

## La atención médica argentina en el siglo XX

Susana Belmartino

En este texto presento en primer lugar una síntesis del contenido de un libro de reciente publicación<sup>1</sup>, destinado a presentar la historia de los sistemas de atención médica en Argentina a lo largo del siglo XX, en segundo término propongo algunas hipótesis explicativas sobre el desarrollo de tales sistemas.

### Síntesis histórica

Para ofrecer una síntesis del contenido del libro debo partir del objetivo que orientó su escritura: intenté construir una mirada de largo plazo sobre el desarrollo de la atención médica en Argentina. Ese ha sido mi principal tema de investigaciones en los últimos veinte años. En este texto procuro presentar una lectura en un mayor nivel de abstracción que contenga los principales resultados de esos estudios.

Para ello parto de reconocer a lo largo del siglo XX tres regímenes de regulación del sistema de servicios de salud. La periodización resultante se acerca, de manera que no debe llamar la atención, a la utilizada por la escuela regulacionista cuando aplica el concepto de régimen social de acumulación.

Sin embargo, el interés de la reconstrucción de los mismos procesos en el sistema de servicios, reside en dos características particulares: en primer lugar, el paralelo no es lineal, lo que permite hipotetizar la presencia de una dinámica sectorial que se mueve a partir de los impulsos del contexto macro social o macro económico, pero con sus propias características y su propio ritmo.

En segundo término, la reducción del foco, la consecuente ampliación del objeto de indagación y la utilización de la descripción densa propia de la historia permiten reconocer la dinámica específica que marca el agotamiento de determinadas formas organizativas y la búsqueda de nuevas reglas de juego, instituyendo nuevas relaciones entre los actores con protagonismo en el sector.

En determinadas coyunturas históricas el reconocimiento de la situación del sistema como crítica para algunos de los agentes involucrados introduce la posibilidad de generación de un cambio. Allí se abre un proceso histórico complejo,

Analizo esos procesos conforme a una perspectiva política: como procesos históricos, situados, contingentes, de final abierto. Los procesos políticos de búsqueda de salidas para coyunturas críticas suponen siempre la presencia de un abanico de opciones, conforme la difundida expresión de Adam Pzeworski. El conflicto político entablado por la definición de nuevas reglas de juego coloca sobre la mesa de debate un rango de posibilidades inherentes a cada una de las situaciones, la afirmación de una de tales posibilidades dependerá de la perspectivas defendidas, los recursos y estrategias a que pueden apelar los diferentes actores y el escenario institucional en el que el conflicto se desarrolla (agencia estatal, gabinete, parlamento, organización intermedia, empresa, mercado). Particular interés, a mi criterio, tienen los legados institucionales que impactan las nuevas reglas a partir de determinadas continuidades.

El título del libro sintetiza mis prioridades de reordenamiento de la materia histórica bajo estudio. La fórmula *Instituciones y Procesos* explicita las bases de una estrategia interpretativa. Abordo las Instituciones como reglas de juego, conforme la acertada fórmula de Douglass North, y reconstruyo los procesos que llevan a la definición de esas

---

<sup>1</sup> Belmartino S. 2005 *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

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.

También me ocupo de precisar las representaciones que construyen tales agentes en relación a su posición en el sistema de servicios y en la sociedad en la que dicho sistema se inserta. Representaciones sobre las que sustentan relaciones recíprocas y dan contenido a las demandas canalizadas hacia el estado.

En cada uno de los sucesivos momentos de estabilidad, identifico las organizaciones dedicadas al financiamiento y provisión de atención médica, las ideas y representaciones que alimentan las estrategias de los diversos agentes involucrados en su operatoria, y la forma en que operan las agencias estatales responsables de su regulación. El objetivo es reconstruir la compleja interacción entre actores sociales y actores estatales que a través del proceso histórico define el conjunto de normas encargadas de regular las relaciones identificables en los servicios de atención médica: entre organizaciones financiadoras y proveedoras, entre población y financiadores, entre proveedores de atención y pacientes a su cargo.

*El primer capítulo* recupera las diferentes modalidades que adopta en las primeras décadas del siglo XX la respuesta de la sociedad argentina a los problemas de salud/enfermedad/ atención médica que afectan el bienestar de su población. Mutualidades y hospitales públicos y de colectividades constituyen las formas organizativas más generalizadas, la beneficencia asume un rol significativo en la administración de los recursos destinados a la población de menor ingreso, ideas y representaciones sobre lo adecuado y lo posible pautan las recomendaciones de los higienistas, el estado tiene una presencia débil y muy a menudo mediatizada.

Efectivamente, son los higienistas los principales protagonistas del debate de ideas en estos primeros años. Verdaderos notables, se preocupan desde la función pública, la cátedra, los organismos representativos de la ciudadanía, de proponer formas organizativas supuestamente más eficaces para sistematizar y racionalizar el conjunto heterogéneo de organizaciones y prácticas donde la atención médica se desarrolla. Innumerables proyectos presentados al parlamento dan cuenta de sus inquietudes: una organización más eficaz de la salud pública, una regulación de la actividad profesional de los médicos que proteja a la población de los abusos y los engaños de curanderos y charlatanes, el potenciamiento de las capacidades organizativas del movimiento mutual, de manera de garantizar un financiamiento sustentable de la atención para trabajadores de medianos y bajos recursos.

Si intentamos pensar el diseño institucional que construyen algunos de sus principales exponentes (Augusto Bunge y Angel Giménez son en este caso los referentes obligados) es posible asociarlo con la etapa que Rosanvallon identifica con la vigencia del *Estado Protector*, previa a la introducción del *Estado Providencia*. Subsistirían en esa etapa las condiciones de solidaridad *orgánica*, - incorporadas en el espesor del cuerpo social, encastradas, en la formulación de Rosanvallon, en las relaciones sociales más directas de vecindad, familia, parroquia - no habiéndose producido todavía la individualización completa que se registra con la vigencia de la solidaridad *mecánica*, vínculo social abstracto construido desde el estado que permite su identificación como Estado Providencia.

Rosanvallon identifica dos instrumentos de vehiculización de las condiciones del Estado Providencia, el primero estaría constituido por las técnicas actuariales propias del seguro, el segundo se vincula a la introducción de la perspectiva keynesiana. La *osadía reformadora* de los intelectuales argentinos de comienzos de siglo no sólo se encuentra limitada por la incomprensión de los parlamentarios, está afectada también por la falta de instrumentos adecuados para superar las restricciones que imponen a la acción del estado las representaciones vigentes sobre las relaciones estado/ sociedad, en particular la teoría neoclásica pre-keynesiana.

La lógica del Estado Protector, conforme la concepción defendida por Rosanvallon, se aplica también a las perspectivas construidas en relación a las instituciones de salud pública. Al igual que en el caso de las mutualidades las reglas de juego instituidas para la atención médica de los sectores populares aceptan la desigualdad como dato. En el financiamiento de los servicios deberán confluír los recursos del estado y aquéllos resultantes de la previsión individual y social. Sólo los pobres de solemnidad tienen garantizada una atención gratuita, por esa vía cumple el estado la doble tarea que asume desde los comienzos de la modernidad en relación a los individuos/ciudadanos: la producción de la seguridad y la reducción de la incertidumbre. A aquéllos que tienen la posibilidad de vincularse a formas de previsión se les garantiza la seguridad de ese instrumento de protección ante los riesgos vitales; para quienes carecen de esa posibilidad se instituyen los mecanismos que aseguran un equivalente de esa seguridad, equivalente que la sociedad garantiza. Aún más clara resulta la intención de generar seguridad y limitar incertidumbre en la función estatal de extensión de las condiciones sanitarias aptas para proteger a los ciudadanos y sus producciones, garantizar el consumo y el gobierno, preservar la salud y la integración de las nuevas generaciones

Puede ser redundante señalar que la actividad del estado en esos términos parece constituir sólo una aspiración en estos años. Ausente o debilitada la actividad reguladora de sus agencias, la definición de reglas de juego queda en manos de las múltiples instancias que a nivel medio y micro social reivindican su autonomía frente a la inoperancia de un estado ausente. Cada funcionario en su órbita de competencia, cada comisión administrativa en la gestión de los recursos a su cargo, cada profesional en la conducción de un servicio o en la relación entablada en su consultorio con un paciente, definen sus propias reglas y a la vez se reservan el derecho a aplicarlas según sus criterios de lo adecuado y lo posible.

*El segundo capítulo* se hace cargo de diferentes manifestaciones de agotamiento de las formas organizativas vigentes, verificables a partir de los años 20, las ideas que alimentan las estrategias de superación de esas dificultades por parte de los agentes involucrados, los orígenes del gremio médico y su aspiración a constituirse actor relevante en el interior del sistema de servicios, la generalización de una perspectiva que invoca la presencia del estado como garante del necesario reordenamiento de ese sistema.

El rasgo que quiero destacar en el interior de una perspectiva de cambio institucional es la manifiesta dificultad existente en esos años para la constitución de nuevos actores sociales. Dificultad que a mi criterio reside en las identidades fragmentadas que caracterizan a aquéllos que promueven estrategias de transformación. Tanto en el movimiento mutualista como en el gremialismo médico no es posible identificar en esos años actores con capacidad de sumar adherentes a un proyecto de cambio. Tampoco se construyen vínculos estables con las agencias del estado con jurisdicción sobre tales organizaciones.

La fragmentación, la heterogeneidad y la autonomía siguen constituyendo rasgos fácilmente identificables en las mutualidades que se reúnen periódicamente en Congresos organizados para discutir los problemas que las aquejan. En el Congreso reunido en 1944, convocado bajo el auspicio de la Secretaría de Trabajo y Previsión, el problema de la autonomía se plantea de manera explícita o implícita en buena parte de los debates. Se insiste en el derecho de cada asociación a regular su actividad, sin reconocer la existencia de un cuerpo doctrinario único ni la vigencia de valores comunes, salvo los referidos a la organización democrática de los cuerpos de gobierno y fiscalización.

Esa defensa de la legitimidad de todos los puntos de vista y de toda práctica sancionada por la asamblea o los estatutos de cada mutualidad obtura los acuerdos sobre cuestiones consideradas relevantes, como la incorporación obligatoria de mujeres y niños en carácter de asociados, la consideración de la atención de salud como objetivo prioritario de las ASM, la posible implementación del aporte patronal, y otros.

La misma falta de unidad de doctrina se verifica en el interior del movimiento gremial médico de la Capital Federal. En ese caso la fragmentación resulta atemperada por la disposición a fortalecer la unidad organizativa y la presencia del debate de opciones. La profesión médica ve disuelta su identidad originaria ante la crisis y muestra profundas contradicciones internas.

A raíz de esas fracturas el gremialismo médico sólo constituye una promesa de futuro, sus organizaciones están dispersas y transparentan rivalidades difíciles de conciliar. Una gran desconfianza hacia el estado y *los políticos* y muy diferentes referentes ideológicos acercan y separan al mismo tiempo a los gremialistas de la Capital Federal y les impiden encontrar una forma de integración eficaz en el sistema político.

¿Cuáles son las demandas que se vehiculizan hacia el estado?

El estado es generalmente invocado como generador de orden. El orden puede radicar en la delimitación del mutualismo auténtico, la persecución de curadores ilegítimos, charlatanes, individuos que lucran con la desdicha de los más débiles; el orden remite también a la eliminación de los riesgos de enfermar que pueden ser controlados, el aislamiento de los portadores de contagio, el alivio a las situaciones de carencia más afligente, incluso, la aplicación de la legislación ya sancionada.

El pedido de regulación estatal de algunas prácticas puede considerarse expresión del desencanto con los límites que enfrenta la formulación de reglas en cada organización. A medida que la sociedad crece y se complejiza se incrementan los intercambios y de ese modo se generan espacios que escapan a la regulación de las organizaciones involucradas. Se genera aquí una tensión entre autorregulación y regulación estatal que se expresa en las reivindicaciones de autonomía propias del mutualismo y de derecho a regular los espacios de práctica propias de la profesión médica. Nada de esto apunta a una modificación sustantiva de las reglas de juego, sólo se reclama la mayor formalización de las vigentes o el mejor cumplimiento de la función de control reconocida al estado.

Sin embargo, y pese a la fragmentación del debate doctrinario, considero posible sostener que en forma paulatina se va consolidando a lo largo de los años '30 una propuesta de mayor intervención del estado en la organización de los sistemas de servicios de salud, que articula supuestos técnicos – la unidad de organización – con formulaciones políticas – la integración de los trabajadores en una alianza solidaria con estado y empresarios, fundamento a futuro del sistema de seguridad social médica.

Las fuentes disponibles permiten asumir que el inmovilismo del estado en este campo no puede adjudicarse a la falta de reconocimiento del problema en el debate público. De manera embrionaria a lo largo de los años veinte, y con algunos matices diferenciadores en el decenio de 1930, las modalidades de organización de la atención médica, el papel que corresponde al estado y a las organizaciones privadas en la materia, algunas cuestiones apremiantes de policía sanitaria, y otros temas relativamente menores conforman una agenda de cuestiones vigente en diferentes organismos del aparato estatal que se vehiculiza hacia la opinión pública a través de los medios.

Se habría producido por consiguiente un desfase cronológico entre la construcción de una doctrina favorable a una mayor presencia del estado y la efectiva disposición de los organismos públicos a dar forma institucional a esa presencia.

Analistas preocupados por los cambios que se producen en forma contemporánea en otras arenas de las relaciones estado / sociedad, identifican al respecto *una larga demora*. Algo similar puede reconocerse en la arena que nos ocupa. Una primera hipótesis explicativa ya esbozada puede vincularse al peso de una tradición particularista por un lado, y de la fragmentación organizativa por el otro. En las primeras décadas del siglo no es posible identificar actores relevantes en la arena sectorial. Como ya adelanté, ni en el interior del aparato estatal ni en las organizaciones de la sociedad civil emergen en estos años actores portadores de propuestas de transformación con capacidad de aglutinar voluntades significativas tras una alternativa de cambio.

En paralelo a la diversificación de los liderazgos en las organizaciones de la sociedad civil, los años '30 transcurrieron sin la emergencia de actores con capacidad de innovar en las instituciones estatales del área social. Allí donde han sido recuperados por la investigación historiográfica – las políticas laborales del gobierno de Manuel Fresco en la provincia de Buenos Aires, las políticas de salud implementadas en Santa Fe bajo el ministerio de Abelardo Irigoyen Freire – pueden ser leídos en términos de anticipaciones de un movimiento que se afirmarían en los años '40.

Agobiados por la percepción de la crisis y el aparente o real aumento de las necesidades que no encuentran satisfacción, los agentes del sistema de servicios utilizan el espacio público para expresar sus demandas, generalmente formuladas a un gobierno que, una vez superados los desequilibrios más apremiantes derivados de la reestructuración del mercado mundial, está sumergido en la preocupación por la conservación del poder. El malestar de la sociedad no parece generar problemas de gobernabilidad; por el contrario, paulatinamente, a medida que los recursos del régimen electoral se agotan, lo que emerge es un problema de capacidad de gobierno.

*El tercer capítulo* del texto que nos ocupa aborda un momento constitutivo en tanto escenario de la expansión del subsistema público y del nacimiento de las primeras organizaciones que más tarde se reconocerían bajo la denominación de obras sociales. Los principales agentes de ese cambio serán los nuevos actores estatales que emergen en la escena política en 1943, alegando precisamente disponer de la capacidad de gobierno necesaria para retomar el camino del crecimiento económico y la integración social. Sin embargo, reproducen un legado recurrente en la sociedad argentina del siglo XX: su faccionalización les impedirá actuar como un actor unificado.

En esos términos se presenta la construcción de las nuevas agencias estatales que tomarán a su cargo las cuestiones vinculadas a salud /enfermedad /atención médica. En ellas se pone en marcha la consigna formulada en términos militares que tendría amplia difusión en los años 20 y 30: *unidad de comando*. Tras esa consigna los nuevos funcionarios adoptarán las formas organizativas propuestas a lo largo de esos años en

proyectos legislativos y presentaciones a congresos. Sin embargo lo técnico encuentra sus límites en tanto es utilizado como instrumento del poder político. Lo que finalmente se integra bajo un único comando serán fragmentos relativamente arbitrarios de las áreas en cuestión.

La construcción de la unidad de acción del estado – muy significativa entre 1946 y 1955 - no se asentará sobre bases institucionales sólidas. Estará fundada en una dinámica que el nuevo presidente elegido en 1946 reiteradamente identificará como *capacidad de conducción*.

La contradicción entre propuestas técnicas y necesidades políticas se manifiesta con evidencia en la construcción de una jurisdicción compartida en el área de salud y atención médica. Ni el prestigio y la voluntad transformadora de Carrillo ni su amistad con el Gral. Perón fueron suficientes para imponer la unidad de jurisdicción en salud. Al primer desmembramiento de las funciones de asistencia social, entregadas a Trabajo y Previsión, se sumará las nuevas Direcciones Generales, que proporcionan cobertura de atención médica a diferentes grupo de trabajadores, precursoras tempranas de la fragmentación y heterogeneidad que caracterizará hasta nuestros días el sistema de obras sociales. Un factor adicional de distorsión para el plan de construcción de servicios será la intervención en ese terreno de la Fundación Eva Perón, ya que los hospitales que construye se distribuirán a lo largo del país sin más plan ordenador que las expectativas y necesidades del clientelismo político.

En relación a las futuras instituciones de la seguridad social médica, las obras sociales, dos hipótesis ordenan su tratamiento en mi trabajo. La primera hace referencia a la continuidad entre obras sociales y mutualidades.

Esta hipótesis de continuidad se asienta en parte en un rasgo cultural que las vincula: la fragmentación de las modalidades de agrupamiento y la heterogeneidad de las normas que las regulan. Rasgos que tendrán consecuencias significativas para sus beneficiarios ya que se expresarán en una estratificación de los recursos percibidos y en consecuencia de la cobertura efectivamente brindada. Esta hipótesis de continuidad rechazaría la idea comúnmente aceptada que vincula el origen de las obras sociales con las disposiciones del decreto nº 30655, de noviembre de 1944, que creaba la Comisión de Servicio Social dependiente directamente del vicepresidente de la Nación. Dicho organismo habría tenido a su cargo *“la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas”* (art. 9º).

No hemos recogido en nuestra investigación de base ninguna referencia que suponga reconocimiento de la aplicación de esa norma. Considero por lo tanto plausible suponer que formó parte de la relativamente abundante legislación promulgada en esos años que no llegó a aplicarse o solamente alcanzó una efectivización parcial.

La hipótesis que defiende en relación a los orígenes considera una progresiva diferenciación de ciertas mutualidades, que comienzan a crecer y fortalecerse en virtud de alguna decisión que convierte en obligatorios los aportes de un determinado grupo laboral y le suma la contribución del estado en tanto empleador, o la de algunas empresas que otorgan voluntariamente su apoyo financiero. Tales organizaciones nacen de manera aislada desde las primeras décadas del siglo XX y parecen multiplicarse en los años '30 y '40. Responden en su origen a una relativamente diversificada gama de riesgos – al igual que las mutualidades – y de modo paulatino van especializándose en la cobertura de atención médica.

La diferente concepción sobre los orígenes tiene a mi criterio significación particular: En el caso del origen por decreto la concepción que subyace es la de un estado que crea *ex nihilo* instituciones orientadas a proteger la salud del trabajador y genera al mismo tiempo vínculos solidarios. Me parece más adecuado a los procesos históricos que analizo pensar una actividad estatal que opera sobre necesidades y demandas previamente explicitadas, encarnadas en organizaciones de trabajadores que se sostienen sobre prácticas tradicionales de previsión social. La acción estatal - esta sería una segunda hipótesis - se orienta a recoger esas demandas en las condiciones de particularismo y fragmentación en que se formulan, dando respuesta a las reivindicaciones de los sindicatos más poderosos o con mayor capacidad de presión por su cercanía con determinadas agencias estatales.

En el campo de las ideas el proyecto peronista se propone como una revolución: la construcción de un estado con capacidad de modelar la sociedad, asegurando el imperio de determinados valores que garanticen el crecimiento con justicia social. En el área de las políticas de salud ese modelado se basa en fundamentos doctrinarios y supuestos técnico-organizativos que se han ido construyendo a nivel internacional por lo menos desde la primera postguerra. Esa experiencia y algunos resultados ya perceptibles otorgan legitimidad a la idea de una construcción social desde lo técnico, fundada en una decisión política: terminar con el antiguo orden y sus privilegios y crear uno nuevo a partir de la generalización del bienestar.

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

Se genera así una interrelación conflictiva entre definiciones técnicas y necesidades políticas, que presenta dos esferas de explicitación: la lucha interna en los aparatos del estado, para cubrir espacios, justificar recursos, recomponer clientelas, y la permanente negociación entre las agencias de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil que constituyen sus bases de sustentación.

Hay sin embargo un tercer espacio de explicitación de la política: el que se ubica en la esfera institucionalizada de la representación democrática. Allí donde el debate debía darse en función de contenidos sustantivos de las diferentes opciones en disputa, queda en general limitado a la denuncia escandalizada de la corruptela instalada en el gobierno.

Cabe en este punto, por consiguiente, una conclusión parcial que reconoce en los años posteriores a 1943 el momento de emergencia de un nuevo régimen de regulación de los servicios de atención médica. Las formas institucionales y organizativas así gestadas tienen su génesis en la propuesta de ampliación de la intervención estatal, rasgo que las diferencia claramente de las vigentes hasta los años '30, justificando una hipótesis de cambio de régimen. Sin embargo, la lógica centralizante y unificadora que se defiende desde las instancias técnicas cede gradualmente terreno ante las necesidades políticas de construcción del proyecto peronista. La fragmentación y heterogeneidad originarias se reproducen sobre nuevas bases: dejan de operar en los intersticios de la sociedad civil y ocupan espacios en el interior de las agencias del estado, como parte de un proceso más amplio que ha sido adecuadamente caracterizado en términos de *politización de lo social*. La lógica particular que adquiere el sistema político en el período post peronista introduce

un lento y conflictivo proceso que terminará consolidando algunos de sus rasgos constitutivos con matices que no llegan a conformar un diseño institucional diferente.

En el momento postperonista, el subsistema público entrará en una lenta declinación, apenas interrumpida por algunos intentos parciales de recuperación y matizado por algunas experiencias provinciales; sin embargo mantendrá las formas organizativas heredadas y seguirá teniendo por función casi exclusiva la atención de la población indigente. Las obras sociales continuarán expandiéndose en los años '50 y '60, en las mismas condiciones de fragmentación y diferente capacidad de respuesta a las necesidades de sus beneficiarios. El impulso al desarrollo de capacidad instalada propia característico de los años '40 y primeros '50 se agotará paulatinamente y será parcialmente reemplazado por una modalidad de contratación de servicios con el sector privado. Se irá conformando un subsistema dotado de reglas propias, generalizado a la totalidad de la población en relación de dependencia en 1970 y que, en tanto bloquea de hecho si no de derecho las iniciativas tendientes a la organización de un seguro nacional de salud, ocupará el espacio institucional correspondiente a las organizaciones la seguridad social a cargo de la cobertura de atención médica.

Se agotará también la originariamente débil voluntad de regulación del estado, construyéndose un escenario donde la fragmentación de los servicios permite la afirmación de la regulación profesional en sus niveles meso y micro. Con la única limitación de la disponibilidad de recursos, será cada médico o equipo de atención el que decida qué recibirá cada paciente a su cargo. Tendrá por consiguiente en sus manos la principal fuente de asignación de los recursos técnicos y humanos disponibles en el interior del sistema. El monto de esos recursos se definirá en la mayoría de los casos a nivel intermedio, meso, a partir de las negociaciones entabladas entre jurisdicciones provinciales y municipales entre sí y con la esfera nacional, entre profesionales y obras sociales y mutualidades, entre las diferentes especialidades en el interior de cada instalación de atención con cierto nivel de complejidad.

*El cuarto capítulo* se abre con lo que puede considerarse el momento de consolidación del nuevo sistema: la sanción de la ley 18610 en febrero de 1970, parte del agónico intento de Onganía de recuperar su autoridad tras las conmoción social y política generada por el cordobazo. En mi lectura, sin embargo, ese momento de consolidación marca también el inicio de las manifestaciones de agotamiento de las formas institucionales fundadas en el control sindical de las obras sociales y la intensificación de los límites en la capacidad de cobertura y la estratificación del acceso resultantes de la afirmación de la solidaridad grupal. Ese agotamiento no asume en un primer momento la apariencia de crisis financiera, ya que el sistema crecerá todavía a lo largo de los años setenta. Pero el régimen así consolidado será objeto de cuestionamientos políticos que asumirán reiteradamente la forma de conflictos a nivel del sistema de toma de decisiones y en parte serán responsables de la débil capacidad de regulación y control demostrada por las agencias estatales a cargo. La siempre difícil construcción de la unidad estatal en esta arena de políticas alcanzará dimensiones críticas a lo largo de los siguientes quince años.

A nivel del sistema político macro suelo explicar la falta de coherencia y unidad del estado a partir de la diferenciación entre *Estado de Bienestar* y *Estado de Compromiso*. El rasgo diferenciador se ubica a mi criterio en el precario carácter del *Compromiso* que connota a éste último: Estado débil, régimen escasamente institucionalizado, sistema político fuertemente corporativizado, escasa capacidad de sus núcleos dirigentes para consolidar una hegemonía estable. La ciudadanía que puede constituirse en ese tipo de régimen es también inestable y fragmentada: los derechos sociales no se conquistan de manera



universal, se consolidan como *privilegios* o *prebendas* de los grupos o sectores con mayor capacidad de presión o mejores condiciones de acceso al nivel de las decisiones.

El débil compromiso que sólo garantiza una unidad precaria en el estado, a partir de acuerdos no institucionalizados de las diferentes fuerzas que ocupan sus aparatos o tienen llegada a los procesos de toma de decisiones que se desarrollan en su interior, se torna más inestable a medida que se incrementa la pérdida de legitimidad del régimen político o el oportunismo de actores estatales en procura de afianzar su control sobre determinada arena de política.

Un ejemplo claro de ese tipo de compromisos es el acuerdo que se instala en el INOS en los años 80 entre corporaciones médicas y CGT, que en trabajos anteriores he identificado como un *pacto corporativo*.

Para comprender los alcances del legado que se construye a partir de este proceso conviene recuperar algunas situaciones relativamente paradójicas que se plantean en el conflicto entre la CGT y las corporaciones médicas.

Aún en el momento de mayor enfrentamiento entre Manrique y la CGT por un lado, y las corporaciones profesionales por el otro, en los últimos meses de 1971 y los primeros de 1972, ambos contendientes expresan un interés común: defienden la perduración del sistema de obras sociales tal como se ha ido generando de manera espontánea a lo largo de dos o tres décadas. Más aún, ambos se reivindican como sus auténticos creadores.

La central obrera proclama sus derechos sobre un sistema construido por los trabajadores ante la ausencia o la indiferencia del estado. Los médicos defienden la modalidad de contratación de prestaciones para los beneficiarios de las obras sociales, de la que se consideran auténticos organizadores. Las entidades gremiales médicas habrían permitido "*el desarrollo de una estructura asistencial de gran proyección social*" -según se afirma en una de las tantas solicitadas publicadas en los meses de conflicto- a través de un sistema creado, impulsado y perfeccionado a lo largo de más de 15 años, y ahora sometido a la intervención oportunista de un estado autoritario.

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data relacionada con el control de un sistema de financiamiento y provisión de atención médica sobre el que ambas reivindican derechos irrenunciables, pronuncian alegatos sobre verdades y mentiras, inexactitudes y contradicciones, pero en última instancia están defendiendo la perduración de ese sistema..

Cuando ambas partes reconocen que lo verdaderamente importante para la defensa de sus intereses es la afirmación del sistema de 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 irracionalidad en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario.

La estabilidad de este *pacto constitutivo* podría vincularse a su carácter *no institucionalizado* , ya que la consiguiente falta de posibilidad de sanción a su incumplimiento facilita a las corporaciones que lo integran introducir nuevas interpretaciones de los derechos y deberes recíprocos cuando sus intereses así lo aconsejan. La tensión en

el interior del acuerdo se hace así permanente, pero sólo en los últimos años adquiere características que estimulan su ruptura..

La alianza establecida en el espacio de concertación proporcionado por el INOS demostró también capacidad para bloquear proyectos de organización alternativos. Los diferentes intentos de reformulación del sistema de obra sociales - producidos en 1973, 1978, 1985 – fracasaron nuevamente por la falta de consenso en el interior del aparato estatal en relación a la objetivos que debían asignarse al sistema.

A diferencia del proceso que describimos en el capítulo segundo de este texto, el agotamiento del régimen de regulación vigente entre los años '40 y los últimos '80 no se manifiesta a partir de una crisis de financiamiento. Cuando ésta se produce, y adquiere dimensiones de catástrofe con la hiperinflación de 1989, la pérdida de legitimidad de las formas organizativas del sistema de obras sociales era reconocida por múltiples agentes.

En buena medida la deslegitimación del sistema se vincula a déficit en el cumplimiento de la función de regulación. Entre las fallas a señalar cobra particular importancia la gestión de los contratos, que en teoría debía estar bajo la autoridad a cargo de la instancia de concertación. (INOS./ANSSAL) En esta esfera, la regulación - necesariamente asociada con la supervisión las prácticas producidas en el contexto de la libertad de prescripción garantizada a los profesionales - podría haberse ejercido a través de algunos indicadores de utilización que proporcionaran información sobre el equilibrio existente entre necesidades, demanda y producción de servicios. Esa función, que podía haber estado a cargo tanto de las corporaciones que representaban a la oferta y se hacían garantes del cumplimiento de los contratos, como de las obras sociales, responsables ante sus beneficiarios de la administración de los recursos a su cargo, o incluso del estado, como responsable en última instancia de la operatoria del sistema, no se efectivizó en ningún nivel.

En paralelo, el control de la profesión sobre posibles conductas violatorias de la ética por parte sus miembros, se fue paulatinamente debilitando en función de diferentes factores, algunos de ellos directamente asociados con la prosperidad resultante de la ampliación del financiamiento de la cobertura de las obras sociales a partir de la ley 18610 y la política de indexación de los aranceles que se aplica bajo la dictadura militar.

Un primer indicador será el debilitamiento de la preocupación por el control de las conductas prescriptivas de sus miembros por parte de las asociaciones profesionales en tanto intermediarias de la facturación y cobro a las obras sociales de la atención proporcionada. Las prácticas individuales de *sobre facturación* o *sobre prestación*, que sólo podían ser detectadas en esa instancia, no son sancionadas.

Un segundo factor involucrado fue un proceso de especialización creciente, que progresivamente se asocia con la utilización de tecnología diagnóstica de eficacia no siempre suficientemente comprobada. El desarrollo de subespecialidades vinculadas a la utilización de aparatología y el protagonismo que adquiere esa utilización en el proceso de atención y en la práctica prescriptiva de los profesionales - en condiciones de inexistencia de normas destinadas a regular su introducción y utilización - tendrá como consecuencia un fenómeno de costos en aumento y los consiguiente desequilibrios financieros que las obras sociales comenzarán a reconocer en el mediano plazo.

En el transcurso de una década se verifica una muy importante expansión de la capacidad instalada privada, medida en número de profesionales, instalaciones sanatoriales e incorporación de tecnología. El fenómeno es reconocido en la bibliografía internacional como una de las distorsiones presentes en los sistemas de atención médica y caracterizado

como *demanda inducida por la oferta*. El incremento de especialistas, camas sanatoriales y aparatología compleja estimula el aumento de una demanda no siempre vinculada con las necesidades del paciente. La presencia de este fenómeno se asocia en general con los incentivos generados a partir del *pago por acto médico* y la presencia de un *tercer pagador*. Bajo un mecanismo de remuneración donde el ingreso total de los profesionales depende del número de prácticas realizadas, y se reconoce y garantiza la libertad de prescripción, cada profesional puede satisfacer sus expectativas de mayor ingreso incrementando el número de prácticas - conducta reconocida como *sobre prestación*. En ausencia de una demanda suficiente, puede solicitar al paciente un número mayor de órdenes de consulta o prescribir prácticas de mayor complejidad que las que efectivamente realiza – incurriendo en ese caso en *sobre facturación*. La figura del *tercer pagador* remite a un sistema de cobertura donde el financiador no tiene posibilidad de establecer mecanismos destinados a controlar la conducta prescriptiva de los proveedores de atención bajo la forma de incentivos o normas de práctica, el diagnóstico y la terapia se definen en el ámbito privado de vinculación entre médico y paciente y la cantidad resultante de prácticas debe ser aceptada por el responsable de la cobertura. La auditoría anterior a la aprobación de la práctica por parte de la obra social se hacía cargo por lo general de verificar la existencia de la patología, sin manifestarse sobre la conducta prescriptiva del profesional.

El mecanismo conduce a dos posibles resultados: la crisis financiera de las organizaciones de cobertura, que deben asumir costos crecientes del sistema con recursos por definición limitados o bien la *saturación de la oferta*, reconocible en el punto en que la capacidad instalada de atención supera en exceso la demanda solvente, es decir aquella dotada de capacidad de pago individual o proveniente de una cobertura de seguro privado o seguro social. Los dos procesos se verifican en el caso argentino: una recurrente crisis financiera de las obras sociales cubre los años 80 y las condiciones de saturación de la oferta sanatorial conducirán en determinadas áreas hacia el fin de esa década al abandono por parte de algunos sanatorios del mercado protegido a través de la respectiva corporación y la búsqueda de nuevas formas de contratación con las obras sociales.

En el mediano plazo la crisis financiera conducirá a determinados proveedores a abandonar el mercado corporativo resultante de los contratos con obras sociales. Las nuevas formas contractuales, los contratos de riesgo, introductores de nuevas formas de regulación de las relaciones entre financiadores y proveedores constituyen el fundamento de la aparición de un nuevo régimen. Los procesos asociados con su institucionalización se desarrollan en el capítulo quinto.

### **Hipótesis de trabajo**

Mis hipótesis de trabajo serían las siguientes:

*1ª El desarrollo histórico del sistema de servicios de atención médica en Argentina se caracteriza por un déficit de capacidad reguladora del estado. Ese déficit tiene como consecuencia la presencia de condiciones de fragmentación y heterogeneidad organizativa que opera contra los supuestos principios doctrinarios que lo sustentan: igualdad, universalidad, accesibilidad, integralidad, oportunidad, eficacia, efectividad. Tales déficit tienen su origen en la internalización en las respectivas agencias del conflicto político e ideológico entablado en torno a la regulación del sistema de servicios y la apropiación de los recursos que circulan en su interior.*

*2ª el diseño institucional implantado en los años 40 se conformará en las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX; en paralelo, las formas organizativas efectivamente vigentes reconocen la presencia de tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional.*

*3ª. Un escenario de impotencia o desinterés del estado por la regulación del sistema de servicios es el que favorece en los primeros años 70 las condiciones de consolidación de un pacto corporativo entre CGT y corporaciones representantes de la oferta.*

*4ª. Como consecuencia de la crisis de los '80 la generación de nuevas reglas de juego para el sistema de servicios fue consecuencia de la forma particular que asumió la ruptura del pacto corporativo, en ausencia de una decisión firme por parte del estado de incidir en la regulación de las relaciones entre financiadores y proveedores de servicios*

*5ª. Esa definición de nuevas reglas se verifica por fuera de los organismos macro a cargo de la regulación, en un sistema altamente fragmentado y heterogéneo; como consecuencia de ello las nuevas reglas se definirán en cada uno de los espacios generados por la fragmentación y conforme a la particular disposición de recursos presente en cada una de ellos.*

*6ª. La generalización de los contratos de riesgo – que asumen esa denominación porque hacen recaer sobre los proveedores los riesgos de sobre prestación o sobre facturación de prácticas, tiene un impacto que incrementa la desigualdad en el acceso a la atención por parte de la población a cargo. La estratificación de los beneficiarios del sistema conforme la cápita que puede ofrecer la obra social a la que pertenecen, aumenta las condiciones previas de inequidad y las pone de manifiesto en toda su crudeza.*