disponer de capacidad instalada, responsabilizándose de la gestión de los recursos volcados en el mercado por las obras sociales bajo la modalidad de cápitales. Para ello contratan con una o más redes, y se ocupan del control de gestión de los servicios así proporcionados.

Por el contrario, para la mayoría de las asociaciones de profesionales la percepción reconocida por sus dirigentes tuvo connotaciones de *amenaza*. Esta amenaza asumió la forma de un desplazamiento del mercado de trabajo para aquellos profesionales que no estuvieran vinculados a una institución con capacidad de absorber contratos. A esto se sumó que aún aquellas instituciones con capacidad de negociación para mantener contratos con un número significativo de obras sociales, se vieron obligadas a disciplinar a los profesionales a cargo de la provisión de servicios en un sentido que los obligaba a abandonar formas de práctica profundamente arraigadas: los encauzaron por un desfiladero de reducción de sus ingresos, limitación de su capacidad de prescripción y abandono de la tradicional reivindicación de un mercado abierto, donde los pacientes podían elegir libremente su médico e ingresar al sistema por cualquiera de sus niveles.

Aun en las organizaciones que pudieron encauzar más o menos rápidamente la gestión de los contratos de riesgo sin quebrantos importantes, resultó problemático convencer a los profesionales sobre el carácter difícilmente remontable de estas condiciones en el corto plazo. En general hubo resistencias a asumir las nuevas condiciones de práctica y cuestionamientos serios a las conducciones dispuestas a aceptar los convenios de riesgo que las hacían necesarias. La adaptación de las asociaciones de profesionales a las nuevas exigencias del mercado se concretó a través de diferentes estrategias, tales como la conformación de empresas de medicina prepaga para ampliar la clientela de sus miembros, la compra de capacidad instalada destinada a internación, la instalación de centros de diagnóstico y cirugía ambulatorios, y la inserción de la asociación gremial en redes de proveedores ya existentes en el mercado, de modo de asegurarse un lugar en la oferta de servicios.

La principal función de la entidad a cargo de la gestión del contrato –ya se trate de redes de proveedores, intermediarias o gerenciadoras– es compatibilizar la existencia de un pago global con la producción de un complejo conjunto de servicios en instalaciones independientes correspondientes a diferentes proveedores. Un factor permanente de tensión radicó en la necesidad de acordar la distribución de los recursos capitales entre los diferentes niveles de atención, los precios asignados a las diferentes actividades que se facturaban y la absorción de los quebrantos derivados de una facturación que superara los recursos disponibles. En el caso de los sanatorios, se hizo necesario resolver la tensión entre el interés por mantener sus

camas ocupadas y garantizar así el reembolso de sus costos fijos, y la incertidumbre respecto a qué porcentaje de la respectiva facturación percibirían al final de cada ejercicio, una vez descontado el quebranto resultante de la realización de prácticas más allá de los montos percibidos por la cápita.

La introducción de pago por cápita –una suma fija por beneficiario cubierta por la entidad financiadora– produce un traspaso del riesgo económico desde las obras sociales a las redes de proveedores. Las obras sociales adquieren de ese modo mayor previsibilidad sobre el manejo de sus presupuestos; las redes de proveedores se ven obligadas a ejercer control sobre la producción de sus miembros, desarrollando mecanismos de control de servicios y control de costos, para asegurar la viabilidad del esquema financiero del que ahora son responsables.

Para generar este difícil equilibrio se utilizaron los mecanismos de contención propios del *managed care*, similares a los utilizados en EEUU: oferta de un listado limitado de profesionales y sanatorios, revisión de utilización, autorización previa de prácticas, implementación de copagos. En algunos casos formulación de normas o lineamientos de práctica. Todos ellos diseñados en función de estimular en cada proveedor una conducta prescriptiva orientada a limitar la cantidad de servicios provistos y adecuada al desarrollo de una conciencia de costos.

La principal diferencia con la gestión de *managed care* estadounidense radica en la heterogeneidad de aportes de los beneficiarios de las obras sociales, que se traduce en un rango muy amplio del valor de las cápitales. En EEUU, todos los beneficiarios de un plan pagan la misma prima y el listado de honorarios para retribuir el trabajo profesional supone valores uniformes para cada práctica. En Argentina las cápitales se estratifican conforme los ingresos por beneficiario de las obras sociales, que en 1998 –único año para el que se dispone de información sobre el conjunto del sistema– cubrían un amplísimo rango desde un mínimo de seis y un máximo de doscientos ochenta y siete pesos por beneficiario/mes¹.

Es posible por consiguiente considerar la imposibilidad de sancionar normas destinadas a regular las pautas contractuales con proveedores sobre una base de eficiencia, calidad y acceso igualitario a la atención médica prevista. La vulneración de la accesibilidad y la igualdad como valores fundantes del sistema, presente ya en el modelo organizativo previo, se torna transparente. Las gerencadoras se hacen cargo de controlar la provisión, de manera que no supere el nivel de la cápita obtenida para cada uno de los contratos que administran. Las organizaciones a cargo de la gestión de los contratos adecuan los honorarios pagados al profesional a esos valores. Como consecuencia, los honorarios percibidos por los profesionales varían según la pertenencia de cada paciente a una determinada obra social. A la significativa estratificación de la posibilidad de acceder a la atención que pesa sobre los beneficiarios de

¹ Las cifras corresponden al promedio de las 16 obras sociales de menor ingreso en la base de la escala y a los recursos percibidos por la Obra Social del Ministerio de Economía en su extremo opuesto. La información proviene de la Superintendencia de Servicios de Salud, que en 1999 publica cifras generales sobre el sistema de obras sociales, por primera vez en la historia de ese sistema, desde la sanción de la Ley 18610 en 1970.

las obras sociales, se sumará el agravamiento de la estratificación, también presente con anterioridad, de los profesionales.

En términos de las transformaciones de la oferta de servicios, la diferencia con EEUU es notable en la medida en que no se verificaron cambios en la estructura organizativa y la propiedad de los servicios. Las redes asumían formas de integración virtual y se redefinían con frecuencia. Hubo una disminución significativa de la capacidad instalada/cama: un número importante de sanatorios cerró sus puertas y los supervivientes disminuyeron el número de camas. La única excepción se verificó en la inversión por parte del sector privado en innovación tecnológica a partir de 1991, en particular a través de la compra de aparatología destinada al diagnóstico por imágenes. La estabilidad de precios alcanzada a partir del plan de convertibilidad puesto en marcha en ese año y el estímulo a la competencia entre proveedores generado por la desregulación de la oferta, pueden ofrecer una explicación de esta tendencia que, sin embargo, resulta aparentemente contradictoria en un escenario de sobre dimensionamiento de la oferta y contracción del gasto.

Como consecuencia de estos cambios, las tradicionales corporaciones del sector, filiales de COMRA y CONFELISA, perdieron rápidamente el oligopolio de oferta que les brindaba el control de las contrataciones con obras sociales y aseguraba el acceso de todos sus miembros en igualdad de condiciones al mercado de la seguridad social médica. Es necesario señalar sin embargo que este proceso no se realizó en condiciones similares en la totalidad del país, existiendo regiones donde el control corporativo logró mantenerse a partir de cierta adecuación a las nuevas condiciones de la contratación de servicios con las obras sociales².

Los sanatorios privados y en menor grado los profesionales con práctica independiente sobre una base ambulatoria mantuvieron su influencia en la conformación del sistema de servicios, particularmente en lo relacionado con la regulación de las condiciones de la oferta (incorporación de tecnología, modalidades de organización de servicios, control de las condiciones de práctica). La diferencia se ubicó en que esta regulación no se implementara a partir de una lógica centralizada que garantizaba igual acceso a la demanda a todos los miembros de la corporación, sino a través de una dinámica de competencia empresaria en la búsqueda de contratos con las obras sociales.

No quiero decir con ello que las relaciones de poder se disolvieron en una lógica de competencia en el mercado. El nuevo modo de representación de los intereses económicos ante el Estado se canalizó a través de prácticas de lobby que, adecuándose a algunos de los rasgos tradicionales de la cultura política argentina, se transmutarán en parte en nuevas formas de clientelismo. Este es también uno de los rasgos que caracterizan el nuevo sistema de alianzas entre el empresariado del sector salud. El proceso fue evidente en las corporaciones que representaban a los sanatorios, aún

² El análisis de las diferencias regionales en las modalidades de contratación entre obras sociales y proveedores puede consultarse en: Belmartino, Bloch y Báscolo (2003). En este texto solo se describen las transformaciones de las regiones donde el proceso de competencia avanzó más rápidamente, que son precisamente aquellas donde el mercado había alcanzado mayores dimensiones.

antes de establecerse la libertad de contratación en 1993. Ante la crisis financiera de las obras sociales los establecimientos en mejores condiciones de competir comenzaron a ofrecer a las obras sociales condiciones de contratación más favorables –en términos de costos y de riesgo financiero– ya fuera en forma individual o colectiva, dando lugar a las primeras redes de prestadores. Se conforman Uniones Transitorias de Empresas o Redes de Prestadores, asociaciones de sanatorios privados a las que en algunos casos se incorporan asociaciones de profesionales independientes, sanatorios de obras sociales y hospitales públicos, que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales.

Por último, un ingrediente que agrega conflictividad política a la situación se vincula con el movimiento de ingreso de capitales multinacionales de diferente origen, iniciado en 1994, que toman posiciones en diferentes niveles del sistema de servicios: empresas como The Principal, Excel Group, Swiss Medical Group, Provida, Amil y otras, adquirieron instituciones asistenciales nacionales o conformaron *joint ventures* para su futura gestión, incursionando también en el campo de las empresas de medicina prepaga, en la actividad de consultoría destinada a entidades financieras, redes de proveedores y proveedores individuales, y en la administración de prestaciones por asociación con, o absorción de, organizaciones preexistentes, o la generación de nuevas empresas.

En 1995 una serie de medidas complementarias estuvo destinada a incrementar la eficacia de la cobertura brindada por las obras sociales y atenuar las desigualdades en el ingreso, que constituía una de las razones alegadas por la dirigencia sindical para oponerse al proceso de libre elección de la entidad de cobertura. En agosto de ese año, el Decreto 292 garantizó un aporte mínimo de 30 pesos por beneficiario titular para la totalidad de las obras sociales. En todos los casos en que el aporte fuera inferior a esa suma, el fondo solidario administrado por la ANSSAL otorgaría un subsidio que cubriera la diferencia. El mismo decreto dispuso la eliminación de coberturas múltiples, estableciendo la unificación de los aportes en una sola obra social para el caso de beneficiarios en situación de pluriempleo. Un mes más tarde se harán públicas las disposiciones de un nuevo decreto, el 492/95 que modifica en parte al anterior. Este nuevo instrumento puso en marcha una Comisión, designada por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Confederación General del Trabajo, encargada de definir las prestaciones básicas que cada obra social debía brindar, que conformarían el Programa Médico Obligatorio (PMO), y dictar las normas reglamentarias para su ejecución. La misma disposición elevó a 40 pesos el aporte mínimo garantizado por beneficiario titular.

Pocos efectos prácticos resultaron de las nuevas disposiciones. El aporte mínimo garantizado no logró atenuar las severas desigualdades en la captación de recursos que afectaron históricamente al sistema de obras sociales. La unificación de la cobertura para los beneficiarios en situación de pluriempleo y los matrimonios que gozaban de doble cobertura en razón de la inserción laboral de ambos cónyuges no se pudo implantar por la falta de información necesaria para efectivizarla. Una disposición del año 2000, que aumentó el piso mínimo de aportes garantizado, llevándolo a 20 pesos por beneficiario (incluyendo titulares y dependientes), tampoco

pudo ser implementada por carecer la administración del sistema de información confiable sobre situaciones de cobertura múltiple. El PMO asumió la forma de un listado de prestaciones que las obras sociales ya brindaban a sus beneficiarios, no se identificaron opciones de práctica costo-efectivas, ni se reglamentó el acceso de los beneficiarios al sistema de servicios a través de un primer nivel de baja complejidad.

Capítulo 8

La reacción de las organizaciones de profesionales

La oposición a los mecanismos de *managed care*

En ambos países las organizaciones representativas de la profesión manifestaron su oposición a las nuevas formas contractuales cuyo rasgo identificador era el pago capitado. En ambos países carecieron del poder necesario para obstaculizar su difusión. Los cambios organizativos se expresaron en ambos con significativas diferencias regionales, aunque a nivel nacional las tendencias se orientarían en sentidos similares en el mediano plazo. En EEUU, hubo una rápida multiplicación de grupos médicos dispuestos a vincularse a redes hospitalarias y a través de ellas lograr inserción en el nuevo mercado. Las expectativas que estimularon ese movimiento, sin embargo, no se mantuvieron. En Argentina las innovaciones contractuales se difundieron más lentamente, para retroceder en los primeros años del siglo XXI y disminuir considerablemente su presencia a partir de la ola de prosperidad generada a partir del 2003.

El derrotero de la AMA

Como señalé en capítulos previos, los reformadores liberales, que en diferentes ocasiones intentaron aprobar un sistema de seguro nacional de salud, se enfrentaban con la AMA en temas vinculados al financiamiento sin llegar a desafiar su reivindicación de la autoridad profesional. Cuando los reformadores lograban algún éxito, este se limitaba a reducir las barreras económicas para el acceso a la atención médica, sin incorporar cambios en la regulación de la práctica. Como consecuencia, los proveedores de atención tuvieron influencia en la implementación de todos los programas gubernamentales vinculados al área. Los funcionarios públicos buscaron consejo, aprobación y participación de los profesionales.

Ya ha sido mencionada la política de construcción de hospitales regulada por la Ley Hill-Burton y el ejemplo de Medicare y Medicaid. En opinión de James Morone, en la década de 1990, cuando se sostuvo que Medicare había sido “capturado” por

la profesión médica, el criticismo se habría ubicado fuera del contexto histórico. En el momento de aprobación de ese programa, “todos los funcionarios –públicos y privados, liberales y conservadores– compartían los mismos supuestos y sesgos” (Morone, 1994, p. 153). Su enfoque de la política médica estaba modelado por seis décadas de deferencia hacia la profesión.

En los últimos años de la década de 1980, la “crisis masiva” prevista por Nixon continuaba siendo una amenaza. Entre 1972 y 1989 el Congreso había aprobado once iniciativas importantes orientadas al control de costos, que no tuvieron resultados visibles. Robert Alford habría sintetizado ese proceso haciendo referencia a “una dinámica sin cambio” (Morone, 1994, p. 154).

En los prolegómenos del Plan Clinton, nuevamente, la administración demócrata estuvo más preocupada por la profesión médica como un importante grupo de interés que debía ser cortejado, de lo que estuvieron sus antecesores republicanos Regan y Bush. La AMA y otros grupos representativos de los intereses de médicos y hospitales mantuvieron un diálogo permanente con Ira Magaziner, uno de los líderes del equipo que elaboró el proyecto. El jefe ejecutivo de la organización profesional habría expresado en los siguientes términos su satisfacción con ese diálogo:

Nuestro acceso a la Casa Blanca y al Gabinete ha sido bueno. Ciertamente sobrepasa cualquier otra experiencia en los doce años previos. Pero Clinton no se diferenció de sus predecesores, ha sobre prometido y sub-provisto en estas cuestiones de gran preocupación para los médicos: la necesidad de reformar un sistema equivocado que promueve juicios contra los médicos, de flexibilizar las leyes antitrust que impiden a los médicos tomar parte en la negociación con terceros pagadores y reducir la excesiva regulación gubernamental, sólo para nombrar unas pocas (Iglehart, 1994a, p. 730).

En esa coyuntura, la AMA toma a su cargo la defensa de los médicos que pierden pacientes por la expansión de los planes de *managed care* y se sienten amenazados por los aseguradores que están ganando control sobre su práctica. En un artículo publicado en 1994 John Iglehart hace referencia a la existencia de una batalla entre los defensores de la medicina con honorario por servicio y quienes promueven el *managed care* (Iglehart, 1994b). En ese escenario se habría invertido la relación dominante en la década de 1970, cuando las HMO buscaban apoyo del gobierno para competir con los seguros tradicionales, frente a la dura oposición de la AMA. En los primeros años de la década de 1990, diferentes organizaciones médicas, temiendo las consecuencias del rápido crecimiento de las HMO dirigidas por no médicos y otras variantes del *managed care*, presionaban al gobierno para defender a los profesionales remunerados por servicio.

Otro signo de creciente descontento de los proveedores tradicionales fue el esfuerzo incrementado, ante las legislaturas estatales y a nivel federal, para obtener la aprobación de leyes que promovieran los derechos de médicos y pacientes frente a las restricciones impuestas por los planes de *managed care*. Las legislaturas estatales habrían mostrado una buena predisposición en ese sentido, pero se encontraban severamente limitadas por la prioridad otorgada por la Corte Suprema de Justicia

a las disposiciones de la Ley Federal ERISA, sancionada en 1974, que prohibía a los estados regular los beneficios ofrecidos por los planes de seguro de salud.

Un ejemplo de los intentos de superar ese bloqueo legislativo fue la aprobación de leyes que exigían a los planes de salud contratar con “cualquier proveedor dispuesto”, que aceptara los términos del plan. El objetivo de la legislación era doble: garantizar la inserción laboral de los médicos y proteger la libertad de elección de los pacientes.

Las organizaciones de *managed care* argumentaron que esa disposición no solo se oponía a sus estrategias de control de costos, sino también les impedía un adecuado control de calidad, en la medida en que les sería imposible limitar los médicos participantes a aquellos que satisficieran rigurosos estándares de desempeño. Algo más de veinte Estados sancionaron leyes en ese sentido; sin embargo, los tribunales de justicia se mostraron divididos en relación a la posibilidad de aplicar la prioridad asignada a la ley federal, de manera que la efectiva aplicación de la medida resultó aleatoria. El impacto de la legislación estadual sobre las OMCs será objeto de polémica en la siguiente década. Volveré sobre el tema más adelante.

En un documento emanado de su Council on Medical Service y fechado en junio de 2004, la AMA hace referencia a una política integral destinada a cuestionar el *managed care*, que podía remontarse a los 30 años previos. Su fundamento de largo plazo se habría basado en que:

...las necesidades de los pacientes estarían mejor atendidas por la libre competencia en el mercado y la libre elección por parte de médicos y pacientes entre los diferentes modos de provisión y financiamiento de la atención médica, en tanto el crecimiento de cada sistema no estuviera determinado por regulación y subsidios preferenciales, sino por el número de personas que optaba por esa modalidad particular de provisión y financiamiento³.

En ese contexto, la organización profesional había apoyado la aprobación de legislación integral orientada a un amplio rango de cuestiones vinculadas a promover protección para los pacientes y justicia para los médicos, tales como la comunicación de información sobre los planes de salud a enrolados actuales y futuros, los procedimientos de utilización de revisión y los procesos de toma de decisiones en la contratación selectiva de médicos. Además, se exigía la participación de los médicos en la elaboración de los planes de seguro. También había presionado por cambios en la legislación antimonopólica, de manera de permitir a los médicos y sus organizaciones participar en negociaciones colectivas con compradores, planes de *managed care* y otros aseguradores.

En 1998 la AMA puso en marcha la Unidad de Promoción del Sector Privado, encargada de denunciar las prácticas empresarias abusivas e injustas por parte de las HMO y los aseguradores de salud, y procurar mayor equidad en las prácticas de *managed care*. Entre sus principales productos se menciona un modelo de contrato,

³ American Medical Association, *Report of the Council on Medical Service 4 -A-04*, junio de 2004.

la elaboración de diferentes estrategias destinadas respaldar exigencias de pronto pago por parte de los profesionales, la elaboración de un estudio integral de los mercados de seguro en EEUU, y un sistema de recopilación y análisis de la información proporcionada por los médicos vinculada a su experiencia cotidiana de conflictos en ámbitos de *managed care*.

Aún antes de la amenaza constituida por el Plan Clinton, la AMA no solo había presionado a legisladores y funcionarios de nivel federal y nacional procurando limitar el impacto del *managed care* sobre la práctica profesional, también se había esforzado en disciplinar a su propia tropa a través de severos documentos emitidos por su Concejo de Ética y Cuestiones Judiciales.

El combate ideológico que la organización profesional emprende contra la nueva modalidad contractual se centra en el impacto que las diferentes estrategias de gestión pueden tener sobre la conducta de los profesionales y, en particular, sobre la relación médico/paciente. La figura a defender es el profesional “en la cabecera del paciente”, que enfrentaría un conflicto de lealtades cuando se ve presionado a limitar la prescripción de tratamientos, en tanto debe considerar las necesidades de otros pacientes, el equilibrio financiero de la organización a la que pertenece y los recursos societales destinados a la atención médica.

Las valoraciones éticas negativas cubren un amplio espectro de cuestionamientos: la organización de las HMO, el rol de los directores médicos en las aseguradoras, los contratos entre aseguradoras y profesionales, los pagos capitados, la limitación del número de profesionales y sanatorios entre los cuales el beneficiario puede elegir, los incentivos financieros destinados a reducir el costo de cada atención, la elaboración de lineamientos de práctica para determinadas enfermedades, la introducción de médicos generalistas como puerta de entrada al sistema, la gestión de tratamientos, la elaboración de formularios terapéuticos, la exigencia de autorización previa para determinadas prácticas, la revisión de utilización, y otras prácticas menores.

Pocas críticas pueden formularse sobre este conjunto de documentos, extensos y pormenorizados, que coinciden en líneas generales con otros estudios contemporáneos destinados a la evaluación del *managed care*. Sin embargo, es importante señalar que la condena de la organización profesional cae indistintamente sobre los mecanismos destinados a reducir costos generando incentivos para subprovisión de atención y aquellos que son objeto de valoraciones positivas por analistas independientes –vinculados en general con el medio académico– en tanto procuran un mayor equilibrio entre calidad y eficiencia. Un ejemplo de esta ambivalencia es la condena a la utilización de médicos generalistas como puerta de entrada al sistema. En la visión de la AMA este recurso, destinado a ordenar la trayectoria del paciente en el interior del sistema de servicios, generaría un conflicto entre las responsabilidades del médico como defensor fundamental de los intereses del paciente y su rol como guardián de los recursos de la organización que lo emplea. En el ejercicio de esa función serían inevitables las decisiones “inconsistentes y no informadas”. “El tratamiento inapropiado y los diagnósticos erróneos o insuficientes” constituirían

“los resultados potenciales de las decisiones relativas a demorar o negar la referencia a especialistas”⁴.

La organización profesional sigue mostrándose en estos textos identificada con una imagen del médico como agente desinteresado del bienestar de sus pacientes, con derecho a ser dotado de libertades excepcionales, garantizadas por su formación científica y su compromiso ético. La misma autorrepresentación con la que había defendido su reivindicación de derechos y deberes a lo largo del siglo XX. Ese posicionamiento peca tal vez de acrónico en un escenario donde aumenta significativamente el trabajo médico asalariado, decrece la práctica individual, se produce una concentración de instalaciones en manos empresarias y la inversión en atención médica se beneficia con los recursos del capital financiero.

También puede leerse dicha estrategia como un abroquelamiento defensivo sobre las tradicionales reivindicaciones, en un momento en que la posición de la profesión médica en los sistemas de servicios es discutida por algunos analistas a través de categorías como “desprofesionalización” y “proletarización”⁵.

Pese a la diferente caracterización del problema, la defensa de las hipótesis de desprofesionalización y proletarización se funda en rasgos empíricos similares. La actividad profesional contemporánea habría perdido prerrogativas importantes obtenidas por los profesionales a comienzos del siglo XX, todas ellas definidas en términos de control: una creciente presencia de intermediarios en la relación entre pacientes y médicos, la subordinación a reglas de práctica y estructuras jerárquicas que enajenan la posibilidad del médico individual de definir el contenido de su trabajo, la declinación de la capacidad de autorregulación a través de la utilización de métodos informales y, por último, la importancia de la remuneración.

Estrategias ofensivas y defensivas en el gremialismo argentino

En una publicación anterior he descrito con amplitud las consecuencias que tuvo la incorporación de los contratos capitados sobre la cohesión y capacidad de negociación de las organizaciones gremiales médicas en Argentina, incluyendo algunas experiencias locales y provinciales (Belmartino *et al.*, 2003) En este espacio me limitaré a consignar los rasgos más significativos de las nuevas estrategias implementadas por la profesión para adecuarse a las nuevas condiciones del mercado de atención médica.

En la medida en que ese mercado se delimita en espacios locales, el comportamiento de la profesión y sus organizaciones representativas, en el momento de cambio que procuro iluminar, muestra diferencias sensibles a nivel regional. Estas

⁴ CEJA (Council of Ethical & Judicial Affairs) Report, “Ethical Issues in Managed Care”, *Journal of American Medical Association*, 373: 330-335, 1990.

⁵ Para una perspectiva general del debate ver: Wolinsky (1993). Una puesta al día de cuestiones vinculadas a historia y sociología de las profesiones puede consultarse en: Belmartino, (2000).

se ubican en primer lugar en el *timing* de reconocimiento de la necesidad de la adecuación de las formas organizativas a las nuevas condiciones derivadas de los contratos capitados. En algunos casos se verifica una búsqueda temprana de innovaciones organizativas que la faciliten, que toman la forma de estrategias *ofensivas* por parte de viejos y nuevos actores en el respectivo mercado, portadoras de innovaciones sustantivas en la relación entre financiamiento y provisión de atención médica. En otros, los actores tradicionales en el control de la oferta de servicios optan por una posición *defensiva*, consistente en el mantenimiento de las formas organizativas anteriores, acompañado de estrategias conducentes a reordenar las formas de provisión, de modo tal que las pérdidas financieras sean absorbidas en forma más o menos consensuada por todos los participantes en el mercado. También se registran experiencias que muestran la incapacidad de los dirigentes de las organizaciones tradicionales de contener la incertidumbre, atenuar los conflictos internos suscitados por las dificultades financieras de las obras sociales, y la amenaza conformada por las condiciones incorporadas a los nuevos contratos. El resultado será una crisis profunda en la respectiva organización profesional.

Otra diferencia se vincula a la profundidad de los cambios generados en las organizaciones financiadoras y proveedoras, tanto internamente como en sus vinculaciones recíprocas. Los efectos internos a la organización se evidencian particularmente en las asociaciones de profesionales, y se vinculan con el rol de los liderazgos, el cambio en la autopercepción del lugar del profesional en el sistema y los contenidos de las alianzas políticas conformadas para resistir a la amenaza que supone. En los escenarios caracterizados por estrategias defensivas o crisis de representación se verificarán movimientos de menor alcance, con escasa repercusión sobre las formas organizativas anteriores a la década de 1990.

También es posible definir una hipótesis que lleve a considerar la existencia de vínculos entre las formas institucionales previas a la emergencia del proceso de cambios y las estrategias desarrolladas por los principales actores para adecuarse a las nuevas condiciones del mercado.

En lo referente a las relaciones entre asociaciones de profesionales y asociaciones de clínicas y sanatorios en el momento de verificarse los primeros cambios, pueden identificarse someramente cuatro situaciones: competencia y conflicto, colaboración, unidad y hegemonía. En el primer caso la asociación de profesionales se verá en dificultades para satisfacer contratos capitados, ya que carecerá de capacidad instalada de internación para satisfacer la demanda respectiva. Cuando las condiciones estimulen la colaboración, se pondrán en marcha estrategias innovadoras de significación: compra de sanatorios o de participación en el paquete accionario, creación de instalaciones de cirugía ambulatoria, alianza con alguna de las redes en las que suele dividirse la oferta sanatorial. En los restantes habrá más espacio para estrategias defensivas, aunque en ocasiones la hegemonía se obtiene gracias a la innovación. También la situación de hegemonía puede ser inestable, ya que no elimina la posibilidad de emergencia de liderazgos alternativos.

En la etapa previa adquiere incluso importancia la existencia de mecanismos estables de negociación entre organizaciones representativas de la oferta y gobiernos

provinciales, con peso en la conformación del mercado. Tales mecanismos tienen mayor impacto en las provincias con menor desarrollo socioeconómico, en función de la importancia de la población beneficiaria de la obra social provincial, en tanto demanda potencial de atención médica. Los proyectos de expansión y fortalecimiento del sector público que se verificaron en algunas provincias en la década de 1980 utilizando créditos del BID fueron también significativos en la construcción de las relaciones entre el Estado y las organizaciones de proveedores.

Del mismo modo, tuvieron influencia en la construcción de los nuevos mercados las formas que asumieron tradicionalmente las relaciones entre las gerencias de las obras sociales y los dirigentes de las asociaciones representativas de la oferta, en tanto se trataba de grupos técnico-profesionales con vinculaciones frecuentes y alta capacidad de negociación y diálogo. En términos generales podría afirmarse que la competencia por contratos no se dirime a partir de condiciones de calidad y precio sino en función de estas vinculaciones y las prácticas de *lobby* que se ponen en marcha para su máximo aprovechamiento.

Puede mencionarse también un rasgo adicional, de menor significación estratégica, en la diferenciación que se plantea entre las asociaciones de proveedores. Se trata de la decisión tomada por algunas de ellas de integrarse hacia atrás, incorporando actividades de financiamiento de la atención médica a partir de la cobertura voluntaria de sectores de medianos y altos ingresos, poniendo en marcha empresas de medicina prepaga.

En relación a la emergencia de nuevos liderazgos y la cohesión interna de las organizaciones de profesionales, las limitaciones en clientela e ingresos resultantes de los contratos capitados significaron un desafío para las conducciones y una amenaza a la unidad de voluntades de los representados.

Una de las cuestiones controvertidas se vincula con la necesidad de elaborar listados de proveedores para cada uno de los contratos firmados con obras sociales. Esa limitación de la oferta de profesionales constituye un mecanismo reconocido de reducción de costos, a partir de la reducción de las puertas de entrada al sistema por parte de los pacientes, en algunos casos exigida por la obra social, en otros implementada por la gerenciadora con el objeto de reducir la complejidad de la administración de la cápita. Su aplicación resultó difícil para las asociaciones de profesionales, comprometidas históricamente en la defensa de un mercado abierto para la totalidad de sus miembros.

Aun las organizaciones que pudieron encauzar más o menos rápidamente la gestión de los contratos de riesgo sin quebrantos importantes, tuvieron dificultades para obtener el consenso de su membresía, a la que debieron convencer del carácter difícilmente remontable de estas condiciones en el corto plazo. En general, hubo resistencias a asumir las nuevas formas de práctica y cuestionamientos serios a las conducciones dispuestas a aceptar los convenios de riesgo que las hacían necesarias.

El conflicto en el interior de las organizaciones de profesionales

La cohesión interna de la profesión médica se había visto debilitada en las últimas décadas del siglo XX por la inserción de los profesionales en mercados de trabajo relativamente heterogéneos y su consecuencia, una fuerte estratificación de las condiciones de ejercicio y los ingresos profesionales. El fenómeno no sería nuevo. Sin embargo, las diferencias previas se agudizan al ritmo de la expansión de la capacidad instalada y la diversificación de las especialidades, ambas estimuladas por la ampliación de la capacidad financiera de la demanda de atención, que se genera a partir de la generalización de la cobertura de obras sociales.

La difusión de los contratos capitados introduciría nuevos mecanismos de estratificación. Las modalidades de inserción de los profesionales en los mercados de trabajo se modifican sensiblemente. Ya no se trata de una competencia por prestigio y clientela entre profesionales con derechos homogéneos a recibir pacientes con cobertura en mercados locales. El acceso a una clientela con capacidad de pago pasará a depender, en primer lugar, de la incorporación del profesional a una red que contrate servicios con un número importante de obras sociales; en segundo término, sus honorarios variarán según la obra social a la que pertenezcan sus pacientes. Las significativas diferencias en las cápitas percibidas por la red tendrán un traslado inmediato a los honorarios que el profesional perciba por la atención prestada.

Los cambios en las formas contractuales modifican también la geografía del conflicto político en el interior de las organizaciones profesionales. Hasta los primeros años de la década de 1990 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, fundamentalmente, de la Confederación Médica.

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 1988 el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), a partir de 1989 la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

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. Son las asociaciones gremiales de base local las que deben hacerse cargo del 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 esas asociaciones a invocar su representación en la firma de contratos, o bien exigen hacerse cargo de la administración de segmentos del total percibido por cápitas, asignados por especialidad. Aquellos 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.

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, frecuentes cortes de servicios en los que el profesional depende del pago directo de sus pacientes, en la década de 1980 los médicos han finalmente aceptado aquello que predicara Provenzano: el seguro de enfermedad –aún en su versión devaluada a través de las obras 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.

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 instituciones con internación. Las obras sociales procurarían reducir costos a través de una contratación directa con sanatorios individuales o agrupados en redes, 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*, periódico de la Asociación Médica de Avellaneda, haciendo referencia a la firma de un convenio entre PAMI y 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 ese convenio habrían constituido casi el 50% del trabajo de los médicos bonaerenses⁶.

Si el enemigo está representado por una alianza entre las otras corporaciones participantes de la alianza entre proveedores y CGT instalada en el INOS, la responsabilidad recae sobre la dirigencia, encargada de asegurar la viabilidad del acuerdo

⁶ *El Médico del Conurbano*, I, 5, octubre, 1990.

tripartito. El descontento generará en el corto plazo nuevos desmembramientos en la otrora poderosa FEMEBA.

El conflicto en el interior de la Federación bonaerense es expresivo de las líneas de tensión que se generan entre asociaciones de base local y federaciones provinciales, en este caso 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.

Un ejemplo significativo, por la importancia de FEMEBA, puede asociarse con las diferencias en el mercado de trabajo profesional existentes entre el Conurbano y el interior de la Provincia de Buenos Aires. Las menores posibilidades de trabajo e ingreso de los médicos radicados en el segundo y tercer cordón del Conurbano se reconocen como una de las principales causas del conflicto que a comienzos de la década de 1990 conduce a un cambio de magnitud en las organizaciones gremiales, en tanto por un lado da origen a la organización de la Federación Médica del Conurbano (FEMECON) y por el otro se expresa en la conformación del Sindicato Médico de la República Argentina, con sede en Avellaneda.

Las nuevas instituciones, FEMECON y Sindicato, tuvieron un origen común a partir del cuestionamiento a lo que consideraban inacción de FEMEBA frente a los cambios en curso y la disconformidad con el sistema de gobierno de la Federación que, a su criterio, no otorgaba a la representación del Conurbano un peso en las decisiones 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.

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 suficiente peso para explicar la ruptura, ya que existe 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 nos presentan en la lectura de declaraciones y documentos como 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. Uno de sus voceros es el Colegio de Médicos del primer Distrito bonaerense, La Plata, cuyo presidente anuncia en noviembre de 1995 la firma, por parte de diferentes asociaciones distritales, de un Acta de Compromiso Regional que se esgrime como “respuesta consensuada y solidaria frente al despropósito de los llamados ‘convenios de riesgo’”⁷.

A nivel nacional, la Confederación Médica parece haber quedado sin interlocutores políticos. El Ministerio de Salud de la Nación dejó de lado cualquier tipo de intervención en la regulación o supervisión de los contratos entre obras sociales y proveedores de servicios y se desentendió de toda política seria de categorización de instalaciones de atención médica. Todo el énfasis de reforma del gobierno nacional se focalizó sobre la desregulación de las obras sociales, bastante conflictiva en sí misma. La desregulación de los contratos decidida por el Decreto 9 de 1993 restó capacidad de regulación al ANSSAL, que fuera tradicionalmente otro de los espacios de intervención de la Confederación. Debilitada en su capacidad política, también tuvo dificultades para conservar la adhesión de sus filiales y hacia el fin de la década sufre un movimiento secesionista que culmina con la creación de la Asociación Médica Federal.

⁷ *El Consultor de Salud*, “Colegio de Médicos Distrito 1. Duras críticas del sector médico a los convenios de riesgo”, 131, 17 de noviembre de 1995.

El rechazo del *managed care*

La experiencia estadounidense

Como ya adelanté, en procura de explicar la insatisfacción de los médicos con el *managed care*, Peter Jacobson coincide en la pérdida de control de la profesión sobre las condiciones de su trabajo y la asocia en forma directa con la introducción de esa modalidad de gestión. En general, todos los mecanismos de gestión aplicados en procura de controlar costos habrían conmovido los fundamentos de la autonomía profesional, en un proceso que otorgó capacidad de decisión sobre su práctica a una burocracia “consumidora de recursos y vejatoria”, y requirió un ejercicio frustrante para el profesional. Sin embargo y contradictoriamente, los médicos serían todavía considerados ética y jurídicamente responsables de actuar conforme los mejores intereses de cada uno de sus pacientes (Jacobson, 2003, p. 370).

En su intento de verificar la existencia de un “homicidio” que explicara el debilitamiento del *managed care* y explorar la posibilidad de identificar culpables y móviles en el hecho, Jacobson identifica promotores y detractores de los contratos capitados. Entre los principales sospechosos señala a consumidores, profesionales y hospitales. Como evidencia circunstancial de la derrota de los mecanismos de control del gasto en atención médica señala el regreso de una inflación de dos dígitos en la materia. A ello se suma el retroceso de muchas organizaciones de *managed care* en la aplicación de estrategias como la autorización previa de procedimientos, la limitación del acceso directo a especialistas y la implementación de planes que flexibilizaran las restricciones a la libre elección de profesionales.

Los principales sospechosos serían los pacientes, ya que estaban sometidos al choque de diferentes intereses y eran los más afectados por los controles de costos, en ocasiones en que se sentían necesitados y vulnerables. Algunos casos extremos de rechazo de atención generaron preocupación en la opinión pública. Aunque tales situaciones no fueran representativas de la experiencia generalizada, otras razones estimulaban el rechazo, en particular la imposibilidad de elegir el médico de su preferencia. Un conjunto de encuestas demostró que los pacientes confiaban en su médico, pero no en las regulaciones de los gobiernos o en los proveedores de atención ubicados en instalaciones complejas y despersonalizadas.

Los pacientes actuaron su desacuerdo, cambiando su cobertura desde los planes más cerrados a otras alternativas que les proporcionaban mayores posibilidades de elección del proveedor. La información disponible ratifica este supuesto. Las organizaciones con modalidad de HMO pierden beneficiarios entre 1996 y 2002, mientras las más flexibles PPO ganan porciones de mercado⁸. En el último año mencionado, 112 millones de estadounidenses estaban enrolados en PPO, más que el doble de aquellos en HMO (Hurley *et al.*, 2004). Hacia 2005, 71% de los individuos enrolados

⁸ Como adelanté en el capítulo previo. La principal diferencia entre HMO y PPO, radica en que la primera ofrece exclusivamente un panel de proveedores predeterminado y la segunda permite al beneficiario la elección de proveedores fuera de ese panel, bajo determinadas condiciones.

en planes privados estaban en el sistema PPO. En la opinión de White, los empleadores actuaron como verdaderos compradores. En esa situación, los planes que mejor operaban en la competencia fueron aquellos que se “diversificaron en múltiples redes, productos, canales de distribución, y regiones geográficas” (Robinson, 1999, p.9). La flexibilidad del producto PPO permitió a los aseguradores ofrecer un plan diferente a cada consumidor.

La experiencia de los médicos no habría sido uniforme. Algunos profesionales y hospitales habían ganado posiciones relevantes, pero muchos otros no habrían podido superar las dificultades inherentes al gobierno de organizaciones complejas y la gestión de pago capitado. Los intentos de expandir el volumen de pacientes a través del recorte de precios empujaron a los ingresos por debajo de los costos; la conversión de médicos autoempleados al desempeño asalariado socavó la productividad; la amalgama de generalistas, especialistas y médicos hospitalarios estimuló el faccionalismo; el mix de culturas propias de profesionales, administradores y pacientes debilitó la capacidad de gobierno.

“La marea ascendente de atención médica integrada está ahora decreciendo”, señala Robinson en un artículo fechado en 2001, a la vez que describe el nuevo escenario: las empresas de gestión de práctica médica se declaran en bancarrota y las organizaciones médico-hospitalarias se están desintegrando en los elementos que las componen; las organizaciones médicas están reemplazando las cápitales globales por capitación parcial, tasas por caso u honorario por servicio, están abandonando o perdiendo autoridad para revisión de utilización y procesamiento de facturas, y están dejando de lado la retórica de rechazo a la función de intermediación en manos de los aseguradores (Robinson, 2001, p. 2624).

El rechazo de pacientes y médicos se habría presentado en forma temprana, incluso en los años de expansión del *managed care*. En un trabajo reciente, James Morone sintetiza las reacciones del público contemporáneas a los éxitos del *managed care* en el control de gasto:

Sin embargo, proveedores y pacientes de atención médica no soportan tranquilos el ajuste. Los proveedores informan de manera rutinaria a sus pacientes que necesitan un procedimiento que su seguro se niega a autorizar. Los pacientes y sus familias protestan. Más de 1000 propuestas de legislación brotan a través de los 50 estados. En el Congreso, los demócratas leen los nombres de las personas que supuestamente han muerto en las manos del *managed care*. Libros y películas populares –The Rainmaker, John Q.– construyen tramas alrededor de lo que puede llamarse homicidios *managed care*. Perversos ejecutivos de empresas de seguro o administradores hospitalarios a cargo de la caja dejan morir a personas por enfermedades tratables (aunque costosas). Los pacientes se quejan a sus representantes políticos, sus empleadores, y los departamentos de beneficios de sus empleadores (que seleccionan los aseguradores para la empresa). Mucho antes de que el régimen *managed care* comience a ablandarse, algunos aseguradores hacen marketing prometiendo que en ningún caso negarán tratamientos (Morone, 2008, p. 19).

Un informe de la Kaiser Foundation proporciona algún anclaje para una hipótesis de retroceso del involucramiento de los médicos en contratos *managed care*. La participación de los médicos en este tipo de contratos habría aumentado considerablemente entre los últimos años ochenta y los últimos noventa del siglo XX, para luego disminuir. El porcentaje de médicos con al menos un contrato *managed care* aumentó del 61% en 1998 al 91% en 1999, para luego caer al 88% en 2001⁹.

Otro elemento significativo es el aumento de la supervisión de la práctica de las aseguradoras por parte organizaciones de consumidores, políticos, medios de comunicación, agencias reguladoras y abogados en procesos judiciales. Las organizaciones gerenciadoras de planes, a su vez, habrían incrementado la supervisión de la práctica profesional, trasladando el énfasis puesto en intentos para limitar utilización hacia la detección de la atención inadecuada (Robinson & Casalino, 2001).

Médicos y hospitales, según esta lectura, ya no aspiran a jugar el doble rol de agentes de las OMCs y del paciente individual, de modo de gestionar costos y a la vez calidad. Los profesionales quieren permanecer a la cabecera de sus pacientes, reclamando más recursos y mejor calidad, antes que tomar a su cargo la responsabilidad de equilibrar costos y beneficios en un escenario complejo y volátil.

En lo referente en particular a hospitales, Jacobson considera que a medida que las organizaciones de *managed care* crecieron en tamaño y alcance, los servicios hospitalarios tuvieron escaso margen para negociar precios. En los últimos años de la década de 1990 la situación habría cambiado, en parte por la disminución del número de camas, que en esa década habría alcanzado un 9%, mientras la población aumentaba. Muchos hospitales se habían insertado en grandes cadenas, equivalentes en tamaño y poder a las OMCs, y en tanto estaban en condiciones de controlar un gran número de camas en numerosos mercados, estuvieron en condiciones de negociar mejor sus precios.

En contraposición parcial con estas perspectivas que vinculan el debilitamiento del *managed care* con posicionamientos de mercado por parte de consumidores y proveedores, Mark Hall otorga impacto decisivo en la cuestión a la política regulatoria puesta en marcha por los Estados. A su juicio, quienes analizan las medidas legales limitándose a considerar sus efectos una vez implementadas, no tienen en cuenta el rol crucial de la interacción entre los procesos regulatorios y las percepciones y decisiones de los actores en el mercado. La defensa de las medidas regulatorias por parte de consumidores y grupos vinculados a la provisión de atención médica y el debate público sobre las mismas modelarían la comprensión del problema por parte del público, y se concretarían en presiones en el mercado. Las expectativas de futura regulación y acción legales, a su vez, influenciarían las respuestas de los aseguradores y proveedores a tales presiones.

En concreto, la hostilidad del público ante la idea de utilizar incentivos financieros para influenciar decisiones médicas habría llevado a los planes de salud a reconsiderar sus modalidades de gestión, aun cuando no se sintieran amenazados por acciones judiciales. Profesionales y sanatorios habrían estado respaldados por

⁹ Kaiser Family Foundation. *Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace*, 2002.

los usuarios de servicios en su rechazo al *managed care*. Las leyes sancionadas por las legislaturas estatales habrían “interactuado con otras fuerzas sociales y de mercado, a través de formas complejas de *feedback* y reforzamiento, para generar un cambio más pronunciado que el que se hubiera generado en otras condiciones” (Hall, 2005, p. 449).

La opinión emitida por Joseph White en el artículo ya citado respalda en parte la visión de Jacobson. Ese reconocido analista se inclina a considerar a profesionales y sanatorios en condiciones de negociar mejores precios como los principales responsables de las nuevas tendencias del mercado de atención. Conforme su lectura, hacia 2001 los analistas de Wall Street estaban de acuerdo en que los hospitales habían ganado poder dominante en muchas áreas gracias a la consolidación en redes. Donde la consolidación no se había producido, los aseguradores sostuvieron a los más débiles con mejores tasas de manera de impedirla. Planes y proveedores habían abandonado la búsqueda de porciones de mercado y se habían concentrado en buscar mayores precios de modo de restaurar la rentabilidad. Los gerentes de hospitales se mostraron más dispuestos a enfrentar riesgo y en general se reconoció que los pacientes confiaban en mayor medida y se manifestaban más leales al sector proveedor que a los aseguradores.

Como resultado de estos desarrollos, siempre conforme la lectura de White, un nuevo relato llegó a dominar –y en esencia a coordinar– la conducta del mercado. Tras los “dolores” de los últimos años de la década de 1990, los gerentes de proveedores de atención médica y compañías de seguro estuvieron determinados a sostener una “disciplina de precios” (White, 2007, p. 424).

“Nunca he visto disciplina en la industria desde un punto de vista de precio como la que veo ahora”¹⁰, afirmaba un consultor de la industria del seguro, proporcionando parte de la respuesta de porqué el predominio de los aseguradores había llegado a retroceder hacia márgenes menores. Después de un período de caída de contratos entre planes de salud y proveedores, el conflicto habría declinado ampliamente porque, en la mayoría de los mercados, “los planes habían reconocido y aceptado su posición más débil en relación a los proveedores” (White *et al.*, 2004, p. 1).

White se pregunta además por qué no se generó una consolidación entre aseguradores que les permitiera resistir la demanda de proveedores por pagos incrementados. Su respuesta es que hubo dos partes concentradas en el mercado y una fragmentada. Los aseguradores tenían que elegir entre iniciar una batalla con los proveedores o explotar su propio poder de mercado frente a los empleadores. Elevar las primas era mucho más fácil. En teoría, los empleadores podían haber demandado redes restrictivas a precios menores. Pero dado que en el nuevo relato sobre el sistema todos acordaban que los empleados no querían redes restrictivas y los proveedores (especialmente los hospitales) no estaban dispuestos a descuentos importantes para entrar en tales redes, no hubo mucha disponibilidad de compra. Los empleadores individuales no podían inventar un producto de ese tipo, solo podían comprar las

¹⁰ HSChange (Center for Studying Health System Change). “Wall Street Comes to Washington”, *Issue Brief*, 87, 2004, p. 2. Citado por: White (2007).

opciones disponibles en el mercado y prefirieron equilibrar sus balances a partir de la adecuación de otros términos del contrato, tales como los copagos.

Por último, me interesa señalar que en los últimos años una nueva cuestión ética se agregó al listado del relativo desprestigio de la profesión, en tanto perspectivas particularmente críticas se han planteado en relación a la participación de médicos vinculados a hospitales en ensayos clínicos financiado por empresas farmacéuticas. Una evaluación poco piadosa de esa práctica se desarrolla en un libro publicado en 2004 por Jerome Kassirer.

El libro de Kassirer documenta la modalidad, extensión y consecuencias de la colaboración entre la profesión médica y la industria farmacéutica. Contiene ejemplos bien identificados que demuestran la presencia de perjudiciales conflictos de interés en el ejercicio de la medicina y amenazarían socavar la integridad de la profesión. Aunque muchos de los incidentes recogidos en el libro son conocidos, algunos analistas consideran que su inclusión en un único volumen proporcionaría una significativa cuestión para reflexionar sobre los alcances de esa práctica.

El texto de Kassirer apela a la conciencia de los médicos. Para el profesional/investigador existe siempre la posibilidad de que los resultados de un estudio financiado por la industria farmacéutica sean negativos, o aún peor, demuestren que el tratamiento puede tener efectos adversos. Por esta razón se considera axiomático que el investigador permanezca distante en términos terapéuticos de sus sujetos de estudio

En un editorial de la revista *Circulation*, editada por la *American Heart Association*, Thomas Ryan y Roman DeSanctis reconocen la veracidad de la interpretación de Kassirer, aunque consideran que carece de la ponderación necesaria. Conforme su criterio, no sería aceptable incorporar a la denuncia la totalidad de las relaciones entre médicos e industria farmacéutica. Muchos científicos han realizado aportes sustantivos con el apoyo de las empresas productoras de fármacos, tales como la identificación de los mecanismos de algunas enfermedades o la verificación de terapias que han resultado efectivas. Los médicos han sido formados en el pensamiento crítico, afirman estos analistas, y deberían estar en condiciones de ubicar la información que generan en una perspectiva adecuada (Ryan & DeSanctis, 2005).

Para nuestro tema, el interés de esta diversificación de las fuentes de ingreso de los médicos radica en la verificación de una estratificación interna que socava en buena medida la coincidencia de intereses en el interior de la profesión. La diferenciación de ingresos fue una primera característica de esa fragmentación. Acompañadas en general por la inserción en diferentes modalidades de organización de la práctica, las inversiones en tecnología e instalaciones acrecentaron esa brecha, y la vinculación con diferente tipo de intereses empresarios delimitó nuevos intereses y nuevas auto representaciones de lo correcto y lo deseable.

En Argentina: estancamiento del managed care

A partir de 2003, la nueva onda expansiva de la economía argentina, impulsada por el aumento de tonelaje y valor de sus exportaciones agrícolas, genera un incremento significativo de los ingresos de las obras sociales, que les permite mejorar su vinculación con los proveedores. Un estudio reciente informa un aumento de un 250% en recursos, de un 80% en afiliados y de un 95% de ingresos por titular aportante, entre junio de 2003 y junio de 2008. Favorecida con mejores ingresos y mayor puntualidad en los pagos, la oferta de atención médica logra consolidar redes más estables, que incluyen también organizaciones compradoras (Oggier, 2008).

En ese proceso los contratos capitados encontraron su nicho de mercado: las obras sociales con un importante número de beneficiarios y recursos por cápita medianos y altos y las gerenciadoras con capacidad de reunir un número muy importante de cápitas por terciarización de las obras sociales con ingresos medios y altos con poblaciones de mediano tamaño. Paradójicamente los contratos con pago por acto médico cubren obras sociales de bajos ingresos y aquellas con ingresos altos interesadas en proporcionar a sus beneficiarios una mayor calidad de prestación; las diferencias se manifiestan en las instalaciones y prestigio de los proveedores.

Pese a la diversidad de las fuentes, nuevas coincidencias en ambos escenarios

Debo reconocer que en este capítulo me ha sido imposible construir un relato homogéneo. La razón es simple: la bibliografía de origen estadounidense no se hace cargo –al menos en aquella a la que he podido tener acceso– de los conflictos internos a las organizaciones gremiales.

Presento en cambio información que permite continuar con la comparación iniciada, cuando se aborda la pérdida de poder de las grandes corporaciones médicas, AMA y COMRA, las similitudes y diferencias de las estrategias de cambio de las formar organizativas, los éxitos de los médicos estadounidenses en su rechazo al *managed care*, y la aparente aceptación de un segmento importante de los profesionales argentinos a los límites impuestos por la contracción de los recursos financieros y la implantación de los contratos capitados. Más importante tal vez, aunque menos evidente, existen indicios en ambos países de un doble movimiento: pérdida de capacidad de presión de las organizaciones gremiales médicas y mayor incidencia en el mercado de las estrategias puesta en marcha por empresas. En Argentina muchas organizaciones gremiales han asumido formato y estrategias empresarias para una parte de sus activos, instalaciones con internación, prepagos, participación en redes.

En ambos países también se generan nuevas formas organizativas y los cambios sufren la influencia de las situaciones preexistentes. Para EEUU hay poca información detallada, pero los pocos ejemplos estudiados con alguna profundidad

muestran condiciones disímiles. Los casos típicos son los estados de Nueva York y California. En el primero había un franco predominio de aseguradores contratando individualmente con profesionales remunerados por acto médico. En California, por el contrario, las HMO se habían difundido con anterioridad a la generalización de los contratos capitados y los vínculos entre grupos médicos y hospitales se multiplicaron bajo su influencia. El rechazo al *managed care* fue más rápido en Nueva York y rápidamente volvió a imponerse el pago de honorario por servicio; en California las formas organizativas perduraron, aunque adecuándose a condiciones de mayor libertad de elección de profesionales y menor presión sobre su autonomía diagnóstica (Robinson & Casalino, 2001).

En Argentina, la adecuación de las asociaciones de profesionales a las nuevas modalidades de contratos con las financiadoras resultará influenciada por las dimensiones de los mercados locales y las vinculaciones previamente establecidas entre asociaciones gremiales y asociaciones de clínicas y sanatorios.

Cuarta parte

Discusión de un enfoque analítico
y conclusiones

Capítulo 9

Aproximación a un análisis institucional

Presentación del enfoque analítico

En este capítulo intento dar cuenta de las diferentes influencias que han operado en ambos escenarios nacionales, y ponderar su peso respectivo en el diseño definitivo de ambos sistemas de servicios.

En esa tarea me apoyaré en algunos estudios de análisis político comparado desarrollados por el neoinstitucionalismo histórico, en particular en el enfoque defendido por Ira Katznelson, cuando propone recuperar la configuración de factores –tanto estructurales como estratégicos– presentes en los procesos históricos sometidos a comparación, que incidieron en la respectiva construcción de instituciones y definición de formas organizativas (Katznelson, 1997).

No es este el lugar adecuado para introducir las innovaciones metodológicas propias del neoinstitucionalismo. Para los fines de este texto basta mencionar el interés por análisis históricos comparados, destinados a iluminar la manera en que las transacciones entre Estados y ciudadanos y entre Estados y economías están contingentemente modeladas en el interior de conjuntos específicos de legados y arreglos institucionales. En particular interesa poner el foco en la manera en la cual los perfiles de las instituciones modelan la formación y agregación de intereses individuales y de grupo.

Entre los factores estructurales a considerar prestaré atención a los regímenes políticos, la orientación de ambas sociedades en lo relativo a las concepciones sobre bienestar individual y social, y las dimensiones de los mercados de trabajo en atención médica. Lo referido a la acción se focalizará en las estrategias de las organizaciones profesionales, sus identidades y liderazgos.

El peso de los regímenes políticos

En este párrafo pondré en discusión el peso de los regímenes políticos de cada país en la afirmación del control de las profesiones sobre la organización de los sistemas de atención médica.

Tal como se ha descrito en capítulos previos, en EEUU la supremacía de la AMA se sostuvo hasta los años setenta del siglo XX, fundamentada en su capacidad para influenciar las políticas de atención médica a través de su accionar como un poderoso grupo de interés y de las características del régimen político estadounidense, que privilegiaron en ese lapso la conservación del *statu quo*.

En Argentina, por el contrario, la Confederación Médica tuvo escasa influencia en la organización del subsistema público y a partir de los años setenta tuvo que compartir la regulación de la atención médica financiada por las obras sociales con los representantes de sindicatos y asociaciones de clínicas y sanatorios, en una lógica de control corporativo de las decisiones tomadas en INOS y ANSSAL. Esto se vincula con un sistema político construido desde la década de 1940 a partir de vínculos entre el Poder Ejecutivo y las corporaciones representantes de grupos de interés, sistema fragmentado e inestable en función de la inestabilidad del régimen político y la presencia de una situación casi permanente de crisis fiscal.

Los regímenes políticos en ambos países, pese a ser caracterizados en términos generales como dotados de orientación presidencialista y federal, han presentado diferencias significativas. En el régimen estadounidense el proceso de toma de decisiones legislativas ha estado estrictamente regulado en el largo período que comprende este estudio. En ese lapso sufrió dos reformas significativas, que en la lectura de diferentes analistas tuvieron importancia en el fracaso de los proyectos de implantación de algún modelo de seguro nacional de salud. Cuando los analistas hablan de debilidad del Estado para satisfacer posibles expectativas de la población en esa área, no se están refiriendo a debilidades institucionales sino a obstáculos que las instituciones políticas oponen a determinados proyectos legislativos, vinculados con la ampliación de los territorios legítimos de intervención del Estado.

En el caso argentino, por el contrario, el régimen político se ha mostrado inestable en el mediano plazo por los golpes militares que impusieron regímenes autoritarios, y en los momentos de afirmación democrática por una relación entre Ejecutivo y Parlamento que en términos generales se caracterizó por la fortaleza del primero y la subordinación del trabajo en las cámaras a sus mandatos. También la relación entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales careció a lo largo del siglo XX de reglas firmes que definieran temas significativos, tales como la distribución de recursos y cargas.

En paralelo a esas diferencias los procesos de toma de decisiones políticas difieren en forma significativa entre ambos países. La historia de estos procesos permite reconocer que no solo fue importante para la afirmación de las organizaciones profesionales el reconocimiento de su derecho a la autonomía por parte del Estado. Cuando la expansión de los mercados de atención médica colocó el interés de la profesión en el control de las modalidades organizativas del financiamiento de su práctica, su capacidad de incidir en los procesos de toma de decisiones dependió en gran medida de las condiciones –favorables o desfavorables– de los respectivos sistemas políticos.

El régimen político en EEUU

Las instituciones del régimen político estadounidense con vigencia hasta la reforma de la década de 1970 fueron definidas durante el período identificado como la *Era Progresista* (entre 1901 y 1917, con las presidencias de Theodore Roosevelt, William H. Taft y el primer mandato de Woodrow Wilson). Conforme la lectura de James Morone, los progresistas fundaron un nuevo orden, con innovaciones legislativas y en la administración del Estado. En la década de 1930 la presidencia de Franklin D. Roosevelt ampliaría esas reformas sin corregir sus debilidades estructurales (Morone, 1998). Los resultados obtenidos son todavía objeto de debate entre politólogos.

En este espacio solo quiero señalar algunos rasgos no controvertidos, aunque valorados de diferente forma, a saber: el debilitamiento de los partidos políticos; el fortalecimiento de la influencia de los grupos de interés, organizados en asociaciones nacionales, a través de mecanismos de *lobby* sobre los miembros del Congreso; la ampliación de las agencias estatales; y la conservación del sistema frenos y contrapesos que tornaba difícil la introducción de nuevas cuestiones en la agenda política.

Influencia de la rama legislativa, disciplina partidaria y gobierno por comisiones

Una diferencia muy significativa con el régimen político argentino es la influencia que se reconoce al Congreso en la definición de la agenda legislativa y el contenido de la legislación. En palabras de Peterson: “Entre las legislaturas nacionales de los principales países, el Congreso de EEUU es el único que juega un poderoso rol independiente en el proceso de toma de decisiones”. El Congreso inicia la legislación, toma decisiones sobre cuestiones centrales, y tiene la capacidad de decir “no” a las propuestas del ejecutivo. No solo ejerce con frecuencia su autoridad para bloquear o alterar sustantivamente iniciativas del ejecutivo, juega un rol de liderazgo crítico en las etapas formativas de las decisiones políticas.

Las ideas políticas propuestas por los presidentes a menudo comienzan como proyectos diseñados previamente por los miembros del Congreso. En un análisis histórico de 28 leyes mayores aprobadas desde 1947 a 1990, Charles O. Jones determinó que el impacto de la legislatura fue preponderante para una cuarta parte de las mismas, y en más de la mitad de los casos el Congreso compartió aproximadamente igual influencia que el presidente (Peterson, 2008).

En temas de salud, además de la reconocida influencia de los grupos representativos de intereses particulares a través de prácticas de *lobby*, se reconocen dos condiciones vinculadas al debilitamiento de los partidos políticos. Una de ellas hace referencia a la inexistencia de disciplina partidaria en los miembros de ambas Cámaras. Se reconoce a cada legislador el derecho a votar según su criterio, lo que dificulta la sanción de proyectos respaldados por los respectivos partidos, en tanto para cada proyecto se hace necesario construir una mayoría que no es automática.

En la lectura de Peterson, a partir de la década de 1950 el gobierno tuvo dificultades para construir coaliciones mayoritarias. Ambos partidos estaban internamente divididos ideológicamente, con dificultades para proyectar hacia el electorado imágenes claras y distintivas de políticas. En el 93° Congreso (1973-74), hubo una considerable superposición en las votaciones entre demócratas y republicanos. Un tercio de la Cámara de Representantes se ubicó en el centro y hubiera podido cómodamente pertenecer a uno u otro partido. Además, muchos demócratas se posicionaron, de hecho, como conservadores, mientras un número de republicanos votó con los liberales.

Un segundo rasgo que impone límites a las decisiones de la mayoría reside en el sistema de *gobierno de comisiones* desarrollado también en el contexto de las reformas progresistas. El poder de vehicular el tratamiento de un proyecto recaía sobre los presidentes de las comisiones, elegidos sobre la base de su antigüedad. Esa innovación permitía al Congreso protegerse contra los crecientes poderes de la rama ejecutiva, pero también hacía casi imposible aprobar legislación a la que se opusieran los miembros más antiguos, aun cuando su ideología estuviera fuera de la corriente mayoritaria de su partido e incluso de la nación en su conjunto (Steinmo & Watts, 1995).

La capacidad de presión de los grupos representativos de intereses funcionales

En ese régimen político fragmentado y abierto a las presiones de los grandes intereses organizados, ya en los primeros años del siglo XX la American Medical Association (AMA) había conformado una organización estable, con una membresía muy importante y recursos financieros y estratégicos que le otorgaron influencia sobre la opinión pública y las agencias del Estado. En las décadas centrales del siglo, ese poder le permitió conformar el “triángulo de acero” identificado por Mark Peterson: una alianza opositora a las políticas de reforma de la atención médica propuestas en las décadas de 1940 a 1960, en la que la AMA contó con el apoyo de otras organizaciones médicas, las agencias de seguro y el empresariado.

Ese triángulo de acero, en la lectura de Peterson, era una comunidad de representación política autónoma, construida sobre relaciones cerradas entre poderosos intereses privados y un Congreso accesible a su influencia, que la medicina organizada y sus aliados podían dominar. A la capacidad de presión de la AMA se sumaba la American Hospital Association, fundada en 1898, el American College of Surgeons, nacido en 1913, la American Confederation of Physicians, a partir de 1915, y la American Academy of Family Physicians, desde 1947. En las primeras dos décadas del siglo XX los médicos se apropiaron de la autoridad pública para tomar a su cargo el campo de la atención médica. Con ese poder delegado definieron el contenido, la organización e incluso el financiamiento de la práctica médica aceptable (Peterson, 1994).

Algo más tarde, a partir de la década de 1930 y después de la segunda guerra, las empresas de seguro de salud emergieron como jugadores importantes, y el empresariado se convirtió en el principal comprador de seguro de salud para sus empleados.

Todos estos actores tenían muy similares puntos de vista de la política óptima: el gobierno debía proteger sus intereses, incluyendo una política impositiva favorable, pero carecía de legitimidad para intervenir en la provisión y financiamiento de la atención médica.

También Morone reconoce que en la década de 1920 la AMA desarrolló una reputación para la influencia política que crecería por casi medio siglo. Morone y Peterson acuerdan con Theda Skocpol en que esa alianza tuvo también influencia en la derrota de las propuestas de reforma de las décadas de 1960 y 1970, aunque el primero señala en este punto algunos matices (Morone, 1994; Skocpol, 1997).

Estos analistas coinciden en que un único patrón dominó la política de atención médica estadounidense en la mayor parte del siglo XX: el poder público fue cedido a la profesión médica. Los proveedores de atención médica actuaron como gestores de la política sectorial. La legislación a la que se oponían fue derrotada; los programas que obtuvieron sanción legislativa fueron puestos en sus manos. En muchas formas, señala Morone, el poder de la profesión constituyó un caso exagerado de liberalismo de grupos de interés (la autoridad de un gobierno manejada por una actividad, generalmente en beneficio de sus propios miembros).

El bloqueo a la introducción de nuevas temáticas en la agenda política

Sin embargo, enfatiza este último autor, adscribir la dominancia médica al poder de un grupo de intereses es no tener en cuenta la estructura subyacente de la política en EEUU. En su opinión, la influencia política de la AMA puede ser reinterpretada en el interior de una trama de Estado débil. Al respecto, señala que, en gran parte del siglo XX, las instituciones políticas en los EEUU –las dos Cámaras del Congreso y la Presidencia– habrían estado divididas en relación a programas sociales. Según su relato, el patrón raramente variaba: los funcionarios públicos (generalmente demócratas del norte) proponían un programa como el seguro nacional de salud, que supuestamente gozaba del apoyo de la población. Sin embargo, otros funcionarios públicos (demócratas del sur y republicanos) se oponían a la ampliación del campo de intervención del gobierno. Las reformas de atención médica eran sacrificadas a través de la negociación de otros programas y el mantenimiento de determinadas coaliciones. También Steinmo y Watts respaldan la visión de Morone, cuando afirman que la estructura de las instituciones políticas modeló las estrategias políticas tanto de los proponentes como de los opositores a la reforma en salud.

Uno de los ejemplos analizados por estos autores intenta dar respuesta al interrogante creado por la decisión de Franklin D. Roosevelt de retirar el seguro de salud de la agenda que llevó al Congreso en la década de 1930, bajo la apelación a un *New Deal*. Steinmo y Watts sostienen que Roosevelt tenía un amplio mandato para promover una reforma social progresista. Sin embargo, pese a la popularidad del presidente y al claramente percibido mandato de reforma social, Roosevelt y sus asesores llegaron a convencerse de que incorporar el seguro de salud en su plan de reforma podía “significar la derrota del proyecto en su totalidad”. Esta habría sido

una elección estratégica, basada en el hecho de que “el Congreso, no el presidente, escribe la ley”. Roosevelt y sus asesores comprendieron que los demócratas del sur, presidentes de comisiones clave, eran hostiles a la agenda completa del *New Deal* (Steinmo & Watts, 1995, pp. 339-340). A eso se agregaba la oposición de las empresas hospitalarias y aseguradoras y de la cada vez más poderosa AMA, de manera que podía comprometer en su totalidad la iniciativa. Como ratifica Morone, los reformadores sacrificaron la reforma de la atención médica para poder conducir otras partes de su agenda a través del laberinto en el Congreso.

Un ejemplo de los mecanismos de negociación que operaban en el órgano legislativo puede encontrarse en el proyecto de seguro que defendió en la década de 1940 el presidente Truman. La propuesta ofrecía fondos federales para financiar el acceso de la población a los servicios, aunque dejaba a cargo de los médicos los detalles de organización y financiamiento. Pese a esa cesión de atribuciones el proyecto provocó, como en ocasiones anteriores, la oposición de AMA, que lo describió como “el paso final e irrevocable hacia el socialismo de estado”, y enfatizó la amenaza implícita de la supervisión de legos y, como consecuencia, la reducción de los médicos a la esclavitud (Morone, 1998, p. 258).

El seguro privado era la alternativa preferida, “el modo americano voluntario”. La AMA financió su campaña opositora imponiendo 25 dólares a cada uno de sus miembros y se preparó para una guerra contra la medicina socializada. En el debate que generó la oposición en el Congreso se planteó una alternativa: la posibilidad de que gobierno federal financiara la construcción de hospitales. El senador demócrata Lister Hill se asoció con el republicano Harold Burton para respaldar la ley que se identifica por sus apellidos, y resultó emblemática de la política de salud de post-guerra. El estado financiaba instalaciones y laboratorios mientras evitaba cuidadosamente intervenir en las decisiones médicas. El gobierno federal distribuyó fondos entre quienes se organizaban para solicitarlos. Las opciones sobre cómo y dónde construir fueron dejadas ampliamente al criterio de los interesados.

La misma estrategia caracterizó el financiamiento para investigación. Los científicos eligieron sus proyectos, paneles de pares profesionales en el sector privado tomaron las decisiones de otorgamiento de recursos. No hubo tampoco regulación federal. La atención médica para el pobre, el seguro nacional, un enfoque sistemático a la escasez crónica de médicos en comunidades rurales o proyectos de salud pública en amplia escala, fueron rechazados. El Programa Hill-Burton, los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto Nacional de Salud Mental, y una suma de pequeños programas financiados con fondos federales, continuaron las tradiciones establecidas por las leyes de licencia sancionadas por los progresistas: permitieron a la profesión determinar la forma y carácter de las actividades del sector.

Conforme el relato de diferentes analistas, los reformadores no se proponían amenazar la autonomía o el poder profesional, simplemente querían colocar a los pacientes en la puerta del consultorio. El eslogan formulado por los liberales –“remover las trabas financieras a la atención médica”– ubicaba a la práctica profesional fuera del alcance de la reforma (Morone, 1998, p. 261). Sin embargo, los líderes médicos percibieron que el financiamiento federal masivo daría al gobierno

poderosos incentivos para administrar sus actividades. Los términos del debate nunca cambiaron. A través de los años cincuenta y los primeros sesenta del siglo XX, los intereses sectoriales continuaron cuestionando la legitimidad y la capacidad del gobierno para implementar una reforma, independientemente de cómo los liberales la definieran. La AMA continuó evocando los dos espectros de un socialismo avanzando sin trabas (es decir, ilegitimidad) y un sistema médico dominado por burocracias kafkianas (incapacidad)¹.

Una reforma efectiva necesitaba una confluencia de voluntad política en las dos Cámaras del Congreso y la Presidencia. A través de las administraciones de Truman, Eisenhower y Kennedy, esa condición no se alcanzó.

El triunfo de Eisenhower sobre Truman en 1952 canceló la posibilidad de aprobación de un seguro nacional de salud en los siguientes años, aunque esto no significara la parálisis del partido demócrata o de los militantes en el campo de la reforma. Un proyecto fue introducido cada año, pero nunca fue tratado en la comisión de Ways and Means² hasta 1958 (Marmor, 2000). En ese trayecto, los liberales se alejaron lentamente del plan de Truman en un esfuerzo vano por ganar apoyo político: transitaron desde un seguro nacional integral hacia un seguro nacional para los ancianos y desembocaron en un plan hospitalario parcial para los beneficiarios de la seguridad social, que se concretaría en la aprobación de Medicare.

Una mayor aceptación de la agenda liberal en la década de 1960

La oportunidad llegaría en el clima político creado por el asesinato del presidente Kennedy. Lyndon Johnson obtuvo un triunfo amplio en las siguientes elecciones y llegó a ambas cámaras del Congreso una abrumadora mayoría de demócratas liberales. En su primer discurso ante el Congreso, Johnson se centró exclusivamente sobre la futura legislación Medicare (Steinmo y Watts, 1995).

¹ El debate se habría acelerado cuando, en 1958, los demócratas obtuvieron la mayoría en el Senado y habría llegado a su máximo después de la elección de Kennedy. Morone considera como su más “delicioso momento” el envió por parte de la AMA a cada esposa de médico de una grabación con la cual se procuraba persuadir a amigos y vecinos a escribir al Congreso oponiéndose a la sanción de Medicare: “Escribe estas cartas, ahora; llama a tus amigos y pídeles que las escriban. Si no lo haces, este programa, yo te lo prometo, se aprobará con tanta seguridad como que el sol aparecerá mañana. Y detrás de él vendrán otros programas federales que invadirán cada área de libertad de las que hemos conocido en este país. Hasta que un día... Nos despertaremos para encontrar que tenemos socialismo. Y si no haces esto, y yo no lo hago, uno de estos días tú y yo dedicaremos nuestros años de ocaso a contar a nuestros hijos y a los hijos de nuestros hijos, cómo era América cuando nuestros hombres eran libres”. La voz, claramente reconocible, era de Ronald Reagan, hablando contra el *big government* en 1962 (Morone, 1998, p. 262)

² La importancia de esta comisión radicaba en que su aprobación era indispensable para el tratamiento de todo proyecto que se vinculara con impuestos. Su decisión resultaba fortalecida por la institución de la “*closed rule*”. Esta regla establecía que ninguna enmienda adicional o cambio podía ser agregada a la legislación que hubiera sido considerada por Ways and Means. La posición de su presidente, Wilbur Mills, encuentra detractores y defensores en el mundo académico sin filiación partidaria.

Los republicanos, liderados por el controvertido presidente de la comisión de Ways and Means, Wilbur Mills, introdujeron dos agregados importantes al proyecto original: La posibilidad de un programa voluntario de seguro que pagara honorarios médicos (en su versión original Medicare cubría solo hospitales) y un programa que cubriera los gastos médicos de los ciudadanos sin cobertura que reunieran determinadas condiciones, que se aprobaría como Medicaid. Dado el poder institucional de que gozaba, Mills pudo diseñar el nuevo programa en una forma que –conforme la interpretación de sus detractores– intentaba específicamente debilitar cualquier futura reforma de la atención médica, colocando una valla alrededor del programa de seguridad social (Marmor, 2000).

Por otra parte, el triunfo de los liberales no alteró los límites tradicionales de la política de atención médica. La autoridad sobre los nuevos programas fue rápidamente cedida al sector profesional. En la descripción de Morone, la misma ley comienza prometiendo que no cambiará nada. Sus primeras tres secciones niegan los cargos de intrusión gubernamental que habían sido repetidos por cinco décadas. “Nada en este título será construido para autorizar a algún funcionario o empleado federal a ejercer cualquier supervisión o control sobre la práctica de la medicina”. Los siguientes cinco ítems prohíben el control estatal sobre el personal médico, las modalidades de compensación o administración, la elección de proveedor o la selección de asegurador (Morone, 1998, p. 264).

La política concesiva se revelaría contradictoria en el corto plazo. En la siguiente década, los costos de la atención médica se convirtieron en el tema más importante de la política de salud. Corporaciones, compañías de seguro, sindicatos y consumidores se unieron a los políticos reclamando soluciones. Medicare hizo de la inflación de la atención médica un problema del sector público y la colocó en la agenda política. Trasladando el gasto no controlado desde los bolsillos privados al presupuesto público, generó una crisis de costos crecientes.

La percepción de crisis desafió la autoridad profesional en sus diferentes niveles: la influencia de los médicos sobre la política pública, su control sobre los servicios de atención médica e incluso la definición de la práctica médica adecuada. Y, sin embargo, el nuevo escepticismo no condujo a una nueva política. Las relaciones entre profesión y Estado se trasmataron en un empate político. La nueva década demostró una vez más qué difícil fue para las instituciones norteamericanas recuperar el poder que habían cedido a pequeñas minorías, incluso cuando se trataba de obtener beneficios para amplias mayorías. El viejo modelo de ceder autoridad al sector médico demostró serias dificultades para ser contrarrestado. La legitimidad de la autoridad profesional estaba bajo fuego; ello sin embargo no condujo a que el Estado gozara una nueva legitimidad propia.

A fines de 1973 se genera un nuevo episodio de posible reforma: el presidente Nixon se encontraba presionado por el escándalo Watergate, y consideraba la sanción de una reforma en salud como una forma de relegitimar la presidencia. En paralelo, el sistema de comisiones estuvo bajo escrutinio, en tanto se lo evaluaba como responsable de debilitar al Congreso frente a una creciente influencia del Ejecutivo. La comisión de Ways and Means era objeto de particular atención. Mills, preocupado

ante la posibilidad de perder su autoridad sobre cuestiones de atención médica, consideró oportuna una estrategia destinada a promover la confianza en su capacidad para formular las políticas de salud de la nación. En abril de 1974 inició conversaciones con Edward Kennedy para llegar a un compromiso en un nuevo proyecto de seguro de salud que, aunque conservaba importantes diferencias con las propuestas liberales, constituía un avance en acercar posiciones entre demócratas y republicanos. Mientras tanto, Nixon presionaba para la acción y pedía un acuerdo orientado a generar “propuestas constructivas que merezcan consideración” (Steinmo & Watts, 1995, p. 352).

El proyecto finalmente naufragó en el laberinto del sistema político. Los miembros del Comité por el Seguro Nacional de Salud, que representaba la corriente principal de las organizaciones sindicales, decidieron retirar su apoyo a Kennedy; especulando con la debilidad de Nixon, consideraron la ventaja de esperar que nuevas elecciones aseguraran una sólida mayoría demócrata en el Congreso. El resultado sería la aprobación de la ley de promoción de las Health Maintenance Organizations.

Las reformas en el Congreso también se decidieron en la ola creada por Watergate. Su objetivo era debilitar el poder de control de los presidentes de comisiones que representaban a los demócratas sureños y redistribuirlo entre las élites del partido y los miembros más jóvenes, con la supresión de la nominación por antigüedad (*seniority system*). Se amplió considerablemente el número de miembros de Ways and Means y se eliminó la *regla de cierre*. Un nuevo elemento de fragmentación se constituiría como obstáculo para la legislación de salud, en tanto su jurisdicción estaba ahora dividida entre cinco comisiones. En la cámara de representantes reclamaban esa jurisdicción Energy and Commerce, Education and Labor y Ways and Means. En el Senado, Resources and Finance y Labor and Human Resources. Su acción fue definitivamente deletérea durante 1994. Sus miembros aspiraban a ser los únicos que hicieran tratos y concesiones a empresas e intereses en salud. En cada una de ellas se diseñaron y rediseñaron, combinaron y recombinaron, varios proyectos alternativos al del presidente, incluyendo muchos de autoría demócrata (Skocpol, 1997).

En este punto comparto la conclusión formulada por Steinmo y Watts:

El sistema político norteamericano se había, una vez más, derrotado a sí mismo. Nuevamente la atención pública fue centrada en la necesidad de una reforma de la atención médica por parte de los reformadores progresistas. Una vez más nuestras instituciones políticas se mostraron incapaces para manejar los problemas que habían colocado ante la atención del público. No es sorprendente que su confianza en tales instituciones cayera nuevamente. Más del 60% de la población consideraba que no podía tener confianza en que el gobierno hiciera lo correcto la mayor parte del tiempo. Conforme la historia que hemos revisado, debemos reconocer que ese escepticismo estaba bien justificado (1995, p. 361).

Una nueva incumbencia reconocida a las comunidades locales

Puede ser importante en la comparación con Argentina considerar, además, que en las décadas de 1960 y 1970 la preocupación del gobierno federal por el incremento del gasto en atención médica colocó en la escena política una interpelación a la capacidad de autorregulación de las comunidades locales, de particular interés en función de la presencia de una orientación similar en algunas políticas generadas en nuestro país. Ambas estrategias tuvieron desenlaces similares.

Tras varias experiencias fallidas de planificación y regulación de la atención médica en jurisdicciones locales, en 1974 se sancionó en la National Health Planning and Resources Development Act, que establecía una red nacional de agencias (205 Health Systems Agencies, HSA) cuya función sería coordinar de mejor manera los recursos públicos y privados existentes en cada comunidad.

En su análisis de los éxitos y fracasos de las HSA, James Morone plantea una perspectiva novedosa. Afirma que anteriores analistas centraron sus preocupaciones en determinar si estas agencias tuvieron éxito en el recorte de costos. La respuesta sería clara: no lo hicieron. Se trata, sin embargo, sostiene este autor, de una pregunta equivocada. Los resultados efectivos de las sesiones de debate en el interior de las agencias, donde la profesión no pudo imponerse, pero tampoco sus adversarios, serían en su opinión irrelevantes. Habría, sin embargo, un resultado no considerado: en esas disputas la profesión médica habría perdido su dominio sobre la medicina estadounidense. En cada comunidad, grupos de legos formularon juicios sobre propuestas presentadas por los profesionales. Haciéndolo, transformaron, según esta visión, el modo en que los norteamericanos pensaban su política de atención médica. Los hospitales pueden haber vencido en las votaciones, o en los recursos presentados a las Juntas de Gobierno, a la agencia estatal, o a las Cortes de Justicia, pero en el proceso, viéndose obligados a apelar continuamente, habrían ido cediendo su hegemonía sobre la política de atención médica.

La autorización a la intromisión de los legos sobre el juicio profesional fue establecida según Morone en las HSAs, que invocaron ideales comunitarios para subordinar a los profesionales de salud. Uno de los avances importantes fue el rechazo de las primeras secciones de Medicare. Una vez que el precedente había sido establecido, gerentes legos comenzarían a tomar control sobre la política de salud en una amplia variedad de instalaciones. Un conjunto de nuevos programas –públicos y privados, estatales o nacionales– afirmarían explícitamente los controles sobre la profesión, incluso hasta el punto de buscar modalidades alternativas de práctica médica³.

³ Una síntesis ilustrativa proporciona Lawrence Brown: “Muchas horas de negociación, el ciclo recurrente de justificación y crítica; los cargos a la ignorancia de los legos por un lado, y a la dominancia profesional por el otro; la interminable arenga con fórmulas y proporciones que nadie entiende; las engañosas audiencias públicas en las cuales un hospital despliega su audiovisual para atestiguar las urgentes necesidades de una venerable institución de la comunidad; la misma comunidad en expectativa (tres cuartos de los empleados del gobierno local corresponden al hospital) se levanta en un apoyo de largo aliento; las decisiones tomadas por una votación de 4 a 3 a la una de la madrugada; los aprietos y maniobras sin fin; las amenazas de apelación y resarcimiento legal; todo esto aumenta los costos personales y organizativos de no volar demasiado alto” (Brown, 1981, p. 24).

Es muy probable que esta hipótesis de Morone, aunque adecuada, resulte reduccionista, y su opinión deba ser matizada teniendo en cuenta la corriente de pensamiento que se afirma en múltiples escenarios a partir de la década de 1980, tal como ya he descripto en capítulos anteriores, expresando serías críticas a la eficacia y eficiencia de la práctica médica y a la confianza en la capacidad de la ciencia y la tecnología en general para promover el bienestar social (Evans & Stoddart, 1990).

Cambios en el equilibrio de los grupos de interés en la década de 1990

En la década de 1990, el tratamiento por parte del Congreso del proyecto de Health Security, respaldado por la administración Clinton, permite introducir algunos matices en lo relativo a la posición de la AMA en el sistema político. También en ese punto existe coincidencia entre analistas respecto del sustantivo cambio sufrido por el escenario político en esa década. Los médicos habían dejado de hablar con una sola voz, ya que la AMA había perdido el control de un porcentaje mayoritario de los médicos del país⁴ y debía enfrentar a algunos de sus antiguos aliados, que no compartían sus puntos de vista en relación a la reforma propuesta por el presidente Clinton.

Las reacciones ante esa reforma habían erosionado incluso la cohesión de la otrora poderosa organización que nucleaba a los aseguradores, la Health Insurance Association of America (HIAA). La HIAA había sufrido un primer desgajamiento bajo la anterior administración Bush, cuando un número considerable de pequeños aseguradores decidieron formar el Council for Affordable Health Insurance. Poco más tarde, entre 1991 y 1993, las “cinco grandes” compañías de seguro (Cigna, Aetna, Casualty and Metropolitan, Travelers y Prudential) se retiraron de la HIAA, y formaron la Alliance for Managed Competition para hacer *lobby* en sus propios términos⁵.

⁴ Conforme la información proporcionada por Paul Starr (1982, p. 398) ya en 1971 la membresía de la AMA había caído al 50% de los profesionales, en la medida en que los médicos más jóvenes se negaban a incorporarse.

⁵ La mayoría de las organizaciones de financiamiento y provisión de atención médica favorecían reformas que no les significaran costos en términos de ganancias limitadas o rutinas discontinuadas. Los médicos, incluyendo los de la AMA, querían cobertura universal pero no controles de costos o regulaciones que dieran ventaja al *managed care*. Las grandes compañías de seguro tales como la Alliance for Managed Competition, pedían cobertura universal pero no límites a las primas o alianzas abarcativas, que podrían recortar sus beneficios. Muchos pequeños empresarios se opusieron a la obligación de contribuir a la cobertura, mientras otros aceptaban solo una exigencia muy limitada. Entre las empresas de mediano y gran tamaño muchas favorecían regulaciones que podían reducir costos de seguro y atención médica, pero tendían a oponerse a paquetes de beneficios generosos, así como a las exigencias de que los empleadores participaran de las alianzas previstas en el proyecto de reforma. En resumen, importantes instituciones y grupos en EEUU favorecían la reforma integral de la atención médica, pero se oponían a cualquier especificidad que pudiera vulnerar sus intereses particulares. Ningún actor estaba dispuesto a hacer sustanciales sacrificios de beneficios o libertad ante la regulación. Y la dinámica de la discusión en el Congreso exacerbó la inclinación de cada grupo para volcarse a posiciones extremas, mientras se evitaban discusiones que podían facilitar el compromiso.

Más significativo aún, la política de Washington se caracterizaba en esos años –en un proceso de ampliación de la representación de intereses que se habría iniciado en los últimos años de la década de 1970– por la proliferación de organizaciones de ciudadanos, asociaciones de comercio, organismos académicos y científicos y grupos de investigación política. Algunas de las ampliamente difundidas organizaciones de ciudadanos, con capacidad de sostener equipos de *lobby* en Washington, constituían redes de grupos comprometidos en activismo de base comunitaria o militaban en la defensa de temas focales, como aborto, políticas ambientales, género, etc. Cada una de tales agrupaciones podía tener perspectivas parcialmente diferentes sobre la reforma en salud y eso dificultó considerablemente la formación de una coalición favorable a la reforma (Skocpol, 1997).

Nuevamente voy a utilizar una síntesis proporcionada por Steinmo y Watts para cerrar este parágrafo: su justificación del fracaso del Plan Clinton recupera diferentes razones.

Primero, la fragmentación del poder político ofreció a los opositores a la reforma muchas oportunidades para atacar la propuesta. Las instituciones políticas ya no eran lo que habían sido veinte, treinta o cuarenta años atrás. Con las reformas de la década de 1970 el poder de los grandes grupos de interés en el Congreso fue cambiado por una distribución de poderes notablemente descentralizados. El Congreso en su conjunto se convirtió en una más permeable y menos manejable institución que anteriormente.

Segundo, los años noventa del siglo XX estuvieron marcados por un tipo enteramente nuevo de comunidad de política, conforme la afirmación de Peterson. La comunidad de intereses en atención médica había perdido su cohesión y su capacidad de dominar la política y el curso del cambio político. Cuando la atención médica llegó a ser un séptimo de la economía estadounidense, más intereses tenían algo que perder si se aprobaba una reforma integral. Los reformadores tenían que luchar con un complejo médico/industrial/asegurador que controlaba más de 800 mil millones por año.

Tercero, las reglas vigentes en el Congreso en 1994 permitían bloquear la aprobación de una ley a una minoría que pudiera controlar el 40% de los votos en el Senado. Ningún otro sistema legislativo exige el apoyo del 60% de los legisladores para aprobar una política de gobierno.

Cuarto, pese al hecho de que los años noventa del siglo XX estuvieron marcados por el más alto nivel de apoyo público a una intervención del gobierno en la atención médica, los increíbles 4.500.000.000.000 dólares de deuda que debían enfrentar los contribuyentes estadounidenses (la mayoría de los cuales habían sido acumulados en los pasados quince años) también hacían excepcionalmente improbable que el gobierno financiara la reforma.

Quinto, los cambios en los dispositivos electorales trabajaron mano a mano con la creciente fragmentación del poder en el Congreso, hasta el punto de que sus miembros se han convertido en empresarios de política independientes. Esto significa dinero. Entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de julio de 1994 los candidatos a cargos legislativos recibieron 38 millones en contribuciones de campaña de las

industrias de atención médica y seguro. La AMA tuvo el más generoso comité de acción política en el país, contribuyendo con más de 1.933.000 dólares solo en 1993 y 1994. Estas cifras no incluyen pequeñas donaciones hechas por bases locales, ni donaciones de pequeñas empresas que también fueron adversarios de Clinton. “Hacia fin de año esperamos que las industrias de salud y seguro habrán gastado más de cien millones para poner obstáculos a la reforma de atención médica”, informaba *Citizen Action*, una organización de investigación en interés público⁶.

Sexto, el mundo alrededor de las instituciones políticas no permaneció estático. El más importante cambio en la política moderna es la importancia del rol de los medios. Las técnicas disponibles para investigación de *marketing* y comunicación mediática son radicalmente más sofisticadas hoy de lo que fueron hace solo quince o veinte años. Este punto no era desconocido para los opositores a la reforma. La industria del seguro gastó más de 14 millones solo en el frecuentemente citado anuncio “Harry and Louise”, del que me ocuparé más adelante (Steinmo & Watts, 1994).

*El sistema político argentino*⁷

En Argentina, como ya anticipé, las relaciones entre profesión y poder político tomaron caminos diferentes. Los médicos, tras varios intentos fallidos de organización gremial, tuvieron una entidad de alcance nacional recién en 1941, la Federación Médica de la República Argentina, que asume poco más tarde el apelativo de Confederación (COMRA). Por su parte, las asociaciones locales y provinciales de Clínicas y Sanatorios se reunirán en una entidad de alcance nacional, CONFECILISA, recién en 1964.

No hubo por consiguiente una representación unificada durante el régimen político no intervencionista de las primeras décadas del siglo. Los higienistas fueron incorporados a las agencias de gobierno y en cierta medida tuvieron también acceso a al Concejo Deliberante de la Capital y a la Cámara de Diputados de la Nación. Médicos como Eliseo Cantón, Ángel Giménez, Alejandro Bunge, Enrique Dickman y otros, dejaron la impronta de su pensamiento en la doctrina sanitaria, y desde sus bancas en el Congreso presentaron proyectos destinados a regular algunas cuestiones, reconocidas como problemáticas, vinculadas a la cobertura y provisión de atención médica, en particular las orientadas a ordenar el multiforme mosaico de mutualidades y a la reglamentación del ejercicio de las profesiones de salud. Sus ideas, sin embargo, no lograron imponerse. Múltiples proyectos quedaron sin sanción, muchos incluso no llegaron a discutirse en las Cámaras.

⁶ *Citizen Action*, “The Health and Insurance Industries Give \$ 38 Million to Congressional Candidates”, Nota a la prensa. Washington DC, 3 de noviembre de 1994. Citado por: Steinmo & Watts (1995, p. 364).

⁷ En este texto, pensado fundamentalmente para ser leído en Argentina, me considero liberada de un exhaustivo análisis del derrotero de la política de salud en el sistema político. He dedicado buena parte de mi producción previa a ese tema. La más reciente puede encontrarse en: Belmartino (2005, 2009).

Dificultades en la relación entre organización gremial y agencias de gobierno

La Confederación Médica tuvo una significativa oportunidad de acercamiento directo a una agencia estatal con voluntad de dar respuesta a algunas de sus demandas hacia 1944, cuando algunos miembros de su Mesa Directiva comenzaron a colaborar con la Secretaría de Trabajo y Previsión en la redacción de proyectos de ley que respondían a las inquietudes de la profesión: estatuto del médico funcionario, ley de regulación del ejercicio de las profesiones de salud, y otros temas menores. El vínculo se quebró abruptamente en los conflictos desatados por la oposición al entonces coronel Perón entre junio y octubre de 1945.

El gremialismo médico se unificó en el repudio a la dirigencia que supuestamente había violado la firme interdicción a la participación en política, uno de los principios fundadores de la organización profesional. Esa interdicción por sí misma dice mucho sobre el posicionamiento de la medicina frente al poder estatal, aunque su aplicación en ese momento estuviera teñida por la adhesión a una de las parcialidades en disputa. El discurso antiestatista y el rechazo de lo político como deformante –o incluso corruptor– de una intervención sanitaria basada exclusivamente en principios técnicos, fue una constante en el pensamiento gremial, aun cuando se adquiriera creciente conciencia de la necesaria intervención del Estado para garantizar el derecho a la autorregulación profesional.

Con mayor frecuencia en la década de 1930 es posible encontrar en las revistas gremiales críticas dirigidas a los colegas que se desempeñan como funcionarios, tanto a nivel nacional como provincial y municipal. Se acusa a la burocracia médica de perjudicar los intereses de sus colegas, manipular por razones electoralistas criterios que deberían estar regidos por fundamentos técnicos, descuidar los intereses de la salud pública, que deberían defender. En los últimos años de esa década, sin embargo, los vínculos con algunas agencias estatales y el apoyo a determinados proyectos presentados en el Parlamento comienzan a hacerse frecuentes. Es muy probable que el indignado rechazo a la colaboración con la Secretaría de Trabajo y Previsión haya estado fogueado principalmente por el conflicto social y político desatado en los últimos meses de 1945.

En esa coyuntura, la Confederación Médica rechaza la convocatoria formulada desde el gobierno, y a partir de allí se ubica en una oposición caracterizada en parte por el ostracismo en relación a los verdaderos espacios de poder, en parte por una autocensura temerosa de las represalias del oficialismo. La única auténtica manifestación de poder de parte del gremialismo médico autodenominado “independiente” fue de índole negativa: los profesionales alineados con el gobierno no lograron apoyo masivo por parte de sus colegas para fortalecer sus propias organizaciones, capaces de entrar en el intercambio de apoyo político por beneficios particulares que constituía la lógica política dominante.

La desconfianza de las organizaciones gremiales ante la intervención del Estado se manifestó también, a lo largo de la década de 1960, en los prolongados e infructíferos

debates sobre un posible seguro de salud (o de enfermedad) que proporcionara cobertura a la población todavía dispersa en obras sociales y mutualidades.

Actores estatales: dificultades para construir la unidad del Estado

Alguna semejanza tiene el régimen argentino con el estadounidense cuando se tienen en cuenta las dificultades del Estado para actuar como un actor unificado. Bajo el gobierno del Gral. Perón, mientras los funcionarios del Ministerio de Asuntos Técnicos abogaban por un sistema de seguro, el ministro de Salud conseguía los significativos recursos necesarios para modernizar y ampliar la red de hospitales públicos y el Ministerio de Trabajo respaldaba la política de desarrollo de instalaciones y fondos financieros para la cobertura de salud de los beneficiarios de determinados sindicatos. El resultado fue múltiples jurisdicciones frecuentemente en competencia por la captación de los recursos que progresivamente se tornaron escasos.

Un nuevo episodio de fragmentación de un organismo del Poder Ejecutivo se desarrolla en la década de 1960, cuando un funcionario del gobierno surgido del golpe militar deja de lado el debate sobre un seguro de difícil acuerdo que emergía esporádicamente desde los años veinte del mismo siglo, e intenta comenzar a regular las relaciones entre los organismos gremiales médicos y las obras sociales, con vistas a la introducción de un seguro de enfermedad gestionado a nivel provincial. A partir de esa decisión se abre un período de negociaciones y enfrentamientos entre la respectiva secretaría y las corporaciones con intereses en el área. Tanto el Ministerio de Bienestar Social –ambicioso intento del gobierno del General Onganía por lograr legitimidad– como la COMRA no logran actuar como un actor unificado. Esta es una de las razones por las cuales el conflicto se prolonga desde 1968 a 1973. En él participarán, además de COMRA, la recientemente creada CONFELISA y la CGT, que toma a su cargo la defensa de los intereses de las obras sociales.

Como representantes del gobierno, intervienen en la toma de decisiones tres ministros de Bienestar Social, dos secretarios de Salud Pública, la Secretaría de Promoción de la Comunidad y la Secretaría de Trabajo. Cuatro Comisiones radicadas en la Secretaría de Salud Pública procuran llegar a un acuerdo entre las partes involucradas. Con el fin de regular el sistema se dictan ocho leyes. Las Secretarías de Trabajo y Promoción de la Comunidad operan en defensa de las demandas de la CGT, mientras Salud Pública se posiciona como una instancia técnica que intenta agregar intereses contrapuestos. CONFELISA en algún momento no comparte la oposición de COMRA, más tarde se suma a sus reclamos. La situación de *empate* en el interior de las agencias estatales argentinas reproduce, bajo otras coordenadas, la imposibilidad de formación de coaliciones gubernamentales con capacidad de imponer determinados parámetros de legislación que James Morone identifica con el mismo vocablo (*stalemate*) en los EEUU.

El punto más álgido del enfrentamiento en el escenario local se ubica en 1972 y tiene como objeto de disputa la reglamentación de los contratos entre proveedores de atención y entidades de cobertura. El enfrentamiento entre COMRA y CGT

adquiere significativo voltaje. Ambas confederaciones se consideran auténticas organizadoras del sistema y reclaman en consecuencia derecho exclusivo a la regulación.

Desde la agencia gubernamental, dos leyes (18483/69 y 19710/72) disponen la creación de organismos paritarios de conciliación de intereses en el seno del INOS. Tanto la CGT como las Confederaciones de proveedores rechazan esa oportunidad de negociar en el ámbito del aparato estatal. Solo a lo largo de 1973, en parte favorecido por la ola de prosperidad que supuso la expansión de la cobertura de las obras sociales, en parte alentado en tanto las corporaciones anteriormente enfrentadas descubren que sus intereses no son necesariamente contradictorios, un acuerdo tripartito sienta las bases para el trípode de concertación que en trabajos anteriores he caracterizado como *pacto corporativo*.

El poder delegado a las corporaciones en la administración del INOS

La alianza constituida a partir de ese pacto logrará desactivar los posteriores intentos de reforma del sistema de servicios: la ley destinada a crear un Sistema Nacional Integrado de Salud que sanciona el gobierno peronista en 1973, la Ley 22269 promulgada en 1980 por la dictadura militar, el proyecto de Seguro de Nacional de Salud defendido por la administración alfonsinista en sus primeros años de gobierno. En cada ocasión el conflicto de intereses y el debate ideológico –corporizados en diferentes actores y desplegando múltiples perspectivas sobre el sistema adecuado– demoraron el diseño de las nuevas instituciones y, aún después de sancionadas las respectivas leyes, obstaculizaron su efectiva aplicación.

En el artículo ya citado, Mark Peterson identifica como “comunidades de representación” las alianzas entre diferentes organizaciones que sostienen ante el poder político reivindicaciones coincidentes sobre alguna arena de política. En Argentina, una alianza de ese tipo se concretaría en el interior del INOS durante la vigencia del *pacto corporativo*. No pretendo igualar tales formas institucionales, por el contrario, me interesa resaltar sus diferencias. En la lectura de Peterson se trata de organizaciones corporativas que acuerdan poner en marcha políticas de *lobby* ante diferentes organismos decisorios para apoyar determinadas políticas. En el caso argentino la alianza entre corporaciones, bajo el formato de una Comisión Paritaria Nacional con atribuciones en el INOS, reunió a representantes de la CGT, de COMRA y de la Confederación de Clínicas y Sanatorios en un organismo que asumió, ante la pasividad de los funcionarios estatales, tareas de cuerpo regulador de las relaciones entre obras sociales y proveedores de servicios.

Poco puede aportar a esta historia la experiencia de los hospitales de comunidad, fallido intento de integrar al subsistema público la atención de los beneficiarios de las obras sociales, y estimular a los sectores de mayores recursos de cada comunidad a hacerse cargo de las necesidades de salud de sus conciudadanos menos favorecidos. La experiencia incorporó la lógica de fragmentación y heterogeneidad dominante en los servicios de atención médica. La suerte de cada una de las instalaciones dependió de la presencia en el espacio local de capacidad instalada privada

que significara una competencia en la captación de pacientes de obras sociales, de la importancia de la población con cobertura, de la capacidad de organización y gestión de las autoridades hospitalarias. Los hospitales siguieron dependiendo en importante proporción del financiamiento público.

En la década de 1990: la ruptura del pacto corporativo

La historia se cierra en la década de 1990, tras la hiperinflación que decantó el agotamiento de las formas organizativas vigentes. El pacto entre corporaciones de financiadores y proveedores de salud, que había fortalecido las organizaciones de profesionales y sanatorios otorgándoles un oligopolio de mercado a favor de su membresía, se tornará inviable. La recomposición del mercado tendrá severas consecuencias para las organizaciones profesionales. No solo resultarán seriamente afectadas, también perderán cohesión interna y no podrán garantizar a sus miembros igualdad de acceso al mercado de trabajo.

En los primeros años de la década de 1990, se vuelven a unir –y a diferenciar– las historias de la atención médica en EEUU y Argentina, con consecuencias para la autonomía y de autorregulación de las profesiones involucradas. En ambos países las estrategias de control de costos habían comenzado a ponerse en marcha en el interior de los fragmentos del sistema, lejos del escenario de las propuestas de reforma centradas en decisiones políticas (el Plan Clinton en EEUU, el proyecto OSAM, rechazado por el Congreso argentino, y el Decreto 9/1993, cuyas disposiciones resultaron vacías de capacidad de afirmación). El fracaso de las lógicas de reforma política posibilitó y potenció el cambio a través de la introducción de nuevas formas de gestión. En ambos países las reformas se inician a través de cambios en las relaciones entre financiadores y proveedores y son formuladas fuera del debate político, por técnicos preocupados en elaborar nuevas alternativas contractuales, destinadas a limitar la libertad de prescripción en manos de los profesionales.

James Morone introduce en su relato sobre las transformaciones en EEUU una comparación con la experiencia europea, muy útil para poner de relieve las peculiaridades de la experiencia estadounidense. Señala que los años noventa del siglo XX fueron también años de reforma en procura del control de costos en gran parte de la Europa occidental, sede de los Estados de Bienestar más desarrollados. En esos casos, la reforma de la atención médica siguió los parámetros que habían caracterizado el ciclo previo: el estado establece una política y deja en manos de los profesionales la práctica en el interior de esa trama. Funcionarios públicos, actuando como un monopsonio, negocian con grupos profesionales en relación al financiamiento de los servicios, y esa negociación es explícita, visible y política (al igual que las reglas que la ordenan). La legitimidad del proceso tiene como fundamento la necesidad de rendir cuentas de todos los involucrados.

EEUU tomó un camino diferente. Técnicos en gestión, en organismos tanto públicos como privados, comenzaron a desarrollar programas complejos orientados al control de costos. Los cambios se operaron en forma creciente con el lenguaje,

metodología y pensamiento de técnicos (Morone habla en realidad de burócratas; en tanto el vocablo me resulta ambiguo para el lector argentino preferido, por consiguiente, hacer referencia a técnicos o tecnócratas). Estos nuevos agentes ya en la década de 1980 habían construido técnicas densas, complejas, que incluyen programas como los Diagnostic Related Groups (DRG) utilizados por primera vez para reembolsar las internaciones de beneficiarios Medicare y las escalas de valor relativo basadas en recurso (RBRVS), que reembolsan a los médicos en el mismo programa. Más tarde los planes *managed care* y el respaldo federal a investigación sobre resultados médicos extendieron el dominio de la tecnocracia (Morone, 1994).

En Argentina, el mismo movimiento tuvo características menos creativas y definitivamente rutinarias. La introducción de los contratos capitados se fundó en mecanismos de gestión previamente desarrollados en EEUU, que se aplicaron mecánicamente, con el único objetivo de que el gasto no superara el monto de las cápititas, y, en el caso de que lo hiciera, el quebranto fuera soportado por los profesionales intervinientes en el contrato. El principal objetivo fue limitar la prescripción de pruebas diagnósticas complejas, mientras la cuota de atención disponible para cada beneficiario dependió en forma directa de la cápita que podía pagar su obra social.

Polarización entre diferentes concepciones del bienestar

Es posible recuperar la presencia de diferentes y conflictivas concepciones de bienestar expresadas a través de las representaciones sociales vinculadas a salud, asistencia, atención médica, derechos de ciudadanía. La distinción entre instituciones políticas y representaciones sociales es solo analítica. No cabe duda de la presencia de interacciones recíprocas. En ambos países el debate de ideas sobre atención médica asume características ideológicas, en la medida en que sus contenidos expresan doctrinas o principios muy generales, aunque en EEUU es posible identificar referencias ocasionales a cuestiones operativas. La principal diferencia es la falta de debate público sobre políticas de salud en Argentina, mientras en EEUU la cuestión ha merecido con frecuencia el registro estadístico y la difusión de ideas a través de los medios.

El debate de ideas en EEUU

Entre los analistas que procuran fundamentar explicaciones sobre políticas de salud en EEUU se ha generado un complejo debate entre quienes otorgan mayor impacto en esa área al diseño de las instituciones políticas y aquellos que defienden la primacía de las ideas. Como ejemplo de estas posiciones polarizadas pueden consultarse el artículo frecuentemente citado en este texto de Sven Steinmo y Jon Watts

(1995), y los trabajos de Lawrence Jacobs que constituyen una expresión reconocida de la perspectiva culturalista (Jacobs, 1993).

Mi opción metodológica en este caso intenta alejarse de esa controversia y prefiere aprovechar la orientación defendida por Robert Lieberman cuando afirma que las políticas públicas son mejor comprendidas como el resultado de conflictos políticos en los cuales elementos particulares de los repertorios cultural e ideológico de cada nación son movilizados e incorporados en una determinada política. Apoyándose en un enfoque neoinstitucionalista Lieberman considera que las luchas políticas tienen lugar en el interior de contextos históricos e institucionales que definen la asignación y ejercicio del poder político y de ese modo modelan las decisiones sobre políticas, especialmente a través de las limitaciones y posibilidades incorporadas en reglas, normas informales y formas organizativas. De modo similar, las ideas políticas y las tradiciones culturales también encuadran los límites y posibilidades de la definición de políticas, en la medida que establecen el rango de opciones viables y ofrecen a los decisores un repertorio de tácticas legitimadoras para las políticas que promueven (Lieberman, 2002).

Los análisis sobre la dominancia de algunas tradiciones ideológicas y culturales también revelan perspectivas encontradas en EEUU. Desmond King, por ejemplo, recupera la distinción formulada por Hugh Heclo entre el bienestar concebido como resultado de la autosuficiencia y el que resulta de la dependencia mutua. El primero supondría una concepción del bien que es fundamentalmente individualista, en tanto se vincula con la capacidad de un individuo de elegir su propio camino y gozar de los frutos de su trabajo. Una segunda concepción se vincularía con una racionalidad que puede ser social, o tener orientación grupal, y constituye el fundamento de los Estados de Bienestar europeos (King, 1992).

King considera que las bases de legitimación de la asistencia social en EEUU son consistentes con la primera categoría de Heclo. Esta visión limita la responsabilidad de los norteamericanos al apoyo a los menos afortunados, dado que no se sienten preparados para auxiliar a aquellos que pueden ayudarse a sí mismos, bajo el supuesto de que ese tipo de ayuda podría tener efectos contraproducentes. Tal como afirman otros comentaristas: "...el compromiso con la provisión de Estado de Bienestar ha estado siempre atenuado por el escepticismo sobre sus efectos colaterales y sus implicaciones. Se ha mantenido la confianza en los mecanismos de mercado y la autoayuda" (Segalman & Marsland, 1989, p. 116).

La concepción de King resulta controvertida por Steinmo y Watts, que la rechazan como explicación del fracaso de los proyectos de seguro obligatorio, en la medida en que las encuestas de opinión pública mostrarían en forma consistente que la mayoría de los estadounidenses favorecieron algún tipo de seguro de salud integral en la mayor parte del período de postguerra. En su opinión, aunque los norteamericanos sostienen valores altamente individualistas, son también profundamente igualitaristas (especialmente en relación al valor de la igualdad de oportunidades).

Skocpol, por su parte, asocia la retórica antiestatista con el pensamiento conservador, que vincula con el fundamentalismo cristiano, en términos que rechazan su asociación con una opinión pública mayoritaria (Skocpol, 1995). Morone acuerda

con la importancia de la prédica conservadora, pero advierte que en el debate de la década de 1990 emergió una nueva retórica divisionista, teñida incluso de una perspectiva racial, que identifica como una recrudescencia del nativismo norteamericano. Conforme esa visión, la clase media no debería ser obligada a unirse (o subsidiar) a los indignos o carentes de méritos (*undeserving*): drogadictos, madres solteras con servicios de bienestar, extranjeros, etc. Un mecanismo burocrático diseñado para agregar riesgos de salud terminaría de ese modo confundido en estereotipos de conducta responsable o irresponsable (Morone, 1995). Joseph White corona esa idea utilizando una dura expresión que adjudica a Uwe Reinhardt: “La clase media norteamericana está dispuesta a dejar colgada a la clase trabajadora de EEUU”⁸.

Theodore Marmor, por su parte, en línea con la visión de Skocpol, pero en forma más explícita, enfatiza la presencia en los debates de la década de 1940 y 1950 de dos corrientes de pensamiento duramente enfrentadas y corporizadas en significativos grupos de interés. En el libro que dedicó a la historia de Medicare, este autor señala que, pese a las diferencias en alcance y contenido entre los programas de seguro propuestos por Truman y el proyecto de cobertura hospitalaria identificado en Medicare, el agrupamiento de defensores y opositores fue sorprendentemente similar.

Marmor ilustra su argumento mencionando tres rasgos característicos del accionar de estos grupos de presión. En primer lugar, los adversarios que se posicionaban respectivamente como “liberales” y “conservadores” en estas cuestiones, expresaban también visiones compartidas sobre otras políticas sociales, como la ayuda federal a la educación o el seguro discapacidad. En segundo término, la extrema polarización ideológica promovida por estos grupos permaneció estable en esas décadas, pese a cambios significativos en los reales objetos en disputa, en particular el más limitado alcance de las propuestas de seguro de salud a partir de 1952.

En esta lectura, la polarización de los grupos de presión sobre Medicare ilustraría la típica estructura de conflicto sobre cuestiones “redistributivas” en EEUU, que Theodore Lowi caracterizó como “guerra de clases”. Por último, la disputa pública estuvo dominada en ambos casos por la AFL-CIO⁹ y la AMA, organizaciones de *lobby* con capacidad de gastar millones en el esfuerzo por modelar el alcance del debate e influenciar los resultados legislativos. Desde la década de 1940 estos dos importantes adversarios se involucraron en lo que el *New York Times* caracterizó como un “juego violento”, una disputa fundada en injurias. Conforme la descripción de Aaron Wildavsky, los principales actores de ese debate

Tienen poco trato entre sí. Cada uno desconfía de los motivos del otro, cada uno cuestiona la integridad del otro, plantea dudas sobre su devoción por el bien nacional. Cada lado espera que el otro juegue sucio, y cada uno produce sustancial evidencia de la larga historia de su disputa (Marmor, 2000, pp. 18-19)

⁸ “*The American middle class is willing to let American working class dangle*”. No he podido identificar el texto de Reinhardt al que hace referencia White, quien reconoce que la expresión es excesivamente dura, pero refleja una realidad innegable (White, 1995, p. 381).

⁹ *American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations*.

También enfatiza Marmor que la AFL-CIO y la AMA disponen de la membresía, los recursos y la experiencia para involucrarse en prácticas de lobby multimillonarias. Estas organizaciones mantienen sustanciales equipos de operadores *full time* en Washington, pero sus mayores gastos están orientados a lo que es denominado eufemísticamente como “educación pública”, y en concreto no sería más que difusión de ideología. En 1965 la AMA habría dedicado 830.000 dólares a una campaña en periódicos, radio y televisión destinada a cuestionar la aprobación del programa Medicare.

La emergencia de una perspectiva individualista del riesgo de enfermar

En la década de 1990 una perspectiva del riesgo de enfermar netamente individualista fue particularmente alentada por la promoción del seguro privado, de manera que permite ejemplificar el papel de los medios en la construcción de representaciones colectivas a través de la publicidad de grandes corporaciones empresarias. A fines de 1991, la aseguradora Prudential publicó en el *New York Times*, el *Wall Street Journal* y una cantidad de semanarios la imagen de una radiografía que mostraba una gran masa blanca en el cuadrante inferior derecho. En razón de que muchos lectores no podrían interpretar el mensaje, el título explicaba: “Dado que él trabaja en una empresa pequeña, el pronóstico tampoco es bueno para sus compañeros de trabajo” (Stone, 1994, pp. 26-27).

Una estrategia similar se implementa a partir de setiembre de 1993, cuando ingresaba en el Congreso el Plan Clinton. En ese escenario político la Health Insurance American Association financió tres series de comerciales televisivos protagonizados por los *a posteriori* famosos y frecuentemente citados *Harry y Louise*. El argumento se centraba en una pareja acomodada de clase media blanca que discutía en la televisión posibles consecuencias de la aprobación del nuevo proyecto. *Harry y Louise* opinaban ante las cámaras y descubrían las espantosas posibilidades de tener a burócratas haciendo elecciones sobre sus problemas de salud: “Ellos eligen, nosotros perdemos”.

Los planes de salud podían desperdiciar dinero y asignar altos valores de primas para las personas jóvenes, que estarían obligadas, de aprobarse la reforma, a pagar la misma “*tasa comunitaria*” que las personas ancianas o enfermas. Skocpol reproduce uno de los diálogos:

Louise: El plan nos obliga a comprar nuestro seguro a través de nuevas alianzas de salud gubernamentales obligatorias.

Harry: Gobernadas por decenas de miles de nuevos burócratas.

Louise: Otra burocracia de mil millones (Skocpol, 1997, p. 138).

En un comentario en torno a la publicidad de Prudential, Deborah Stone analiza los diferentes niveles de significación presentes en las promociones que abogan por la individualización del riesgo de enfermar. En la superficie, la cuestión alude a la

forma en que los aseguradores comerciales establecen las primas para sus seguros de salud. Inmediatamente debajo de la superficie, se esconde la lucha en torno a las propuestas de reforma del seguro de salud, en los estados y el congreso. Sin embargo, la cuestión subyacente es si la atención médica debe ser distribuida como un derecho de ciudadanía o como una mercancía en el mercado. Esa publicidad diferencia, conforme la lectura de Stone, dos lógicas de seguro: el principio de imparcialidad del actuario y el principio de solidaridad. En un nivel aún más profundo, se muestran visiones de comunidad en competencia, se sugiere una forma de pensar sobre los vínculos que unen a los norteamericanos y delimitar con quiénes cada uno de ellos establece vínculos. Mientras en la mayoría de las sociedades la enfermedad es ampliamente aceptada como una condición que debe poner en marcha la ayuda mutua, las instituciones americanas habrían tenido un débil y fluctuante compromiso con ese principio.

Alegando la justicia del actuario (que puede abordarse como justicia conmutativa) –cada persona pagando por su propio riesgo– se defiende un método para organizar la ayuda mutua a partir de fragmentar la comunidad en grupos cada vez más pequeños y homogéneos. Esta fragmentación puede ser realizada estimulando en las personas un sentido de sus diferencias, en contraposición a valorar su pertenencia a una comunidad. Se enfatiza la responsabilidad consigo mismo, antes que la interdependencia resultante de la vida en sociedad (Stone, 2008).

Estos ejemplos pueden ser útiles para contextualizar las hipótesis de Lieberman. El conflicto político que genera el Plan Clinton no puede entenderse solamente como una lucha en torno a la definición de nuevas formas organizativas, sostenidas por nuevas *instituciones/reglas de juego*. El debate en la opinión pública abre una ventana de oportunidad para la explicitación de diferentes concepciones sobre derechos ciudadanos y opciones de distribución de recursos. La propuesta de cambios en las formas organizativas genera una interacción entre posiciones respaldadas por diferentes visiones de eficacia y eficiencia en la cobertura de salud y cuestiones relacionadas con las visiones de lo bueno, lo deseable y lo posible encarnadas en las tradiciones ideológicas y culturales de la ciudadanía. En el caso de estas publicidades, las concepciones ideológicas subyacen a la explicitación del impacto de nuevas formas organizativas sobre el bienestar de las familias de clase media.

La cuestión en Argentina

En este tema, la comparación con Argentina se hace particularmente difícil, en la medida que no es posible recuperar algo similar a esas múltiples visiones de lo adecuado en políticas de cobertura de atención médica a disposición de la opinión pública en EEUU. No disponemos de las series de encuestas de opinión mencionadas en ese debate, ni tampoco es posible asignar posiciones nítidas en el tema a las plataformas de los partidos políticos. La opción entre solidaridad y responsabilidad individual solo tuvo un lugar acotado en los debates de los años noventa del siglo XX. En lo concreto, los defensores de una reforma fundada en una mayor eficiencia

asociada a la competencia en el mercado tuvieron como objetivo el debilitamiento de los poderes corporativos, y mantuvieron para las obras sociales la tradición histórica de un aporte vinculado al salario percibido por los jefes de familia.

En términos muy generales es posible considerar que, si bien el individualismo entre nosotros tiene ganado un lugar de preeminencia, en términos de políticas de salud habría que diferenciar entre los dos componentes del segundo tipo de concepción del bienestar identificado por Hecló: racionalidad social vs. racionalidad grupal. En nuestro país a lo largo del siglo XX ha predominado la construcción de formas organizativas solidarias basadas en el “grupo de iguales” (la igualdad puede considerarse de base social, laboral, comunitaria o de intereses). Para una caracterización más nítida, a esa opción por lo grupal habría que adjetivarla en un doble sentido: clientelar y patrimonialista.

Vigencia de la solidaridad grupal: las mutualidades

Pese a la efectiva vigencia del principio solidario en las mutualidades, el rasgo dominante en su organización fue una lógica de fragmentación. En sus orígenes coexistieron algunas motivaciones básicas: los migrantes que han logrado una buena inserción social se movilizan para apoyar a sus connacionales menos afortunados; los gremios con mayor capacidad de convocatoria ponen en marcha mecanismos de solidaridad mutua con el fin de fortalecer sus organizaciones y mejorar la condición de su membresía; las grandes empresas adoptan modalidades de socorro mutuo para obtener mano de obra saludable y motivada para permanecer en sus puestos de trabajo; la misma perspectiva reduccionista anima a las asociaciones fundadas en referentes ideológicos: círculos católicos y agrupaciones socialistas.

La defensa de lo obtenido por el grupo en ocasiones genera demandas hacia el Estado, pero no se trata de demandas de intervención, lo que se le exige son medidas que permitan la defensa y promoción del “patrimonio” adquirido por el grupo. Coloco entre comillas *patrimonio* porque su composición no está limitada a la acumulación de bienes materiales, también puede tratarse de derechos específicos, beneficios particulares, posiciones o funciones en diferentes organizaciones públicas y privadas, la posibilidad de imponer reglas de juego en diferentes arenas de la práctica social.

El rechazo de las mutualidades a la convocatoria de Trabajo y Previsión bajo el gobierno de facto inaugurado en 1943 compartió –en un tono menos politizado, pero igualmente firme– la desconfianza que predominó en la dirigencia gremial médica frente a una posible cooptación por parte de una agencia gubernamental¹⁰. Los grandes beneficios recibidos a partir de 1944 por los sindicatos ferroviarios no fueron obstáculo para que sus dirigentes siguieran proclamando los avances de su organización en términos de conquistas alcanzadas a través de la lucha sindical. La concepción patrimonialista se expresa también en el discurso pronunciado por el

¹⁰ Para mayor información puede consultarse: Belmartino (2005).

presidente Perón en el acto de inauguración del Policlínico Ferroviario de la ciudad de Buenos Aires: “No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos; queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo ir a pedir albergue a un hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa”¹¹.

La década de 1970: contraposición entre valores solidarios/racionalidad técnica/imperativos políticos.

Si se busca un registro más amplio del universo de valores sociales vinculados a la salud y su atención, es posible retomar los principios propuestos para la reorganización del sistema de servicios en la década de 1970, momento de fuerte recuperación político-ideológica de los valores de justicia social y política redistributiva que habían presidido la transformación de la sociedad argentina en la década de 1940. En múltiples documentos surgidos de organizaciones que aspiran a liderar la reorganización del sistema de servicios se reiteran los valores básicos atribuidos a la organización sectorial en aquellos años: el reconocimiento de la salud como valor social y derecho humano, garantizados por el Estado; la vigencia de la solidaridad como principio ético; la necesidad de poner en marcha una financiación que responda a los principios de solidaridad social y justicia distributiva.

También los profesionales médicos, a través de sus organismos gremiales representativos, defienden en esa coyuntura formas organizativas que pueden pensarse en términos de promoción de condiciones de equidad en la atención médica. Se habla en ese momento de “una sola medicina para todos los habitantes del país [...] que garantice a todos los individuos, en igualdad de condiciones, las mejores acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, bajo la responsabilidad primaria del Estado”¹².

El eje del debate sobre la mejor organización del sistema de servicios se ubica en esos años en la tensión entre *integración y pluralismo*, presentándose ambas posiciones como defensoras de un modelo organizativo con capacidad de potenciar los valores tradicionales asignados al sistema. Esa tensión reproduce y sintetiza la dinámica política que constituye una característica histórica del sistema de servicios de salud: la confrontación entre racionalidad técnica vs. imperativos políticos, que desplaza a un segundo plano los valores propuestos como su fundamento –poniendo en evidencia su carácter de recurso ideológico legitimador– y resulta en el largo plazo en un modelo fragmentado, heterogéneo, ineficiente, estratificado y reforzador de exclusiones originadas a nivel del sistema económico y la estructura social.

¹¹ “En brillante acto inauguróse el Policlínico Ferroviario Central ‘Presidente Perón’”. *La Fraternidad*, XLVII, 991: 3-6, mayo 1954, p. 6.

¹² Confederación Médica de la República Argentina. “Pautas para la formulación de una política de salud”. *Confederación Médica*, I, 1: 1, octubre de 1973.

Semejanzas y diferencias entre Argentina y EEUU

En relación a las ideologías sanitarias, Morone, en su análisis de la cuestión en los años noventa del siglo XX, señala la reiteración de referentes ideológicos en la discusión de políticas de salud en EEUU. Ocho décadas de debate habrían estado marcadas por los mismos ideales, las mismas tácticas, la misma retórica. Mientras en esa década los reformadores nuevamente propusieron esquemas racionalizadores neo-progresistas, fueron nuevamente acechados por potentes símbolos que estimulaban el sentimiento antigubernamental: el Kaiser, el comunismo, el socialismo y aquellos espectros perennes como los impuestos en aumento y la burocracia rampante. Algo equivalente puede señalarse para Argentina bajo otros referentes ideológicos: el énfasis en la defensa de la cobertura universal y la regulación en manos del Estado, en general acompañado del referente tecnocrático de apoyo a la eficiencia en la asignación de recursos, fue reiteradamente enfrentado con apelaciones a la solidaridad grupal, la promoción de asociaciones intermedias, las amenazas de coerción y parálisis asociadas con el Estatismo y la burocratización. Aún el Seguro Nacional de Salud promovido por el ministro Aldo Neri en 1984, que conservaba el esquema de solidaridad grupal, fue tildado de “estatista” por sus adversarios.

Por motivos aún no suficientemente explicados, en nuestro país la apelación a la ciudadanía no ha incorporado nunca como ingrediente sustantivo la demanda de servicios de salud universales. El acceso a la atención médica se percibe como una cuestión privada, la relación con el médico lo es aún más. Ningún dirigente –sindical o médico– ha reconocido alguna vez el carácter *público* del sistema de contribuciones obligatorias a las obras sociales, por el contrario, se ha rechazado en forma sistemática el derecho del Estado para intervenir en su funcionamiento.

Tampoco se han verificado movilizaciones de la ciudadanía a favor o en contra de una política de salud. No ha sido significativa la movilización en procura de mayor accesibilidad a la atención médica, ni la organización de la población de menores recursos orientada a ganar participación en la gestión hospitalaria. Es verdad que a partir de la década de 1980 los portadores del VIH se organizaron y movilizaron activamente para obtener el reconocimiento del poder público de su derecho a la salud. Pero no ha habido organizaciones del mismo tipo en defensa de poblaciones vulnerables. No hay necesidad de buscar explicaciones para esa excepción que confirma la regla: se trataba de una enfermedad con severas consecuencias para quienes la padecían, no solo en el plano sanitario sino también en el laboral y social, los afectados eran grupos minoritarios que rápidamente desarrollaron formas de asociarse y comunicarse, más tarde la aparición de una terapia, muy costosa pero también efectiva, disparó nuevas reivindicaciones, en general apoyadas por la justicia.

El panorama que presenta Theda Skocpol para EEUU en ocasión de la Reforma Clinton es radicalmente diferente. No hay duda de que también los estadounidenses ven con desconfianza la intervención del Estado en la atención médica, pero la movilización en busca de modificaciones al proyecto o su rechazo fue, en la descripción de esta analista, muy importante. Conforme su relato, los grupos determinados a modificar o destruir la propuesta se pusieron en acción sin demora o

dudas. Grupos con un interés ocupacional o financiero en el sistema de atención médica presentaron sus preocupaciones al Congreso. Cuando apareció oficialmente la minuta del plan, todos estos grupos rápidamente decidieron cuán disconformes o enojados estaban con cada detalle relevante de la propuesta. Sus líderes y equipos se apresuraron a notificar a sus miembros a través del país sobre los rasgos amenazantes de la legislación propuesta.

Los grupos de interés con base en Washington produjeron conferencias de prensa y desplegaron hordas de lobbistas para pedir a la administración y al congreso cambios en las disposiciones legislativas. Se formaron coaliciones de intereses y muchos utilizaron sus contactos locales para producir agitación popular en distritos de determinados congresistas. Los grupos más ricos y decididos financiaron encuestas y esfuerzos de propaganda para influenciar la opinión pública.

Sin embargo, la movilización no solo estuvo encarnada en poderosos grupos de *lobby* empresarial. También merecen la atención de Skocpol muchas de las ampliamente difundidas organizaciones dedicadas a defender cuestiones específicas, que se muestran en gran medida orientadas al ciudadano. Como ya he señalado se trataba de grupos con base comunitaria –Acción Ciudadana o la Asociación de Organizaciones Comunitarias para la Reforma Ahora– mientras muchas otras estaban interesadas en temas focales.

En realidad, señala también Skocpol, la mayoría de las organizaciones de intereses y defensa de cuestiones focales en los EEUU no son muy participativas ni están enraizadas popularmente. Si se dejan de lado las organizaciones locales que tienen poca presencia en políticas nacionales o estatales, es probable que los grupos de *lobby* con presencia en Washington estén “profesionalizados”, es decir, gobernados por sus administradores y por una junta de directores que a menudo está dominada por esa administración. Sin embargo, la actividad de estas organizaciones se difunde a través de los medios y construye por consiguiente cuestiones que ingresan en la agenda pública. Esa es la gran diferencia con Argentina, donde los déficits en la atención médica solo llegan a los medios cuando los pone de manifiesto algún episodio con ribetes de tragedia o escándalo.

El debilitamiento de la autoridad cultural de la medicina

Con frecuencia se ha asociado la afirmación del poder profesional con cuestiones culturales. Paul Starr, por ejemplo, la asocia con la obtención de lo que identifica como *autoridad cultural*, que remite al campo de la significación y las ideas. Ese concepto de autoridad haría referencia a la probabilidad de que definiciones particulares de la realidad y juicios de significado y valor serán aceptados como válidos y verdaderos. La autoridad para interpretar signos y síntomas, para diagnosticar salud y enfermedad, para identificar enfermedades y ofrecer pronósticos, constituiría el fundamento de toda la autoridad social que los médicos pudieran obtener.

En las últimas décadas del siglo XX el peso de la autoridad profesional se habría debilitado. La confianza en la capacidad de la medicina para promover la salud

puede haber decaído por razones específicas o en la misma medida que decayó la confianza en la capacidad del progreso técnico científico para garantizar el bienestar. Jeremy Hurst, por ejemplo, señala que los mismos médicos se encuentran a menudo en situación de incertidumbre sobre las indicaciones y la efectividad de los tratamientos. Reconoce la veracidad de las afirmaciones relativas a la existencia de una gran asimetría de información entre médico y pacientes, y sin embargo considera más adecuado hablar de una “simetría de incertidumbre” (Hurst, 1990, p. 72).

En la ola de críticas que se expandió en la década de 1970, y más tarde en los años noventa del mismo siglo, se argumentó que la colosal expansión de la atención médica fue construida sobre un pesado conjunto de expectativas sociales en relación a sus contribuciones potenciales, que finalmente no se habrían efectivizado. Una consecuencia inevitable fue un cierto grado de desapego y desilusión frente las promesas no cumplidas. Si bien es imprescindible recordar que esos debates se difundieron en el mundo académico, sin llegar a la población en general, algún derrame pudo verificarse en la expansión de las terapias alternativas y la generalización del autocuidado (Evans & Stoddart, 1990).

En Argentina no se registran trabajos sustantivos dedicados al tema, de modo que no es posible afirmar una correspondencia.

En el área de gestión, se ha debilitado también la imagen, generada en las primeras décadas del siglo XX, del médico como eficaz agente de los intereses de sus pacientes, directamente vinculada a las demandas de autorregulación y libertad de prescripción y el rechazo a la participación de legos en la gestión de utilización de servicios. Conforme a esa imagen el nivel de conocimiento alcanzado por la medicina y la ética y competencia de los profesionales constituían las principales garantías de que todos los servicios médicos requeridos, y solamente estos, serían proporcionados al paciente. En ambos países la introducción de contratos capitados, la regulación de la utilización y los límites establecidos a la prescripción de procedimientos auxiliares se apoyan, explícita o tácitamente, en la negación de los contenidos anteriormente asociados con el *rol de agente*.

Formas organizativas, modalidades de representación y liderazgos

Las organizaciones de la profesión médica constituyeron actores influyentes en ambos escenarios; sin embargo, no cabe duda de la mayor capacidad de la AMA para imponer sus particulares visiones de lo bueno, lo adecuado y lo posible en el campo de la atención médica. En Argentina, la influencia de COMRA en el diseño del sistema de servicios solo se afianzó tardíamente. Es posible señalar como explicación para estas diferencias en el desempeño de las organizaciones gremiales algunos rasgos significativos: el *timing* de la afirmación política de cada una de ellas y las condiciones de su vinculación con el poder estatal, la posibilidad de construcción

de identidades profesionales homogéneas y la consiguiente coherencia y consistencia de sus propuestas de política, el tipo de vinculación entre liderazgos y bases y la mayor o menor solvencia de los diferentes mercados de demanda de servicios profesionales.

Las cuestiones vinculadas a la emergencia de organizaciones representativas de los intereses profesionales, las condiciones de su afirmación, y la construcción de identidades grupales, se inscriben en el campo de la acción, las conductas, las estrategias. También dan lugar a un análisis relacional, de creciente vigencia en las ciencias sociales. Relaciones entre profesión y Estado, entre profesión y gobiernos, entre dirigencias nacionales y locales, entre liderazgos y bases.

En mi perspectiva, las modalidades de afianzamiento de las organizaciones profesionales tienen impacto en su futuro derrotero. Pueden señalarse cuestiones de *timing*, de vinculación con las agencias estatales con jurisdicción en el sector, de cohesión interna, de construcción de identidades.

Las relaciones con el Estado o sus aparatos constituyen un fructífero campo de análisis en los orígenes del poder y la autonomía profesional. Para este caso he preferido ampliar la información incorporando dos experiencias muy significativas: las de Inglaterra y Alemania.

Los orígenes de la colaboración entre profesión y Estado en Inglaterra

En Inglaterra, la British Medical Association (BMA), representante de los intereses profesionales de los médicos ingleses hasta el presente, se organizó efectivamente en 1855 a partir de la Provincial Medical and Surgical Association, fundada en 1832, que reunía a los apotecarios o *general practitioners*, médicos establecidos en prácticas rurales, hasta ese momento netamente diferenciados de los cuerpos de élite de la profesión. La organización de la BMA, por el contrario, supone la convergencia de lo que Gerald Larkin denomina las tres antiguas “castas” de apotecarios, cirujanos y médicos. La consolidación de la BMA, a partir de la unificación de diferentes grupos profesionales, habría limitado efectivamente cualquier otra opción del Estado en relación al reconocimiento de un agente de control en el momento en que, un par de décadas más tarde, se produce la expansión de servicios y una creciente división del trabajo en atención médica (Larkin, 1993).

Por otra parte, en 1858 la Medical Act crea un cuerpo regulador con inserción estatal al que se adjudicó la función de normatizar el proceso de formación de los futuros médicos. Conocido hoy como General Medical Council (GMC), el nuevo organismo creado por el Estado tenía el título de General Council of Medical Education and Registration in the United Kingdom. Se le delegaban dos tareas: el licenciamiento de los aspirantes al título de doctor y la aprobación de las escuelas médicas.

El GMC constituye un ejemplo de autorregulación profesional con el respaldo del Estado. Estuvo inicialmente compuesto exclusivamente por médicos, que eran propuestos por las principales sociedades profesionales e instituciones académicas.

La ley que lo creó fue resultado de un acuerdo entre el Estado y la profesión, por el cual se delegaba a esta última la responsabilidad de establecer los estándares de la formación y el control de calidad de los futuros médicos (Moran & Wood, 1993). La creación del GMC tuvo consecuencias legitimadoras, en tanto se optó por un organismo integrado al aparato estatal e institucionalmente diferente de la BMA. Por esa vía se refuerza a la vez la autoridad de la profesión y del GMC, al quitarle toda posible connotación de interés sectorial.

A comienzos del siglo XX, en un contexto de importantes cambios científicos y sociales, los hospitales y clínicas se expandieron con apoyo del Estado. En ese punto, afirma Larkin, ni la profesión médica, que buscaba posicionarse liderando el mercado, ni el Estado, que procuraba en forma creciente respaldar el acceso a la atención médica, estaban en condiciones de administrar el crecimiento de la fuerza de trabajo. Estado y profesión, reconociendo intereses conjuntos en un particular momento histórico, tuvieron que construir una forma organizativa para la expansión de las numerosas ocupaciones vinculadas a la medicina. El involucramiento del Estado en la provisión de servicios fue en parte producto de la creciente evidencia estadística acumulada en relación al deterioro de la salud de la población, que en ese momento se asoció con limitaciones en las políticas de *laissez-faire*.

El establecimiento del Ministerio de Salud en 1918 supuso un nuevo fortalecimiento de los vínculos entre Estado y profesión médica. La expansión de los servicios hospitalarios y el desarrollo de nuevos tratamientos que requerían el apoyo de una fuerza de trabajo calificada, significaron la necesidad de regular grupos ocupacionales potencialmente en competencia en el campo de la atención. La cooperación con el Estado en esta tarea fue parte del control de mercado por parte de la profesión, que en esa circunstancia vuelve a enfrentar la amenaza de ocupaciones rivales, en condiciones de implementar nuevas tecnologías y tipos de práctica no ortodoxos, con concepciones de cura incompatibles con la medicina alopática (la enumeración de ocupaciones que se proponen como posibles competidoras que proporciona Larkin incluye desde técnicos ópticos a osteópatas y herbalistas, y también ocupaciones paramédicas con diferentes niveles de subordinación).

En esas circunstancias de debilidad relativa, la profesión médica británica transformó sus derechos de monopolio en un criterio de exclusión para el ingreso al empleo en el sector público. Las exigencias para la definición de credenciales de un sistema de regulación respaldado por el Estado, proveyeron la oportunidad para convertir una ventaja en el mercado obtenida en el siglo XIX en monopolio de práctica en dicho sector en el siglo XX.

La afirmación de la profesión bajo el control del Estado en Alemania

El proceso de profesionalización en Alemania es un caso significativo para la comparación, en primer lugar, por representar las tendencias propias de la Europa continental, caracterizadas por un mayor involucramiento del Estado. No menos importante, en

razón de que sus modalidades de organización del financiamiento de atención médica tienen neta semejanza con Argentina, en un contexto institucional diferente.

La vinculación entre profesiones y el Estado en Alemania se presenta asociada a su unidad tardía como nación y a las convulsiones de su sistema político. La lucha de las profesiones por el reconocimiento del estatus profesional y el consiguiente derecho a la autorregulación se expresa en este caso a partir de la demanda de conformación de una cámara especial: un cuerpo de derecho público con poderes y obligaciones legales garantizados por el Estado.

La autonomía de cada profesión se afirmó a partir de un estatus legal distintivo, marcado por instituciones específicas y la posesión de derechos y deberes legalmente reconocidos.

Las Cámaras, conformadas como instituciones de derecho público, representaban a la ocupación a la vez que controlaban su práctica. En el momento de la unificación del *Reich* alemán en 1870 solo algunos de los Estados componentes habían concedido a sus médicos el estatus regulatorio particular que suponía la existencia de una cámara. Y aunque estas instituciones se fueron desarrollando lentamente en algunos de ellos, en las siguientes décadas esos éxitos parciales fueron a la vez demostrativos del fracaso de la profesión médica en su lucha por obtener una ley nacional que sancionara su unidad como tal.

En esa condición de dependencia y relativa debilidad frente al Estado, los médicos alemanes debieron enfrentar, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, frecuentes conflictos por la definición de las condiciones de su práctica cuando esta era financiada por los fondos de seguro de enfermedad, establecidos por ley en 1883. La emergencia de ese tipo de enfrentamientos tuvo sus raíces en la confrontación de diferentes concepciones y necesidades vinculadas a la organización de servicios de salud y también en diferentes coordenadas de inserción social: la mayoría de los médicos –instalados en prácticas individuales– eran identificados como pequeños empresarios, mientras los fondos de seguro estuvieron hasta la década de 1930 estrechamente vinculados a los sindicatos y los partidos políticos de izquierda.

Inicialmente los fondos de enfermedad cubrían solo una pequeña proporción de la población y no financiaban la atención médica; su función exclusiva era compensar la pérdida de ingreso provocada por la emergencia de la enfermedad. Su desarrollo posterior, sin embargo, cambió radicalmente las condiciones del mercado de atención médica: su membresía creció de 4,29 millones en 1885 a 13,6 millones en 1911 y en forma paulatina extendieron su cobertura hasta hacerse cargo de los gastos asociados al tratamiento.

Las principales fuentes de conflicto radicaron en la organización de servicios propios por parte de las instituciones de seguro, que convirtieron a los médicos en sus dependientes asalariados. Aún aquellos que consiguieron conservar una práctica independiente perdían parte de su autonomía cuando se vinculaban contractualmente con un fondo. La sobreoferta de profesionales constituyó un factor agravante, puesto en evidencia al final de la primera guerra.

Los médicos conformaron sus propias organizaciones para hacer frente a esta situación, que contradecía su aspiración a la autonomía. El cambio en el equilibrio

de poder, sin embargo, no se relacionó directamente con el incremento de su capacidad de presión, sino que derivó de la crisis de 1929, la depresión que castigó a Alemania en 1930 y 1931 y la consiguiente intervención del Estado destinada a garantizar la supervivencia del sistema de servicios. El resultado de esa actividad racionalizadora se expresó en el recorte significativo de la libertad de los fondos de seguro para instalar servicios de atención médica y determinar el nivel de las contribuciones recaudadas y de los beneficios otorgados.

La posición de los médicos mejoró decididamente a partir de las reformas introducidas en 1931, ya que obtuvieron el derecho a exigir a los fondos la aceptación de una modalidad de pago por tratamiento proporcionado a sus beneficiarios. Las reformas determinaron la creación de asociaciones regionales de médicos del seguro, con membresía obligatoria para todos aquellos interesados en trabajar con el sistema de cobertura social, que en ese momento alcanzaba ya a la mitad de la población. Estas asociaciones se constituyeron como cuerpos de derecho público que asumieron la responsabilidad de proporcionar atención médica fuera de los hospitales, garantizando la disponibilidad de médicos, regulando y supervisando la calidad y el costo de la atención provista y contratando en forma colectiva con los fondos de seguro en representación de todos sus asociados.

Por último, en 1935, ya bajo el régimen nazi, la profesión médica obtuvo un código con validez nacional que estableció el derecho de la totalidad de los médicos a formas de autorregulación ejercidas a través de las tradicionales cámaras. Al final de la guerra los partidos de izquierda propusieron la implantación de un seguro nacional único, pero la iniciativa no prosperó. Cuando se estableció la República Federal en 1949 ya estaba en marcha el restablecimiento del sistema de fondos de enfermedad. La situación de los médicos como grupo dominante en el sistema de atención médica se mantuvo; las cámaras reguladoras establecidas por el régimen nazi habían sido disueltas, pero fueron reemplazadas por nuevas, instaladas también a nivel de los estados.

Sintetizando, la regulación de la profesión médica en Alemania puede pensarse como resultado de la especial significación que tuvieron las instituciones de derecho público: su organización, el régimen federal de gobierno y la importancia otorgada por el sistema jurídico alemán a la Constitución en la atribución de derechos y deberes y a las cortes constitucionales, tanto a nivel del gobierno federal como de los estados, en la interpretación de su articulado. Como ya vimos, entre las instituciones de derecho público sería necesario diferenciar las Cámaras y las Asociaciones de Médicos de Seguro. Las primeras están a cargo del otorgamiento de la licencia, son las organizaciones responsables del control de la ética médica, rigen los tribunales de disciplina y supervisan la formación de postgrado de los profesionales. Las Asociaciones son responsables de la relación de los médicos en práctica local con las instituciones de seguro, y su rol ha sido crítico para la preservación de la independencia y el poder de este sector, el de mayor prestigio e influencia en el interior de la profesión.

Tanto las Cámaras como las Asociaciones de Médicos de Seguro reproducen la estructura federal del estado, generando un mecanismo de regulación

geográficamente descentralizado. Están vinculadas en federaciones, pero los procesos decisivos de mayor peso se definen en la organización a nivel de estados o regional (Moran & Wood, 1993).

Comparación entre los cuatro escenarios

Los cuatro casos conforman a mi criterio un ilustrativo *patchwork* en términos de comparación. La experiencia de Inglaterra puede utilizarse como instrumento de contraste: sin duda es el país –entre los cuatro analizados y, posiblemente, aún más allá– donde la estabilidad y coherencia de las agencias gubernamentales generó posibilidades de afirmación y a la vez limitaciones al poder profesional. Alemania y EEUU comparten con la experiencia argentina algunas similitudes notables. La tardía afirmación del poder profesional en el primero de estos países demuestra la importancia del *timing* y la influencia de las tensiones y conflictos existentes entre gobierno y sociedad, también evidentes en el caso argentino. También son coincidentes en la presencia de sobreoferta de profesionales. El proceso en Argentina coincide con el estadounidense en el rechazo a la intervención del Estado en la organización del sistema de servicios, agencias estatales con escasa vocación reguladora, una sociedad más proclive a considerar la atención médica como un bien privado y a aceptar el subsistema público como instrumento para atemperar las situaciones de carencia de la población de menores recursos.

Las diferencias son también significativas: en Alemania la fragmentación organizativa de la cobertura no quedó subordinada a la capacidad de negociación del poder sindical, como sucedió entre nosotros. El Estado mantuvo su capacidad reguladora, los fondos de enfermedad no estuvieron limitados a grupos con membresía obligatoria identificados por su inserción laboral, sino que cubrieron también afiliados voluntarios. Las asociaciones regionales de médicos y hospitales introdujeron mecanismos de información que permitieron que su negociación con las organizaciones financiadoras se afirmara sobre resultados transparentes de utilización de recursos y posibilidades y límites del acceso a la atención. La mayor eficacia de la gestión de utilización en esas condiciones se demostró con claridad en las políticas de control del gasto en la década de 1990.

Las diferencias de origen entre las organizaciones de la profesión estadounidense y la argentina son significativas. La cuestión de *timing* influyó desfavorablemente en Argentina, no solo por la más tardía y conflictiva consolidación de una representación a nivel nacional, sino también por el diferente escenario de relaciones Estado/sociedad en el cual la organización profesional debió insertarse. En la década de 1940 se genera, en Argentina y en el mundo, un proceso que ha sido identificado como generador de una *politicización de lo social*, en la medida que se incrementa la intervención del Estado en las relaciones laborales y a la vez cobra protagonismo su

función de *promotor de lo social*, con la puesta en marcha de políticas sociales activas en previsión social, salud, atención médica y empleo¹.

La situación argentina se muestra particularmente politizada por la acción del gobierno tendiente a cooptar el apoyo de los trabajadores sindicalizados, a la vez que se expande la red pública de servicios de salud.

En ese escenario los enfrentamientos políticos se presentan como opciones irreductibles, y la profesión médica nucleada en la COMRA, al igual que muchas otras organizaciones profesionales, toma partido por uno de los sectores en disputa, clausurando de ese modo por más de una década las posibilidades de construir vínculos de colaboración o negociación con las agencias estatales.

¹ En la terminología de Pierre Rosanvallon (1981).

Conclusiones

Defensa de la hipótesis original

Considero que, a lo largo de este complejo y no siempre equilibrado texto, he conseguido iluminar el paralelismo del recorrido de las dos profesiones que constituyen su objeto. Ese paralelismo se expresa en las identidades de origen, la búsqueda de formas organizativas destinadas a afirmar la autonomía de la profesión en la definición de las condiciones de formación, práctica y remuneración para su membresía, la exigencia de subordinación de profesiones y actividades auxiliares, las demandas de autorregulación y no intervención de legos canalizadas hacia el poder político, la periodización en tres momentos claramente definidos de los mecanismos de regulación de su mercado de trabajo. En otro registro de lectura también las concepciones éticas y el énfasis colocado en la relación entre autonomía del profesional y eficacia terapéutica tienen paralelismos netos.

Las diferencias también se han puesto de manifiesto y pueden definirse a partir de las capacidades institucionales operadas por las organizaciones representativas de la profesión para afianzar dichas reivindicaciones.

En ese sentido, dos rasgos notables del derrotero que he descripto son la más rápida subordinación de profesionales y técnicos auxiliares y la mayor capacidad de control de su mercado de trabajo en manos de la profesión médica en EEUU. El reconocimiento del derecho al monopolio de práctica y la misma organización de los servicios de atención médica se adecuaron tempranamente a las reivindicaciones de la profesión. En la relación entre financiamiento y provisión, aun cuando se presentan formas alternativas, estas alcanzaron solamente importancia regional y procesaron un porcentaje minoritario de las prácticas de atención de pacientes.

Esa supremacía comenzó a consolidarse en la década de 1930 y fue objeto de cuestionamientos severos a partir de la década de 1970. Las transformaciones de los años noventa del siglo XX, estimuladas por la responsabilidad en los aumentos de costos que se adjudicaron a la libre elección, la libertad de prescripción y el pago por acto médico, amenazaron de manera significativa tal supremacía, en un proceso que se revierte solo parcialmente a fines de la misma década.

Otra es la historia de la profesión en Argentina. Tardíamente organizada –si se la compara con su par estadounidense– en una Confederación con alcance nacional, debe negociar el reconocimiento de sus reivindicaciones en inferioridad –o en el mejor de los casos, paridad– de condiciones con quienes administran los recursos de la seguridad social médica. Tiene un efímero período de gran prosperidad en la segunda mitad de la década de 1970 que, tras sufrir algunos altibajos, se interrumpe

en los últimos años ochenta del mismo siglo. Las transformaciones generadas a comienzos de la década de 1990, aunque no llegan a afirmarse como hegemónicas, aumentan la heterogeneidad interna en sus organizaciones representativas y generan rupturas de consideración.

Estas diferencias están sin duda estrechamente vinculadas con factores estructurales propios de ambas sociedades y recursos organizativos y liderazgos en las organizaciones profesionales y en las instalaciones donde efectivizan su práctica.

En relación a los factores estructurales, en ambos países se verifican las hipótesis más generales vinculadas al desarrollo de las profesiones, que fueron defendidas en los años setenta del siglo XX por Magalí Safarti Larson y Eliot Freidson. Según la primera, la afirmación del movimiento de profesionalización se asocia con el avance de la alfabetización, la urbanización, la economía monetaria, y la estabilización de regímenes políticos fundados en el reconocimiento de los derechos de ciudadanía. Freidson incorpora como ingrediente fundamental para el logro de la autonomía profesional, su dependencia de la tolerancia y protección del Estado (Larson, 1977; Freidson, 1970).

Mi estudio no se limita a verificar esa coincidencia, recupera además una periodización que muestra un *timing* diferente en la afirmación de ese movimiento entre Argentina y EEUU.

Un primer rasgo de esas diferentes temporalidades se evidencia cuando se analizan los orígenes de las grandes organizaciones corporativas que retuvieron la representación de los intereses profesionales en buena parte del siglo XX.

En EEUU, en el momento de emergencia del poder profesional, los médicos, amenazados por la competencia entre las diferentes sectas y la presencia de diferentes instancias de formación profesional, conformaron alianzas en respaldo de su reivindicación de ser reconocidos como los únicos portadores del saber y la conducta ética asociados con la función de cura. La alianza entre médicos regulares, eclécticos y homeópatas disparó el movimiento que en la década de 1870 se difundió en todos los estados de la Unión y obtuvo la sanción de leyes que instituían la obligatoriedad de la licencia. La AMA se fortaleció a partir de ese triunfo y algo más tarde creó un cuerpo de gobierno integrado por representantes de las asociaciones médicas estatales.

En Argentina, por el contrario, no existió un movimiento similar que diera origen a una organización profesional unificada. La temprana institucionalización por parte del Estado de las Facultades de Medicina, legitimó a sus egresados por el solo hecho de haber recibido el respectivo título. La élite que conformaron las primeras promociones no necesitó presiones derivadas de una organización defensora de sus intereses para obtener reconocimiento y cargos en agencias estatales y servicios de salud, tanto públicos como gestionados por la beneficencia. Los gobiernos nacionales y provinciales incorporaron tempranamente médicos a sus agencias, y los higienistas influenciaron las primeras políticas vinculadas a saneamiento, control de epidemias y atención de la población indigente. Sin embargo, dichos profesionales fueron parte del poder en su carácter de “*notables*”: la autoridad que se les reconocía

derivaba de su inserción en diferentes agencias del Estado, no se vinculaba a su identificación como representantes reconocidos de la profesión organizada.

La cuestión de los orígenes incrementa su capacidad explicativa cuando se profundiza el estudio de las relaciones entre profesión y Estado. Con esa finalidad introduje en mi escrito un breve relato de los orígenes del poder profesional en Alemania e Inglaterra. En Inglaterra la unidad de la profesión se consolida en forma temprana y obtiene la protección de un Estado con firme vocación reguladora y un régimen político consolidado. La trayectoria de la profesión en Alemania es más inestable y su régimen político sufre amenazas de consideración en las primeras décadas del siglo XX. En la segunda postguerra, sin embargo, se afianza un régimen jurídico caracterizado por el respeto a la Constitución y la fortaleza de las instituciones de derecho público. La regulación de un sistema de seguridad social médica extremadamente fragmentado queda en manos de asociaciones representativas de los profesionales y fondos de enfermedad con jurisdicción en cada uno de los Estados, que establecen las condiciones de cobertura a partir de un amplio registro de información sobre el desempeño de los respectivos servicios.

La carencia de esa vocación reguladora en EEUU, y la impotencia, el desinterés, o el conflicto interno, que caracterizaron a las agencias estatales argentinas y obstaculizaron la aplicación de normas destinadas a regular los servicios de atención médica, constituyen parte de las razones que explican el derrotero de la profesión en ambos escenarios.

La fortaleza de la profesión estadounidense y la fragmentación de identidades y proyectos de organización que afectan a la argentina, tuvieron impacto en la respuesta de ambos cuerpos profesionales a los desafíos que planteó la coyuntura crítica de la década de 1930.

No cabe duda de que la profesión médica argentina había alcanzado en la década de 1930 el reconocimiento, por parte del Estado y de los otros agentes con intereses en el sector salud, de su derecho al control de los aspectos técnicos de su trabajo, que en el campo de la atención médica se expresa en el respeto generalizado por la autonomía profesional en el ámbito de la relación médico/paciente. Un segundo nivel de expresión del control profesional, vinculado a su influencia en la organización y financiamiento de los servicios de atención médica, solo se afirmará más tarde y en condiciones de poder compartido.

La consolidación de una vocación asociativa entre los médicos argentinos se vincula en mi relato con la presencia de un escenario complejo. Los mayores costos de la práctica, la presión en el mercado de trabajo de un número significativo de profesionales habilitados y la escasa capacidad de financiación de las organizaciones sociales a cargo de la cobertura, sustentaron un diagnóstico que sobredimensionó la amenaza constituida por la crisis, y exacerbó el debate sobre la definición de nuevas formas organizativas. Esas condiciones, por otra parte, estimularon el reconocimiento de la necesidad de crear y fortalecer organizaciones representativas de los intereses profesionales, tanto frente al Estado como en su vinculación con otras entidades de índole social, como las mutualidades y las asociaciones de beneficencia.

Ese primer impulso organizativo del gremialismo médico se vio obstaculizado por la fragmentación de intereses asociados con diferentes ideologías, lugares de inserción de la práctica y preferencia por formas alternativas de vinculación con las principales fuentes de financiamiento. Los conflictos y debates internos demoraron la consolidación de una unidad gremial con capacidad de presionar tanto al Estado como a los otros poderes constituidos en la organización del sistema de servicios de salud. Cuando esa unidad finalmente se alcanzó a comienzos de la década de 1940, el enfrentamiento con el gobierno peronista se interpuso como un nuevo límite para el control de su mercado de trabajo por parte de los médicos.

La tradicional reivindicación de las *libertades médicas* demorará todavía un par de décadas en generalizarse como práctica dominante en la relación con las entidades a cargo de la cobertura. En los años cuarenta solo puede pensarse como una especie de “muralla defensiva” que la profesión construye frente a múltiples amenazas que la acosan: crisis, plétora relativa, democratización de los claustros universitarios, necesaria redefinición del mercado, obstáculos en la posibilidad de diálogo con las instancias de poder, que ubican en un lugar privilegiado a la tecnocracia lega y las organizaciones sindicales. La profesión se parapeta tras las viejas tradiciones, relacionadas con la trascendencia de su función, su competencia específica, su capacidad de orientación en terrenos donde la conflictividad social se agudiza, ante el hostigamiento de sectores que aparecen como adversarios potenciales, frente a las convulsiones y la inseguridad derivadas de los procesos de cambio.

La situación en EEUU presenta diferencias. Si bien las estadísticas disponibles registran una caída de los ingresos de los médicos, no he encontrado en mi revisión bibliográfica las dramáticas referencias al “malestar” de la profesión que recupero en las fuentes locales. En ese momento los médicos estadounidenses ya habían afianzado sus propias organizaciones de cobertura, en estrecha alianza con las correspondientes al financiamiento de la atención hospitalaria: Blue Shield y Blue Cross. A través de ellas habían logrado imponer sus reivindicaciones respecto a las modalidades de organización de la atención médica. Es muy posible que las diferencias con Argentina se asocien con la temprana afirmación del poder de la AMA y su capacidad de presión sobre factores de poder alternativos, incluyendo al mismo Estado.

En la búsqueda de factores estructurales diferenciadores no es posible desdeñar la influencia que tuvo en la afirmación de ambas corporaciones la significativa diferencia en el tamaño de sus respectivos mercados, que puede seguramente abordarse desde muy diferentes ángulos. En función de la coherencia de mi relato, me interesa enfocarla como factor de consolidación o fragmentación de la unidad gremial. En EEUU los significativos recursos volcados a la investigación e inversión en atención médica no solo constituyeron la estructura sobre la cual los profesionales afianzaron el prestigio y la eficacia de su práctica, también desalentaron o atenuaron posibles conflictos por la distribución de clientelas. Tanto las formas organizativas dominantes como aquellas minoritarias dispusieron de financiamiento para remunerar a sus médicos en forma satisfactoria, al menos hasta el comienzo de la década de 1970. El limitado número de practicantes en las primeras décadas de afirmación de

las formas organizativas promovidas a partir de la década de 1930, facilitó seguramente una inserción favorable de aquellos que obtuvieron una licencia y quisieron utilizarla como fuente de ingreso.

En Argentina, en cambio, las reducidas dimensiones de la demanda solvente –y el gasto estatal castigado por una cuasi permanente crisis fiscal– constituyeron una limitación para una inserción adecuada de los profesionales en sus mercados de trabajo, e influyeron en las políticas que podían promoverse desde la organización federal. La firmeza de las declaraciones pronunciadas en defensa de las tradicionales libertades médicas no fue suficiente para superar algunas de las contradicciones que las condiciones de su mercado de trabajo ponían de manifiesto en la práctica cotidiana de los profesionales. Los dirigentes gremiales se enfrentan a lo largo de décadas con una tarea de difícil abordaje, 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.

En la década de 1990 los servicios de atención médica enfrentan en ambos países una nueva coyuntura crítica. En EEUU, intentos de control del gasto fiscal en atención médica se pusieron en práctica a partir de la década de 1970, a través de estímulo brindado a las HMOs y las frustradas estrategias de regulación comunitaria. En los primeros años de la década de 1990, la amenaza constituida por el Plan Clinton estimuló un reordenamiento de los mercados. Como consecuencia de los cambios en las modalidades de cobertura de su práctica los profesionales estadounidenses vieron limitadas su libertad de prescripción y su reivindicación de libre elección del profesional y pago por acto médico.

En Argentina el pacto entre corporaciones –CGT, COMRA, CONFELISA– establecido en el interior del INOS, en tanto organismo regulador de la seguridad social médica, perdura hasta la hiperinflación de los últimos años de la década de 1980. La reacción de los mercados se genera con anterioridad y prevalece sobre las políticas desregulatorias establecidas por el Decreto 9/93. A partir de las nuevas modalidades de contratación los médicos argentinos comparten con sus colegas estadounidense las limitaciones de sus libertades, y las organizaciones gremiales deben resignarse, además, a la pérdida de su oligopolio de la oferta de atención en los mercados locales.

En ambos escenarios adquieren mayor importancia las relaciones contractuales entre financiadores y proveedores de servicios, ingresando en una lógica de mercado. La aceptación de esa lógica fue menos conflictiva en EEUU, y fue a través de esas negociaciones que aquellos sectores con mayor capacidad de presión en el mercado recuperaron en el inicio del nuevo siglo las modalidades de pago por acto médico y nuevas alternativas de libre elección. En Argentina la pérdida de autonomía y la caída de los ingresos generaron estrategias diferenciadas en la profesión: en algunos escenarios los cambios se abordaron a través de nuevas formas negociación e introducción de nuevas modalidades de práctica; en otros la cuestión se politizó y generó rupturas significativas en la misma organización gremial.

Aunque no está incluida en mi texto, no puedo dejar de señalar aquí que, nuevamente, puede ser ilustrativa la comparación con las reformas introducidas en esa

misma coyuntura de cambios de los años noventa del siglo XX por Inglaterra y Alemania, que fueron más eficaces, disminuyeron las desigualdades internas de los sistemas de servicios, y se aplicaron sin conflictos significativos.

Esas constataciones me permiten afirmar que las condiciones originarias de relación entre profesión y agencias estatales conforman legados históricos con capacidad de influir en los resultados de los procesos de cambio institucional. Pero no son los únicos.

Los legados históricos resultantes de la aplicación de políticas

La presencia de legados históricos puede verificarse también a través del análisis de las consecuencias en el mediano plazo de la aprobación de determinadas políticas; legados que continúan operando bajo nuevas reglas aún después de la aplicación de reformas. El develamiento de tales continuidades permite organizar hipótesis explicativas de los alcances y límites de los procesos de cambio. Tal como señala James Morone (1994), la visión de sentido común es que el conflicto político modela la política a sancionar (en inglés la expresión es más directa: *politics shape policies*). La inversa sería igualmente importante y a menudo menos observada: la sanción de nuevas políticas genera nuevos contenidos y actores en el conflicto político.

No solo las políticas aplicadas por los gobiernos, también las formas organizativas que se imponen en las entidades representativas de determinados grupos de interés pueden conformar legados. En lo referido a las entidades gremiales médicas es posible señalar dos diferencias importantes entre EEUU y Argentina, que operaron como legados en el posterior desempeño de sus conducciones.

En primer lugar, las modalidades de representación de las federaciones territoriales: La AMA adoptó tempranamente el criterio asociado al número de profesionales vinculados a las asociaciones locales en cada uno de los estados. En Argentina la intención de aplicar ese mismo criterio en el momento de aprobarse los Estatutos definitivos de la Confederación Médica, en abril de 1945, generó un conflicto que solo se resolvería un año más tarde a partir de la institucionalización de una representación igualitaria para la totalidad de las Federaciones adheridas.

Ese mecanismo de representación fue un obstáculo severo para la actuación de la organización profesional como un actor unificado. Las formas de inserción en la práctica, diferentes ya en el momento de consolidación de la organización de tercer nivel, fueron incrementando esas diferencias en las décadas subsiguientes, en paralelo con la desigual penetración del desarrollo socioeconómico en las provincias. Los escenarios de práctica incidieron en la constitución de las identidades profesionales y la percepción de sus intereses y posibles alianzas en el mercado de trabajo local por parte de los médicos.

En segundo término, actuaron como legados en el largo plazo las relaciones entre profesionales independientes y propietarios de clínicas y sanatorios, que en las diferentes provincias generaron situaciones de competencia o conflicto, colaboración, hegemonía o unidad, de significativo impacto en la conformación del mercado de atención. En EEUU, como se señaló en el correspondiente capítulo, las relaciones entre las dos organizaciones de cobertura –Blue Cross y Blue Shield– dan cuenta de una alianza colaborativa entre médicos y hospitales que fortaleció sin duda el respetivo posicionamiento en el mercado.

En lo referente a los legados de políticas, es posible retomar las afirmaciones de Morone y señalar que las propuestas derrotadas también modelan las políticas futuras. Para ilustrar sus argumentos este analista propone dos ejemplos.

El primero de ellos describe la forma en que la aprobación de Medicare alteró la política estadounidense. En primer lugar, ayudó a forjar un poderoso *lobby* gris por parte de los funcionarios a cargo, que comenzaron a actuar como un auténtico grupo de interés. En segundo término, Medicare cambió el eje de la política de salud, que se trasladó desde el objetivo de asegurar atención hacia la preocupación por controlar costos. Los estadounidenses descubrieron la amenaza de una crisis de costos tan pronto como comenzaron a utilizar impuestos para financiar atención médica.

Un segundo ejemplo describe cómo las propuestas derrotadas también modelan las políticas futuras. Cuando la profesión médica y sus aliados derrotaron el seguro de salud nacional pusieron en movimiento una dinámica que se demostró perversa. La difusión de la cobertura de seguro sin controles produjo inflación, y los costos de la atención médica aumentaron en relación a la economía, a lo largo de cuatro décadas. En otras naciones, los programas nacionales de salud ofrecen a los funcionarios públicos mecanismos para manejar las presiones inflacionarias. Sin esa trama, los sectores público y privado norteamericanos intentaron responder con un pobre inventario de programas: promovieron nuevas organizaciones destinadas a gerenciar a los proveedores, financiaron elaborados estudios destinados a identificar los procedimientos no efectivos, apelaron a la regulación de las comunidades y hundieron a la medicina en montañas de papeleo. A estos esfuerzos se añadió una significativa –y según los estándares internacionales, singular– intrusión en la autonomía de la profesión médica. Cuando la anterior generación derrotó el control del gobierno, afirma Morone, creó condiciones que condujeron directamente a las políticas intrusivas que la actual generación de médicos lamenta tan amargamente.

Otro ejemplo significativo es el que propone Theda Skocpol a través del título de uno de sus libros, “*Boomerang*”. La metáfora remite a la transformación del escenario político norteamericano tras la presentación al Congreso del Plan Clinton. Esa presentación y su derrota –conforme la lectura de Skocpol– constituyeron un momento crucial en la historia del sistema político y de gobierno de los EEUU. En el corto plazo era difícil concebir un retorno al escenario político previo: a las situaciones partidarias, institucionales y de política pública que existieron antes del surgimiento y derrota del esfuerzo del gobierno. La agenda política había cambiado (Skocpol, 1997).

En Argentina es posible identificar un poderoso legado histórico en el formato institucional que adoptó el estado en la década de 1940. En esa década, las transformaciones sufridas por la relación Estado/sociedad, aunque en sus enunciados adoptaron las categorías del modelo vigente en los países europeos, no llegaron a configurar un auténtico Estado de Bienestar. Algunos analistas describen sus características asociándolas con las propias de un Estado de Compromiso, conforme a la categoría generada por Francisco Weffort en su análisis del caso brasileño. Esta categoría se aplica a regímenes escasamente institucionalizados, sistemas políticos dominados por la negociación entre actores estatales y actores sociales, en particular corporaciones, escasa capacidad de sus núcleos dirigentes para consolidar una hegemonía estable. La ciudadanía que puede constituirse en ese tipo de regímenes es también inestable y fragmentada: los derechos sociales no se conquistan de manera universal, se consolidan como “privilegios” de grupos o sectores con mayor capacidad de presión o mejores condiciones de acceso al nivel de las decisiones. En el diseño de las políticas sociales, las limitaciones que encuentran en la periferia las tendencias a la afirmación de derechos sociales con proyección universalizante, se han expresado a través de las referencias a una *ciudadanía incompleta* o *ciudadanía regulada* (Weffort, 1989).

La caída del peronismo generó un nuevo clivaje en las relaciones Estado/sociedad que, sin embargo, continuaron enmarcadas en la categoría Estado de Compromiso. Por un lado, es necesario reconocer que las condiciones de institucionalización de la organización sindical tuvieron peso en la conformación de relaciones *Estado/sindicatos* y *sindicatos/partido en el gobierno* que permitieron una presencia significativa de la CGT en la arena de decisiones del Estado. Además, puede considerarse esa presencia como un legado histórico, que influyó en la historia del sistema de servicios de salud hasta nuestros días. Sin embargo, ese legado acumuló características específicas bajo los gobiernos que se sucedieron a partir de 1955. Las prácticas de negociación típicas del vanderismo, la conformación de lo que se reconocería como burocracia sindical, la política de estimular el control centralizado de la burocracia sobre las bases sindicales, se fortalecen bajo el régimen que fue caracterizado posteriormente como *pluralismo corporativo* (Portantiero, 1988).

Si bien no puede negarse que la fragmentación y heterogeneidad del sistema de servicios se consolidaron con las primeras medidas de fortalecimiento de la intervención estatal tomadas bajo el gobierno peronista, y que también se originó en ese período la práctica generalizada en las agencias del Estado de negociar como prebendas beneficios que debían haber sido demandados como derechos, no puede afirmarse lo mismo en cuanto a la inercia regulatoria. Si las condiciones de emergencia de las primeras organizaciones de cobertura en manos sindicales pueden leerse como el acta de clausura de un posible sistema unificado bajo conducción estatal, fueron los desarrollos posteriores los que estimularon la construcción de un escenario de impotencia o desinterés del Estado por la regulación de los servicios de atención médica.

En ese escenario construyen nuevas identidades y nuevas expectativas de inserción social los dos principales actores que confluyen en la definición de las

modalidades dominantes de organización y financiamiento de los servicios de salud: organizaciones profesionales médicas y sindicatos. Ambos resultan afectados de manera diferente por la caída del peronismo, sin embargo, ambos se caracterizaban por una profunda desconfianza frente a la acción del Estado. El gremialismo médico había sufrido el ostracismo autoimpuesto bajo el gobierno peronista, y había salido de esa experiencia convencido de la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo de sus bases. Tanto la experiencia nacional como la internacional lo inclinaban a no aceptar organizaciones de cobertura social que se institucionalizaran sin reconocer el derecho de la profesión a participar de su administración.

Por su parte, la dirigencia sindical resultará fortalecida por la Ley de asociaciones profesionales sancionada durante la presidencia de Arturo Frondizi, se enfrentará con las pretensiones de control de su actividad puestas en marcha por el gobierno de Arturo Illia, en 1966 hará una apuesta fuerte a favor del gobierno militar en una alianza tácita que perderá rápidamente sus bases de sustentación.

Ambas corporaciones expresan una convicción firme cuando se identifican como auténticos creadores del sistema de atención médica financiado por las obras sociales y no se alejan demasiado de la verdad cuando afirman que las relaciones construidas en su interior fueron fruto de su iniciativa frente a la apatía o el abandono por parte del Estado. La rivalidad construida en torno al control de ese sistema subsistirá larvada cuando reconozcan que sus intereses –diferentes pero conciliables en una coyuntura de recursos en aumento– pueden ser mejor defendidos en un sistema fragmentado.

Los procesos históricos que los instituyen como actores relevantes en la institucionalización de la seguridad social médica se desenvuelven en forma independiente: el movimiento sindical afirma su presencia política a partir del veto impuesto sobre el partido peronista cuando se convierte en representante institucional del movimiento proscripto; el gremio médico se unifica y fortalece en la negociación de los contratos destinados a proporcionar atención a los beneficiarios de las obras sociales, por fuera de toda injerencia o control del Estado.

Luego de la caída del peronismo, COMRA definió bajo nuevos parámetros las condiciones de su inserción social. Si bien lo técnico seguía autorizando el desempeño de una función trascendente, la vocación de compromiso político en la gestión pública del sistema de servicios asumida al comienzo de los años cuarenta se encontraba seriamente debilitada. En la percepción de su dirigencia, la política había desnaturalizado la búsqueda del bien común y restado legitimidad a la centralización del poder estatal. La eficacia técnica dejó de proponerse como apoyo del reordenamiento de lo político y se convirtió en fundamento de la demanda corporativa.

Los antiguos valores con los que la profesión se sigue identificando se reformulan en confrontación con condiciones sociales inéditas, y comienzan a preparar el camino para una lógica privada de regulación de la práctica médica. Lo privado/corporativo se delimita en oposición a lo público/estatal, aportando argumentos legitimadores de la futura modalidad dominante de ejercicio.

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data, reivindicán derechos irrenunciables, pronuncian alegatos sobre verdades y

mentiras, inexactitudes y contradicciones, pero en última instancia están defendiendo la perduración de ese sistema. Esa aspiración se concretará en el espacio de concertación creado en el INOS, escenario que se mostrará eficaz para la construcción de un acuerdo no institucionalizado que en otros trabajos he caracterizado como un *pacto corporativo*.

Cuando ambas partes reconocen que lo verdaderamente importante para la defensa de sus intereses es la afirmación de la seguridad social médica en las condiciones de fragmentación cristalizadas por la Ley 18610, y la distribución de los recursos puede negociarse una y otra vez, el conflicto se atenuará y comenzará la etapa de los acuerdos. La apelación al Estado/ árbitro se actualizará cada vez que sea necesario volver a acordar en torno a honorarios y condiciones de pago de los servicios, mientras se seguirá rechazando como *estatizante* toda pretensión dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la ineficiencia en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario. Incluso las disposiciones de la Ley 18610 orientadas a atenuar las diferencias entre obras sociales ricas y obras sociales pobres –conforme la histórica diferenciación generalizada en el sector– a través de los recursos del Fondo Solidario de Distribución fueron ignoradas, y la asignación de esos recursos se orientó también en beneficio de clientelas políticas.

Un nuevo escenario de cambios se genera en los primeros años de la década de 1990, en esa ocasión, el fracaso de los intentos reguladores de los funcionarios del Ministerio de Economía, generó una mayor fragmentación de la membresía de las obras sociales, en vez de concentrarla, como esperaban los reformadores, y el ingreso al sistema de las empresas de medicina prepaga, vía terciarización, que incrementó la desigualdad en el acceso, limitando la vigencia de la solidaridad grupal.

En esa coyuntura, recupero nuevamente la presencia de relaciones institucionales que operan como legados históricos: los cambios en la regulación de los contratos no se imponen sobre un vacío de poder; las nuevas reglas de juego se definen a través del reacomodamiento de las relaciones entre los actores dominantes en el período previo (obras sociales y redes de proveedores en Argentina, redes hospitalarias fuertemente concentradas y empresas de cobertura de seguro en EEUU).

Breve comentario final

En el cierre de este trabajo, considero indispensable enfatizar que en los dos países predominó a lo largo del siglo XX una relación entre agencias con escasa vocación o capacidad regulatoria en el campo de la atención médica y corporaciones fuertes que impusieron sus propias normas.

En EEUU la American Medical Association es ampliamente reconocida por su capacidad de llegada a las instancias de toma de decisiones con significativo poder de veto. No se trata, sin embargo, de un posicionamiento unilateral. La organización

profesional consigue imponer su estrategia gracias a las resistencias al cambio dominantes en ambas Cámaras del Congreso.

En Argentina, COMRA no llega a tener una posición dominante, que por diferentes razones corresponde a la central sindical. Sin embargo, en el sistema fragmentado y heterogéneo que ambas corporaciones defienden, del que ambas se proclaman como legítimas autoras, el sindicalismo impone el esquema de solidaridad grupal y cede a las corporaciones de proveedores la regulación de las modalidades de práctica y remuneración de los proveedores. El resultado será un sistema excluyente, inequitativo incluso para la población cubierta, ineficaz e ineficiente.

En EEUU bajo la conducción de los médicos, también las diferentes modalidades de cobertura de seguro generaron fragmentación y limitaciones en el acceso, también límites a la eficiencia del sistema, cuando se recortan las capacidades de financiar el riesgo de enfermar a través de una multiplicación de planes con diferentes reglas de cobertura.

Ambas organizaciones profesionales defendieron y afirmaron la plena vigencia de las libertades médicas en las relaciones entre financiadores, proveedores y pacientes en la atención médica proporcionada con cobertura de seguro. Esa vigencia generó en las últimas décadas del siglo XX las limitaciones que conocemos: sobreoferta de capacidad instalada, expansión de tecnología diagnóstica, dificultades de financiamiento de la demanda, exclusión de cobertura para porcentajes significativos de la población. El Estado siguió estando ausente por vocación o debilidad, y la recomposición de las relaciones entre financiamiento y provisión de servicios operó en contra de los intereses del paciente y potenció la inequidad estructural del sistema.

Bibliografía

- Adams, S. H. (1905). *The Great American Fraud*. Nueva York: Collier & Son.
- Barilari, M. (1940). El problema del tiempo en el médico. *Revista del Colegio de Médicos*, IX, 90: 58, junio.
- Baztarrica, J. M. (1946). Los médicos y los seguros sociales. *Revista de la Confederación Médica de la República Argentina*, 56: 12-16, abril.
- Belmartino, S. (2000). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V.; Carnino, M. I. (1988). *Corporación médica y poder en salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V.; Quiroga, H. (1987). *Las instituciones de salud en la Argentina liberal: desarrollo y crisis*. Buenos Aires: Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V.; Carnino, M. I. (1991). *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Belmartino, S.; Bloch, C.; Báscolo, E. (2003). *La reforma de la atención médica en escenarios locales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bodenheimer, T. S.; Grumbach, K. (1995). *Understanding health policy. A clinical approach*. Stanford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Bosio, B. (1941). La crisis de la profesión médica. *La Semana Médica*, XLVIII, 22:1277-1280, mayo.
- Brown, L. (1981). Some Structural Issues in the Health Planning Program. En: *Health Planning in the United States*. Washington DC: National Academy Press, vol. II.
- Bullrich, R. (1935). Discurso de inauguración de los cursos de 1935. *La Semana Medica*, XLII, 15:1058-1061, abril.
- Committee on the Costs of Medical Care. *Medical Care for the American People*. Chicago: University of Chicago Press, 1932, pp. 152-183.
- Davis, K; Gold, M.; Makuc, D. (1981). Access to Health Care for the Poor: Does the Gap Remain? *Annual Review of Public Health*, 2, pp. 159-182
- Enthoven, A. (1980). The Political Economy of National Health. How Interested Gropus Have Responded to a Proposal for Economic Competition in Health Services. *American Economic Association*, 70, 2, pp. 142-156.
- Enthoven, A. (1990). What can Europeans Learn from Americans? En: *Health care systems in transition. The search for efficiency*. París: OCDE, pp. 57-86.
- Enthoven, A. (1997). The Market-Based Reform of America's Health Care Financing and Delivering System: Managed Care and Managed Competition. En: *Innovations in Health Care Financing*. Washington DC: World Bank.
- Evans, R. G.; Stoddart, G. L. (1990). Producing Health, Consuming Health Care. *Social Sciences & Medicine*, 12, pp. 1347-1363.
- Federa, D.; Camp, T. L. (1995). The changing managed care market. En: Goldsmith Seth, B. (ed.). *Managed care*. Maryland: Aspen Publishers Inc.

- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. Bulletin n. 4. Nueva York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Freeborn, D. K.; Pole, C. R. (1994). *Promise & performance in managed care. The prepaid group practice model*. Baltimore y Londres: The Johns Hopkins University Press.
- Freidson, E. (1963). *The Hospital in the Modern Society*. Nueva York: Free Press.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. Nueva York: Dodd Mead and Company.
- Frenk, J.; Gómez Dantés, O. (1998). The Future of Managed Care in Mexico. *Informing & Reforming*, 6, pp. 10-11.
- Giménez, A. (1932). Ética profesional. *La Semana Médica*, XXXIX (23): 1764-1765, junio.
- Ginzberg, E. (1986). The destabilization of health care. *The New England Journal of Medicine*, 315, 12, pp. 757-760.
- Glaser, W. (1963). American and Foreign Hospitals. En: Freidson, E. (ed). *The Hospital in Modern Society*, Nueva York: Free Press.
- González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Hall, M. A. (2005). The Death of Managed Care: A Regulatory Autopsy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30, 3: 427-452, junio.
- Hall, P.; Taylor, R. (1996). *Political Science and the Three New Institutionalisms*. [Paper presented to MPIFG Scientific Advisory Board. May 9].
- Herrou Baigorri, J. *Política sanitaria de nuevo tipo*. Mimeo. Sin fecha (circa 1971).
- Holmberg, E. (1969). *Conclusiones y recomendaciones. Reuniones Nacionales de Salud Pública, 1966-1969*. Buenos Aires: Secretaría de Salud Pública, pp. 160-167.
- Hurley, R.; Strunk, B. C.; White, J. (2004). The Puzzling Popularity of the PPO. *Health Affairs*, 23, 2, pp. 56-68.
- Hurst, J. (1990). Commentary to Alain Enthoven: "What can Europeans learn from Americans?" En: *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*. París: OCDE, pp. 57-85.
- Iglehart, J. K. (1982). The Future of HMOs. *The New England Journal of Medicine*, 307, 7, pp. 451-455.
- Iglehart, J. K. (1992). The American Health Care System: Managed Care. *The New England Journal of Medicine*, 327, 10, pp. 743-747.
- Iglehart J. K. (1994a). The Struggle Between Managed Care and Fee for Service Practice. *New England Journal of Medicine*, 331, 1, pp. 63-67.
- Iglehart, J. K. (1994b). Health Care Reform. The Role of Physicians. *New England Journal of Medicine*, 330, 10, pp. 728-731.
- Iglehart, J. K. (1984). Health Policy Report. HMOs (For-Profit and Not-for-Profit) on the Move. *New England Journal of Medicine*, 310, 18, pp. 1203-1208.
- Invaldi, A. (1958). Colegiación profesional. Fondo médico de solidaridad. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 72, 12: 489-604, diciembre.
- Jacobs, L. (1993). *The Health of Nations. Public Opinion and Making of American and Britain Health Policy*. Ithaca: Cornell University Press.
- Jacobson, P. D. (2003). Who Killed Managed Care? A Policy Whodunit. *Saint Louis University Journal*, 47, pp. 365-396.

- Jönsson, B.; Musgrove, P. (1997). *Government Financing of Health Care*. Washington DC: World Bank.
- Jorge, J. (1941). Hospital Moderno. Centro de Salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 60: 312-313, abril.
- Kandel, B. (1960) Seguro de Salud. En: Federación Médica de Entre Ríos. Círculo Médico de Paraná, *Colegiación Médica y Seguro de Salud*, pp. 41-49.
- Kassirer, J. (2004). *How Medicine's Complicity with big Business can Endanger your Health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Katz, J.; Muñoz, A. (1987). *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina y CEPAL.
- Katznelson, I. (1997). Structure and Configuration in Comparative Politics. En: Lichbach, M. I.; Zuckerman, A. S. (Eds). *Comparative Politics. Rationality, Culture and Structure*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 81-112.
- King, D. S. (1992). The Establishment of Work-Welfare Programs in the United States and Britain: Politics, Ideas and Institutions. En: Steinmo, S.; Thelen, K.; Longstreth, F. (Eds). *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kulp, C. A. (1956). *Casualty Insurance*. Nueva York: Ronald Press.
- Kutznets, S.; Friedman, M. (1939). Income from Independent Practice. *National Bureau of Economic Research Bulletin*.
- Larkin, G. V. (1993). Continuity in Change. Medical Dominance in the United Kingdom. En: Hafferty, F. W.; McKinlay, J. B. (eds.). *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. Nueva York y Oxford: Oxford University Press, pp. 81- 102.
- Larson, M. S. (1997). *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Lebron, C.; Lerner, J.; Provenzano, S.; Sisto, C. (1964). Papel de la profesión médica en los problemas de salud de los pueblos latinoamericanos. *Confederación Médica*, XVIII, 97, pp. 2-9/34.
- Lerner, J. (1961). Aspectos fundamentales emitidos por la Confederación Médica sobre seguro de salud. *Confederación Médica*, XV, 92: 27-28, agosto.
- Lieberman, R. C. (2002). Ideas, Institutions, and Political Order. Explaining Political Change. *American Political Science Review*, 96, pp. 697-712.
- Lvovich, D. (2006). Sindicatos y empresarios frente al problema de la seguridad social en los albores del peronismo. En: Lvovich, D.; Suriano, J. *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina, 1870-1952*. Buenos Aires: Prometeo, pp. 135-167.
- Marmor, T. R. (2000). *The Politics of Medicare* (2ª ed.). Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Medici, A. C.; Londoño J. L.; Coelho O.; Saxenian H. (1997). Managed Care and Managed Competition in Latin America: Issues and Outlook. En: *Innovations in Health Care Financing*. Washington DC: World Bank.
- Moran, M.; Wood, B. (1993). *States, Regulation and the Medical Profession*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Morone, J. (2008). Introduction: Health Politics and Policy. En: Morone, J. A.; Litman, T. J.; Robins L. S. *Health Politics and Policy*, Nueva York: Delmar, pp. 1-22.
- Morone, J. (1995). Nativism, Hollow Corporations and Managed Competition: Why the Clinton Health Reform Failed. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 2, pp. 391-398.

- Morone, J. (1998). *The Democratic Wish. Popular Participation and the Limits of American Government*. New Haven y Londres: Yale University Press, 2ª ed.
- Morone, J. A. (1994a). The Bureaucracy Empowered. En: Morone J. A.; Belkin G. S. (eds.). *The Politics of Health Care Reform. Lessons from the Past, Prospects for the Future*. Durham and London: Duke University Press, pp. 148-163.
- Morone, J. A. (1994b). Introduction. En: Morone J.A.; Belkin G. S. (eds.). *The Politics of Health Care Reform. Lessons from the Past, Prospects for the Future*. Durham and London: Duke University Press, pp. 148-163.
- Nin Posadas, J. (1923). Los laboratorios de análisis médicos. *La Semana Médica*, XXX: 708-711, abril.
- North, D. C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oggier, G. R. (2008). *Modelo de contratación y pago en el sector salud. ¿Integración vertical o terciarización de proveedores?* Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Económicas, UBA, noviembre.
- Oxley, H.; Mac Farlan, M. (1994). *Health Care Reforms. Controlling Spending and Increasing Efficiency*. París: OCDE.
- Peterson, M. A. (2008). Congress. En: Morone, J.; Litman, T.; Robins, L. *Health Politics and Policy*. Nueva York: Delmar, pp. 72-94.
- Peterson, M. A. (1994). Congress in the 1990s: From Iron Triangles to Policy Networks. En: Morone, J. A.; Belkin, G. S. (eds.). *The Politics of Health Care Reform. Lessons from the Past, Prospects for the Future*. Durham and London: Duke University Press, pp. 103-147.
- Pierson, P. (1999). *Not just what, but when: Timing and Secuence in Political Processes*. Center for European Studies, Harvard University.
- Portantiero, J. C. (1988). Sociedad civil, estado y sistema político. En: *La producción de un orden. Ensayos sobre la democracia entre el estado y la sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 105-120.
- Provenzano, S. (1960). Aspectos económicos del Seguro de Enfermedad. En: Federación Médica de Entre Ríos. Círculo Médico de Paraná. *Colegiación Médica y Seguro de Salud*, pp. 51-62.
- Raitzin, A. (1930). La medicina función del Estado. *La Semana Médica*, XXXVII, 48: 1669-1675, noviembre.
- Relman, A. (1985). Dealing with Conflicts of Interest. *The New England Journal of Medicine*, 313, 12, pp. 749-751.
- Rinsky, A. (1941). El consultorio privado no puede ni debe morir. *La Semana Médica*, XLVIII, 23: 1337-1339, junio.
- Robinson, J. (1999). *The Corporate Practice of Medicine. Competition and Innovation in Health Care*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Robinson, J. (2001). The End of Managed Care. *Journal of the American Medical Association*, 20, 285: 2622-2628, mayo.
- Robinson, J. (2004). Consumer Health Insurance: The Fall and Rise of Aetna. *Health Affairs*, 23, 2, pp. 43-55.
- Robinson, J.; Casalino, L. (2001). Reevaluation of Capitation Contracting in New York and California. *Health Affairs, Web Exclusive*, pp. 11-19.
- Roemer, M.; Freidman, J. (1971). *Doctors in Hospitals*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Roemer, M.; Shain, M. (1959). *Hospital Utilization under Insurance*. Ithaca, Nueva York: Cornell University.
- Rosanvallón, P. (1981). *La crise de l'Etat-providence*. París: Editions du Seuil.

- Rothman, D. (1994). A Century of Failure: Class Barriers to Reform. En: Morone, J. A.; Belkin, G. S. (eds.). *The Politics of Health Care Reform. Lessons from the Past, Prospects for the Future*. Durham y Londres: Duke University Press, pp. 11-25.
- Ryan, T.; DeSanctis, R. (2005). Dr. Jerome Kassirer's Book on the Take: How Medicine's Complicity with Big Business can Endanger your Health". *Circulation*, 111, pp. 2552-2554.
- Salmon, W. (1995). A Perspective on the Corporate Transformation of Health Care. *International Journal of Health Services*, 25, 1, pp. 11-42.
- Schraiber, L. B. (1995). Desafíos históricos en salud: lo individual y lo colectivo en los modelos de trabajo y asistencia. *Cuadernos Médicos Sociales*, 72: 47-60, noviembre.
- Segalman, R.; Marsland, D. (1989). *Cradle to Grave*. Londres: Mac Millan & Social Affairs Unit.
- Skocpol, T. (1995). The Aftermath of Defeat. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 2: pp. 485-489.
- Skocpol, T. (1997). *Boomerang. Health Care Reform and the Turn Against Government*. Nueva York y Londres: W.W. Norton y Cía.
- Stage, S. (1979). *Female Complaints: Lydia Pinkham and the Business of Women's Medicine*, Nueva York: Norton.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. Nueva York: Basic Books.
- Steinmo, E.; Watts, J. (1995). It's the Institutions, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 2, pp. 329-372.
- Stone, D. (2008). Values en Health Policy: Understanding Fairness an Efficiency. En: Morone, J.; Litman, T.; Robins, L. *Health Politics and Policy*, pp. 24-36.
- Stone, D. A. (1994). The Struggle for the Soul of Health Insurance. En: Morone, J. A.; Belkin, G.S. *The Politics of Health Care*, pp. 26-56.
- Stucchi, A. (1916). De los honorarios médicos. *La Semana Médica*, XXIII, 13: 358-364, marzo.
- Thelen, K.; Steinmo, S. (1992). Historical Institutionalism in Comparative Politics. En: Steinmo, S.; Thelen, K.; Longstreth, F. *Structuring politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-32.
- Wagner, S. (2002). *History New Network*. 14 de octubre.
- Weffort, F. (1989). *O populismo na política brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- White, J. (1995). The Horses and the Jumps: Comments on the Health Care Reform Steeplechase. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 2, pp. 373-383.
- White, J. (2007). Markets and Medical Care: The United States, 1993-2005. *The Milbank Quarterly*, 85, 3, pp. 395-448.
- White, J.; Hurley, R.; Strunk B. (2004). Getting Along or going Along? Health Plan-Provider Contract Showdowns Subside. Center for Studing Health System Change, *Issue Brief*, 74.
- Wolinsky, F. D. (1993). The Professional Dominance. Deprofessionalization, Proletarianization and Corporatization Perspectives: An Overview and Synthesis. En: Hafferty, F. W.; McKinlay, J. B. *The Changing Medical Profession an International Perspective*. Nueva York y Oxford: Oxford University Press, pp. 11-24.

En los últimos años diferentes series y películas recuperan las dificultades que enfrentan los médicos estadounidenses para la atención de determinados pacientes, carentes total o parcialmente de una adecuada cobertura de seguro. Ese escenario de ficción recupera en tono de farsa la tragedia que abruma a un porcentaje muy importante de la población en EEUU y, con menos publicidad y menos capacidad de gestión, también a los beneficiarios de obras sociales en Argentina. En ambos países la condición de inequidad preexistente se agravó partir de la difusión de los mecanismos de gestión propios del *managed care*, o de su referencia en castellano, la *atención gerenciada*.

En este libro relato la historia de ambas profesiones a lo largo del siglo XX. Dos interrogantes ordenan ese relato. El primero se orienta hacia la búsqueda de explicaciones al diferente *timing* de afirmación del poder profesional en ambos países. El interés por hacerlo se basa en un cuerpo común de ideas, establecido ya a comienzos de siglo. En paralelo, la diferencia más significativa se ubica en el mayor control de su mercado de trabajo que alcanza tempranamente la profesión estadounidense. Estas similitudes y diferencias constituyen el eje de mi primer interrogante: ¿por qué siendo tan similares en estructura, identidades, reivindicaciones y práctica, tuvieron tan diferente desempeño en las batallas políticas a lo largo del siglo?

Un segundo interrogante procura develar las razones por las cuales estas profesiones en las postrimerías del siglo XX se vieron obligadas a declinar en parte su reivindicada autonomía, y ceder a legos cuotas significativas de la regulación de su práctica, tal como se manifiesta en las condiciones actuales de sus mercados de trabajo. La pregunta en este caso gira en torno a las condiciones de agotamiento del modelo de vinculación entre financiamiento y provisión de servicios afirmado en las décadas centrales del siglo, y las condiciones de génesis del nuevo régimen regulatorio, ensayado en su última década.

Confío en que este relato proporcionará insumos útiles para responder a esos interrogantes. También espero que la utilización de un enfoque comparativo pueda servir para iluminar diferentes condiciones estructurales en el nivel de lo político y lo ideológico en cada país y el impacto sobre tales condiciones de las estrategias puestas en marcha por los respectivos liderazgos.

Susana Belmartino
Extractos de la Introducción

