

PREMIO SALUD PÚBLICA 2006-2007
ASOCIACIÓN DE MÉDICOS MUNICIPALES
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

TEMA: “Análisis comparativo del desarrollo de la actividad médica en los últimos 70 años en la Ciudad de Buenos Aires. Rol del hospital público”

TÍTULO:

**70 años de actividad médica:
de la profesión liberal a la progresiva
precarización del trabajo**

AUTORES

**ENRIQUE VISILLAC, NÉLIDA
MARTÍNEZ Y NORMA BOLONIATI**

Buenos Aires, abril de 2007

Introducción

Cuando nos planteamos la posibilidad de presentar un trabajo para el *Premio Salud Pública 2006-2007*, consideramos que el tema nos tocaba directamente y sentimos la necesidad de investigar, averiguar, consultar y pensar detenidamente sobre cuál ha sido la evolución de la actividad médica, o al menos su historia, si consideramos que el derrotero que ha seguido no ha significado una evolución satisfactoria en términos laborales.

Realizar un análisis comparativo del desarrollo de la actividad médica implica adentrarse en cada momento de la historia política, social, económica y sanitaria y comprenderlo, no desde el lugar actual sino tratando de hacerlo desde la perspectiva de los actores en cada situación particular que les tocó vivir.

Por eso, hemos optado por realizar una división temporal que concuerda con ciertos hitos de nuestra historia como argentinos y dentro de cada una, distinguir diferentes momentos o características, cuando ello se justifica. Así, seguiremos este esquema:

- 1930 a 1943: **Crisis política y económica del país. La crisis de la medicina privada. Inicios de la agremiación.**
- 1943 a 1955: **La era peronista. El avance del sanitarismo. Surgimiento de las “mutualidades sindicales”. Ideologías encontradas.**
- 1955 a 1966: **Proscripción del peronismo. Intentos de descentralización de la salud. Anulación de concursos. La Huelga Grande.**
- 1966 a 1973: **La Revolución Argentina. Ley 18.610: afiliación obligatoria a las obras sociales.**
- 1973 a 1976: **El regreso del peronismo. Sistema Nacional Integrado de Salud (Snis).**
- 1976 a 1983: **La salud durante el Proceso: médicos cesanteados. El avasallamiento de los derechos civiles y gremiales.**
- La década del '80: **El retorno a la democracia. Seguro Nacional de Salud.**
- La década del '90: **Mercantilización de la salud. La lucha por sostener el hospital público.**

- El nuevo siglo y nuestra actualidad: **La emergencia sanitaria y el rol de hospital público.**

Pretendemos hacer un recorrido por cada etapa histórica analizando cuál fue el papel que le tocó jugar a la profesión médica –prioritariamente la ejercida en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires- y cuáles fueron las consecuencias de las diferentes políticas sanitarias –si puede sostenerse que las hubo-, tanto para el trabajo de los profesionales como para el caudal de gente, cada vez mayor, que se atendió y se atiende en nuestros hospitales. A partir de allí podremos afirmar cuál fue la evolución de la profesión médica y cuál el rol que tuvo el hospital público como institución irremplazable en la atención de la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires y sus zonas de influencia.

1930-1943

Crisis política y económica del país.

La crisis de la medicina privada. Inicios de la agremiación

El gobierno dictatorial de Uriburu representó a sectores corporativos fascistas, conservadores en lo político y económico. Según Félix Luna, “era el patriciado conservador que volvía en pleno, la restauración del *ancien régime*, desplazado en 1916 por el voto popular (...)”⁷.

El daño a las instituciones democráticas fue inmenso: amén de la represión hacia sectores disidentes que fueron perseguidos, encarcelados e incluso fusilados, imperó la ley marcial. Las reformas universitarias previas fueron anuladas volviendo a dirigir la universidad los sectores más reaccionarios de la elite argentina. Pese a las adhesiones iniciales de sectores políticos de la oposición, éstos paulatinamente se apartaron. Dentro de las Fuerzas Armadas surgió la figura del Gral. Agustín P. Justo, que fue elegido presidente en noviembre de 1931 como candidato por la Concordancia, junto a Julio A. Roca (h). Estas elecciones se realizaron con la abstención de la UCR.

Durante su administración se produjo el “fraude patriótico”, utilizado para neutralizar a la oposición: en las elecciones provinciales de 1931 hubo agresiones contra los fiscales, secuestro de libretas, manipulación de los padrones, violación de urnas y se exacerbó en 1935, cuando el radicalismo decidió levantar su abstención política.

Sin embargo, la política económica del presidente logró superar la crisis económica y financiera. El Estado comenzó a tener mayor participación en la economía y creó en 1935 el Banco Central y luego la Junta Nacional de Carnes. El cierre de la economía dio un enorme impulso a la industria local.

Hacia febrero de 1943 apareció en escena una logia militar que tendría un papel decisivo en la década siguiente, el Grupo de Oficiales Unidos (Gou), que reveló la figura del, entonces, coronel Perón.

En septiembre de 1937 se realizaron elecciones generales -consideradas como las más escandalosas de la historia argentina por el nivel de fraude- y obtuvo el triunfo la Concordancia, con la fórmula Ortiz-Castillo. Para las elecciones que debían realizarse en 1944 se dividieron las opiniones entre los que buscaban un candidato que respondiese a los intereses de los EE.UU. y los que se oponían. Castillo se inclinó hacia los primeros y apoyó la candidatura de Robustiano Patrón Costas. Esa preferencia pareció peligrosa a los sectores nacionalistas del ejército agrupados en el Gou. La

posibilidad de un vuelco hacia la causa de los aliados podía poner en descubierto su actividad -contraria a la neutralidad formalmente mantenida por el gobierno- y el 4 de junio de 1943, ante la mirada estupefacta de la población de Buenos Aires que no sospechaba la inminencia de un golpe militar, sacaron a la calle tropas de las guarniciones vecinas a la Capital y depusieron sin lucha al presidente. El Gral. Arturo Rawson encabezaba la insurrección.

La organización sanitaria

Si bien después de la revolución del '30 hubo un profundo cambio en lo que se refiere a lo institucional en general, la “institucionalidad sanitaria” no tuvo cambios importantes, ya que hasta 1932 continuó en sus funciones el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro como presidente del Departamento Nacional de Higiene. Luego lo sucedió el Dr. Tiburcio Padilla y, posteriormente, el Dr. Miguel Sussini, quien estuvo hasta los primeros años de la presidencia de Ortiz. Fue reemplazado por el Dr. Juan Jacobo Spangenberg hasta la revolución del 4 de junio de 1943.

Cabe destacar que por entonces se daba la división entre la sanidad y la asistencia médica: el Departamento Nacional de Higiene, que atendía los asuntos sanitarios, dependía del Ministerio del Interior; en tanto la Comisión Asesora de asistencia médica, de la que dependían la asistencia, los asilos y otros, lo hacía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, que, además, supervisaba los servicios de Beneficencia¹. Por lo general, el presidente del Departamento de Higiene también presidía la Comisión Asesora, lo cual evidenciaba la intención de unificar lo sanitario con lo asistencial, que predominaba en los funcionarios de salud desde hacía unos años. Se manejaban términos como “racionalización” y oficialización, entendiendo por tales la organización de la salud a través de la coordinación de los servicios entre sí, basada en una centralización estatal que diera normas fijas y ciertas, tendientes a que la población pudiera “disfrutar del máximo de eficiencia de los servicios médicos”. Es decir, se bregaba por responsabilidad del ámbito oficial de cumplir con la función indelegable de cuidar la salud de la población. En todo esto, se insertaba el concepto de “socialización”

¹ Veronelli, J.C y Veronelli Correch, M. *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Tomo 2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires, 2004. Disponible en: <http://www.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/Tomo%202.pdf>

de la medicina -en referencia a la igualdad en la atención de la salud por parte de toda la población-, considerada la solución ideal para el problema de la asistencia médica².

En 1944, la Secretaría de Trabajo y Previsión nombró una comisión para el estudio de la socialización de la medicina del país y del estatuto profesional del médico. Esta comisión consideraría la remuneración de profesionales en los organismos nacionales, municipales y particulares y la prestación individual de servicios; los aspectos generales de la previsión médica –jubilación, pensiones, invalidez- y todo lo atinente a la oficialización de la medicina. Se nombró como presidente al Dr. Victorio Monteverde, que había sido presidente del Colegio de Médicos de la Capital Federal – posteriormente convertido en Femeca- y luego de la Federación Médica de la República Argentina –actualmente la Comra-.

La crisis de la medicina privada. Inicios de la agremiación

La mayor parte de los médicos que trabajaba entonces en los hospitales públicos lo hacía *ad honorem*, movido por un ideal filantrópico, además de porque allí se contaba con más recursos técnicos y era lugar de formación profesional. En el ámbito privado, el médico percibía honorarios por el pago directo de los pacientes o a través de diferentes formas de cobertura (mutualidades, sociedades de socorros mutuos). En su consultorio entablaba una relación de confianza con el paciente, era elegido por él y se encargaba, generalmente, de la asistencia de todo el grupo familiar, llegando incluso a ser un “consejero”. El médico era así la figura central en el sistema tradicional de atención y al no ser tan complejos los recursos tecnológicos, los profesionales se relacionaban por redes informales de referencia entre generalistas y especialistas o entre médicos y hospitales³. En consecuencia, los médicos gozaban de prestigio y reconocimiento social, su ideología reivindicaba una posición elitista, individualista, basada en la autonomía del poder político, el derecho a la autorregulación y la legitimización de la práctica, a partir del conocimiento técnico aplicado según un código de ética y limitado a la esfera de su propia conciencia. Debido, justamente, a este rasgo, la regulación de la práctica médica se tornó una empresa muy dificultosa en todos los tiempos.

Ya antes de 1900 había habido algunos intentos de asociación de los médicos con el fin de cuidar las condiciones de ejercicio de la profesión y en la década del ‘20 se

² Visillac, Enrique. *Historia de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA*. Tomo 1. Asociación de Médicos Municipales. Buenos Aires, 2005.

³ Belmartino, Susana. *La atención médica en el siglo XX. Instituciones y Procesos*. Ed. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, 2005.

evidenciaron algunos movimientos de tono gremial más organizados. Por ejemplo, el Sindicato Médico de Chivilcoy que, en 1924, llevó a cabo en reclamo por los bajos sueldos y las malas condiciones de trabajo que establecían las sociedades de socorros mutuos. Según el Dr. Pedro Acuña⁴, estas instituciones “habían desvirtuado sus fines al grado tal de crear una situación realmente intolerable, extralimitándose en su acción abusiva hasta herir profundamente no tan sólo nuestros intereses materiales por la exigüidad de sus tarifas, sino los más sagrados, como son los morales”. Otro antecedente digno de señalar es el de la Asociación Médica de San Juan, que en 1926 emprendió una lucha gremial en contra de una patente de \$ 5.000 m/n establecida por el gobierno “bloquista” del gobernador Aldo Cantoni, como condición indispensable para poder ejercer la profesión. Este episodio reflejó el espíritu “revanchista” de las decisiones adoptadas por este gobierno, ya que el establecimiento de la patente se produjo luego de que la Asociación Médica de San Juan expulsara de sus filas al Dr. Elio Cantoni, hermano del gobernador, por actitudes antiéticas.

En la Capital Federal, se crearon dos tipos de asociaciones de médicos: las que perseguían la defensa de la ética médica y las que velaban por los intereses de los médicos. Se formaron, por ejemplo, la Asociación de Médicos de los Hospitales (fundada el 14 de junio de 1917), que se convirtió en una entidad fundamentalmente científica y desapareció rápidamente; la Comisión de Deontología Médica de la AMA (fundada en junio de 1920) y el Sindicato Nacional de Médicos, fundado el 5 de enero de 1921 y desaparecido al año siguiente, a pesar de los importantes logros obtenidos. En junio de 1923 comenzaron a crearse los círculos médicos, que eran entidades netamente gremiales. El primero fue el círculo médico de Barracas (luego Círculo Médico del Sud). Hacia 1932 ya eran 7 y formaron el Colegio de Médicos de la Capital Federal, origen de Femeca.

Fue a partir de la década del '30 que hubo sensibles cambios en el seno de la profesión médica debido, entre otros puntos, a la creciente injerencia del Estado en salud pública a raíz de la socialización de la práctica médica y al reconocimiento de la medicina como una actividad profesional y no sacerdotal, con una utilidad social y no sólo una práctica humanitaria. Con el gran incremento de la demanda de atención, tanto en el sistema público como de mutuales, se temía el colapso de los sistemas de atención, por un lado, y el desvío de pacientes con capacidad de pago hacia el hospital, por otro.

⁴ Acuña, Pedro. *Un rimero de verdades*. Chivilcoy, 1934.

Como sostiene Belmartino⁵ en uno de sus libros, la palabra que más se pronunciaba entre los médicos era “crisis”. Se hablaba de crisis económica, crisis política, crisis ética, etc., en definitiva, “crisis de valores”. La *Revista del Colegio de Médicos de la Capital Federal* mencionaba: “en el fondo, lo que está en gravísima crisis es la moral administrativa. Los funcionarios de la comuna detentan sus empleos con segura impunidad. Entre nosotros no se conocen los procesos por inmoralidad en el desempeño de los cargos públicos, no se echa a nadie, no se suspende a nadie (...) y todo ello no es más que un episodio del mal de nuestra hora: la crisis moral del civismo”⁶.

También se estaban dando importantes movimientos médico-gremiales en países de Europa: “la agremiación de los profesionales de la medicina ha dado como fruto la constitución de poderosas instituciones que amparan a sus integrantes en el doble juego de sus intereses: materiales y morales”; el país que más ha evolucionado en la agremiación médica es “Alemania, seguido por Francia y es en ambos países que debemos inspirarnos, ya que de seguir las cosas por el camino que marchan actualmente entre nosotros, día llegará en que del gran acervo moral que rodea al médico argentino, no ha de quedarnos otra cosa que el recuerdo”⁷.

Así, comenzaron a aparecer las entidades gremiales más importantes y destinadas a perdurar en el tiempo:

- la Asociación de Médicos Municipales (AMM): su organización se remonta a su antecesora, la Unión de Médicos Municipales creada en 1930. A partir de 1934, un grupo de médicos –entre ellos el Dr. Ido Celeri- inició una campaña para que se les pagara el trabajo hospitalario. Fue definitivamente fundada en 1936.

- la Federación Médica de la Capital Federal: desde la década del 20 se fueron formando los círculos médicos que se aglutinaron en el Colegio de Médicos de la Capital Federal, que en 1936 se convirtió en Federación Regional. Se constituyó definitivamente como Femeca en 1942.

- en el ámbito nacional, la Confederación Médica de la República Argentina, al principio denominada Federación Médica de República Argentina.

⁵ Belmartino, S. y otros en *Corporación Médica y Poder en Salud. Argentina 1920-1945*. Ed. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario (Santa Fe), 1988.

⁶ *Revista del Colegio de Médicos*, 71:5, noviembre de 1938. Citado por Belmartino, S. y otros en *Corporación Médica y Poder en Salud. Argentina 1920-1945*. Ed. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario (Santa Fe), 1988.

⁷ Acuña, Pedro. Op. cit.

Por otro lado, se habían formado y se formaron numerosas entidades en el interior de nuestro país, fundamentalmente en Santa Fe, donde la agremiación era muy fuerte. Las razones que llevaron a los médicos a agremiarse quedaron claramente expuestas en un acta del Segundo Congreso Médico Gremial de Rosario, llevado a cabo en diciembre de 1936 en esa ciudad: “el médico se convierte cada vez más en un profesional acosado (...) Las tendencias de la época se manifiestan en forma persistente y continuada a través de los períodos de prosperidad y depresión. Estas tendencias ya conocidas y extendidas en la industria, en nuestro medio profesional se traducen en las formas de explotación capitalista de la medicina y en los órganos financieros cuyos grandes recursos les permiten llevar al campo de la medicina los métodos de la gran industria (...) Como en el resto del mundo económico, aquí también la gran empresa desaloja el taller del artesano: los grandes establecimientos médicos acosan al médico independiente, al pequeño industrial”⁸.

Esta política se vio reflejada en la orientación masiva de los pacientes hacia las grandes instituciones, en detrimento de la atención en los consultorios privados. La causa de este cambio también fue motivo de arduas discusiones, donde primó como conclusión que el incremento de la complejidad médica -laboratorios, radiografías, anatomopatología, etc., en síntesis, el desarrollo tecnológico- constituyó el origen de “la necesaria superación del trabajo individual, aislado y la muerte del consultorio privado”.

Otro aspecto a tener en cuenta era la presión impositiva por parte del Estado sobre los médicos, ya que les aplicaban los impuestos a la patente y a los réditos, además de los costos que significaba ejercer la actividad privada.

Sumado a todo esto, a partir de 1918 se habló de plétora médica y los médicos criticaban que en la universidad se prestara más atención a la cantidad que a la calidad de estudiantes y que se entregaran títulos a granel. Esta postura fue sostenida por figuras relevantes como el decano de la Facultad de Medicina, Dr. Bullrich, que así lo mencionó en un discurso en 1935, o su sucesor, Dr. Nicanor Palacios Costas en 1941. Entre los motivos de la plétora estaba considerada la “mala distribución”, debido a las pocas condiciones de desarrollo en otros lugares más pobres, por lo que los médicos preferían radicarse en las grandes urbes. Tal como ocurre en la actualidad, la distribución de acuerdo a la zona era muy desigual: en 1930 había en Buenos Aires

⁸Belmartino, S., Bloch, C., Persello, A., Carnino, M. *Corporación Médica y Poder en Salud. Argentina 1920-1945*. Buenos Aires, 1988. Oficina Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub7.pdf

1.500 habitantes por médico; en 1935 había 1.250; en 1940 había 600 habitantes por médico en Buenos Aires –al igual que en Rosario y Córdoba. En ese último año, en Santiago del Estero había 6.000 habitantes por médico, en Formosa, 15.000 y en la Gobernación de los Andes (actualmente parte de Salta y Jujuy) ninguno.

A pesar de la justicia de sus reclamos, cuando los médicos decidieron agremiarse debieron luchar contra posturas sostenidas hasta por sus propios colegas, que temían adherirse a un sindicato por temor a que los llamaran “revolucionarios”, “subversivos” o “rebeldes”. También la población en general y, en especial algunos medios de prensa, se resistían a que se crearan círculos, colegios o sindicatos como forma de unión para lograr beneficios relacionados con su profesión. No obstante esto, la gestión gremial logró que a los médicos municipales se les comenzara a pagar por su trabajo en los hospitales a través de un subsidio de cinco millones de pesos del gobierno Nacional a la Municipalidad. Este subsidio fue obtenido por la “ley Dickman”, llamada así por su autor, el Dr. Enrique Dickman, que fue uno de los diputados socialistas que se ocupó de buscar una solución inmediata y adecuada al problema hospitalario. Si bien el pago se hizo efectivo progresivamente y con una demora de hasta dos años, significó una gran conquista y un cambio de las características del trabajo médico en los hospitales.

Cabe destacar la constante preocupación de los médicos que se desempeñaban en los establecimientos municipales –que pueden encontrarse sobre todo en las publicaciones de las entidades gremiales de la época- por el estado de los mismos, por la falta de insumos y por la poca valoración que se les daba como institución, aún cuando solucionaban los problemas de gran parte de la Capital Federal y conurbano. Uno de los temas que más se discutió y que, sin embargo, presentaba posiciones encontradas entre los mismo médicos fue el del arancelamiento hospitalario: a pesar de que la mayoría de los médicos que trabajaban en los hospitales de la Municipalidad estaban en contra de arancelar los servicios y sostenían la importancia del “hospital de puertas abiertas”, había una masa no menos importante que sostenía que esa política iba en detrimento del trabajo privado de los médicos, pues al atenderse gratuitamente a todos en los hospitales, ya nadie iría a los consultorios. Podemos dar como ejemplo un proyecto de la Agremiación Médica Platense, que en 1942 no sólo proponía normas para dificultar el ingreso al hospital de gente con solvencia económica, sino que, además, proponía multas para la población que evadiera la reglamentación, consistentes en el pago de los honorarios correspondientes a los profesionales -conforme a los valores de la práctica

privada- y en la retribución al hospital por los servicios prestados. Para comprender esta postura, es necesario aclarar que todavía no todos los médicos percibían sueldo en los hospitales y la gran mayoría subsistía gracias a la atención privada.

Atentaban también contra el médico artesanal los grandes establecimientos (hospitales de comunidad, públicos, mutualidades) y el empobrecimiento de la población, que los obligaba a aceptar más pacientes, hacer asociaciones con otros profesionales e incluso a trabajar más horas, favoreciendo la mercantilización. Se planteó entonces la discusión entre seguir considerando a la medicina como un apostolado y propiedad de una elite o, por el contrario, considerarla una función social, y que los médicos no se avergonzaran de cobrar por su trabajo. Los que sostenían la primera postura obviamente censuraban la agremiación.

Otro punto de gran relevancia en el trabajo médico era la práctica del curanderismo -muy común en la época- y otros tipos de ejercicio ilegal de la medicina, que eran condenados desde todos los sectores. Ya desde principios del siglo XX hubo documentos al respecto e incluso los congresos médicos incluían en sus conclusiones la necesidad de un control total en el ejercicio. Como causante del curanderismo se mencionaban la falta de educación e instrucción, la falta de medios para acceder a los médicos, las creencias religiosas (curas milagrosas de vírgenes y santos), entre otros.

Hacia 1940 se planteó también el conflicto de las especialidades, por los avances en las ciencias y la tecnología aplicada a la medicina. Se comenzó a hacer hincapié en la necesidad de tener un aval: para ser considerado especialista se requería algún curso de especialización o probar la antigüedad en algún servicio específico.

Si bien no es un problema que surgió en estos años, el conflicto de los médicos con las mutualidades y con las compañías de seguros se agravó por la forma en que estas instituciones se manejaban. Los médicos se enfrentaron con las mutualidades por varias causas: el creciente número de socios y asociaciones y la importancia de los recursos financieros; la diferente integración de la masa societaria, ya que comenzó la captación de personas pudientes quitando la clientela privada a los médicos; el indebido control de administradores y comisiones en la práctica, que eran privativos del profesional como limitaciones cuantitativas y cualitativas de las consultas; y finalmente, la reivindicación del principio de la libre elección del médico por parte del paciente, no reconocido por muchas mutualidades, y progresivamente dejado a un lado. Hacia 1940, las asociaciones profesionales que estaban organizadas comenzaron a hacer cierto tipo de exigencias a las mutualidades: que las cuotas de afiliación fueran suficientes para

cubrir los beneficios ofrecidos, la proporcionalidad entre asociados y médicos, y la representación de los médicos en los cuerpos directivos. Además, solicitaban remuneraciones decorosas, con estabilidad y escalafón, que eran las exigencias que planteaban los médicos en los hospitales públicos.

En cuanto a las compañías de seguros de accidentes, hacia la década del '30, las dos más importantes eran "La Continental" y "La Franco Argentina", que tenían el 40% de los asegurados. La poca influencia del gremio médico de entonces no permitía la creación de una caja nacional de seguros para administrarlas y los médicos, para defenderse de esta situación, organizaron sus propias compañías de seguros, que no sólo se limitaron a los accidentes de trabajo sino que incorporaron a su actividad seguros de vida, incendio, automotores y granizo. Las principales fueron: "La Primera", formada por médicos de Trenque Lauquen, Pehuajó y 9 de Julio en la provincia de Bs. As., creada en 1923, y la "Unión Médica Argentina", creada en 1926 y disuelta en 1929.

En 1941 se creó en Santa Fe el Ministerio de Salud Pública y Trabajo, primer ministerio de salud argentino. Esa provincia, una de las más prósperas y creciente de la Argentina, fue de las primeras donde se organizaron los médicos para la defensa de sus derechos y por la mejora de las condiciones de trabajo. La población médica era elevada y los médicos estaban distribuidos en numerosos pueblos pequeños pero prósperos y formaron grupos que, al igual que en la Capital Federal y otras grandes ciudades, invitaban a afiliarse a través de un pago mensual para recibir servicios profesionales y a veces internación en sanatorios; en una palabra, crearon "cooperativas médicas".

1943-1955

La era peronista. El avance del sanitarismo. Ideologías encontradas. Surgimiento de las “mutualidades sindicales”

Después de la revolución del 4 de junio de 1943 asumió la presidencia el general Pedro Ramírez. El Gou había logrado llevar al nuevo gabinete a varios de sus oficiales, entre ellos el coronel Perón que encabezaba la secretaría del Ministerio de Guerra. Ese grupo de militares intentó sofocar las protestas sociales y la acción de opositores. Proscribió a los sectores de izquierda, intervino la Confederación General del Trabajo (CGT), disolvió la Acción Argentina, dejó cesantes a numerosos profesores universitarios e impuso la enseñanza religiosa en las escuelas. Temían el crecimiento del comunismo.

Juan D. Perón logró que se lo designara, además, presidente del Departamento Nacional del Trabajo y sobre esa base organizó enseguida la Secretaría de Trabajo y Previsión con jerarquía ministerial. Con la experiencia adquirida en Italia en la época fascista, comenzó a buscar el apoyo de algunos dirigentes obreros y logró atraer a ciertos sectores sindicales. Contó con un pequeño respaldo popular que fue creciendo a medida que progresaba su nuevo plan como secretario de Trabajo. En febrero de 1944 Ramírez fue reemplazado por el general Edelmiro J. Farrell y Perón ocupó también vicepresidencia del gobierno provisional. El gobierno procuró destruir a los opositores, en parte por la vía de la represión y en parte por la creación de una atmósfera hostil a los partidos. Por otra parte, se trató de poner en funcionamiento un plan de acción para consolidar el poder de los grupos dominantes, organizando las fuerzas económicas y sociales del país de tal manera que quedaran al servicio de los designios de hegemonía continental que acariciaba el Estado Mayor del Ejército. Estas ideas fueron expuestas por Perón en un discurso pronunciado en la Universidad de La Plata y transformadas en el fundamento de su futuro programa político. Los sectores obreros acogían con satisfacción la inusitada política laboral del gobierno que los favorecía en los conflictos con los patrones, estimulaba el desarrollo de las organizaciones obreras adictas y provocaba el alza de los salarios; sin embargo, subsistían en su seno muchas resistencias de quienes conocían la política laboral fascista.

En el ejército, por su parte, algunos reconocían la capacidad de conducción de Perón y aprobaban su plan de atraer a los obreros con el ofrecimiento de algunas ventajas para sujetarlos a los ambiciosos planes del Estado Mayor. Otros, no tardaron en

descubrir el peligro que entrañaba la organización de poder que Perón construía rápidamente en su beneficio. Esta fue también la opinión de los partidos tradicionales y de los vastos sectores de clase media que participaron en la “Marcha de la Constitución y de la Libertad”, nutrida concentración con la que se quiso demostrar la “impopularidad” del gobierno y el repudio a sus planes. La presión de los sectores conservadores movió a un grupo militar a exigir, el 9 de octubre de 1945, la renuncia de Perón a todos sus cargos y su procesamiento.

En un primer momento, el intento de sacar a Perón tuvo éxito, pero las fuerzas opositoras no lograron aprovecharlo y dieron tiempo a que se organizaran los sectores ya definitivamente peronistas, los que con decidido apoyo militar y policial se dispusieron a organizar un movimiento popular para lograr el retorno de Perón. El 17 de octubre, nutridas columnas de partidarios emprendieron la marcha sobre el centro de Buenos Aires desde las zonas suburbanas y se concentraron en la Plaza de Mayo, solicitando la libertad y el regreso de su jefe. La oposición no se atrevió a obrar y el gobierno ofreció una suerte de transacción: Perón quedaría en libertad, abandonaría la función pública y participaría en elecciones libres controladas por el ejército.

En el plano político, Perón logró atraer a ciertos sectores del radicalismo y del conservadurismo y fue a las elecciones en compañía de un radical, Hortensio J. Quijano. Lo respaldaron el aparato gubernamental y fuertes sectores del ejército y de la Iglesia, así como algunos grupos industriales que esperaban protección del Estado para sus actividades; además, lo apoyaba una masa popular numerosa. En primer lugar los nuevos sectores urbanos y, luego, las generaciones nuevas de las clases populares que habían crecido en el más absoluto escepticismo político a causa de la permanente falsificación de la democracia que había caracterizado a la república conservadora.

El 24 de febrero de 1946, en elecciones formalmente inobjectables, la fórmula Perón-Quijano triunfó con el 55% de los votos. Antes de entregar el gobierno a Perón, Farrell intervino todas las universidades y expulsó a los profesores que habían tenido alguna militancia contra Perón, que ocupó la presidencia el 4 de junio de 1946.

En lo económico, Perón contaba con una floreciente situación ya que gracias a la guerra mundial se habían acumulado divisas. Procuró acentuar los elementos emocionales de la adhesión que le prestaba la clase obrera, logró establecer una organización sindical rígida a través de la CGT que agrupó a varios millones de afiliados de todos los sindicatos y, finalmente, mantuvo una política de salarios altos, a través de la gestión de contratos colectivos de trabajo. Leyes jubilatorias,

indemnizaciones por despido, vacaciones pagadas y otras ventajas directas dieron la impresión de un régimen de protección. El rasgo predominante de la política económica fue el intervencionismo estatal y la nacionalización de los servicios públicos.

A partir de 1950 la situación empezó a cambiar: una prolongada sequía, los efectos de la inflación y la imposibilidad de salarios altos comenzaron a incubar una profunda crisis. Ni los partidos políticos ni las instituciones de cultura pudieron realizar reuniones públicas, ni publicar periódicos que tuvieran intención política. Las universidades se vieron agitadas por incesantes movimientos estudiantiles que protestaban contra un profesorado elegido con criterio político. La respuesta a esta creciente organización fue una oposición sorda de las clases altas y de ciertos sectores politizados de las clases medias y populares.

El fallecimiento de Eva Perón en 1952 constituyó un duro golpe. Se produjo un resquebrajamiento de su plataforma política al apartarse de su lado los sectores católicos que habían contribuido a sostenerlo. Una conspiración militar, bajo la dirección del general Eduardo Lonardi, estalló en Córdoba el 16 de septiembre, en lo que se llamó “Revolución Libertadora”. Perón fue derrocado y debió embarcarse en una cañonera rumbo a Paraguay como exiliado.

Cambios sustanciales

El gobierno peronista surgió como expresión de una nueva alianza de clases: la clase obrera y los pequeños y medianos empresarios industriales, en contraposición con el período anterior. El Estado expropió una parte de la renta agraria a través de la nacionalización del comercio exterior de productos agropecuarios, transfiriendo los recursos al financiamiento del desarrollo industrial. Se nacionalizaron o crearon empresas de servicios públicos y existió un altísimo índice de empleo, especialmente en la industria manufacturera (además de la construcción y terciarios). Los niveles de asalariados llegaban al 72% del empleo global.

Con respecto a la movilidad social, la expansión del estrato obrero asalariado se alimentó especialmente de la migración interna. No se detectaba empleo precario ni empleo marginal. En definitiva, se dio un proceso generalizado de movilidad estructural ascendente, desde modestas posiciones rurales a posiciones urbanas autónomas de clase media y asalariadas de clase obrera y, dentro de la clase media, de segmentos inferiores a superiores.

Se alcanzó un nivel de vida muy alto, similar o mejor que algunos países europeos; la situación habitacional experimentó una leve mejoría y a fines de 1955 se completó la incorporación de la población a la educación primaria y se avanzó en la secundaria y superior.

Durante el gobierno de Perón el sistema de políticas sociales se hizo más abarcativo y complejo que en las etapas anteriores. A mediados de la década del 40 concluyó la etapa filantrópica en el desarrollo de la asistencia social y empezó la organización del “modelo de bienestar”.

Uno de los aliados en la primera parte del gobierno peronista eran las Asociaciones Profesionales, cuyas dirigencias se transformaron en actores sociales en la gestión de las políticas públicas, actuando a su vez como verdaderas corporaciones en defensa de sus intereses particulares. Los beneficios sociales estaban dados por la pertenencia a una organización sindical, vale decir que el sistema de protección social se construyó sobre la seguridad laboral. Por ello, las principales medidas favorecieron a los asalariados a través de los convenios colectivos de trabajo: jubilaciones, indemnización por despido e invalidez, sueldo anual complementario, vacaciones pagas, etc.

El salario dejó de ser la asignación mínima para el sustento de las familias e incluyó otros como: previsión contra accidentes, enfermedad, muertes, derecho a educarse, a consumir, a disfrutar del ocio. Se produjo el advenimiento de otro tipo de propiedad, no sólo la patrimonial sino la inherente a la condición de asalariado.

El avance del sanitarismo. Surgimiento de las “mutualidades sindicales”

En octubre de 1943 se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social como dependencia del Ministerio del Interior y todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependían de los distintos ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas de la Nación pasaron depender de ella: el Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, entre otros⁹.

En octubre de 1944, se creó en el ámbito de la Secretaría de Trabajo y Previsión -a cargo de Perón- el Instituto Nacional de Previsión Social y la asistencia social pasó a estar bajo la órbita de Trabajo en lugar de Salud. Este Instituto se involucró en todos los aspectos de atención de la salud de los trabajadores e intentó una regulación del trabajo

⁹ Veronelli, J.C y Veronelli Correch. Op. cit.

médico. A partir de ahí se desarrollaron, en los cuatro años siguientes, los servicios sociales para diversas reparticiones en la Administración Pública, en empresas del Estado y en varias ramas de trabajadores privados: bancarios, seguros, industria del vidrio, etc.

Algunos autores consideran la creación de ese Instituto como el punto de partida de las obras sociales, en tanto otros sostienen que éstas serían las sucesoras de las “mutualidades” y “sociedades de socorros mutuos” creadas en la década del ‘30 y con las que el gremio médico había tenido conflictos por las condiciones de trabajo impuestas. Según se tome una u otra postura, esta nueva forma de asociación -según su lugar de trabajo y pertenencia gremial-, impulsada desde el ámbito oficial particularmente por Perón, produjo un cambio sustancial en la forma de trabajo médico, que culminó con la ley 18.610/70. Esta ley fijó la integración obligatoria al sistema de la totalidad de la población trabajadora en relación de dependencia y de sus familiares directos. La acción del Estado, en manos del gobierno militar, contribuyó a que las organizaciones sindicales más poderosas y con mayor nivel de negociación se vieran favorecidas por el proceso que rápidamente se constituyó en un movimiento propio y que creció independientemente del Estado. Por otro lado, esta ley terminó con los temores de los grandes sindicatos, que vieron alejarse el peligro de tener que contratar los servicios médicos exclusivamente a entidades del Estado, como fijaba la ley 17.102/66 (se abordará este tema con mayor detalle más adelante).

Volviendo al momento histórico que nos ocupa, en 1945 se realizó en la Capital Federal el primer Congreso de Salud Pública que, entre otros puntos, recomendó dar a la Dirección de Salud Pública y Asistencia Social el rango de Secretaría, en el afán por jerarquizar el organismo.

Durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX el hospital comenzó a cumplir nuevas funciones y adquirió mayor relevancia como elemento del sistema de salud. Hacia mediados de la década del ‘40, los médicos concurrían a los hospitales con la finalidad de mantenerse actualizados o perfeccionarse en la práctica de la medicina. En muchos hospitales como el Niños y la Sardá existía el pabellón de las “hermanas religiosas”, que se encargaban de la administración del hospital. Cabe destacar que los médicos se introdujeron en el conocimiento y manejo de la administración hospitalaria recién en la década del ‘70, cuando la Asociación de Médicos Municipales implementó un curso prolongado de Administración Hospitalaria, que fue pionero en la preparación

del médico en esta disciplina. La generalización de la administración hospitalaria influyó notablemente en la modalidad del control del trabajo médico.

En mayo de 1946, como una de sus últimas acciones de gobierno, el presidente Farrell creó la Secretaría de Salud Pública dependiente de la presidencia de la Nación con rango de ministerio y nombró al frente al Dr. Ramón Carrillo.

En el marco del asistencialismo que caracterizó al primer gobierno peronista, Carrillo llevó a cabo acciones que no tienen parangón hasta nuestros días. Esta revolución sanitaria, diseñada y llevada adelante por él, aumentó el número de camas existentes en el país, de 66.300 en 1946 a 132.000 en 1954, cuando se retiró. Erradicó, en sólo dos años, enfermedades endémicas como el paludismo, con campañas sumamente agresivas. Prácticamente hizo desaparecer la sífilis y las enfermedades venéreas. Disminuyó el índice de mortalidad por tuberculosis de 130 por 100.000 a 36 por 100.000. Terminó con epidemias como el tifus y la brucelosis. Redujo drásticamente el índice de mortalidad infantil del 90 por mil a 56 por mil. Todo esto, dando prioritaria importancia al desarrollo de la medicina preventiva, a la organización hospitalaria, a conceptos como la “centralización normativa y descentralización ejecutiva”. Esta nada tiene que ver con la descentralización que se realizó en los últimos años a nivel hospitalario en nuestro país, que sólo responde a fines meramente económicos impuestos por los mercados¹⁰.

En 1947 se sancionó una la “ley de bases” o del Código Sanitario, que comprometía al Poder Ejecutivo a preparar un proyecto de código sanitario y de asistencia social. Entre los puntos más destacados del proyecto figuraban: organizar la salubridad general e higiene de la población, promover la unificación paulatina de la asistencia médica y social y la gratuidad para las clases sociales que no contaran con medios, la centralización administrativa, la lucha contra las enfermedades epidémicas y la asistencia de la maternidad e infancia. Entre otros puntos, expresaba que se debía adecuar los profesionales al número de habitantes (1 médico por cada 1.000 habitantes) y favorecer la formación de especialistas en el interior del país mediante estímulos, primas en los sueldos y creación de servicios para su entrenamiento. Además, hacía hincapié en la “medicina sanitaria o profiláctica” y la “medicina social o preventiva”. Sin embargo, el Código proyectado se refería exclusivamente a la protección de la salud

¹⁰ Ordóñez, Marcos. “Ramón Carrillo, el Gran Sanitarista Argentino” en *Revista Electroneurobiología*, ISSN: 0328-0446. Disponible en Internet: <http://electroneubio.secyt.gov.ar/DrRamonCarrillo.htm>

colectiva, es decir, a la sanidad o salud pública en sentido estricto, dejándose los temas de organización de atención médica para el proyecto de una ley orgánica que se presentaría más tarde.

Durante la gestión de Carrillo se crearon innumerables comisiones, direcciones e instituciones relacionadas con la salud, tanto en el interior como en la Capital Federal. En abril de 1950 se inauguró la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, como una forma de asegurar la especialización de los médicos y Carrillo privilegió la creación de numerosos institutos y escuelas para la formación del recurso humano en salud.

En 1954, la Dirección Nacional de Asistencia Social, hasta entonces bajo la dependencia del Ministerio de Trabajo, se puso en la órbita de Salud. Con los problemas presupuestarios de la cartera y la postura crítica que Carrillo había ido asumiendo, de poco sirvió esta unificación que podría haber sido útil en otro momento. Ese año Carrillo renunció y fue reemplazado por el Dr. Raúl Bevacqua. Esta es una brevísima síntesis de los hechos más importantes que generó desde el Ministerio que dirigía. Sin embargo, el legado más importante que dejó el Dr. Carrillo fueron las ideas, principios y fundamentos que acompañaron este accionar.

Otra consecuencia de la política implementada por el Dr. Carrillo fue la evolución en la modalidad del trabajo médico. Todos los planes elaborados durante su gestión, de los cuales debemos hacer hincapié en los relacionados con la profilaxis, la prevención y la promoción de la salud, requirieron de profesionales que se abocaran a su cumplimiento. Pero, además, en todas las disciplinas médicas se tomó conciencia del valor de la prevención de las diversas patologías y, en forma progresiva, todos los médicos fueron modificando los conceptos aprendidos en su actividad escolástica, que se basaban casi exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad.

Por estos años se agudizó un problema que ya se planteaba desde décadas anteriores: la atención de pacientes del conurbano en los hospitales de la Capital Federal. En reiteradas oportunidades se planteó la insuficiencia del presupuesto de los hospitales municipales si debían hacer frente a la atención de toda esa población y se sostuvo la necesidad de un acuerdo por el cual el gobierno de la Nación pagara al de la Capital por los servicios prestados. Cabe destacar que este es un problema que persiste hasta la actualidad, ya que a pesar de los inconvenientes que afrontó y afronta el subsector público, nunca ha dejado de atender a todos los pacientes y no sólo del

conurbano o la provincia de Buenos Aires, sino de ciudades del interior y aún de países limítrofes que recurren a él por la excelencia de sus prestaciones.

Ideologías encontradas

Desde que apareció en escena Juan D. Perón al frente del Ministerio de Trabajo y Previsión se ocupó de ganarse la simpatía de todos los sectores, incluyendo a los médicos: durante junio de 1944 recibió a la Confederación Médica de la República Argentina (Comra) y a otros gremios médicos, entre los que se contaba la Asociación de Médicos Municipales (AMM). Luego de aquella reunión, los miembros de su Comité Ejecutivo elogiaron entusiastamente la actitud asumida por Perón y lo calificaron como “conocedor del problema médico”, destacando que había demostrado un vivo interés por sus reivindicaciones y la intención del gobierno de resolverlas.

A partir de esta época y como un atisbo de lo que sería en futuro una cadena de relaciones entre el Estado y los gremios, se dio un fenómeno infrecuente: muchos intervinieron en política, cosa que hasta el momento no se había dado masivamente y hubo médicos que estuvieron en desacuerdo. Por otro lado, se dio una situación paradójica: por un lado, los médicos pedían que el Estado no se inmiscuyera en los asuntos técnicos y por otro, solicitaban la regulación del Estado en la práctica y que dictara políticas de salud.

En 1945 gran parte del sector médico participó en la “Marcha de la Constitución y de la Libertad” a través de la Asociación de Médicos Democráticos, fundada en octubre de ese año por la situación política que se vivía. Sus propósitos eran “luchar por la normalización institucional y adherirse a las organizaciones democráticas que se propongan el retorno del régimen legal y participar de las tareas que se establezcan conjuntamente”¹¹. En la Comisión Directiva figuraban nombres de médicos de gran prestigio en aquella época, como Nicolás Romano, Bernardo Houssay, Egidio Mazzei, Florencio Escardó e Ido Celeri, primer presidente y fundador de la AMM, entre otros.

Como ejemplo del sentir de los médicos municipales, en mayo de 1946, *Mundo Hospitalario* publicó un artículo titulado “Frente a la normalización institucional”, en relación con la opinión que tenía la AMM sobre Perón, que estaba a pocos días de asumir. Si bien destacaba la importancia de la normalización constitucional del país, señalaba que ese gobierno no había sido apoyado por la mayoría del “gremio

¹¹ Revista *Mundo Hospitalario*. Órgano oficial de difusión de la Asociación de Médicos Municipales de la Capital Federal. Buenos Aires, septiembre de 1945.

universitario”. Luego enumeraba todas las promesas realizadas por los futuros gobernantes, entre las que se destacaban el progreso de los “humildes”, la lucha contra la especulación, el abaratamiento de los medios de vida, etc. Los médicos esperaban que el nuevo gobierno defendiera la soberanía nacional “la libertad de prensa y de la palabra, y la libertad de culto”. Concluía manifestando que, si así se cumpliera, “este gobierno, surgido con la oposición de la mayoría universitaria del país, contará –pese a ello y a su origen- con la colaboración de todos los profesionales bien intencionados; si no se cumple la normalización institucional, no habrá bastado para que dejen de ser sus opositores los universitarios y todos los hombres libres de bien”.

La entidad a la que hacemos referencia fue un claro ejemplo de la participación de los gremios en política a la que hicimos referencia anteriormente: hasta 1948 la historia de la AMM se caracterizaba por su independencia de los poderes políticos y por una férrea defensa de los derechos de los médicos y de la salud de la población. Esta posición se vio profundamente modificada durante este período: se transformó en una institución política que apoyaba irrestrictamente todas y cada una de las decisiones emanadas del gobierno. Formó parte de la Confederación General de Profesionales (CGP), dejando de lado la genuina afiliación a Femeca y a través de ella a la Comra, que representaba legítimamente a los médicos del país. Así, cedió su injerencia gremial a la institución creada en el seno de la CGP para manejar los asuntos gremiales conforme lo dispusiera Perón: la “Asociación de Médicos de la Capital Federal”. En consecuencia, durante ese período el órgano de difusión oficial de la AMM no hacía referencia a la lucha que sostenían la Comra, Femeca y las federaciones del interior del país en defensa de los médicos. Tampoco publicó un acontecimiento que conmovió a todo el cuerpo médico de la República Argentina: el secuestro del Dr. Juan Ingalinella en la ciudad de Rosario (18 de junio de 1955) y su fallecimiento, sin haberse recuperado nunca el cadáver. Este episodio desencadenó una histórica huelga de los médicos de la que no participó la AMM.

Como consecuencia de la estrategia desplegada por Perón, hubo un fortalecimiento notable de los gremios que, entre otras actividades, comenzaron a hacerse cargo de la atención de la salud de sus afiliados, lo que se generalizó en la década del '70. Podemos decir que en el período que acabamos de analizar, los médicos vieron aún más disminuida su capacidad de mantener la modalidad del trabajo privado.

1955-1966

Proscripción del peronismo. Intentos de descentralización de la salud.

Anulación de concursos. La “Huelga grande”

• El gobierno de la Revolución Libertadora

Durante la gestión del Gral. Lonardi se produjo una agudización de la crisis que se padecía desde 1930, pasándose de oposiciones políticas a enfrentamientos. El país se hallaba dividido en dos bandos. Lonardi fue reemplazado por el Gral. Aramburu, quien postulaba una línea de profunda ruptura con el peronismo. Se produjo la intervención de la CGT, se suspendió la ley de Asociaciones Profesionales, se diluyó el Partido Peronista y se inhabilitó a los que habían ocupado cargos políticos desde 1946. Además se prohibió cualquier propaganda a su favor de Perón, e incluso nombrarlo.

La proscripción del peronismo fue creando un clima conspirativo, con huelgas y sabotajes. El peronismo pretendía una salida constitucional e intentó una alianza con el Partido Radical, dando como fruto la división del mismo en Unión Cívica Radical del Pueblo (UCRP), liderada por Ricardo Balbín, y la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), liderada por Arturo Frondizi, cuyo plan era conquistar los sectores peronistas proscriptos.

Los sectores antiperonistas gobernantes iniciaron un desgaste y la figura de Perón –exiliado en España- comenzó a adquirir dimensiones míticas; crecía en los sectores populares el anhelo del regreso de Perón.

Desde el punto de vista económico, el país era conducido por un equipo de liberales como Raúl Prebisch, Krieger Vasena y Cueto Rúa. Se logró aumentar la producción de petróleo en un 16% y poner en marcha la industria automotor. Se creó el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (Inta), con gran proyección en el desarrollo de la producción agraria.

En el campo sindical, el peronismo recuperaba lentamente sus bases aunque la CGT estaba dividida en las “62 Organizaciones” y las “32 Organizaciones”.

Para el gobierno y los sectores políticos que lo apoyaron, la proscripción del peronismo planteaba un problema para el futuro. A la Revolución Libertadora sólo le quedaba administrar la transición hacia un gobierno constitucional. Por fin, en febrero de 1958 se realizaron elecciones generales, donde Frondizi reunió el 46% de los votos (incluyendo los votos del peronismo proscripto).

Presidencias de Frondizi-Guido-Illia

Arturo Frondizi se había convertido en una alternativa para los sectores más progresistas y de izquierda. Al iniciar su gestión restituyó la ley de Asociaciones Profesionales y propuso llegar al autoabastecimiento petrolero a base de contratos con compañías petroleras extranjeras, creando una profunda disputa y disenso por haber contrariado las premisas preelectorales. Lo acusaron de “entreguista”.

En el campo económico se imponía la tesis del “desarrollismo” que proponía llegar al desarrollo nacional a través de la sustitución de importaciones, centrando la atención en la satisfacción del mercado interno. El eje seguía siendo la industria pero se impulsó una sustitución de bienes intermedios y de consumo perdurable, esto último limitado a un reducido estrato social de altos ingresos. Disminuyó el empleo obrero y aumentó el de clase media, que representaba el 45% del total. Se observó una disminución de la expectativa de vida al nacer y deterioro de la situación habitacional. Una de las ideas utópicas del modelo desarrollista era que la ciencia debía convertirse en motor de la economía y se debatía sobre si debía ser ciencia básica o tecnología aplicada; se crearon nuevos laboratorios de investigación y los profesionales se especializaban en el extranjero. Bernardo Houssay fue nombrado presidente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y se inició una etapa de oro de la ciencia argentina. Se fundaron las carreras de Psicología y de Sociología.

La situación política se fue complicando. Perón, desde el exilio, presionaba para más concesiones, hubo huelgas de los petroleros y los frigoríficos, y se produjo la ruptura del pacto Perón-Frondizi.

En las elecciones de marzo de 1962 el neoperonismo triunfó en varios distritos causando tensión y preocupación en las Fuerzas Armadas hasta que, finalmente, decidieron deponer a Frondizi y ubicar en su lugar a su vicepresidente, José María Guido. Su presidencia se caracterizó por un *interregno* al compás de pugnas militares entre “azules”, que proponían legalidad y profesionalismo en las Fuerzas Armadas (llamativamente liderados por el Gral. Onganía) y “colorados”, produciéndose violencia armada ante una ciudadanía que se mantenía expectante.

En 1963 se realizan nuevamente elecciones generales y ganó la fórmula Illia-Perette, de la UCRP. Su gobierno tuvo la dificultad de gobernar sólo con el partido y no lograr líneas de comunicación con el resto de la sociedad.

En lo económico, se destacaron las leyes sobre radicación de capitales extranjeros y de promoción industrial. Se establecieron regímenes especiales para aquellas

industrias clave que incluían la siderúrgica, la petroquímica, la celulosa, la automotriz, y por supuesto, la del petróleo.

Una de las características de la sociedad de esa etapa fueron las migraciones internas del campo a la ciudad. Provincias pobres del nordeste alimentaron ese éxodo poblacional que se ubicó en las grandes urbes, especialmente en la Capital y la provincia de Buenos Aires. Allí el empleo industrial había decaído y crecía la industria de la construcción, que ocupaba esta mano de obra migrante que incluía también a la de países limítrofes. Se fue creando una nueva marginalidad, la de las “villas miseria”. Los sectores sociales desprotegidos aumentaban el malestar social no atendido por un Estado benefactor en retirada.

En el campo sindical tuvo dificultades, dado que se iniciaba una lucha sin cuartel entre el peronismo ortodoxo y el neoperonismo de Vandor. En 1965 hubo elecciones legislativas sin restricciones, dando el triunfo a la peronista Unión Popular. Mientras tanto, se fueron gestando coincidencias corporativas entre gremialistas y militares, quienes se oponían a la vuelta del peronismo. En junio de 1966 un nuevo golpe militar depuso a Illia, quebrándose nuevamente el régimen democrático.

Intentos de descentralización de la salud

A las autoridades la Revolución Libertadora –primero Dr. Argibay Molina y luego el Dr. Francisco Martínez- les resultó difícil manejar la hipertrofia burocrática: la frondosa estructura y el número de establecimientos, de camas y de empleados eran poco claros. Hicieron evidente su propósito de descentralizar “para afianzar el federalismo”, como sostenía el gobierno militar¹². Con miras a ese objetivo, en 1957 (Dto. 1.375 y disposiciones complementarias) se inició la transferencia de hospitales nacionales al ámbito de las provincias donde se encontrasen ubicados. Desde el principio se presentaron problemas por la falta de recursos de las jurisdicciones para hacer frente al mantenimiento de los mismos.

Durante este período se observó una declinación del sistema público y el hospital se limitaba, casi exclusivamente, a la atención de indigentes. En tanto, las obras sociales continuaron expandiéndose durante esa década y la siguiente, con las mismas condiciones de fragmentación y desigualdad que hasta entonces, y apareció la modalidad de contratación de servicios con el sector privado, la llamada “tercerización”.

¹² Veronelli, J.C y Veronelli Correch. Op. cit.

Entre 1956 y 1959 se dan a conocer diferentes informes de consultores de importantes organismos internacionales, donde se evidenciaba la desorganización del sistema de salud argentino y la necesidad de rearmarlo para sacar adelante la salud pública en la Argentina. En esos informes, un punto recurrente era la necesidad de formación de los profesionales y del personal técnico y administrativo, como aspecto fundamental para el trabajo de los servicios, sobre todo los públicos. Se introdujo por entonces, en el ámbito de salud, el concepto del “desarrollo de la comunidad”, sostenido por la Alianza para el Progreso y organismos internacionales -como la CEPAL y Naciones Unidas- como una panacea. Por este proceso, los esfuerzos de la comunidad se sumaban a los de su gobierno, para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, pasando el Estado a ser elemento de apoyo, de complementación y auxilio. Era la sociedad la que debía atender su propio perfeccionamiento y procurar alcanzar sus fines. De ahí en adelante, hubo numerosos intentos de incorporar la idea a través de los denominados “consejos de comunidad”.

La seguridad social continuó con la creación de los servicios para los empleados de diversas dependencias estatales, llamadas “mutualidades oficiales”, que luego comenzaron a ser reconocidas como obras sociales. Esta tendencia sanitaria tenía una amplia repercusión sobre la modalidad del trabajo médico, ya que los honorarios eran considerados insatisfactorios y se percibían bajo la forma de salario, aún cuando los médicos se desempeñaban en sus propios consultorios; al mismo tiempo, estas instituciones eran reconocidas como posibles lugares de trabajo dentro en un mercado que no había podido generar mecanismos de aproximación entre la oferta y la demanda de atención médica.

Un acontecimiento puntual que marcó un cambio en la perspectiva gremial con respecto al trabajo médico en las obras sociales fue la creación del Instituto de Obra Médico Asistencial (Ioma) en la provincia de Buenos Aires, en febrero de 1957. Su creador, el Dr. Sergio Provenzano, era a la vez dirigente gremial y funcionario público, dato no casual en la historia de la institución precursora en su género en el país¹³. Provenzano admitió haber tomado los principios sostenidos por la Comra para la organización del instituto, que evidenciaban su lado gremial, pues defendía las libertades de los médicos dentro del sistema: libertad de elegir los pacientes –excepto en casos de urgencia o por razones humanitarias-, en cuanto a la no intervención de 3º en la

¹³ Belmartino, 2º tomo

relación medico-paciente, en el control del ejercicio exclusivamente por médicos, en la elección especialidad y lugar de ejercicio sin restricciones, en la elección de tratamiento o medicación, y el derecho a la remuneración asegurada, independientemente de la situación financiera de la organización aseguradora, entre otras.

A nivel de los profesionales, surgió la lógica privada de regulación de la práctica médica, apareciendo como conceptos opuestos lo “privado-corporativo” y lo “público-estatal”. El pago por prestaciones, los bajos costos de administración y el número importante de beneficiarios generaron expectativas en la contratación de prestaciones en los términos impuestos por los gremios. Estos negociaron contratos y se convirtieron en “dadores de trabajo”. Al principio los contratados por las entidades gremiales fueron todos los médicos afiliados a los gremios; luego participaron los socios o no socios, inscribiéndose en un listado especial, que llevaba implícita la aceptación de las condiciones de trabajo impulsadas por las organizaciones. Se armaron “bolsas de trabajo” y sistemas arancelarios para prácticas médicas.

La gestión de Noblía

Apenas retornó la democracia en 1958 con la elección de Frondizi, éste designó como ministro de Asistencia Social y Salud Pública al Dr. Héctor Noblía. Cuando asumió manifestó que crearía un sistema para que los médicos encontraran estímulo para ir a ejercer la profesión al interior de la república, dándoles todo tipo de incentivos y proveyendo las condiciones necesarias. Además, se facilitarían los medios para que los médicos que lo desearan pudieran trabajar a tiempo completo.

Noblía sostenía que era imposible que se llevara a cabo la transferencia de hospitales –que se había iniciado años atrás- porque había muchas provincias empobrecidas que ni contaban con los medios para mantenerlos. En consecuencia, la ley 14.475/58 dispuso el reintegro a la Nación de los servicios transferidos y a partir de 1961 se reinició el proceso de transferencias, con el estudio de las condiciones para realizarlas en forma coherente.

Un punto importante de su gestión, que modificó sustancialmente las características de la formación médica, fue una resolución emitida por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (Nº 1.778/60), por la cual se creó el sistema de residencia médicas hospitalarias, como una instancia más de formación laboral y perfeccionamiento científico. Si bien desde antes ya se usaba la modalidad de las residencias, se formalizaron a partir de ese momento.

Noblía renunció a principios de marzo de 1962 y lo sucedió, por un corto período, el Dr. Tiburcio Padilla. Durante su gestión se luchó contra el paludismo, la lepra, la tuberculosis que habían tenido brotes importantes en el país y se propuso reducir la mortalidad infantil. Se disolvió la Escuela de Salud Pública del Ministerio y el curso de Formación en Salud Pública se integró en la Escuela de Salud Pública de la UBA. Se transfirió el hospital de Niños Pedro de Elizalde a la Municipalidad de Buenos Aires, cuya Secretaría de Salud estaba a cargo del Dr. Alberto Mondet. Padilla falleció sorpresivamente en 1963 y en julio quedó a cargo el subsecretario Horacio Rodríguez Castells.

Anulación de concursos. La “Huelga grande”

A nivel médico-gremial, la unidad se fortaleció en el período postperonista y las diferentes entidades aumentaron considerablemente sus asociados. Desde todas ellas se reclamó la reincorporación inmediata de la totalidad de los médicos cesanteados sin sumario previo durante el gobierno peronista y la municipalidad argumentó que deseaba ver cada caso en particular. La gestión recién finalizó en octubre de 1958, cuando se reincorporó a los últimos 12 médicos, que continuaban cesantes por ser considerados comunistas.

Poco después de la caída de Perón, se derogó la ley de Asociaciones Profesionales que perjudicaba, como ya mencionáramos, al resto de las entidades representativas de los profesionales, poniendo en serio peligro el “ejercicio libre de la profesión”. Esta ley otorgaba a las entidades que adquirían la personería profesional, la facultad del manejo de la matrícula y la capacidad para imponer sanciones a los profesionales -sin apelación en el caso de suspensiones de menos de treinta días-, pudiendo privarlos del derecho de trabajo en los consultorios privados por causas éticas, políticas, etc. En el caso de los médicos de la Capital Federal, esta institución fue la “Asociación de Médicos de la Capital Federal” (filial de la CGP).

- **Anulación de concursos:** en febrero de 1956, un informe de la comisión creada por el Ministerio de Salud Pública para el estudio de las bases y condiciones de los concursos preconizaba la anulación de todos los concursos posteriores al 4 de junio de 1946 y la revisión por impugnación fundada de los realizados desde el 4 de junio de 1943 hasta 1955. Esto fue motivo de arduas luchas gremiales ya que las instituciones, si bien estaban de acuerdo en que había habido irregularidades en los concursos durante el gobierno de Perón, sostenían que no se podía generalizar y solicitaban que se revisara

cada caso en particular. A pesar de la oposición gremial, esta medida se concretó a través del decreto 3.844/56, que anulaba los concursos realizados entre 1946 y 1955. Posteriormente, se modificó y la anulación alcanzó a los realizados entre 1952 y 1955. Casi simultáneamente, se determinó la anulación de las promociones automáticas producidas en el mismo período porque sostenían que también habían sido irregulares; los médicos rechazaron la medida enérgicamente y se logró revertirla.

- **La “Huelga grande”**: las conflictivas relaciones de los médicos con las mutuales y con las obras sociales fueron uno de los motivos de la huelga médica más importante de la historia, conocida como “la huelga grande”, que se llevó a cabo entre julio y septiembre de 1958. El detonante del conflicto fue la cesantía del Dr. Carlos de Dios como director de la mutualidad de la Unión Tranviarios Automotor (UTA). De Dios había sido propuesto por la Asociación Médica y nombrado durante la intervención del gremio. Al asumir Frondizi y cesar la intervención, fue reemplazado por su predecesor, el Dr. Croquet, nombrado por la gremial.

La medida de fuerza comenzó en forma progresiva. Primero se efectivizó en la mutualidad y luego, ante la intimación no acatada de la UTA para que reanudaran las actividades, se cesanteó a 70 médicos más.

Muchos gremios médicos de la Capital Federal decidieron -en diferentes asambleas y reuniones- realizar un paro el 2 de julio, pues consideraban el hecho como una afrenta al gremio médico en general. A raíz de gestiones aisladas de médicos, intervino el presidente Frondizi, por lo que momentáneamente se suspendió la medida; Frondizi designó al Dr. Emilio Colombo como mediador entre los médicos y la UTA, quien no logró un acuerdo y la medida continuó. Después de muchas tentativas de solución, reuniones e intermediaciones, no se llegó a resultados concretos y en una reunión realizada en el aula magna de la Facultad de Medicina de la UBA, la Comra decidió la ampliación de la huelga a todo el país a partir del 1° de agosto.

Poco a poco se fue logrando la adhesión de todos los sectores, incluidos el privado y el académico. Finalmente y luego de numerosas gestiones y actos realizados por los médicos, el 12 de septiembre, la UTA accedió a reincorporar a los cesantes, solucionándose el conflicto gracias a la intervención de las “62 Organizaciones”.

Muchos médicos sostuvieron que se trataba de un conflicto político más que gremial y en el interior, en cierto momento, las entidades interpretaron que la huelga se había politizado y decidieron levantar la medida. La opinión general fue que la política

no debía dirigir la vida de los gremios y que los nombramientos debían basarse en las aptitudes profesionales y no en las filiaciones políticas.

Para algunos autores, la huelga médica fue parte de la oposición social al peronismo, basada fundamentalmente en la amenaza que significaba el acuerdo Perón-Frondizi como un eventual fortalecimiento de ese partido.

Después de la huelga, el gremialismo médico perdió fuerza como actor en la elaboración de políticas de salud y se limitó a la defensa del médico y a algunas otras cuestiones sociales; esto provocó fracturas en su interior. Como resultado positivo de la huelga, se logró la ley de estabilidad, que no podrían ser separados de sus cargos sin sumario previo; y la ley 14.778/58 que resolvió el problema de las incompatibilidades, quedando como única incompatibilidad aceptada la horaria.

La gestión de Oñativia

En octubre de 1963 fue nombrado ministro de Salud Pública el Dr. Arturo Oñativia y como subsecretario al Dr. Bernabé Cantlon. La problemática del “bienestar”¹⁴ tuvo en Oñativia un exponente interesante, ya que propuso integrar la salud pública a los planes de desarrollo, integrando las acciones de salud con cuestiones como el saneamiento ambiental, educación, vivienda, la ocupación plena y los salarios justos. Esta gestión trabajó con la finalidad de asegurar una correcta solución a la crisis médica nacional, tanto pública como privada y de elaborar un seguro de enfermedad o con un carácter aún más amplio- de salud, resuelto en un régimen de seguridad social, con la finalidad de cumplir con el art. 14 de la Constitución Nacional: “el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable”.

Apenas asumió Oñativia en un discurso donde manifestó los puntos a enfrentar en su gestión dijo estar ante “un organismo de salud pública nacional deformado y desvirtuado en sus finalidades primordiales. Una administración desquiciada que enerva y paraliza la política sanitaria originando una burocracia parásita que ha reemplazado a su organización técnica”¹⁵.

Leyes de medicamentos: al asumir el gobierno, y luego de analizar los distintos caminos a seguir, Illia consideró oportuno formar una comisión presidida por un profesor de Farmacología de la Universidad de Buenos Aires, con el fin de estudiar la

¹⁴ Belmartino (Alicia-Tomo 2)

¹⁵ Fragmento de un discurso de Oñativia citado en Veronelli, J.C y Veronelli Correch. Op. cit pág. 600-1.

calidad de los medicamentos, y otra comisión experta en costos, para evaluar sus precios. Luego de analizar unas 30.000 muestras, se llegó a la conclusión de que varias fórmulas no contenían ni los ingredientes ni las drogas que mencionaban los prospectos que habían servido de base para obtener la autorización de venta por el ministerio de Salud. los remedios se vendían con un margen de ganancia superior al 1.000%.

Inmediatamente se envió un proyecto de ley al Congreso estableciendo que, mientras se continuara con el estudio, se congelaría el precio de los medicamentos. Finalmente se sancionó la ley 16.462/64, que estableció la política de precios y de control de medicamentos, congelando los precios a los vigentes a fines de 1963; fijó límites para los gastos de propaganda y para los pagos al exterior en concepto de regalías y de compra de insumos; y exigió que las empresas presentaran un análisis de costos y formalizaran todos los contratos de regalías existentes. También se sancionó la ley 16.463/64, de normas sobre Contralor Técnico y Económica de los Medicamentos, Drogas y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana. Si se tiene en cuenta que los medicamentos insumen cerca del 50% del costo total de salud de la población, y que el 95% de ese costo está determinado por el valor de insumos, drogas y tecnología de la industria internacional de los medicamentos, entonces se comprende de qué manera esta ley tocó intereses económicos de espectacular magnitud. Algunos historiadores consideran que estas leyes fueron uno de los ingredientes que llevó al golpe de Estado que derrocó a Illia en 1966.

1966-1973

La Revolución Argentina.

Ley 18.610: afiliación obligatoria a las obras sociales

En junio de 1966, la Junta Revolucionaria postulaba la transformación nacional y la modernización como objetivos. Su presidente, el Gral. Juan Carlos Onganía, basaba sus metas en el mantenimiento de los valores de una tradición occidental y cristiana, y el movimiento se llamó “Revolución Argentina”.

Este golpe tuvo un amplio consenso, especialmente en los grandes sectores empresarios, en la mayoría de los partidos políticos con excepción de radicales, socialistas y comunista, el sostén de las Fuerzas Armadas y el apoyo de numerosos dirigentes sindicales. Los colaboradores del presidente Onganía pueden ser definidos como neoliberales en economía y antiliberales o no democráticos en política. Esto último produjo creciente malestar y oposición en el ambiente cultural: fue respondido con la llamada “Noche de los bastones largos”, durante la cual se produjo una represión sin precedentes en la Universidad de Buenos Aires (UBA).

En 1969 se produjo el llamado “cordobazo” donde se utilizó la violencia represiva; un poco más tarde se produjo el asesinato del dirigente sindical Augusto Vandor, y secuestro y posterior asesinato del Gral. Eugenio Aramburu. Todo esto llevó a un clima de creciente inestabilidad del régimen, que culminó con la renuncia de Onganía y su reemplazo por el Gral. Roberto Marcelo Levingston.

Hicieron su aparición pública los grupos de Montoneros y de las FAR (Fuerzas Armadas Revolucionarias). Se iniciaron acercamientos de sectores políticos, particularmente de radicales y peronistas, que conformaron la llamada “Hora del pueblo”.

En 1971 tomó el mando presidencial el Gral. Alejandro Agustín Lanusse: con él se fue perfilando la necesidad de una transición hacia una etapa democrática y el acceso a elecciones libres. Mientras tanto, la actividad terrorista guerrillera no había cesado y entró en acción el Ejército Republicano del Pueblo (ERP). En este clima se llegó a las elecciones que prohibieron el regreso de Perón; resultó ganador el Frente Justicialista de Liberación con la fórmula Cámpora-Solano Lima, pero por debajo circulaba el lema: “Cámpora al gobierno, Perón al poder”.

La organización sanitaria y los intereses sindicales

Se hizo cargo del Ministerio de Salud el Dr. Ezequiel Holmberg y como secretario el Dr. Alberto Mondet. Durante la gestión se pusieron en marcha una serie de leyes sancionadas para una estrategia reguladora del Estado. Holmberg y Mondet retomaron el proyecto de Oñativia sobre servicios de atención médica que contaba con media sanción del Senado, logrando la sanción de la ley 17.102/66 (que facultaba al Poder Ejecutivo Nacional a reformar el Régimen de los Organismos Asistenciales o Sanitarios). Esta ley suscitó la oposición de la corporación médica y de las organizaciones de clínicas y sanatorios, ya que la obligatoriedad de la contratación al Estado de las prestaciones requeridas por las obras sociales reduciría los ingresos de los prestadores privados. Por otro lado, el cuerpo médico se oponía al cobro de aranceles hospitalarios, que había sido puesto en práctica sin un análisis de la situación socioeconómica de la población que se iba a servir. La conciencia social de los médicos los impulsaba a proteger a la población de menores recursos.

El 24 de enero de 1967 se sancionó la ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares que, con numerosas modificaciones, es la vigente en la actualidad.

Ese mismo año, un informe de la Comisión Coordinadora de Obras Sociales Sindicales arrojó el resultado de que sobre 1.124 entidades sindicales existentes en el país, 400 poseían obras sociales, tanto de industrias manufactureras como de servicios públicos y privados, transporte, actividades rurales y otras. Más del 80% de éstas prestaban servicios médicos, los que les insumían a su vez, cerca del 80% de las erogaciones. Los mayores aranceles los tenían Buenos Aires y Santa Fe. Sobre esa información se creó -dentro del Ministerio de Bienestar Social- la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales (ley 17.230/67), presidida por Mondet, cuya función sería determinar el rol de las obras sociales estatales y paraestatales dentro del ámbito del "Plan de Desarrollo". Esta ley tenía jurisdicción sobre todos los organismos en la administración central, empresas del Estado y entes autárquicos descentralizados y paraestatales.

Para la Comra, la aparición de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales fue consecuencia de la intención del Estado de tomar intervención directa en los convenios. Como sostuvo el Dr. Monzo, su presidente, en abril de 1968, el trabajo con las obras sociales y mutualidades había adquirido un volumen considerable y las

entidades financiadoras intentaban contrarrestar la hegemonía adquirida por el gremio médico en la formulación de sus contratos. En una entrevista mantenida entre directivos de la Comra e integrantes de la comisión, se sugirió a la Comra la presentación de un anteproyecto de convenio tipo, arancel y nomenclatura, para su estudio conjunto. Si bien se pensaba que podía ser la solución del problema, la sola intervención del Estado era considerada a nivel del gremio como probablemente perjudicial. Con posterioridad, un Consejo de la Comra reunido en Catamarca, emitió una resolución aprobada por unanimidad donde los médicos, al convenir aranceles para obras sociales y mutualidades por debajo de sus honorarios privados, sacrificaban parte de sus ingresos para posibilitar a los sectores de menor capacidad económica el acceso a los medios de diagnóstico y terapéuticos en un nivel de igualdad con los sectores más pudientes. Además, dejó sentado que los convenios suscriptos para la prestación de servicios médicos a los afiliados de las entidades eran de carácter optativo y no configuraban una relación de dependencia de los profesionales con respecto a las obras sociales y mutualidades, defendiendo la modalidad de trabajo independiente. “Los médicos consideran irrenunciable sus derechos a fijar sus honorarios privados, como son 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 dificulte el diálogo entre las partes”¹⁶.

Sin embargo, las diferencias dentro de la Comra no eran solamente de origen ideológico o por desacuerdos en el balance ideal entre el trabajo autónomo y la remuneración por salario, sino también por diferencias sensibles en cada provincia. Como consecuencia, la defensa del hospital público y del trabajo asalariado en las obras sociales disminuyó el interés por conformar una modalidad de trabajo basada en la libre elección y el pago por acto médico. Por otra parte, la fuerte dependencia de los médicos de las obras sociales y mutualidades, necesaria para mantener un determinado nivel de actividad en los consultorios, desalentó la toma de medidas de lucha basadas en el corte de servicios o las denuncias de los contratos.

Finalmente y luego de varios intentos, con leyes que no llegaban a reglamentarse y posiciones encontradas, se sancionó la ley 18.483/69 que estableció nomencladores y fijó aranceles para cubrir en forma temporal la falta de una legislación. Además le dio al Poder Ejecutivo la facultad de revisar y actualizar todos los años los nomencladores y

¹⁶ Belmartino, S. y otros. Tomo 2. Op. cit. pág. 127-133.

aranceles, establecer la auditoría compartida de los servicios, el sistema de fiscalización de las prestaciones, las normas de trabajo a las que se deberían ajustar los convenios, el arbitraje obligatorio y el régimen de sanciones establecidas para las entidades y sus adherentes. También disponía la creación de un organismo consultivo, con participación paritaria de los sectores profesionales interesados, para la revisión de nomencladores y honorarios, elaboración de convenios tipo y actuación en caso de conflicto.

La relación entre la Comra y la Secretaría sufrió sucesivos vaivenes y llevó a un paro nacional de actividades médicas el 23 de enero de 1970. La adhesión de los hospitales fue total, revelando claramente el rechazo a la política médico-sanitaria que aplicaban las autoridades. Se mostró el repudio de los médicos hacia una política de salud caracterizada por la autosuficiencia de los funcionarios y sus asesores que se negaban a dialogar con las entidades gremiales. Luego se realizó otro paro nacional el 19 de marzo, con el objetivo de lograr una “efectiva y eficiente prestación médica y poder alcanzar un real elevamiento del nivel sanitario de los hospitales, sin que para ello sea necesario afectar aún más la economía de la población”¹⁷. Esto evidencia que los médicos no estaban motivados por un mezquino propósito de defender sus intereses personales, sino que deseaban alcanzar un digno y legítimo nivel social y económico acorde a su propia jerarquía universitaria.

El 23 de febrero de 1970 se produjo un hecho que marcó un hito en la historia de la seguridad social en el país y, por ende, en la modalidad del trabajo médico: el ministro de Bienestar Social, Carlos A. Concigli, y el secretario de Estado de Promoción y Asistencia de la Comunidad, Santiago M. de Estrada, elevaron al Poder Ejecutivo lo que luego se sancionó como ley 18.610, de regulación de las Obras Sociales Sindicales y la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (Inos), que sería el encargado de la coordinación, planificación y control de la inversión de los recursos y del funcionamiento técnico-administrativo. La ley encomendó a las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial el otorgamiento de prestaciones asistenciales mínimas a todos aquellos que se desempeñaran en relación de dependencia en la respectiva actividad y a su grupo familiar primario. Estas prestaciones serían en forma directa a través de servicios asistenciales propios o mediante convenios, con los recursos provenientes de: 2% de la remuneración como contribución a cargo del empleador, 1% como aporte del trabajador sin familiares a

¹⁷ Belmartino, S. y otros. Tomo 2. Op. cit.

cargo, y 2% en el caso de existencia de un grupo familiar primario. A la vez, y por primera vez en la historia de nuestro país, esta ley generalizó la obligación de que todo trabajador en relación de dependencia aportara a una obra social.

Más adelante se sancionó la ley 19.337/71 de descentralización administrativa de los hospitales dependientes del Ministerio, que los autorizaba a establecer convenios con las obras sociales. El gremio médico apoyó la idea, pero se opuso a la forma de materializarla.

En 1973, antes de terminar la Revolución Argentina, ya con Alejandro Lanusse en el poder, el ministro de Bienestar Social, Francisco Manrique, desarrolló la idea de una obra social para jubilados y pensionados. Según los análisis políticos, su objetivo era la construcción de un partido político capaz de disputarle la supremacía al Justicialismo, y pensaba conseguir afiliados a través de esta iniciativa. Así, el gobierno sancionó la ley 19.032/73 que creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que sería financiado por sus afiliados, más una proporción de los aportantes activos y otro estatal. Éste, a través Programa de Asistencia Médica Integral (Pami) se haría cargo de los jubilados y pensionados, cuyas necesidades de atención médica eran muy superiores. Posteriormente, Manrique logró que el Partido Federal se convirtiese en la tercera fuerza política nacional gracias al apoyo de los beneficiarios de sus políticas asistenciales, resultando la más duradera el Pami.

Mucho se dijo acerca de este proceso por el que la dirigencia sindical se hizo depositaria de los fondos de las obras sociales. El Estado consideraba que podría mantener un efectivo control; no obstante, esto no fue así y los dirigentes sindicales sumaron a su poder político el poder económico: la población cubierta por las obras sociales, que en 1970 era del 30%, subió al 80% hacia 1976 y en 1985 canalizaban 2.500 millones de dólares anuales para cubrir a cerca de 20 millones de personas. Cualquier intento de cambiar la administración de las obras sociales hubiera sido ponerse en contra de la dirigencia sindical. En una palabra, la gestión de la Revolución Argentina significó la entrega financiera del sistema a los sindicalistas.

En este contexto, el sector privado se expandió enormemente en forma de sistemas prepagos, clínicas, sanatorios, laboratorios y la tercerización de servicios en las obras sociales. Por otro lado, se continuó con el traspaso de hospitales del ámbito nacional al municipal o provincial, sin el traslado de recursos financieros.

Ámbito municipal

Durante este período se dieron varios hechos que provocaron la queja de los gremios médicos, como el uso discrecional del recurso humano con el incumplimiento de las normas vigentes por parte de los gobiernos de facto, la clausura de salas hospitalarias, el cierre de hospitales y las modificaciones en el funcionamiento general del sistema. Por ejemplo, el cierre del hospital Alvear produjo la pérdida de 700 camas; el hospital Bosch fue desactivado y en ese predio se instaló el hospital de Quemados; el traspaso de un servicio integral de pediatría del hospital de Niños a la Maternidad Sardá.

Otro punto fundamental era la inexistencia de un verdadero sistema de previsión social para los médicos, que carecían de servicios asistenciales, a diferencia de la mayoría de los otros sectores de la comunidad. El Comité Ejecutivo de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), que nucleaba y nuclea a la mayoría de los médicos que prestan servicio en el ámbito municipal, propuso que los médicos aportaran el 1% mensual de su sueldo básico para reunir un monto que permitiera convenir, por medio de una compañía de seguros, un sistema de prestaciones a través de contrataciones con distintos sanatorios. Para evitar un recorte de los salarios de los afiliados, se solicitaba que del 2% mensual que la Municipalidad retenía a los médicos para el Instituto Municipal de Obra Social Interna (Imosi – actual ObSBA), se destinara un 1% al sistema para prestaciones para los médicos.

La implementación, en julio de 1968, de la calificación del personal municipal también provocó el malestar de los médicos. Los rubros de la misma inducían a efectuar una valoración subjetiva del individuo y, en muchos casos, ajena a la función específica para la que había sido nombrado. Sostenían que la calificación por concepto de los profesionales debía referirse específicamente a la capacidad en la actividad médica.

Una constante preocupación de los médicos era la situación de los servicios hospitalarios. En un editorial de *Mundo Hospitalario*¹⁸, bajo el título “Intranquilidad y preocupación”, el presidente de la AMM, Dr. Pedro Landa, planteaba la gravedad de la situación por la que atravesaban los médicos y los hospitales municipales ese año. Señalaba que el gobierno, llamativamente, guardaba silencio sobre reformas de estructuras y redistribución de médicos y supresión de servicios, que luego eran puestas en vigencia de forma sorpresiva, sin permitir la opinión de quienes tenían un consabido conocimiento sobre el tema: “lo real es que casi nunca se sabe lo que va a suceder;

¹⁸ *Mundo Hospitalario*. Órgano de difusión de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA. Buenos Aires, julio/agosto de 1969.

cuando se dispone la medida es para consagrar un nuevo hecho consumado”. Landa destacaba la incoherencia de las políticas del gobierno municipal, entre las cuales se encontraba el cierre sorprendente y contradictorio de la Casa Central de la Asistencia Pública.

A partir de la década del '70 se instauró el concepto de “administración hospitalaria” dentro del marco de la “administración de servicios de salud”, que también influyó en la modificación de las características del trabajo hospitalario. Entre otros puntos, permitió que se generalizara la implementación de índices de evaluación del rendimiento de los profesionales y del hospital. Un ejemplo son los registros de consultas externas aunque, si bien terminó con la inexactitud del número de consultas médicas, debemos admitir que sigue existiendo un subregistro. En el área de internación se generalizaron índices que evaluaban el rendimiento de los servicios: ocupación de las camas, giro-cama, número de ingresos y egresos -para esto se crearon las oficinas de admisión y egreso de pacientes- pase, promedio de estadía, entre otras.

Por otro lado, la creación del Pami –que ya mencionamos precedentemente- produjo un brusco cambio en la modalidad de trabajo médico: todos aquellos que ingresaran a trabajar como prestadores cobrarían “por cápita”, lo que significaba que el acto médico dejaba de ser el indicador del arancel. Este tipo de remuneración trajo una enérgica oposición por parte de los gremios médicos, entre ellos la AMM, que dispuso mediante asambleas sancionar a los médicos que se inscribieran como prestadores del Pami. A los pocos días se publicó en los diarios de la Capital Federal una larga lista de aquellos profesionales que se habían inscripto para ser prestadores, sin embargo, la posición de los gremios médicos no tuvo resultados positivos, quedando prácticamente sin efecto las sanciones decididas.

Podemos considerar este momento como un punto de inflexión en cuanto al trabajo médico, con el afianzamiento de las obras sociales como reguladoras del acto médico. A partir de allí, lo importante dejó de ser la calidad del acto médico y pasó a serlo la cantidad de las prestaciones que lograra el profesional, incluyendo la nueva modalidad del trabajo por cápita.

1973-1976

El regreso del peronismo.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (Snis)

En 1973 volvió al país Juan Domingo Perón y Cámpora fue obligado a renunciar. Lo reemplazó Raúl Lastiri, quien llamó a elecciones generales. El Partido Justicialista proclamó la fórmula Juan Domingo Perón-María E Martínez de Perón, que obtuvo el 61,85% de los votos. La política económica de los primeros momentos del gobierno estuvo signada por un pacto social, conducido por el Estado, con un tono ligeramente distribucionista y nacionalista y fuertemente intervencionista, respaldado por la CGT y la Confederación General Económica (CGE).

La violencia de la llamada “guerra interna” era liderada por Montoneros, donde confluían sectores de la izquierda peronista y nacionalistas católicos, cercanos estos últimos al fascismo, y el ERP, de inspiración trotskista.

La “Triple A”, lopezrreguista, también ejecutó acciones violentas que involucraron a variados sectores de la política, la cultura y el sindicalismo. Con la muerte de Perón el 1º de julio de 1974, esta organización cercana a Isabel Perón cobró mayor impulso. El gobierno funcionaba entre la subversión y el golpe de Estado, que finalmente se produjo el 23 de marzo de 1976.

Sistema Nacional Integrado de Salud (Snis)

Cámpora nombró como ministro de Bienestar Social a José López Rega y de Salud Pública al Dr. Domingo Liotta, quienes fueron confirmados al asumir la fórmula Perón-Perón. Durante su gestión se proyectó el Sistema Nacional Integrado de Salud (Snis) que, tras sufrir numerosas modificaciones y el apoyo y oposición de diversos sectores políticos y sindicales, fue sancionado por la ley 20.748 de 1974. Sin embargo, esta ley no llegó a implementarse y fue derogada en 1978. Desde un primer momento el proyecto contó con la oposición de algunos de los gremios médicos, entre ellos, la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM), que fijó su postura ante el Consejo Federal de la Federación Médica Gremial (Femeca). Paralelamente, envió un comunicado del mismo tenor al intendente municipal, a la Sala de Representantes (actual Legislatura), al secretario de Salud Pública y a los presidentes de las cámaras de Senadores y Diputados de la Nación. En abril de 1974, ante el inminente tratamiento del proyecto, en forma conjunta con Femeca, solicitó a los

Poderes Ejecutivo y Legislativo la participación del cuerpo médico municipal en el proyecto, difundió ante los medios masivos la posición de la AMM y resolvió la suspensión de las actividades profesionales en todos los hospitales para el jueves 4 de abril.

En una conferencia de prensa de la que participaron directivos de Comra, Femeca, Femeba, Interhospitalaria de Profesionales de Salud, de Salud Mental y AMM, se sostuvo que los profesionales no se oponían a establecer una política de salud nacional que “asegure una medicina única e igualitaria para todos los habitantes del país”¹⁹. Se manifestó que el cuerpo médico venía bregando históricamente por una auténtica organización sanitaria nacional que cubriera la necesidad de salud de la población y se dejó claro que la AMM no se oponía a la “filosofía del Snis” pero sí al articulado. Éste establecía que los médicos que ingresaban al sistema por concurso no tenían estabilidad durante un año e intentaba imponer la dedicación exclusiva con cuarenta y cinco horas semanales, en “instantes en que las organizaciones gremiales obreras bregan por una disminución horaria en la jornada laboral”. Las entidades sostenían que no estaban dadas las condiciones hospitalarias para aplicar la dedicación exclusiva, argumentando que si la gran mayoría de los médicos se desempeñara cuarenta y cinco horas en los hospitales, se produciría una marcada disminución de la atención privada. Eso traería como consecuencia un incremento de la concurrencia a los hospitales públicos que, según la evaluación de las entidades, no estaban en condiciones de enfrentar.

Otros de los argumentos eran: que no se había establecido el monto de la remuneración para los trabajadores de la salud; que no fijaba el destino de los profesionales que no optaran por el sistema; que desconocía otras carreras médicas existentes y no permitía al profesional que ingresara al sistema ningún otro tipo de actividad, remunerada o no. Finalmente, sostenían que la participación obligatoria de los hospitales nacionales y los municipales de la Ciudad de Buenos Aires, en contraposición con la participación voluntaria de los del resto del país –como planteaba el proyecto- era una decisión arbitraria y discriminatoria.

No obstante la oposición de las gremiales, el 25 de abril el proyecto del Snis se aprobó en la Cámara de Senadores, aunque con la introducción de muchas modificaciones a raíz de los reclamos gremiales: la de mayor importancia fue que la

¹⁹ *La Opinión*, 5 de abril de 1973.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires se incorporaba al sistema mediante la firma de un convenio y no en forma compulsiva como lo establecía el proyecto primitivo.

1976-1983

La salud durante el Proceso: médicos cesanteados. El avasallamiento de los derechos civiles y gremiales

El 23 de marzo de 1976 se produjo el golpe militar y el país quedó en manos de la junta conformada por el Gral. Jorge Rafael Videla, el almirante Emilio Eduardo Massera y el brigadier Orlando Ramón Agosti. Este gobierno derrotó a la subversión pero a un altísimo costo de vidas y de avasallamiento de los derechos humanos más elementales. Los “genocidas” aún están enfrentado proceso. Se produjo un gran incremento del endeudamiento externo: de 9.000 millones de dólares a 36.000 al finalizar el Proceso).

En esos momentos, el tema de los derechos humanos era discutido en todos los países democráticos y era tomado como bandera por los EE.UU. Por este motivo, el país tenía una pésima imagen. A esto se sumó el conflicto territorial con Chile que fue solucionado por la mediación papal. Pero el hecho que más deterioró el gobierno militar fue la guerra por las Islas Malvinas, que concluyó con una derrota y la pérdida de crédito del Gral. Galtieri, además de una profunda decepción por la actuación de las Fuerzas Armadas en el conflicto.

Resumiendo esta etapa, podemos caracterizar a este modelo económico como aperturista: aquí la alianza se estableció entre el poder militar, el sector más rico de la burguesía nacional y las empresas transnacionales. Disminuyó la inmigración y, de hecho, muchos argentinos emigraron. Hubo retracción del empleo e inicio de recesión. La clase media siguió creciendo; entre los obreros se observó crecimiento del sector autónomo y se expandió la marginalidad. Se produjo un empeoramiento de las condiciones de vida y un estancamiento de los indicadores de salud y educación.

Lo más grave del régimen fue la implantación de un disciplinamiento social basado en el terror económico y, especialmente, en el social a través del genocidio.

Impulso al sector privado

La política de salud ejecutada durante el gobierno militar -cuyo ministro de Salud fue el Dr. Irán Campos-, provocó la expansión del sector privado financiado por la seguridad social y llevó a las obras sociales a un endeudamiento progresivo. También favoreció el desarrollo de sistemas privados de salud que se convirtieron en los principales propietarios de los equipos de mediana y alta complejidad. Se favoreció la

descentralización y se aranceló el servicio público para los que podían pagar y para los que pagaban a través de su obra social, quedando exceptuados del pago quienes pertenecían a los sectores más carenciados.

En 1980, por medio de la Ley 22.269 se desvincularon las obras sociales de las entidades gremiales, permitiendo al afiliado escoger la obra social de su preferencia, pero la presión del sindicalismo impidió su aplicación. También se eliminó la obligatoriedad de la afiliación y el aporte correspondiente. El Estado reforzó su participación en el Inos y las obras sociales fueron intervenidas. En cierto sentido, esta ley pretendía eliminar el sistema solidario de las obras sociales sindicales, pero no se logró dado que las normativas fueron implementadas parcialmente.

En 1981 se creó el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.), cuyo objetivo era la apreciación de los problemas de salud comunes a todo el país y sus causas, los problemas de las provincias y de cada región en particular.

Médicos “prescindibles”. El avasallamiento de los derechos civiles y gremiales

A poco de asumir, este gobierno -mediante las leyes 21.274 y 21.260- dejó cesantes a cerca de 100 médicos municipales, que fueron declarados “prescindibles”, las más de las veces por motivaciones políticas o gremiales. En ciertas ocasiones, esto significó el desmembramiento de servicios completos, tal fue el caso del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, entre otros. Esto ocasionó el reclamo de la AMM, que solicitó la anulación de las medidas aplicadas. El intendente municipal, Osvaldo Cacciatore, manifestó que se repararían las injusticias que se hubiesen cometido, lo cual, situándonos en el momento político, era poco esperable. Algunos de los médicos cesanteados –se destacó por su intensa actividad el Dr. Anatole Amenta- dirigieron notas a las entidades gremiales, entre ellas la AMM y la Comra, para que de alguna manera intercedieran ante las autoridades que los habían dejado cesantes. Cabe destacar que la ley 21.260/76 también prohibía la práctica de la actividad gremial, razón por la cual estas instituciones, como el resto de las entidades gremiales, veían limitado su accionar.

La década del '80

El retorno a la democracia. Seguro Nacional de Salud

Uno de los lemas de campaña del candidato radical, Raúl Alfonsín, fue la crítica al llamado pacto militar-sindical y el deseo ferviente del pueblo por el gobierno de la ley y la democracia. La coalición social que había dado sustento al peronismo comenzaba a erosionarse lentamente, dando lugar a una centrista, que dio el triunfo a la UCR. El nuevo gobierno se vio acosado para la resolución de varias cuestiones pendientes. La cuestión sindical ofreció frentes rípidos sometiendo al gobierno a la presión de varias huelgas generales y la cuestión militar fue otro factor de perturbación: se produjeron alzamientos militares que hicieron temer por la estabilidad institucional en Semana Santa de 1987 y en 1988 en Monte Caseros y Villa Martelli. Con respecto a los derechos humanos, en este período se inicia el proceso judicial a los integrantes de las tres primeras juntas militares que gobernaron desde 1976. El mundo militar se sintió perseguido por una campaña de difamación.

En 1985 se implementó el Plan Austral, con miras a lograr una revitalización y estabilidad de la moneda. Se intentó tibiamente una reestructuración del estado y el comienzo de algunas privatizaciones, pero el Plan estaba agotado y sobrevino la “hiperinflación”.

Para 1989, el mapa político del país se había modificado profundamente: el partido Justicialista dominaba 17 provincias y el Radicalismo 2, siendo el resto partidos autonomistas o independientes. Frente a las elecciones aparecían dos grandes alianzas: centroizquierda, que abarcaba el grueso del radicalismo radical, a la llamada renovación peronista y a sectores de la izquierda política e intelectual. Y la de centroderecha, que reunía al “angelocismo” radical, sectores del menemismo y a protagonistas de la UCD, especialmente los Alzogaray, y partidos conservadores y provinciales.

Carlos Menem y Eduardo Duhalde ganaron esas elecciones. Este gobierno cambió las alianzas históricas del peronismo, pasó a segundo plano el poder sindical, cultivó alianzas con elementos liberales, modificó la política exterior, inició un programa de reestructuración del estado, de estabilidad monetaria y desregulación económica, en el marco de la llamada economía popular de mercado.

Seguro Nacional de Salud

Al regresar la democracia, se nombró como ministro de Salud y Acción Social al Dr. Aldo Neri. Se trató de reordenar el sindicalismo y rescatar la conducción del conjunto de las obras sociales y su financiación de manos de los sindicatos. A fines de 1988 se sancionaron:

- la ley 23.660 de Obras Sociales: que derogó la ley 18.610, sin modificarla sustancialmente, y la ley 22.269 de descentralización de los sistemas de salud.
- la ley 23.661 que creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud y la Administración Nacional del Sistema de Salud (ANSSAL).

Si bien los proyectos originales datan de la gestión de Aldo Neri, y éste a su vez se había inspirado en el Snis del cual era uno de sus autores, recién se promulgaron dos años después de su renuncia al Ministerio y luego de una reñida negociación. La mayoría de los autores coinciden en que fue el resultado de un acuerdo entre el gobierno y la CGT.

Este nuevo intento de instaurar una regulación de las obras sociales y un seguro nacional de salud fracasó ante las presiones de los sindicatos, que no iban a permitir que el gobierno les arrebatara el control de un sistema que facturaba cerca de 2.000 millones de dólares anuales. Estas leyes, se convirtieron así en un nuevo fracaso de “imponer la disciplina y el control de las instituciones democráticas sobre las relaciones pactadas”²⁰. Por otro lado, de haberse puesto en plena vigencia, estas leyes hubieran incidido muy poco en la modalidad del trabajo médico de aquel momento, ya que en ninguno de sus capítulos se abordaba establecían la relación laboral del médico con sus empleadores.

Reincorporaciones y situación hospitalaria

Como mencionamos anteriormente, el gobierno del Proceso había dejado cesantes a cerca de 100 médicos municipales, que fueron declarados “prescindibles”, las más de las veces por motivaciones políticas o gremiales (leyes 21.274 y 21.260).

Ante el inminente regreso de la democracia, el intendente Del Cioppo y el secretario de Salud Pública, Dr. Banzas, hicieron lugar al pedido gremial y se logró la promulgación de la ordenanza 38.843 del 29 de marzo de 1983, que facultaba al Departamento Ejecutivo de la Municipalidad a reincorporar “a todos los profesionales

²⁰ Belmartino, S.y otros. Op. Cit., pág. 378.

que revistaban en la Carrera Profesional Hospitalaria que hubieran sido declarados cesantes sin sumario previo”.

A raíz de la situación de desabastecimiento por la que atravesaban los hospitales durante 1985 y 1986, la AMM propuso a la Secretaría de Salud de la Municipalidad a realizar una reunión conjunta con la finalidad de encontrar soluciones consensuadas en el menor tiempo posible. El secretario Puga dio lugar a este pedido y se dieron soluciones parciales a la grave situación que vivían los hospitales por falta de presupuesto. No obstante, durante los años siguientes la situación crítica de los hospitales no se modificó y la AMM, en mayo de 1989, terminó por solicitar al gobierno municipal que declarase el estado de emergencia hospitalaria. Argumentaron la “crítica situación por la que atraviesa la provisión de insumos, medicamentos, instrumental e incluso alimentos (...) Esta situación está llevando a un agravamiento del servicio que se presta al público que asiste a los hospitales”²¹.

Si bien el retorno a la democracia significó la reconstrucción de las instituciones dejadas de lado durante la dictadura militar, este proceso fue lento y no siempre exitoso. En medio de una grave crisis financiera general, el sector salud se vio resentido una vez más y la sanción de las leyes 23.660 y 23.661, que pretendían ordenar y regular la actividad de las obras sociales y la atención de la salud en general, no logró ningún avance. Por otro lado, y una vez más en la historia, el más perjudicado fue el subsector público: los hospitales estaban desabastecidos y los gremios bregaban porque el gobierno municipal diera solución al sistema que estaba “al borde del colapso” y solicitaban que se declarara la “emergencia hospitalaria”. Aunque el gobierno no accedió al pedido, los médicos de la Capital Federal no cesaron en su lucha, suscitando una serie de medidas tales como movilizaciones, paros, publicación de solicitadas, entre otras.

²¹ Diarios *Clarín* y *La Nación*. Solicitadas de la AMM, 27 de mayo de 1989.

La década del '90

La mercantilización de la salud

El nuevo equipo gobernante, encabezado por Carlos Menem, heredó una economía en difícil situación, con una inflación de 5.000% y una deuda externa de alrededor de 63.000 millones de dólares. Al asumir su mandato, cambió el mensaje populista de la campaña por un ajuste de carácter ultraliberal que provocó profundas divisiones en sectores del peronismo y cercanos, considerándolos contrarios a los postulados del peronismo histórico.

Instrumentó el llamado plan Bunge y Born, con control de precios y cierre a las importaciones; la Ley de Reforma del estado y la Ley de Emergencia Económica. Este plan fracasó y el nuevo ministro de economía, Erman González, lanzó el canje compulsivo de depósitos a plazo fijo por bonos externos, causando grandes pérdidas al sector de pequeños y medianos ahorristas. Menem cultivó la alianza con sectores conservadores, de tradición antiperonistas, que llevaron adelante las privatizaciones. Se pasó de un monopolio estatal a un monopolio privado y los usuarios fueron rehenes de las empresas que fijaron libremente sus tarifas y modificaron su localización geográfica de acuerdo a sus intereses. Estas privatizaciones proveyeron al estado de unos 25.000 millones de dólares.

Entre 1989 y 1990 se produjo el indulto a los responsables del genocidio de la última dictadura militar, comenzó una etapa de graves denuncias de corrupción en el gobierno (coimas a Swift, IBM, Banco Nación, etc.) y no se respetó la división de poderes establecida por la Constitución Nacional. En 1992 el Plan de Convertibilidad Económica impuso la paridad peso-dólar. Aunque transitoriamente pareció existir cierta estabilidad, los salarios reales se hallaban en un descenso continuo y creció la brecha salarial entre mano de obra calificada y no calificada.

Menem y Alfonsín firmaron el llamado "Pacto de Olivos", por el cual se aceptó la reforma constitucional cuyo fin era la reelección presidencial luego de cuatro años. Como reacción, se formó un grupo con dirigentes justicialistas, de la democracia cristiana y socialistas: el "Frente Grande". Dada la escasa combatividad de la central obrera -CGT-, se conformaron otras alternativas como el Movimiento de Trabajadores Argentinos (MTA), la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) y la Corriente Clasista y Combativa (CCC). En 1997, la Alianza, conformada por radicales, frepasistas y pequeños partidos regionales se impuso en elecciones legislativas, perdiendo el

justicialismo su mayoría en las cámaras. Uno de los primeros proyectos de los diputados de la Alianza fue la derogación de las leyes de “obediencia debida” y “punto Final”.

La mercantilización de la salud

De los muchos ministros que se sucedieron durante el gobierno de Menem, el que más duró fue el Dr. Alberto Mazza, quien incorporó algunos mecanismos que pretendían modificar la situación del subsistema de atención médica en el mediano o largo plazo. Se crearon numerosas secretarías y subsecretarías y se formularon muchas políticas de salud, pero sin resultados: se creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat - decreto 1490/92), se formuló el Programa Médico Obligatorio (PMO) y se incorporó el derecho a la libre elección de obra social por decreto 9/93, la ley 23.661 y otros instrumentos. Con esta última medida y el intento de equiparar obras sociales, prepagos médicos y mutuales –todo para aumentar la libertad del usuario- se dio lugar al ingreso al sector de empresas financieras que deseaban competir por los beneficios del sistema con la dirigencia sindical y con los propietarios de empresas médicas; sistema que, por otro lado, era perverso y al que el aumento del desempleo comenzaba a contraer. Como un dato interesante, podemos comentar que la libre elección fue limitada a las obras sociales sindicales, quedando fuera de este beneficio los afiliados a las obras sociales estatales. Como ejemplo, podemos citar la situación conflictiva que se vive en los hospitales municipales con la desregulación de Obra Social de Buenos Aires (ObsBA).

Los que otrora habían surgido como “pseudomutualidades” habían adquirido prestigio como “empresas médicas” o “seguros privados”, habían dejado incluso de pertenecer a médicos y se transformaron en empresas comerciales; así, el ámbito médico sanitario progresaba poco en términos sanitarios, pero se ampliaba y perfeccionaba en términos financieros²². Como sostiene Belmartino: “para los profesionales se gestó una amenaza para aquellos no vinculados a grupos corporativos que pudieran generar contratos, además de la reducción de su capacidad de prescripciones, incluso de decisiones terapéuticas y de la libre elección por parte de los pacientes. Progresivamente, los profesionales se estratificarán en capas de diferentes ingresos y aquellos en relación de dependencia verán desmejorar sus condiciones de trabajo y de ingresos”²³.

²² Veronelli, J.C y Veronelli Correch. Op. cit.

²³ Belmartino, S. Op. cit.

El 1° de abril de 1993, el Poder Ejecutivo Nacional promulgó el decreto 578 que creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión. La descentralización hospitalaria que planteaba el decreto fue vista como una solución al problema sanitario, lo que hizo que desde algunos ámbitos médicos y políticos fuera bien recibido, aunque rechazado desde la casi totalidad del gremio médico, con la AMM a la cabeza, que desde un primer momento planteó las desventajas y peligros de poner en práctica el sistema. El tiempo, los análisis concienzudos y los sucesivos fracasos de los intentos le dieron la razón.

En 1997 se implementó desde el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires el sistema de “médicos de cabecera” con la finalidad de disminuir la afluencia de pacientes al consultorio externo de los hospitales. Si bien no modificó los fundamentos básicos de la atención primaria, cambió la modalidad de la atención hospitalaria en el sentido de que los médicos atendían en sus consultorios, teniendo que hacerse cargo de los gastos de funcionamiento. La relación laboral entre los médicos de cabecera y el gobierno era un claro ejemplo de la flexibilización laboral ya que dichos profesionales, que cumplían una actividad declarada como prioritaria por el gobierno, no gozaban de los mínimos beneficios laborales (vacaciones, estabilidad en el cargo, etc.). Luego de arduas gestiones efectuadas por la AMM, en 2006 se logró que las horas trabajadas en el consultorio se computaran como parte de su carga horaria y que gozaran de los beneficios del resto de los profesionales de los hospitales.

La corrupción en la década del '90 alcanzó índices insospechados, la justicia continuó desprestigiándose y se avanzó en los endeudamientos por préstamos de organismos internacionales, que eran destinados a diversos estudios sobre la problemática argentina en general, de lo cual no quedó excluida la salud, que quedaban en manos de lo que se llamó “la patria consultora”, cuyos informes las más de las veces eran inaplicables porque no se ajustaban a la realidad del país.

No podemos dejar de destacar las consecuencias nefastas que tuvieron para salud las políticas implementadas por el gobierno de Menem. No sólo continuó con el deterioro progresivo de la salud de la población, al que contribuyeron sin solución de continuidad las administraciones anteriores, sino que lo profundizó, provocando el ingreso irrestricto del mercado en el sector salud, con la consecuencia lógica de su mercantilización, cuyos resultados todavía hoy persisten.

Ley Básica de Salud

A nivel específico de la Ciudad de Buenos Aires, con el cambio de estatus jurídico –en agosto de 1996 pasó a ser ciudad autónoma- una de las primeras normas que se concretaron fue la ley básica de salud (153/99), que se encuentra parcialmente reglamentada. El gremio médico –especialmente Femeca, la Federación de Profesionales Municipales de la Salud y la AMM- tuvo un activo papel en su redacción, en el debate previo y en la posterior promulgación. Gracias a esta participación, lograron cambiarse muchos puntos del proyecto original, con los cuales no estaban de acuerdo los médicos y otros profesionales.

El nuevo siglo y nuestra actualidad

La emergencia sanitaria y el rol de hospital público

En 1999 el candidato de la Alianza, Fernando de la Rúa, se impuso a Duhalde. En poco tiempo se sucedieron acusaciones de sobornos en el Senado con respecto a la sanción de la Ley de Reforma Laboral. Se tomaron diversas medidas intentando disminuir la inflación y el gasto público y aumentar los ingresos. Se obtuvo un crédito de 30.000 millones de dólares.

La situación social se deterioraba rápidamente, se sucedieron huelgas y disturbios, los inversores desconfiaban de la paridad cambiaria, la Bolsa de Buenos Aires sufría constantes bajas y el riesgo país aumentaba vertiginosamente, llegando a cifras inconcebibles. Esta crisis de confianza hizo que los pequeños ahorristas corrieran a retirar sus depósitos, colocando al sistema financiero al borde del colapso, ya que el Banco Central sólo podía responder por un tercio de las reservas líquidas en dólares. Se inició el estado de excepción monetaria, impidiendo el retiro de los depósitos de medianos y pequeños ahorristas, ya que los grandes habían enviado sus depósitos al exterior. Se produjeron paros, movilizaciones, saqueos a comercios; como consecuencia, renunció el ministro de economía y se decretó el estado de sitio.

Los días 20 y 21 de diciembre de 2001, en el marco de los “cacerolazos”, se produjo una violenta represión policial con el saldo de 27 muertos y numerosos heridos, y el presidente De la Rúa renunció. Tuvo que hacerse cargo del poder el presidente del Senado –Álvarez, su vicepresidente había renunciado a poco de iniciarse la gestión-, que luego designó al gobernador de San Luis, Adolfo Rodríguez Saa. Este renunció a la semana y el presidente de Diputados, Ramón Puertas, se hizo cargo interinamente hasta que la Asamblea Legislativa eligió a Eduardo Duhalde, que completó el mandato de De la Rúa: en menos de un mes se sucedieron cinco presidentes.

En esta década se consolidaron en el poder grupos financieros con un modelo socioeconómico excluyente; la disparidad económica, social y política entre el gran capital y las pequeñas empresas, entre ricos y sectores populares, sólo puede compararse con las desigualdades de la década del ‘40. Existió un incremento sin precedentes de la pobreza crítica, el cual excedió el promedio de los países de la región en 1970. La misma no afectó solamente a los estratos sociales menos favorecidos, sino que esta vez llegó a los sectores medios que fueron, efectivamente, “desclasados”.

La emergencia sanitaria y el hospital público

Esta debacle económico-social, heredada en parte del gobierno anterior y sin acciones que la contrarrestaran, lógicamente repercutió en la salud pública: se logró la descentralización administrativa del sector público de salud y se aplicó en algunas provincias el sistema de Hospitales Públicos de Autogestión, aunque con resultados negativos. Desde el ámbito oficial, se pretendía retrotraer al hospital al siglo XIX, dejando de ofrecer atención universal para atender gratuitamente sólo a los “indigentes”. El resto de los pacientes deberían pagar por la salud: el Estado pretendía ofrecer “hospitales pobres para pobres”.

Al asumir Duhalde, nombró ministro de Salud a Ginés González García, salubrista, quien reimpulsó el Consejo Federal de Salud y en cuya gestión el Estado nacional debió reconocer la emergencia sanitaria del país a través de un decreto de necesidad y urgencia (486/02).

En un ámbito social caracterizado por cifras alarmantes de desempleo y niveles de pobreza, los sistemas sanitarios se hicieron cargo de muchos de los problemas de otras áreas: “la crisis actual hunde sus raíces en la fragmentación del sistema de salud (hospital público, obras sociales y empresas de medicina prepaga), a veces superpuestas, que no gastan poco, sino que distribuyen de manera inadecuada sus recursos²⁴ .

El sistema público estaba colapsado ya que el aumento de la pobreza signaba el aumento de la demanda, con el agravamiento ocasionado por el desabastecimiento de insumos que no podían ser adquiridos por los altos costos provocados por la pesificación asimétrica.

La seguridad social se derrumbó como consecuencia del desempleo y el trabajo en negro, que hicieron caer el porcentaje de sus beneficiarios en casi un 30%. Además, se dio una reducción de aportes patronales, la morosidad de las empresas y la evasión impositiva, así como el aumento de los costos de la atención médica en una población con mayores expectativas de vida. A esto se sumó un mayor riesgo epidemiológico como consecuencia del deterioro de las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población. Se pasó del PMO al PMOE (Plan Médico Obligatorio de Emergencia) que

²⁴ “Crisis y Salud Pública”. *Boletín de Temas de Salud*, Suplemento *Mundo Hospitalario*. Año 9. N° 79, julio 2002.

dejó a los beneficiarios del Pami, obras sociales y prepagas desprotegidos²⁵. Al no contemplar las medidas preventivas y de rehabilitación necesarias para una atención integral, ésta volvió a recaer sobre el hospital público. El acceso a los medicamentos resultaba dificultoso y la prescripción por denominación genérica no fue más que un pequeño paso en la regulación del sector salud.

En este panorama, ingresaron 250 millones de dólares para salud –destinados entre otros programas al Pressal- otorgados en crédito por el Banco Mundial, para llevar adelante la reforma del sector. Sin embargo, la concreción del proyecto fue dilatada y se cumplió en forma parcial, lo que dio lugar a sospechas sobre el destino final del monto del préstamo.

En mayo de 2003, cuando asumió la presidencia de la Nación el justicialista Néstor Kirchner -a quien acompaña Daniel Scioli como vicepresidente-, ratificó a González García al frente del Ministerio de Salud, dando una continuidad a la política de salud. El ministro presentó el Plan Federal de Salud 2004–2007 basado en los siguientes ejes fundamentales:

- Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectores.
- Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.
- Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.
- Protección del financiamiento de los programas establecidos.
- Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo²⁶.

Se ratificó, asimismo, el alcance de la Política Nacional de Medicamentos, incorporada en 2002, a través de la cual se estableció un nuevo marco de regulación con reglas fijas y claras que intentaron beneficiar al sistema sanitario en su conjunto. Además el gobierno nacional implementó el “Programa Remediar” (2004-2007) con la

²⁵ Banco Mundial. Oficina para Argentina: “El sector salud argentino en medio de la crisis”, Uribe, J.P. y Schwab, N. Año 2002

²⁶ Rossi, María Teresa y Rubilar, Amanda. “Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de Salud. El caso Argentino: una historia de fragmentación e inequidad”. Comité de Economía de la Salud, Asociación Médica Argentina. Disponible en: <http://www.ama-med.org.ar/com-economia/artievssc.pdf>

finalidad de facilitar el acceso de la población a los medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios.

Sin embargo, ciertos sectores médicos opinan que el financiamiento de la salud en la Argentina, a través de créditos tomados y que se están tomando con organismos internacionales como el FMI y el Banco Mundial, condicionan las decisiones del gobierno. Esto, en virtud de los lineamientos que fijan estos organismos, que apuntan a la privatización del sistema sanitario y a la reducción de los presupuestos estatales de salud, con miras al desarrollo de un mercado donde la salud se transforme en una mercancía.

Desde finales de 2003, la economía Argentina comenzó a presentar indicios de recuperación. En los años 2004 y 2005 se registraron tasas de crecimiento superiores al 8% anual. A pesar del buen desempeño de la economía y del superávit fiscal, en noviembre del 2006 el Poder Ejecutivo elevó al Senado el proyecto de ley que prorrogó una vez más la emergencia económica hasta el 31 de diciembre del 2007, lo cual implica el sostenimiento de la emergencia alimentaria y sanitaria.

El crecimiento mencionado ha permitido que se registraran algunas mejoras en los indicadores socioeconómicos, pero aún persiste el tema de la desocupación, el trabajo no formal y la pobreza. A todo esto se suma que el presupuesto en salud, a pesar de ser importante, está mal administrado y torna difícil implementar la propuesta del gobierno de crear una red de sistemas en un país con una población empobrecida y marginada, que muchas veces no tiene la posibilidad de trasladarse a un centro de atención.

Como un claro ejemplo de la disparidad entre los subsectores, podemos mencionar que, en 2001, el porcentaje dentro del gasto total era: el privado representaba la mayor parte (46%) y brinda cobertura a un 9% de la población; el subsector de las obras sociales accede al 56,6% y brinda cobertura al 35%; finalmente, el subsector público, recibe un 21,3%, con el cual cubre al 56%, casi seis veces más población que el privado y con la tercera parte del gasto²⁷. Esta disparidad se acentuó drásticamente durante la crisis de 2002, que permitió, una vez más, destacar el rol del hospital público que, pese a sufrir la crisis igual que los otros subsistemas, fue el único que sostuvo el mayor peso de la atención de la población.

²⁷ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –Indec-. Censo 2001.

La salud en la Capital Federal

En el contexto de la emergencia sanitaria en todo el país, el sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires asistió también a un cambio en la demanda. A la atención habitual se sumaron pacientes que perdieron sus obras sociales, los afiliados al Pami que se vieron afectados por el deterioro del funcionamiento de esta obra social, y aquellos que no pudieron seguir pagando los servicios de las empresas de medicina prepaga. Al incremento de la demanda se agregó el de los precios de los insumos y, en muchos casos, el desabastecimiento de elementos esenciales. El sistema de salud contaba con un *stock* y, desde diciembre de 2001 se vio obligado a implementar una serie de medidas sucesivas para hacer frente a la emergencia. La complejidad y el alcance de la emergencia sanitaria nacional, los cambios producidos en la demanda y la dificultad de conseguir precios y condiciones de compra que permitieran seguir abasteciendo al sistema en tiempo y en forma, pusieron a prueba la capacidad de atención del sistema público. Esto exigió que se estableciera un nuevo orden de prioridades, potenciar el uso de los recursos existentes y dinamizar el sistema. Se dictó entonces la ley de “Protección de derechos y atención de la salud frente a la crisis”, que brindó algunas herramientas necesarias. Para garantizar los insumos esenciales fueron autorizadas compras directas, en el país y en el exterior. Se impulsó la producción, el fraccionamiento y la adquisición de medicamentos genéricos.

Pasado el período más cruento de crisis, se trabajó para consolidar la cobertura a nivel Atención Primaria de la Salud (APS), intentando la descentralización de la atención a través del sistema de médicos de cabecera –implementado en 1997-, los centros de salud y los consultorios médicos barriales para descongestionar los hospitales. Con la ley 1.777 de Comunas, sancionada en septiembre de 2005, se afianzó esa idea. Sin embargo, en líneas generales, todavía se da una fragmentación y una desigualdad en la atención de la salud, con una gran diferencia cualitativa y cuantitativa entre las zonas norte y sur de la ciudad.

En este contexto, el médico necesita trabajar en dos o más subsectores -situación que ya vive desde mediados de la década del '70- para poder lograr un ingreso suficiente. Además de esto, en los últimos años y a raíz de la flexibilización y las nuevas relaciones laborales en general, cuando trabaja en el sector privado, de obras sociales o prepagas, se ve obligado tener que facturar sus servicios. Este nuevo régimen aumenta sus desventajas laborales, ya que de esta forma, directamente no tiene ningún tipo de estabilidad ni seguridad.

A nivel de consultorio privado, el médico ha visto desaparecer prácticamente los pacientes con cobro directo, ya que la mayoría de la población cuenta con una obra social, una prepaga o un coseguro. Incluso se da este fenómeno independientemente de la capacidad de pago, ya que se ha internalizado en la comunidad el concepto de cuidar o recuperar su salud a través de las instituciones existentes, desapareciendo la relación médico-paciente de confianza que caracterizaba la atención médica.

En el caso de los médicos que trabajan en los hospitales públicos, además de luchar permanentemente por la vigencia de la Carrera Profesional Hospitalaria y oponerse a los permanentes intentos de su incumplimiento, deben trabajar en condiciones laborales precarias motivadas por el deterioro físico de los lugares de trabajo, medidas de bioseguridad deficiente y con el desgaste psicofísico que ocasionan las frecuentes trabas para cumplir las normas de atención médica: demora en los tiempos quirúrgicos, exceso del número de pacientes. Esta situación se agrava en las áreas críticas donde las falencias tienen mayor significado, ya que muchas veces de ellas depende la sobrevivencia del paciente y, en el mejor de los casos, su calidad de vida. Esta situación, que no se ha podido revertir pese al permanente reclamo de los profesionales, demuestra la carencia de una política de salud sostenible que contemple todas las etapas de la atención médica.

Responsabilidad profesional

A todo este panorama debe sumarse que, a partir de las décadas '80 y '90 y con mayor fuerza en la actualidad, se dio un fenómeno ajeno a las políticas de salud pero que cambió radicalmente las condiciones del trabajo médico: las demandas por responsabilidad profesional. Se generó así –en parte a causa de la existencia de abogados inescrupulosos- la “industria del juicio” que ocasionó el ejercicio de la “medicina a la defensiva”. La consecuencia lógica fue el encarecimiento de la medicina por la solicitud por parte del médico de innumerables estudios, a veces innecesarios, como forma de cubrirse ante una eventual demanda, además del estrés permanente en el que ejerce su actividad, ocasionado por esa posibilidad siempre presente. Un aspecto fundamental a tener en cuenta es la frecuencia con que el paciente emprende una demanda sin aparente motivo, simplemente por la participación de abogados que hacen de este tipo de acciones su actividad principal.

Las consecuencias más nefastas para el médico son la posibilidad de perderlo todo y el perjuicio irreparable en la relación médico-paciente, vínculo tan importante en el

ejercicio de la medicina. Además, con la disposición del gobierno de “litigar sin gastos”, se entró en un proceso crítico de lo que se dio en llamar “litigiosidad indebida”: en la mayoría de los casos las demandas por “mala praxis” médica son desestimadas. No obstante, el médico debe enfrentar la angustia que genera la posibilidad de afrontar no sólo un juicio civil –para lo cual existen seguros- sino también una demanda penal, con la consecuencia extrema de la pérdida de matrícula por un período significativo.

La respuesta del gremio no se hizo esperar: rápidamente la AMM organizó un fondo solidario para cubrir los costos de la demanda civil y ofrecer –en convenio con una empresa- un seguro a sus asociados. Posteriormente, ante nueva legislación, creó una compañía propia y actualmente asocia a un importante número de médicos de todo el país. Además, complementa este accionar con numerosas publicaciones, reuniones y foros sobre el tema, en el afán de contribuir al conocimiento de los médicos en cuanto a formas de proceder, posibilidades y otros aspectos, que pretenden imbuir tranquilidad y confianza en sus socios. Posteriormente, otras entidades gremiales imitaron su accionar.

Las demandas por responsabilidad profesional no son un tema menor, sobre todo si consideramos que hubo médicos que –luego de enfrentar una situación de este tipo- decidieron abandonar la profesión o cambiar de especialidad por el gran estrés que esto les ocasionó y por las situaciones vividas, amén de que algunos debieron hacer frente a sentencias adversas con sus bienes y prestigio.

Así, llegamos a la actualidad y vemos que la salud sigue fragmentada y cada uno de los tres subsectores ha sufrido embates importantes. El subsector de las obras sociales se vio amenazado por la disminución de sus beneficiarios a raíz del desempleo y crecimiento del empleo informal y muchas necesitaron fusionarse con otras entidades para poder sostener su funcionamiento. El subsector privado perdió muchos afiliados que no pudieron seguir haciendo frente al pago e incluso debieron ofrecer planes más económicos aunque con menor cobertura. El subsector público debió hacer frente a la mayor demanda y con insuficiente cantidad de insumos y recurso humano. No obstante, los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires continúan respondiendo a la demanda y solucionando las necesidades que no cubren los otros subsectores.

Conclusiones

Luego de este exhaustivo análisis de los hechos históricos –y dentro de ellos los sociales, económicos, políticos-, tanto desde el punto de vista médico como de la salud pública en general, estamos en condiciones de plantear ciertas conclusiones. A nuestro entender, éstas dan un panorama general del desarrollo de la actividad médica en los últimos setenta años en la Ciudad de Buenos Aires que fue, por cierto, profundamente diferente que en el resto del país.

En primer lugar, podríamos distinguir, desde un análisis macro, tres grandes períodos desde la década del `30 hasta la actualidad: entre 1930 y 1945, entre 1945 y 1975 y entre 1975 y la actualidad.

a) Entre el 30 y el 45: este período estuvo signado por un gran cambio para los médicos, surgido de una profunda crisis de la profesión que estaba a su vez inserta en la gran crisis no sólo nacional sino mundial que por entonces se vivía. El médico –actor social revestido del más alto respeto y consideración en razón de su ciencia y su saber- comenzó a sentir el impacto de los cambios en la forma de atención. Poco a poco el médico empezó a perder sus pacientes en el consultorio privado porque se generalizó la modalidad de derivarlos hacia centros con mayor capacidad de atención, donde podían obtener la atención médica y la realización de los estudios de alta tecnología. Todo eso a un costo más moderado que en el consultorio particular y con la aparición de las “mutualidades” o “sociedades de socorros mutuos”, que aseguraban las prestaciones necesarias por un costo mensual único.

Lógicamente, este sistema iba en detrimento del médico y de sus ingresos, ya que la medicina dejaba de ser una profesión netamente liberal e independiente, para pasar a convertir al médico en un “asalariado”. Como siempre que ocurren cambios que modifican los estándares vigentes -y más teniendo en cuenta que las modificaciones se tornaban desventajosas para los profesionales-, éstos reaccionaron negándose a esos cambios que, no obstante, ocurrían. Como consecuencia del avasallamiento, los médicos se vieron en la necesidad de agruparse y conformaron asociaciones (AMM, Femeca, Comra) con el doble propósito de defender sus intereses tanto materiales como morales. Paralelamente y como consecuencia de la situación general, los médicos que prestaban sus servicios en los hospitales municipales en forma gratuita -“honoraria”, según la terminología de la época-, comenzaron a ver la necesidad de recibir una retribución digna, acorde con su trabajo. Esto generó, en principio, resistencia de las

autoridades, de la población e inclusive de los mismos médicos, que veían que al pasar a ser asalariados perdían el estatus social, homologándose al resto de los trabajadores. Es en este momento histórico en el cual los establecimientos hospitalarios adquirieron una mayor importancia para la comunidad y dejaron de ser exclusivamente para los indigentes, para convertirse en una opción para personas con escasos ingresos que no podían acceder al médico particular o a las mutualidades.

b) Entre el 45 y el 75: al principio de esta etapa se le dio gran impulso a la organización sanitaria a nivel nacional, de la cual no quedó afuera la Ciudad de Buenos Aires, donde se crearon diversos institutos nacionales y organismos públicos. Por entonces, todavía la mayor parte de la población de la Ciudad se atendía con profesionales en forma particular, incluso a través de las “mutualidades”, y el hospital público, si bien era reconocido como un centro de excelencia, era utilizado mayormente por la población de menores recursos y de otros lugares, como el conurbano, gran Buenos Aires e interior del país.

En la etapa postperonista las entidades gremiales adquirieron mayor cantidad de afiliados y se fortalecieron como tales, a la vez que surgieron relaciones conflictivas entre los médicos y las mutuales, que desembocaron en la “Huelga grande” de 1958. Además, las intensas gestiones gremiales llevaron a la reincorporación de los médicos que habían sido cesanteados en el gobierno anterior por “antiperonistas”. Los diferentes cambios estructurales significaron modificaciones importantes en el trabajo médico: los consultorios se despoblaron cada vez más porque la masa de asalariados comenzó a atenderse más frecuentemente en los sitios que les correspondía de acuerdo a su lugar de trabajo o pertenencia a sindicato. Este proceso, lento y complicado, que se desarrolló durante todo este período, culminó con la sanción de la ley 18.610/70, que modificó sustancialmente la modalidad del trabajo médico. A partir de ahí, comenzó “la muerte” del consultorio privado autónomo y el médico debió readecuarse al trabajo según nomencladores, capitaciones, pago por módulos, entre otras características. Nació así el sistema de obras sociales como subsector, que junto al público y al privado, conformarían el eje del actual sistema de salud. Dentro de estas modificaciones, hubo otro hecho fundamental en el cambio de la modalidad del trabajo médico: la creación del Pami, que fijó que todos aquellos que ingresaran a trabajar como prestadores cobrarían por cápita, lo que significaba que el acto médico dejaba de ser el indicador del arancel y pasaba a considerarse dentro de un paquete; con el agravante de que la

población a atender era la más vulnerable y, por lo tanto, la que más ocupaba los servicios del profesional.

c) Entre el 75 y la actualidad: este período comenzó con la aparición de todo tipo de grupos de médicos y profesionales de la salud en general que, viendo el panorama existente, optaron por organizar sus propios servicios, ofreciendo paquetes de prestaciones por un costo mensual fijo. Esto dio nacimiento a la medicina prepaga o “asistencia privada”, a la vez que se seguían desarrollando -en un marco altamente corrupto y politizado- las obras sociales. Cerca del final del siglo XX y bajo la influencia de la política neoliberal, se acentuó el proceso –aparentemente sin retorno- de la mercantilización de la salud. Si a esto le sumamos la falta de una política de Estado en salud, que contemple los intereses de toda la población, la consecuencia lógica es la persistencia de la inequidad, desigualdad e inaccesibilidad en salud.

Así, hoy tenemos un sistema de salud compuesto por tres subsectores:

- el de las obras sociales: luego de tantos años de malos manejos y corrupción, se presenta altamente desorganizado, con obras sociales que dan respuestas parciales a sus afiliados y que están quedando cada vez más despobladas, en razón de la disminución del trabajo formal;

- un subsector privado con una medicina cada vez más costosa -lo cual no quiere decir que sea más eficiente- y con menos personas capaces de afrontar el gasto mensual exigido, en virtud del empobrecimiento general de la población o de la caída de su poder adquisitivo.

En estos dos subsectores, el médico ha perdido la capacidad de determinar sus honorarios debido a la flexibilización laboral que, entre sus características, no permite las convenciones colectivas de trabajo como ocurre en el resto de los gremios.

- finalmente, un subsector público, cuyo principal efector -el hospital- que a pesar de haber sido históricamente descuidado y con presupuestos mal manejados, continúa dando respuesta y solucionando los problemas de salud, tanto de esa población que quedó excluida de los otros subsistemas, como de todos aquellos que quieran utilizar sus servicios, sin ningún tipo de discriminación. El médico es aquí un asalariado, cuyo trabajo y remuneración están sujetos a los vaivenes del presupuesto en salud.

En este panorama general del trabajo médico, se inserta la problemática de las demandas por responsabilidad profesional –a las que nos referimos anteriormente- que generaron la “industria del juicio” y el ejercicio de una “medicina a la defensiva”. Este fue un factor decisivo de cambio en la relación médico-paciente. A esto debemos

sumarle la “socialización del conocimiento”: hoy en día ya no hay una relación médico-paciente basada en la confianza o en la autoridad científica del médico, sino que el paciente llega al consultorio con una idea preelaborada del mal que lo aqueja y un bagaje de conocimientos adquiridos como efecto de la “globalización” y los avances tecnológicos.

Al finalizar este trabajo, estamos en condiciones de aseverar que en los últimos 70 años, el médico en general y el de la Ciudad de Buenos Aires en particular, ha visto cambiar radicalmente su forma de trabajo: de ser un prestador individual, que despertaba la admiración del paciente por sus conocimientos pasó a ser un trabajador más al que ni siquiera se le respeta la formación que con tanto sacrificio adquirió. Incluso, ya desde el último tramo de su formación médica –la residencia- debe enfrentar las limitaciones del sistema, que no sólo le ofrece una retribución mínima, sino que lo obliga a un régimen de trabajo a veces excesivo y en condiciones insatisfactorias.

También vio modificada su situación socioeconómica: de un bienestar otorgado por el ejercicio de una profesión digna, se transformó en el médico de hoy que está empobrecido y debe trabajar en varios lugares para lograr una remuneración que le permita vivir con el nivel que le requiere la sociedad por el hecho de ser médico. Además, la mayoría de las veces no logra entablar una relación médico-paciente fluida porque el fantasma de la “mala praxis” está siempre presente.

A todo eso, le debe sumar la explotación por parte de sus empleadores –muchas veces sus pares-, tanto a nivel privado como de obras sociales, los cuales le exigen la facturación de sus servicios, lo que los exceptúa de otorgarles los beneficios sociales mínimos: ART, jubilación, licencias, entre otros.

En este contexto, el hospital, que comenzó como hospicio y exclusivamente para pobres, evolucionó hasta ser en la actualidad el eje del sistema público de salud, lugar de asistencia abierto para toda la comunidad y que se convirtió en un centro de formación para los médicos y otros profesionales de la salud. En él se realizan no sólo la recuperación de la salud, sino también la prevención instrumentada a través de acciones con la comunidad –prevención y promoción- y todo otro tipo de actividades formadoras. Por otro lado, se desarrollan numerosas investigaciones, trabajos de campo y otras acciones tendientes a formar el recurso humano del sector público, que luego desarrollará sus actividades no sólo en ese sector –que no siempre puede otorgarle las condiciones o remuneración merecidas- sino también optar por el ámbito privado e incluso por irse al exterior.

Como reflexión final, como en 1936, hoy reafirmamos la necesidad de la defensa gremial de los derechos y de la unión del cuerpo médico para afrontar los cambios que se producen en el ejercicio de la profesión, causados las más de las veces no por la profesión misma, sino por un entorno que excede el universo de la medicina.