

ESTADO Y SALUD EN LA ARGENTINA

Néstor Perrone
Lucrecia Teixidó

Introducción

En las sociedades desarrolladas la salud ocupa, sin excepción, un lugar de particular preferencia, y esto se manifiesta en la madurez de los ordenamientos organizativos alcanzados.

Las configuraciones que adopta el sector salud son resultado del juego interactivo entre la Sociedad Civil y el Estado¹ con la mediación del sistema político, que canaliza las expectativas y demandas de la primera, haciéndolas objeto de decisión para encontrar respuestas en los órganos de gobierno. No se trata de una estructura rígida, sino cambiante con los tiempos y los contextos históricos.

El sistema de salud argentino se conformó en el transcurso de nuestra historia sobre la base de la expansión temprana de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre connacionales, la incorporación de servicios de salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales.

¹ Cuando hablamos del Estado moderno, hacemos referencia a un actor muy particular ya que es aquel que detenta el monopolio legítimo de la fuerza física, tiene soberanía interna en todo el territorio nacional y sobre todos sus habitantes para hacer cumplir la ley y sus disposiciones a través del aparato administrativo y jurídico estatal y ejerce la soberanía externa con relación al resto de los estados nacionales. Entre los autores que desarrollan esta perspectiva podemos citar a Max Weber, en *Economía y Sociedad*, FCE, México, 1992; Poggi, Gianfranco, *El desarrollo del Estado moderno*, Universidad de Quilmes, 1997; O'Donnell, Guillermo; "Acerca del Estado, la democratización y algunos problemas conceptuales", en: *Contrapuntos, Ensayos sobre autoritarismo y democratización*, Paidós; 1997; Oszlak, Oscar; "Formación histórica del Estado en América Latina: elementos teórico-metodológicos para su estudio", en: *Estudios CEDES*, Vol. 1, N° 3, Buenos Aires, 1978; Mann, Michael; "El poder autónomo del Estado: orígenes, mecanismos y resultados", en: *Zona Abierta*, 57/58.1991; O'Donnell, Guillermo; "Apuntes para una teoría del Estado" en: Oszlak, Oscar (comp); *Teoría de la burocracia estatal: enfoques críticos*, Paidós, Buenos Aires.

Pensar que este fue el único modelo posible es descalificar el momento de la opción política de las elites y los grupos de interés en juego. Las posibilidades de desarrollo de un modelo más universalista o más fragmentado dependieron de determinadas coyunturas históricas y correlación de fuerzas sociales, de opciones y compromisos entre unos u otros actores involucrados y de la particular forma de resolución de los conflictos y tensiones en cada momento histórico. Las reiteradas rupturas institucionales con su impacto sobre la continuidad de las políticas estatales, el peso de intereses corporativos, la sumatoria de decisiones instrumentales que buscaron favorecer ya a unos ya a otros actores del sistema de salud, las incompetencias recurrentes y por supuesto, las políticas acertadas, que en muchos casos persistieron en el tiempo, contribuyeron a cristalizar el sistema actual.

El resultado fue la multiplicidad de jurisdicciones, la superposición de prestaciones, la sub y sobre utilización de recursos, la estratificación en el acceso a los servicios y las dificultades para definir prioridades, entre otros aspectos. No obstante la amplia cobertura territorial alcanzada o la calidad de sus profesionales, la fragmentación del sistema de servicios de salud trajo aparejado, inevitablemente, un nivel apreciable de inequidad social.

Este documento propone una selección, arbitraria como toda selección, de los aspectos históricos, institucionales y sanitarios más relevantes en la conformación del sistema de salud argentino y que, en opinión de los autores permiten mostrar las razones políticas y de relación de fuerzas que indujeron en diferentes etapas de su desarrollo, a la adopción de las respuestas que fueron definiendo su perfil específicamente argentino. Esas decisiones consolidaron y cristalizaron un conjunto de intereses y de actores estatales, gremiales y privados que explican la rigidez y las limitaciones políticas para encarar una efectiva reforma sanitaria del conjunto del sistema.

El recorrido que proponemos puede sintetizarse en los siguientes grandes hitos:

- La etapa colonial, que condicionó de inicio las relaciones público-religioso privadas de sistema de salud.

- La independencia nacional de 1816, que procedió poco después al reemplazo de las instituciones heredadas, dando lugar al Servicio Médico y al Tribunal de Medicina, así como a la creación de la Sociedad de Damas de Beneficencia y de la Universidad de Buenos Aires durante el gobierno de Bernardino Rivadavia
- El proceso de construcción del Estado Nación, la sanción de la Constitución Nacional de 1853 y la federalización de la Ciudad de Buenos Aires en 1880, que dejaron tensiones políticas perdurables, internas al propio Estado, en la relación entre la Nación y las Provincias.
- Los condicionantes mandatorios para el desarrollo sanitario, emergentes de la guerra y las luchas internas, de la aparición de epidemias y del crecimiento poblacional, que acompañaron la urbanización y el desarrollo económico, avanzado ya el siglo XIX. Estas circunstancias exigieron y encontraron respuestas varias por parte del Estado y la visión y participación de los higienistas de la época resultaron clave en la transformación y el fortalecimiento de las instituciones sanitarias estatales y en la expansión de los hospitales públicos. En menor escala, los connacionales desarrollaban los hospitales mutuales, a imagen y semejanza de los hospitales públicos.
- La década del 30, signada por la crisis económica mundial abrió paso a una mayor intervención del Estado en diferentes áreas de la actividad económica y social, situación que modificó las relaciones Sociedad Civil-Estado y abonó el desarrollo ulterior de nuevas alianzas políticas, que involucraron al sector salud. El golpe de estado que derrocó al gobierno constitucional del Dr. Hipólito Irigoyen en 1930 habilitó en la Argentina la irrupción militar sistemática en la administración del Estado durante las siguientes décadas, hasta el retorno a la estabilidad constitucional iniciada en 1983 con el mandato presidencial del Dr. Raúl Alfonsín y que perdura hasta nuestros días. Esta precariedad institucional influyó inevitablemente en las políticas del sector salud y en los vaivenes centralizadores y descentralizadores que caracterizaron el período.
- La fuerte intervención del Estado llevada a cabo por el gobierno peronista entre 1945 y 1955 desencadenó sobre el sector salud un doble proceso a la vez vigoroso y tensionante. Por un lado la centralización propiciada por el Ministro

Ramón Carrillo, y por otro, el decidido apoyo estatal a la atención médica brindada por las obras sociales sindicales a los trabajadores. El proceso centralizador estuvo acompañado de un importante desarrollo de los hospitales públicos de dependencia nacional, que en las décadas siguientes serían transferidos a las provincias en las que asentaban. El apoyo a las obras sociales de los sindicatos impulsó el seguro social en salud para la clase trabajadora e intensificó la participación política de las entidades gremiales involucradas.

- El dictado de la ley 18.610 de Obras Sociales en los inicios de la década del 70, extendió el seguro social a todos los trabajadores en relación de dependencia mediante la afiliación obligatoria a la obra social, y estableció su financiamiento, circunstancias que por un lado, dejaron cautivas a las poblaciones trabajadoras en la respectiva entidad aseguradora y consolidaron las diferencias existentes entre trabajadores y no trabajadores y entre los propios trabajadores según ramo, y por otro generaron un importante flujo de dinero que modificó las relaciones de poder entre las organizaciones de financiamiento, de prestación de servicios y de regulación, condicionando las procedencias y los destinos de los usuarios y de los fondos en el sistema de salud. En ese período, la ley 19.032 creó el Servicio Social para Jubilados y Pensionados y dio origen a una nueva diferenciación: la clase pasiva.
- Los intentos integradores del SNIS, Sistema Integrado de Salud, propuesto en 1973 durante la tercera presidencia de Juan Domingo Perón, y el Seguro Nacional de Salud, diez años después en el gobierno democrático del Dr. Raúl Alfonsín, tuvieron en su formulación inicial los objetivos de articular y unificar el sistema de salud. El primero, más próximo en su concepción a un servicio nacional, y el segundo centrado en la seguridad social, priorizaban la cobertura económica financiera igualitaria para todas las personas, por su mera condición de ciudadanos, así como el derecho a la libre elección del prestador de los servicios, cualquiera fuera su dependencia: pública, privada o de las obras sociales. Las resistencias generadas frustraron en el primer caso y desvirtuaron en el segundo, las intenciones políticas de los respectivos mandatos.

- En la década del 90, las reformas estructurales inspiradas en los principios liberales del Consenso de Washington orientaron la incorporación del sistema de salud a las reglas del mercado, a través de dos políticas sustantivas: el impulso a los hospitales públicos de autogestión y la desregulación del sistema de obras sociales.
- Las crisis de la deuda y de la gobernabilidad cierran el siglo XX y trasladan sus consecuencias al sistema de servicios de salud. Las obras sociales se desfinancian por la inimaginable desocupación y la consecuente disminución de aportes; los hospitales públicos afrontan los incrementos de las demandas no obstante las restricciones presupuestarias impuestas; y el subsector privado encuentra reducida su clientela, encarecidos los costos fijos y los insumos externos requeridos y postergadas las transferencias de fondos provenientes de la seguridad social.

El trabajo que presentamos a continuación busca desarrollarse a través de un hilo histórico que reconoce su inspiración en los excelentes estudios del Dr. Juan Carlos Veronelli sobre el tema, en el entendimiento de que, como afirma Edgard Morin, la cronología constituye un medio pertinente para avanzar en la comprensión del pasado y el presente de nuestros logros y problemas.

La colonia y la herencia española

La Corona española tuvo una profunda influencia en el surgimiento y la configuración de nuestro sistema de salud, que se estructuró en base a hospitales públicos dependientes a nivel local de los cabildos, un canal sui generis de expresión de la voluntad popular y que desde su inicio dio cabida a hospitales religiosos y a médicos privados para la atención de los particulares.

España ejercía el control en todas sus colonias a través del Protomedicato,² autoridad sanitaria de amplia competencia a cargo de un “protomédico” designado

² La primera competencia de los protomedicatos era el control profesional de médicos y boticarios. Por decreto de Vértiz de 1778 extiende sus competencias a Farmacia y Cirugía. Ver J.C.Veronelli, Medicina, Gobierno y Sociedad. Ed. El Coloquio, Bs. As. 1975.

por la Corona. Los hospitales públicos y la estructura institucional del cabildo como autoridad sanitaria local y del Protomedicato como autoridad central, fueron traídos a América y tuvieron alcance y características distintas según cuál sea el virreinato analizado: los de antigua data como Nueva España (México), Nueva Granada (Colombia), del Alto Perú o el último en crearse, el Virreinato del Río de la Plata. Las improntas dejadas por la administración española en esos ámbitos dependieron de los respectivos desarrollos, y aunque no es nuestro propósito hacer comparaciones entre los sistemas coloniales de salud, es importante tener en cuenta que a comienzos de siglo XVII los virreinos no eran equiparables: la Ciudad de Méjico tenía 15.000 habitantes, Lima 10.000 y Buenos Aires sólo 200.

El Estado colonial estuvo presente desde los inicios y la creación y puesta en funciones de las primeras estructuras hospitalarias, resultan una fehaciente expresión de sus intervenciones³. En 1553, a poco de fundada la ciudad de Santiago del Estero, crea el primer hospital con carácter de tal, aunque se trate de un edificio precario. En 1583 se funda el hospital Santa Eulalia, el primero de la ciudad de Córdoba, previa autorización de la Corona española. En 1605 el gobernador Hernandarias de Saavedra dispone la creación del Hospital Militar de San Martín de Tours, reservado para los heridos de guerra, que se cerrará hacia 1640 y se reabrirá por orden del Gobernador Valdez Inclán en 1702; y es finalmente el Cabildo quien decide en 1748 ponerlo a cargo de los padres Betlehemitas. En la misma época, 1745, se sientan aunque en forma precaria, las bases del futuro Hospital de Mujeres⁴.

El Virreinato del Río de la Plata se conformó tardíamente, próximo a la emancipación, ya que se crea en 1778 por un decreto del Virrey Vértiz. Poco después aparece el Protomedicato de Buenos Aires a cargo de Miguel Gorman, con la función de organizar hospitales, administrar medicamentos y otras cuestiones afines. En 1804 Miguel Gorman crea la Junta de Sanidad con el objetivo de prevenir y mejorar la calidad de vida de los habitantes de la ciudad y a

³ En las leyes de los Reinos de Indias, Ley I, Fuenzalida a 7 de octubre de 1541, se dispone que se funden hospitales en todos los pueblos españoles e indios. J. C. Veronelli, op. Cit.

⁴ J.C. Veronelli y M. Veronelli Correch, Los Orígenes Institucionales de la Salud Pública en Argentina, Tomo 1, OPS, Bs As, 2004

través de ella introduce la práctica de la vacunación antivariólica⁵ en el Río de la Plata, aplica mejoras en los hospitales, crea dos leprosarios, organiza la medicina preventiva con medidas para desinfecciones regulares, desarrolla el saneamiento ambiental a través de la provisión de agua potable, instalación de letrinas, regulación de los cementerios, recolección de residuos, control de mercados y panaderías, y propone normas sobre enfermedades transmisibles, tratamiento de afecciones como reumatismo, venéreas, tétanos en recién nacidos, tuberculosis, escorbuto, etc. Gorman fue Protomédico durante casi cuarenta años, se retiró en 1816 y murió tres años más tarde.

El período colonial dejó incorporado en los cabildos la responsabilidad del manejo de la salud pública y de los hospitales públicos y religiosos. Su alcance e intensidad experimentaron cambios, avances y retrocesos, pero la impronta estatal estuvo y está presente incluso cuando sanciona y hace cumplir los dispositivos legales e institucionales que lo liberan del cumplimiento de funciones básicas, cuando delega éstas en ámbitos privados o simplemente a la responsabilidad individual.

La iglesia acompañó el cuidado de los enfermos a través de sus obras de beneficencia, direccionó y ejerció el control en diversos ámbitos de la vida individual y social y concentró el registro de las personas y de los hechos vitales como el bautismo, la defunción y el matrimonio. Aún quedan vestigios de este amplio espectro de intervenciones eclesíásticas.

El período colonial concluyó en 1810, con una población de aproximadamente 130.000 personas, asentadas en los límites no muy claros de la Intendencia de Buenos Aires. En ese momento Paraguay contaba con 60.000 habitantes, Córdoba con 140.000 y Salta con 80.000.

⁵ La viruela atacó en Buenos Aires en 1627, 1638 y 1700 y durante todo el siglo XVIII y XIX. En Occidente aproximadamente el 15% de las muertes se debían a ella y morían casi el 80% de los infectados. Encabezados por Inglaterra y Francia, en la segunda mitad del Siglo XVIII los gobiernos comienzan a adoptar la variolización como política de estado. Miguel Gorman que había sido comisionado por Carlos III para especializarse en el método en Inglaterra, llega al Río de la Plata con la expedición de Pedro de Cevallos y hacia 1804 será clave para formular propuestas frente a la pestilencia de la Ciudad de Buenos Aires. La vacunación antivariólica quedó así instalada en la agenda pública. (J.C.Veronelli.. Medicina, Gobierno y Sociedad)

Un legado importante de la Colonia será la preeminencia de Buenos Aires con relación al resto de las provincias, surgida de la Ordenanza de Intendentes de 1783. Dicha Ordenanza dividió el territorio del naciente Virreinato en una Intendencia General del Ejército en Buenos Aires y siete intendencias: Paraguay con capital en Asunción, La Plata con capital en Charcas, Cochabamba, La Paz, Potosí, Salta y Córdoba del Tucumán, y otorgó a Buenos Aires el control de las finanzas por sobre el resto de las intendencias, a la vez que estableció su dependencia directa de la Corona.

La independencia nacional: La construcción del Estado

La administración colonial en América latina duró 300 años. Las primeras décadas del mil ochocientos fueron tiempos de crecientes y extendidos movimientos emancipatorios que rompieron la unidad política de los respectivos virreinos españoles.

Las características que fueron desarrollando los nuevos estados latinoamericanos estuvieron condicionadas por factores diversos, entre los que vale consignar la existencia y dimensión de los mercados, el crecimiento poblacional, la disponibilidad de medios de comunicación y el control indígena de amplios territorios, entre otros.

La construcción de un Estado y la construcción de una nación no son efecto de un acto constitutivo formal sino el resultado de un proceso con avances y retrocesos.⁶ En consecuencia, la ruptura con el poder imperial no significó el reemplazo automático del Estado colonial por un Estado nacional. El proceso de emancipación tuvo en sus inicios un carácter municipal, con instituciones locales débiles y acotadas a lo administrativo y judicial y alentó tendencias a la autonomía regional. Una de las consecuencias del desmembramiento del Virreinato del Río

⁶ Oscar Oszlak, La formación del Estado argentino, orden, progreso y organización nacional, Ariel Historia, Buenos Aires, 2004

de la Plata fue el desarrollo del puerto de Buenos Aires y el empobrecimiento de las provincias prósperas del norte⁷.

Nuestro país recorrió un largo camino de luchas y reiterados intentos institucionales que paso a paso fueron conformando una base sobre la que se pudo consolidar el país. La sucesión de juntas provisionales y triunviratos concluyó en 1812 con la decisión del Segundo Triunvirato de convocar a una Asamblea General Constituyente de las Provincias Unidas del Río de la Plata. La Asamblea del año XIII se propuso como objetivo proclamar la independencia y redactar la Constitución del nuevo Estado. La falta de acuerdos, sumado a la ausencia de representantes del interior impidió declarar la independencia, sin embargo, tomó una serie de medidas que representaron efectivos avances en los atributos estatales: aprobó el escudo y la moneda nacional, encargó el himno nacional, dictó la libertad de vientres para las esclavas, suprimió los títulos de nobleza y el mayorazgo, liberó a los pueblos nativos del pago de tributos, abolió la inquisición y la tortura como práctica, prohibió el tráfico de esclavos y aprobó el reemplazo del Triunvirato por un Directorio unipersonal.⁸

En 1821 se disolvieron los cabildos a pedido del Gobierno de la provincia de Buenos Aires y Bernardino Rivadavia asumió como Ministro de Gobierno. Se inició entonces un proceso en el cual los sectores liberales y laicos del puerto, influidos en parte por la revolución francesa y americana y que aspiraban a constituir un gobierno nacional con eje en Buenos Aires, impulsaron la sanción de una nueva constitución en 1826, por la cual se decidió que las Provincias Unidas del Río de la Plata pasaran a llamarse Nación Argentina y que Bernardino Rivadavia ocupara la presidencia. Esta es una solución transitoria e inestable como pronto se comprobará, ya que ni la constitución ni la autoridad central fueron aceptadas por el resto de los actores involucrados. Tiempo después, en 1831, se firmó el Pacto Federal que por varios años hizo de Constitución nacional y por la cual se acordó

⁷ Esa desigualdad de origen persiste en la actualidad como se puede observar en los bajos índices de desarrollo socio sanitario y de bienestar de las provincias del NOA y NEA. Estudio Nutricional y de las condiciones de vida de la niñez pobre del norte argentino (ENCUNA), Cruz Roja Alemana, Cruz Roja Argentina, kNACK, con financiamiento de ECHO, Buenos Aires, junio 2004

⁸ La multiplicidad de monedas provinciales se mantuvo hasta 1881 en que se unificó la moneda a través de la ley 1130.

que el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires fuera el encargado de las relaciones exteriores de la Confederación Argentina.

Bernardino Rivadavia como Ministro y luego como Presidente, tomó una serie de decisiones políticas muchas de las cuales tuvieron larga vida y dejaron una impronta en las políticas sociales y sanitarias en la Argentina.

En 1821 funda la Universidad de Buenos Aires y el Servicio Médico de la Ciudad de Buenos Aires y de la Campaña. En 1822 creó el Tribunal de Medicina, que reemplazó al Protomedicato en todas sus funciones, exceptuando de su control a la enseñanza de la medicina que quedó a cargo de la Universidad y la de investigación y post grado en manos de la Academia de Medicina. Se fijó la duración de la carrera de Medicina y se reguló la habilitación de profesores y médicos.⁹

A consecuencia de la ineficiente gestión hospitalaria de los Betleheimitas, en 1822 clausuró el Hospital de Santa Catalina y suspendió las actividades de la Hermandad de la Santa Caridad, que regenteaba el Hospital de Mujeres y el Colegio de Huérfanos. Todos esos hospitales pasaron al ámbito del Ministerio de Gobierno.

En 1823 creó la Sociedad de Damas de Beneficencia de Buenos Aires, entidad financiada principalmente con fondos del Estado, que reprodujo la orientación caritativa de los hospitales instaurada por la Iglesia Católica desde los tiempos de la colonia. La Sociedad de Beneficencia se hizo cargo entre otros del Hospital de Mujeres¹⁰, de la Casa de Expósitos y del Hospital de Alienadas.

La institución tuvo un papel clave en las políticas asistenciales del gobierno nacional hacia los pobres y desvalidos, función que desarrolló hasta la primera presidencia de Juan D. Perón.

La decisión de Bernardino Rivadavia de intervenir activamente en el área de salud se vio limitada por la debilidad institucional del gobierno, su incapacidad para ejercer e imponer autoridad en el territorio nacional con la consiguiente dificultad para financiar políticas e instituciones sanitarias y asistenciales.

⁹ J.C. Veronelli y M. Veronelli Correch. Op. Cit.

¹⁰ Primera maternidad gratuita y precursora de la actual maternidad Peralta Ramos del Hospital Rivadavia.

En este período surgieron iniciativas dispersas desde la sociedad civil, una de las cuales se concretó en 1822 con la creación de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, como una corporación de carácter científico.

Buenos Aires se expandió al ritmo de las oleadas inmigratorias. Hacia mediados de 1850 la población de la provincia tenía una primera minoría de inmigrantes españoles, seguidos por los franceses y los ingleses. Muestra de la importancia de esas corrientes fueron la fundación del Hospital Francés en 1842 y luego de la firma del Tratado Anglo Argentino, la fundación del Hospital Británico en 1844.

En 1845 Sarmiento afirma que la Argentina surgida del gobierno rosista, se había transformado radicalmente, no tanto en los hábitos de obediencia como destacará Alberdi, sino en la red de intereses consolidados por la moderada prosperidad alcanzada durante la paz impuesta por Rosas a todo el país. En el mismo sentido pero con énfasis diferente, Alberdi sostuvo en 1847 que la estabilidad política lograda por Rosas había hecho posible la prosperidad y sentado las bases para institucionalizar el orden político.¹¹

Con relación al sistema de salud en la etapa rosista, Juan Carlos Veronelli llama la atención sobre los índices de graduación que descendieron notablemente en ese período ya que, mientras en 1827 se graduaron trece profesionales médicos, en 1852 sólo se graduó uno. El deterioro institucional, académico y edilicio resultó de una combinación de factores, entre los cuales el autor cita las dificultades financieras del erario público, la persecución ideológica, la intolerancia religiosa y el culto a la personalidad.¹²

A tal extremo llegó la falta de médicos, que en 1843 el catedrático cordobés Luis Tamini propone -aunque es rechazada su iniciativa- autorizar a los curanderos de los pueblos del interior para proceder a las campañas de vacunación.

¹¹ Tulio Alperin Donghi, Proyecto y construcción de una nación, 1846-1880, Ariel Historia, Buenos Aires, 1995

¹² J.C.Veronelli y M.Veronelli Correch. Op. Cit.

La unificación nacional

Durante el período que media entre 1810 y 1880 se sucedieron conflictos, desencuentros y luchas por intereses económicos y regionales que enfrentaron a las provincias del interior, a las del litoral y al puerto de Buenos Aires, en manos de la provincia homónima.

Hacia mediados del siglo XIX entre los sectores intelectuales y dirigentes se fue instalando la certeza de que para avanzar hacia el desarrollo era necesario un Estado nacional, estructuras administrativas y un régimen de derecho que superara la alternancia entre anarquía y dictaduras. Después de la caída de Juan Manuel de Rosas y el triunfo de Justo José de Urquiza en 1852, dos tendencias se perfilaban claramente en el país en construcción. De un lado, los Autonomistas, sectores bonaerenses con una fuerte tendencia a concentrar el control de la Aduana y sus beneficios para construir un mercado nacional subordinado a la hegemonía política de la burguesía porteña y bonaerense. Por otro, la Confederación que nucleaba al interior del país y pretende nacionalizar los recursos aduaneros e integrar a Buenos Aires dentro de una estructura más equitativa en la distribución del poder y la riqueza.¹³

En 1853 se realizó en Santa Fe un Congreso General Constituyente en el que, si bien no estaba representada la Provincia de Buenos Aires, dictó y promulgó la Constitución de 1853. En ella se estableció un gobierno representativo, republicano y federal. Estos principios institucionales se expresaban en un Poder Legislativo bicameral, un Poder Judicial independiente y un federalismo moderado ya que si bien reconocía las autonomías provinciales en el mismo acto definía un fuerte poder central con un ejecutivo unipersonal elegido por un colegio electoral, sin posibilidad de reelección. Se garantizó la libertad de culto pero se reconoció al catolicismo como religión oficial.¹⁴

¹³ Entre los intelectuales autonomistas o separatistas estaban Dalmacio Vélez Sarsfield, Bartolomé Mitre, Valentín Alsina, Domingo F. Sarmiento, entre los más destacables. A favor de la Confederación, Olegario Andrade, Evaristo Carriego, José Hernández, Juan B. Alberdi y Mariano Fragueiro, entre otros. Tulio Alperin Donghi, op. cit

¹⁴ En la Constitución Nacional está reconocido implícitamente el derecho a la salud en el artículo 33 y en la Reforma de 1994 se lo hace explícito en el artículo 75 inc.22 con la incorporación de los Tratados Internacionales como la Declaración de Derechos Humanos, las Cartas de Ottawa, Río, Estocolmo, y otras. Cuando en la Constitución se establece que al

La opción federal es un arreglo institucional frecuente en el surgimiento de las naciones en los siglos XIX y XX. Significa que un grupo de gobiernos constituyentes reconocen la autoridad de un gobierno federal sobre su propio territorio y población para una serie de funciones que se extienden a todo el territorio, y retienen otras funciones dentro de su propia frontera. De hecho es un acuerdo basado en la confianza mutua y para lograr objetivos que de otra forma no lograrían cada una de las partes intervinientes por separado. Es un intento superador de formas de asociación más laxas y por lo tanto más inestables, como son las alianzas o las confederaciones.

Sin embargo la cuestión federal en nuestra historia tiene un matiz diferente ya que fueron intentos violentos y sangrientos para poder construir instituciones y reglas que rigieran las diferentes partes de esa entelequia de unidad, preconcebida sobre la base del viejo Virreinato.

La propuesta institucional diseñada por Alberdi se inspiró en el modelo federal de gobierno de los Estados Unidos pero tuvo, sin embargo, una diferencia básica. El federalismo norteamericano buscaba poner límites al poder central mientras que en la Argentina debía ser un instrumento para crear lo que todavía no existía: una Nación y un Estado. Para lograrlo, era necesario un gobierno central fuerte, con amplias prerrogativas para el cargo de presidente. Las actividades y funciones del gobierno nacional serían financiadas con los derechos de importación y exportación de la aduana de Buenos Aires y ese, justamente, uno de los puntos que generaron mayor resistencia por parte de las provincias.

Las dificultades para solucionar el conflicto de intereses entre el interior y la Provincia de Buenos Aires, y entre ésta y la ciudad portuaria se agravaron entre otras causas por la ausencia de una clase social de alcance nacional que morigerara las desavenencias internas del país

Estado le corresponde "...promover el bienestar general", está otorgándole un rol inequívoco dirigido a la disminución de las inequidades existentes tanto entre los ciudadanos como entre las distintas regiones del país.

Al Gobierno Nacional le cabe el rol de aunar criterios y esfuerzos para encarar problemas unitarios que no reconocen límites federales ni políticos, como son los que afectan indistintamente la salud de la población y para cuya superación, muchas veces se hace necesario coordinar acciones más allá de las propias fronteras del Estado nacional.

El ejército nacional, a cuyo frente estaba Urquiza, chocó con las fuerzas porteñas comandadas por Bartolomé Mitre en la batalla de Pavón el 17 de septiembre de 1861. Vencedora Buenos Aires, su victoria provocó el derrumbe del gobierno de la Confederación presidido por Derqui y abrió las puertas a la formación de un bloque histórico regional que impuso su hegemonía a escala nacional recién en 1880 a través de la alianza entre la burguesía porteña con los sectores fuertes de Córdoba y Tucumán.

La federalización de la ciudad de Buenos Aires por ley del Congreso de la Nación del 20 de septiembre de 1880, marcó un jalón importante al convertirla en Capital Federal de la República y cerrar definitivamente el capítulo de la integración nacional.

Finalmente, como afirma Tulio Halperin Donghi, "...el imperium de la Nación se ha impuesto sobre el imperium de las provincias."¹⁵

Los avances concretos hacia la consolidación y la expansión de un poder central unificado y con autoridad sobre la totalidad del territorio favorecieron la aplicación de políticas activas en el terreno sanitario y, como se verá a continuación, el Estado se transformó en un actor clave para la salud pública.

La cuestión social y los higienistas

Desde el siglo XVII comienza a desarrollarse en Europa una nueva concepción de la relación entre el cuerpo enfermo y la salud, entre el dolor y el bienestar, entre el médico y los medios para enfrentar la muerte.

La revolución industrial, la expansión de las ciudades con una creciente masa de trabajadores, hombres, mujeres, niños, condenados a extenuantes jornadas de trabajo, hacinados en viviendas insalubres, con un deterioro creciente del medio ambiente y de la salud física y mental de las personas, llevó a los estados modernos, especialmente a Inglaterra, a ocuparse de una nueva problemática: la salud pública.

¹⁵ Tulio Halperín Donghi, Proyecto y construcción de una nación (1846-1880), Ariel Historia, Buenos Aires, 1995.

Nuestro país se transformaba impulsado por la oleada de progreso¹⁶, la urbanización y la inmigración masiva. Hacia 1880 culminó un proceso de secularización que, en la práctica, significó la transferencia a la órbita estatal de diversas funciones que tradicionalmente habían sido desarrolladas, a veces de manera compartida, por la iglesia.

En parte como consecuencia del conflicto social subyacente y a manera de freno, el Estado comenzó a intervenir regulando actividades insalubres, el trabajo femenino e infantil y los accidentes de trabajo. Por esa época se creó la Junta de Higiene y la Junta de Sanidad del Puerto, dependientes del Ministerio de Guerra y Marina y del Ministerio del Interior respectivamente.

Los higienistas, muchos de los cuales provenían del socialismo, se enfrentaron reiteradamente con la iglesia y tuvieron un papel clave en el proceso de secularización. Eduardo Wilde lo expuso en su Curso de Higiene Pública y fue el portavoz del gobierno nacional en la legislatura apoyando los proyectos de matrimonio civil y educación común. Algunos de los temas en los cuales insistieron fueron, la necesaria modificación de prácticas funerarias, el manejo de cadáveres y la localización de los cementerios ya que excepto la Chacarita, todos los cementerios eran intraurbanos. Esto se vinculaba directamente con la limpieza y desinfección de las ciudades.

Hacia 1877 Eduardo Wilde afirmaba: “¿A quién está encargada la dirección de la sociedad, por lo que respecta a la higiene pública? No puede estar

¹⁶ La generación del 80 constituyó un movimiento liderado por un grupo de hombres, de distintas profesiones y orígenes, orientados por el pensamiento positivo e imbuidos de los avances de la ciencia, la literatura y la historia, que se propusieron dejar atrás el país bárbaro y aislado para dar curso a una nación culta y vinculada, sentando las bases de la República moderna. Fueron precursores Juan Bautista Alberdi, Bartolomé Mitre y Domingo Faustino Sarmiento. Entre los protagonistas de la generación del 80 cabe mencionar a Estanislao Zeballos, Florentino Ameghino, Francisco Moreno, Eduardo Ladislao Holmberg, Adolfo Saldías, Miguel Cané, Lucio V. López, Eduardo Gutiérrez, Eugenio Cambaceres, Roberto J. Payró, Joaquín V. González y los médicos Guillermo Rawson, Eduardo Wilde, José María Ramos Mejía y Telémaco Susini, aunque el listado de personalidades memorables resulta incompleto.

encargada a un particular sino a la autoridad general. Es el gobierno el que tiene que dirigirla (...).¹⁷

En 1902, a consecuencia del aumento de las luchas obreras por mejores condiciones de vida y trabajo, el Gobierno sancionó la Ley 4144, conocida como Ley de Residencia, por la cual se deportaba a los trabajadores extranjeros que fueran considerados un peligro para el orden público. La agitación obrera expresaba una realidad acuciante frente a la cual el gobierno buscó dar una respuesta. Para ello, convocó a un grupo de profesionales, entre los que se encontraban Marcelino Ugarte, Del Valle Iberlucea y Carlos Bunge, para la elaboración del Código de Trabajo que finalmente no logró aprobación parlamentaria.

Sin embargo, en 1905 se aprobaron una serie de leyes entre las cuales podemos mencionar a la Ley 4661/05, de descanso dominical (sin retribución), la Ley 8999/07 por la que se creó el Departamento Nacional de Trabajo, la Ley 5291/08 que prohíbe el trabajo nocturno e insalubre para mujeres y menores y la Ley 9688/15 para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En 1911 se incorporó la Sección de Higiene Industrial y Social dependiente del Departamento Nacional de Higiene y entre 1916 y 1928 los gobiernos radicales impulsaron a su vez otras leyes sobre prohibición de fabricación de fósforo blanco y amarillo, del trabajo nocturno en panaderías, uso de plomo en pinturas, etc.

Si bien esta legislación no implicó que la intervención estatal fuera consistente en su cumplimiento, y en verdad fue débil su papel como contralor, podemos destacar el renovado impulso que tomó la educación sanitaria a partir de 1920 y que involucró activamente a la sociedad civil. En este período el Círculo Médico Argentino y el Centro de Estudiantes de Medicina crearon la Liga Argentina de Profilaxis Social, que desarrolló una tarea de difusión y promoción a través de conferencias y distribución de material impreso en escuelas, cuarteles militares y fábricas¹⁸.

¹⁷ Héctor Recalde, Higiene pública y secularización, CEAL, 30, Buenos Aires, 1989

¹⁸ Las políticas sociales en perspectiva histórica, en Daniel Lvovich y Juan Suriano. Prometeo Libros, Buenos Aires, 2005.

Las migraciones, las guerras y las epidemias

Desde época temprana, en el área de la salud pública el Estado argentino fue un claro ejemplo de intervención activa. Creó jurisdicciones y áreas de gobierno, definió atribuciones y funciones, destinó recursos, legisló, distribuyó responsabilidades y delegó otras. El resultado fue una participación efectiva a través de la creación y expansión del servicio hospitalario.

Los procesos migratorios, las guerras y las epidemias fueron factores que intervinieron directa e indirectamente en los procesos de definición de políticas estatales en el campo de la salud pública, en la institucionalización y la normatización de procedimientos y funciones, y en la expansión de los servicios y las coberturas.

Hasta 1869, año del primer Censo Nacional, el crecimiento poblacional del país en formación había sido lento en relación a su futuro próximo. La Ciudad de Buenos Aires tenía por esos entonces 187.000 habitantes y el país en su conjunto 1.800.000 habitantes. Entre 1860 y 1914 la población total argentina se cuadruplicó. Se produjo un desplazamiento hacia la región pampeana y la población de la Capital aumentó nueve veces. El Censo Nacional de 1914 indicó una población total de 7.900.000 y en la Ciudad de Buenos Aires de 1.576.000 habitantes. Esas cifras condicionarían en buena medida, la intervención del Estado para la expansión de los servicios, como luego se ha de reseñar.

Con el aumento de la inmigración europea cambió el perfil de los trabajadores con la incorporación de nuevos oficios, el tipo de vivienda con la aparición de los inquilinatos y los conventillos, y se introdujeron nuevos hábitos alimentarios y nuevos vocablos al decir porteño. Los inmigrantes venían por el mecanismo de la cadena, los de una nacionalidad traían a otros de la misma nacionalidad para ejercer el mismo oficio. Las necesidades económicas y laborales de estos sectores llevaron a la creación de sociedades de socorros mutuos y la agremiación, que posteriormente darán origen a los hospitales mutuales. A partir de los años veinte comienza a disminuir la llegada de inmigrantes europeos y se acentúa el desplazamiento y la llegada trabajadores del

interior del país y de los países limítrofes, frente a los que hubo mayores prejuicios. Una de las consecuencias fue la paulatina desaparición de la figura de la nodriza, utilizada por los sectores medios y altos para la crianza de sus hijos, ya que rechazaron el perfil físico de la mujer del interior a lo que vino a sumarse los temores por enfermedades como la tuberculosis y a otras infecciosas.

La Guerra de la Triple Alianza iniciada en 1865, conocida como Guerra del Paraguay, puso a prueba la disponibilidad de camas hospitalaria de Buenos Aires que resultó insuficiente frente a la demanda generada por la gran cantidad de combatientes heridos. El Hospicio de los Inválidos, más tarde llamado Hospital Mixto de Inválidos y finalmente Hospital Rawson, fue la respuesta estatal ante el requerimiento. Aunque quedó muchos años con función asilar por el problema de los inválidos de guerra, sus antecedentes como “hospital de sangre”, contribuyeron años después a la creación de una Escuela Quirúrgica en ese establecimiento, llevada a cabo por el Dr. Andrés Francisco Llobet (1861-1907). Esta Escuela adquirió gran desarrollo y prestigio, gracias en buena medida a la aplicación de técnicas y tácticas quirúrgicas innovadoras y a la definición de normas rigurosas para la preparación de los pacientes y el uso de los quirófanos. Allí ejerció y se formó un importante grupo de cirujanos jóvenes que prestigiaron durante el siglo XX la cirugía argentina en el mundo, entre los que corresponde destacar por su labor a los hermanos Enrique y Raúl Finochietto.

Las epidemias eran frecuentes en Buenos Aires, pero los brotes de fiebre amarilla y de cólera de las últimas décadas del siglo XIX requirieron un protagonismo importante del Estado en materia de higiene y salud pública. La respuesta estatal se reflejó en la sanción de la Ley Orgánica del Departamento Nacional de Higiene en 1891, con un rol importante en el control de puertos y de trenes y en la fiscalización de las crecientes exportaciones. Pocos años antes, en 1886 se había creado el Hospital Muñiz de Infecciosas para la atención de los enfermos de cólera, en el mismo predio que hoy ocupa y que para ese entonces estaba en las afueras del casco urbano.

Las circunstancias sociales y científicas de la época se expresaron también en conflictos políticos que condicionaron y contribuyeron a definir el futuro

sanitario del país. “Por un lado, el Poder Ejecutivo Nacional cuestionaba a la corporación médica por su incapacidad para prevenir y contrarrestar los efectos de las grandes epidemias de los sectores populares. Por el otro, el claustro de alumnos, junto con el claustro de graduados de la Universidad de Buenos Aires y los médicos disidentes organizados a través del Círculo Médico Argentino, enfrentaban al claustro docente y al cuerpo profesional por la falta de renovación científica y la enseñanza vigente de carácter elitista, corporativa, monopolizante del arte de curar y desprovista de contenidos y sensibilidad social (*magíster dixit* y no se aceptan las opiniones de nadie)”¹⁹

La federalización de la ciudad de Buenos Aires enfrentó asimismo a los gobiernos de las jurisdicciones nacional, provincial y municipal por la propiedad y el uso de los hospitales existentes e inclusive de la Universidad de Buenos Aires como ámbito de formación de profesionales. Uno de los resultados fue la cesión del Hospital de Clínicas a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.²⁰ A su vez, La Plata, nueva capital de la Provincia de Buenos Aires, inauguraba su Universidad, sus museos, sus hospitales, y la magnífica arquitectura de fin de siglo XIX de sus construcciones gubernamentales.

El Hospital Público: La expansión de la capacidad hospitalaria

La tradición colonial, que definía al hospital público como ámbito de reclusión de indigentes, comenzó a ser desplazada y hacia fines del siglo XIX los hospitales comienzan a transformarse en centro de cuidados médicos y a actuar junto con otras instituciones privadas.

La generación médica del ochenta estuvo impregnada de los cambios y los progresos científicos y sociales que traían aparejados para la medicina los

¹⁹ Souza, Pablo. Formación histórica de un Partido de la Ciencia en la Medicina Argentina, Tesis de la Maestría en Política y Gestión de la Ciencia y la Tecnología, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, Junio, 2006

²⁰ Por ley de cesión 1284 el Hospital de Clínicas pasa a depender de la Facultad de Medicina. Se universalizan y adoptan los principios médicos propiciados por los higienistas y el Círculo Médico Argentino. En 1885 se formaliza el Reglamento Hospitalario, se crean las salas, se desplaza el poder de las congregaciones religiosas dentro del hospital, se reorganizan las cátedras oficiales y libres, se propone un nuevo perfil profesional con orientación clínico social, se adopta en la enseñanza la metodología de las ciencias, se implantan los registros y la historia clínica que revalorizan la historicidad del fenómeno científico y se jerarquiza la investigación. Souza, Pablo. Op. Cit.

descubrimientos de Luis Pasteur, la antisepsia y asepsia de Joseph Lister (1887), la valoración de las condiciones de vida de los sectores populares y en general los resultados exitosos de la prevención y de las obras públicas de saneamiento ambiental.

Fue un largo proceso a través del cual la mirada médica anatomopatológica daba paso a la mirada fisiopatológica. Con Giovanni Morgagni y Xavier Bichat en los aspectos macro y Rudolf Virchow en lo micro, la anatomía patológica era la ciencia rectora; la enfermedad se definía por la lesión anatómica de los órganos y de los tejidos, que eran analizados en el anfiteatro y el laboratorio donde se hacían las autopsias, los cortes y los preparados. Por supuesto todo después de la muerte. El hospital disponía de pocos medios para la recuperación, por eso los pacientes ingresaban para encontrar asilo, aislamiento y cuidados paliativos. Se trataba de enfermos “pobres de solemnidad”, ya que la clase pudiente se atendía en su domicilio bajo la atención de médicos privados y de las “mujeres del hogar”. En el hospital los médicos podían acompañar la evolución espontánea de la enfermedad hacia la recuperación o hacia la muerte, y “observar el libro abierto de la naturaleza que se abre ante nuestros ojos”, porque “el médico debe leer en el cuerpo del paciente”²¹. El dicho popular “hay que juntar dinero, para no tener que caer algún día en un hospital” tenía una base empírica, porque durante mucho tiempo el hospital, en ausencia de limpieza, higiene y asepsia, era “pestífero” y con una altísima mortalidad.

Casi en contraposición, Claude Bernard traía la visión desde la fisiopatología y la investigación. La enfermedad era el desvío del proceso material y energético de la vida. No era necesario esperar a la muerte, el síntoma expresado por el paciente y visualizado en los trazados gráficos, la radiología y la situación química daban cuenta de la entidad. Este abordaje recuperaba la anamnesis y la participación del paciente como un actor de privilegio en el diagnóstico y la curación. La medicina listeriana aportaba a la vez el contexto que hacía posible la aplicación de las técnicas quirúrgicas y la prevención de la

²¹ Souza, Pablo. Op. Cit.

infección intrahospitalaria. Pocos años después Sigmund Freud introduciría el psicoanálisis y replantearía el enfoque neuropatológico, orgánico y asilar de la enfermedad mental.

Mayor eficacia significó mayor fe en la capacidad recuperadora de los hospitales y también mayor demanda. Los avances tecnológicos del siglo XX completarían la tendencia resolutive creciente de los hospitales públicos.

Las últimas décadas del siglo XIX marcaron el inicio de una etapa en la que se sumaron a los hospitales de la colonia, un importante número de establecimientos de dependencia pública, la mayoría de los cuales aún perduran, fruto de la intervención de largo aliento del Estado, que no sólo habría de financiar su instalación sino proveer año a año a su funcionamiento, hasta nuestros días.

El listado que se presenta a continuación muestra la aparición cronológica de los establecimientos habilitados en la Ciudad de Buenos Aires, como expresión del esfuerzo sostenido de la intervención estatal en materia de salud pública.

1868 - Hospicio de los Inválidos (luego Hospital Rawson)	1913 - Hospital Durand
1875 - Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.	1915 - Hospital Salaberry
1882 - Hospital San Roque (Ramos Mejía)	1917 - Hospital Piñero
1886 - Hospital Muñiz (Infecciosas)	1926 - Hospital Rocca
1889 - Hospital Fernández	1928 - Hospital Penna
1895 - Hospital Pirovano	1931 - Hospital de Oncología
1897 - Hospital Argerich	1934 - Maternidad Sardá
1901 - Hospital Álvarez.	1935 - Hospital Zubizarreta
1904 el Hospital Tornú	1940 - Hospital Santojanni.
1909 - Hospital Alvear	1949 - Hospital Vélez Saesfield
	1952 - Hospital de Quemados
	1965 - Hospital de Odontología

Otra importante expresión de la intervención estatal en materia hospitalaria fue la creación de la Comisión Nacional Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, aprobada por ley en 1906 a instancias de Domingo Cabred. En las

décadas siguientes se construyeron hospitales polivalentes y monovalentes, psiquiátricos, para tuberculosos, en Córdoba, La Rioja, Salta, Chaco, Río Negro, La Pampa, Misiones y Buenos Aires, creando 7.000 camas hospitalarias de dependencia nacional.²²

Los avances de la tecnología médica continuaron y los hospitales fueron adoptando perfiles más complejos y adquiriendo mayor prestigio por su capacidad resolutive. Surgieron numerosas especialidades y subespecialidades y servicios tales como la asistencia pública²³, maternidades gratuitas, consultorios externos, atención de las urgencias y accidentes, centros de atención domiciliaria y servicios de ambulancia, control de las farmacias y de la higiene en los hospitales, entre otras incorporaciones. Cabe consignar que la atención de la emergencia en el país estuvo y está prácticamente en manos del Estado, realizada por las tradicionales guardias de los hospitales públicos.

En medio de las tensiones que provoca el intento de adecuar su práctica a las nuevas condiciones económicas y sociales, **los representantes de profesiones e instituciones prestadoras de salud**, organizaron sus entidades gremiales y se incorporaron al mapa de actores del sistema sanitario argentino. Gremio, sindicato, corporación, asociación, colegio, círculo, son los vocablos utilizados para definir las organizaciones que los representan. (Belmartino y otros, 1988)

La asociación de los médicos se cimentó en sus orígenes en organizaciones de carácter científico, como la Asociación Médica Argentina o sociedades formadas por especialistas. Fueron los años que transcurren entre 1920 y 1940 los que constituyeron el período de consolidación del gremialismo médico, expresión de lo cual fue la creación en 1936 de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires²⁴ y en 1941 de la Confederación

²² J. C. Veronelli, Op. Cit.

²³ La Asistencia Pública funcionó durante mucho tiempo en la calle Esmeralda entre Rivadavia y Bartolomé Mitre, donde actualmente se encuentra la plazoleta Roberto Arlt.

²⁴ Un grupo de médicos pioneros funda en 1936 la Asociación de Médicos Municipales (AMM) de la Ciudad de Buenos Aires, que nuclea gremialmente a todos los médicos que prestan servicios en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. En aquella época la mayoría de los

Médica de la República Argentina, (COMRA), organismo de tercer nivel que representa los intereses de la profesión en todo el país. Posteriormente aparecieron en escena entidades de gran protagonismo, como son la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECCLISA), la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), la Confederación Unificada de Bioquímicos de la República Argentina (CUBRA) y la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), entre otras. El cuadro del sector salud no estaría completo si no las mencionáramos.

Los Hospitales Mutuales

En este recorrido institucional, corresponde hacer una mención especial acerca de las **asociaciones mutuales**, cuyos hospitales constituyen un componente importante del sistema actual de servicios de salud.

La historia y el desempeño de las mutuales están ligados a los inmigrantes que llegaron a la Argentina durante los siglos XIX y XX. El censo de 1895 consignó una población total de 4.000.000 de habitantes en el que la proporción de extranjeros superaba el 50%. Españoles, italianos, franceses, alemanes, se instalaron fundamentalmente en Buenos Aires, recurriendo a los hospitales de ayuda y socorros mutuos. La inmigración generó un gran movimiento de progreso social que favoreció el nacimiento y maduración de organizaciones civiles, culturales, económicas, políticas, obreras, que signaron las características de las décadas venideras.

Las asociaciones mutuales son entidades de bien público sin fines de lucro y se financian habitualmente con el aporte de una cuota mensual de sus afiliados. El organismo de fiscalización de las mutuales es el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES). Se rigen por la Ley 20.321/73 que fue modificada por la Ley 25.374/01 y por sus propios estatutos. (Valladares, 2004)

profesionales no percibía salarios en los hospitales. Los médicos se sostenían con el ejercicio de la profesión en los consultorios privados. Página web de la COMRA y Página web de la Asociación de Médicos Municipales.

Estas instituciones tenían y aún tienen diferencias muy notables con las obras sociales: en las mutuales la asociación es voluntaria, los asociados tienen derecho a elegir a las autoridades que las conducen, son fiscalizadas por los representantes de los asociados y cualquiera de ellos tiene derecho a desempeñar los cargos de conducción.

Desde el punto de vista del funcionamiento técnico, los hospitales mutuales tienen grandes similitudes con los hospitales públicos generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sus establecimientos, muy reconocidos, reciben al igual que en el subsector público el nombre de “hospitales”, a diferencia de las clínicas y sanatorios que caracterizan al subsector privado. Algunos nombres facilitan su identificación, tales como el Hospital Italiano, el Hospital Español, el Hospital Francés, el Hospital Británico, el Hospital Alemán, el Hospital Israelita, entre los más destacados. En numerosas oportunidades de la historia argentina, cuando las circunstancias sanitarias lo requirieron por epidemias, guerras, catástrofes u otros siniestros, los hospitales de las mutuales contribuyeron generosamente en la atención de enfermos y de heridos.

El peronismo: Antecedentes y desarrollo

1930-1940 y 1945- 1955

Hacia 1929 la economía mundial se sumergió en una grave desarticulación, que interrumpió abruptamente la inserción relativamente fluida y fácil de la economía nacional en los mercados internacionales. Si bien las ideas sobre la necesidad de cierto intervencionismo estatal en la vida económica y social ya estaban presentes en algunas fuerzas políticas en nuestro país, fue con la crisis de 1929-1930 cuando estas ideas encontraron terreno fértil para plasmarse en las estructuras estatales y significaron una modificación profunda de las relaciones Estado-Sociedad. Trajo además consigo el primer golpe de estado del siglo, que fue el inicio de una secuencia de gobiernos civiles y militares que marcó nuestra historia hasta 1983.

La crisis tuvo efectos contradictorios. Generó desempleo y baja de salarios, pero simultáneamente estimuló un proceso de industrialización iniciado años antes, ahora por sustitución de importaciones. El desarrollo hacia adentro centrado en un modelo de acumulación de capital, que se basaba en el crecimiento del mercado interno y la construcción de una alianza entre sectores de la burguesía y los terratenientes se vio favorecido por la II Guerra Mundial y se expresó en una serie de decisiones, leyes, agencias estatales y en el surgimiento y fortalecimiento de nuevos actores sociales, económicos y políticos.

El rediseño del aparato estatal incluyó control de cambios, la creación de varias juntas reguladoras de carnes, granos y otras producciones, un pacto comercial con Gran Bretaña para asegurar las exportaciones de carnes argentinas. El intervencionismo puesto en marcha buscó preservar los intereses de los grandes propietarios rurales descargando las consecuencias de la crisis sobre otros sectores sociales. Sin embargo en su transcurso se sancionaron también algunas leyes impulsadas por los legisladores socialistas y apoyadas en general por las organizaciones obreras como la ley de protección a la maternidad en 1934 y la ley de la silla en 1935.

Superada la crisis del comercio internacional, no se eliminaron los mecanismos intervencionistas. En junio de 1943 se produce un nuevo golpe militar que interviene directamente sobre las organizaciones obreras que en ese momento estaban representadas por dos CGT (Confederación General del Trabajo), clausurando a una e interviniendo varios sindicatos en la otra. El 27 de julio de ese año el Coronel Juan Domingo Perón fue designado Director del Departamento Nacional del Trabajo²⁵.

Desde allí Perón buscó expandir la intervención estatal creando nuevas legislaciones y organismos que impulsaron el desarrollo industrial, mejoraron las condiciones de vida de los trabajadores y extendieron el rol de mediador y de

²⁵ Juan D. Perón gobernó entre 1945 y 1955, año en que fue destituido por un golpe militar. En 1949 llevó adelante una reforma constitucional que nacionalizó recursos básicos de la economía, incorporó más derechos sociales y nuevos derechos políticos, entre ellos el voto femenino. La nueva constitución fue derogada tras el derrocamiento del gobierno peronista y reemplazada por la Constitución de 1957. La convención reformadora de 1957 restableció el texto de 1898 e incluyó los derechos sociales en el artículo 14 bis.

árbitro del Estado en los conflictos laborales y en los convenios colectivos de trabajo. Efectivamente, en noviembre de 1943 se creó la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, al año siguiente los Tribunales de Trabajo y en 1945 el Ministerio de Trabajo. Poco después se sancionó la Ley de Asociaciones Profesionales, Higiene y Seguridad y se ratificaron convenios internacionales de compensación de accidentes, igualdad de trato a trabajadores extranjeros y nacionales y regulación de trabajo domiciliario.

Hasta los años cuarenta el sistema de salud se caracterizaba por un sector de medicina privada utilizada por la clase media y alta, un sistema de hospitales del Estado y de la beneficencia para los pobres, mutuales por nacionalidades y algunas pocas mutuales gremiales. En su libro *Salud y Política Social* (1983) Aldo Neri sostiene que la década del cuarenta constituye una etapa clave para entender las especificidades que adquirirán posteriormente los servicios de salud.

También en este terreno el Estado intervino a través del Decreto 30.655/44 por el cual se impulsó la atención médica gratuita en las fábricas con responsabilidad de la empresa, se apoyaron políticas para que los sindicatos desarrollaran el seguro social como complementario de la acción estatal y se crearon servicios hospitalarios bajo control de los gremios de la industria azucarera, ferroviarios y vidrio, entre otros.

En 1944 se creó la Dirección Nacional de Salud, dependiente del Ministerio del Interior, que pasó a administrar el Fondo de Ayuda Federal destinado a compensar los desequilibrios de las jurisdicciones en materia sanitaria, y por medio de las Delegaciones Regionales ejerció influencia sobre la salud pública de las provincias y gobernaciones del país. La Sociedad de Beneficencia, no obstante sus influencias, perdió su tradicional función y el Estado asumió el control de los hospitales que hasta esa fecha habían estado bajo su administración.

En 1941 existían 356 sindicatos que contaban con 450.000 afiliados. El incremento fue paulatino y pasó a 969 asociaciones obreras y 528.523 afiliados en 1945, un aumento sustantivo en 1947 donde la sindicalización ascendió a

1.500.000 y llegó a 3.000.000 en 1951.²⁶ El incremento de la sindicalización se expresó en el sostenido crecimiento y expansión del sistema de la seguridad social, ya que desde el gobierno se estimuló la implementación de servicios sociales en los establecimientos productivos de cualquier ramo de actividad.

Las décadas del 30 y del 40 fueron testigos del explosivo crecimiento demográfico del Conurbano Bonaerense, esta vez producto de la migración interna por la atracción generada en las posibilidades de trabajo que ofrecía la naciente industria nacional. La migración desbordó la infraestructura sanitaria y no obstante los esfuerzos del gobierno nacional por contener las demandas de atención de salud²⁷, fueron los hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires los que afrontaron y afrontan aún en buena medida los requerimientos ambulatorios y en especial de internación provenientes de esa zona.

El Ministro Ramón Carrillo y las políticas de salud

En 1946 el Dr. Ramón Carrillo asumió la Secretaría de Salud Pública. La situación sanitaria que encontró se caracterizaba por la heterogeneidad de jurisdicciones y dependencias que operaban en el territorio nacional. Desde su perspectiva, era evidente la necesidad de organizar y dar direccionalidad al conjunto de los recursos del sistema. La centralización aparecía como camino necesario y posible acentuando la intervención estatal.

²⁶ Miguel Murmis y Juan Carlos Portantiero, Estudios sobre los orígenes del peronismo, Siglo XXI, Buenos Aires, 2004.

²⁷ Se hace referencia a hospitales de gran porte de los primeros gobiernos de J.D.Perón, como son el Hospital Presidente Perón de Avellaneda y el Hospital Eva Perón de San Martín. El Hospital Posadas, también de esa época, ubicado en El Palomar en la Provincia de Buenos Aires, merece un comentario especial ya que constituye un buen ejemplo de la influencia de la política en los hospitales. La decisión de su construcción tuvo como objetivo garantizar 1.000 camas destinadas a la Medicina Clínica y la Cirugía Torácica. Para su inauguración, diez años después, la Revolución Libertadora lo quiso dedicar a los Institutos Nacionales de Salud, y luego el gobierno de Arturo Frondizi en 1958 cambió de planes e instaló allí la Escuela de Salud Pública y Enfermería. Pocos años después el gobierno de facto del General Juan Carlos Onganía dispuso que funcionara un Hospital General de alta complejidad. Los vaivenes políticos e institucionales del país se reflejaron en una creciente politización de los diferentes actores profesionales y no profesionales. A partir de 1976 el hospital fue escenario de una fuerte represión desatada por el gobierno militar sobre médicos y empleados.

El 21 de octubre de 1947 Perón presentó ante el Congreso de la Nación el Primer Plan Quinquenal, 1947-1952 donde, en el área de la Salud, además de proyectar la construcción de 80.000 camas hospitalarias proponía una serie de políticas sanitarias de las que se extractan las siguientes:

- Jerarquizar el sector salud con la creación del Ministerio de Salud y el incremento presupuestario a nivel nacional
- Conformar un sistema único de seguridad social
- Centralizar la administración del sistema de salud y alcanzar una mayor articulación del sistema mediante la regionalización sanitaria, instrumentada a través de las delegaciones sanitarias
- Incrementar la capacidad pública instalada mediante la construcción de nuevos hospitales y la incorporación por transferencia al sistema de los establecimientos de la Fundación Eva Perón.
- Desarrollar la asistencia médica ambulatoria, con contenido sanitario y social, mediante la creación de centros de salud
- Promover la industria farmacéutica y la fabricación de medicamentos por parte del Ministerio para modificar precios de mercado

El proceso de centralización propiciado por Carrillo fue simultáneo y diferente a las políticas del Poder Ejecutivo orientadas a dar fuerte apoyo estatal a la atención médica brindada por las obras sociales sindicales a los trabajadores. Mientras la atención estatal propiciada por Carrillo se concentraba en la atención de los pobres, otras áreas del gobierno nacional centralizaban el manejo de las obras sociales con la consecuente fragmentación del sector salud.

“El sindicato se crea para promover y defender los intereses y las necesidades de los obreros en base a un criterio unificador, que en su inicio es fundamentalmente gremial, siendo el gremio el conjunto de individuos caracterizado por estar incluido en la misma división social del trabajo”. ...”en la historia latinoamericana ocurre el desplazamiento o tal vez la explicitación del interés político del movimiento sindical, desplazando al puramente gremial”... “La política sindical transcurre básicamente por dos caminos: el que señala una

perspectiva clasista, en el que lo central es el enfrentamiento permanente con la clase dominante; y el que privilegia el análisis de las formas de articulación de la clase trabajadora en el Estado moderno".²⁸

La seguridad social quedó en el ámbito de la cartera de Trabajo, sin una coordinación efectiva con el área de la Salud Pública. Las obras sociales brindaron a sus beneficiarios coberturas y servicios disímiles, en función de las disponibilidades económicas y financieras del ramo al que pertenecieran (atención médica, medicamentos, alimentos, turismo, entre otros). Algunas de ellas desarrollaron servicios propios y otras contrataron la capacidad instalada del sector privado, no obstante la oferta pública gratuita creada por el Ministro Carrillo. La asociación entre el sindicalismo y el gobierno resultaba políticamente beneficiosa para ambos.

Uno de los méritos mayores del Dr. Ramón Carrillo fue haber incorporado la planificación y la administración a la agenda política y al trabajo sanitario, con una visión global para la totalidad del sistema, con una batería coherente y sinérgica de lineamientos de acción para el corto y largo plazo y con una clara política de protección, cuidado y cobertura para los más desvalidos, más allá de su condición laboral. Entre los logros de su gestión cabe mencionar el diseño, obra y habilitación de numerosos establecimientos hospitalarios y centros de salud distribuidos en las provincias y acompañando el desarrollo y el crecimiento migracional del Conurbano Bonaerense; la eficaz campaña de erradicación del paludismo, que dirigieron Carlos Alberto Alvarado y Héctor Argentino Coll; la creación de la primera fábrica nacional de medicamentos, así como el apoyo brindado a los laboratorios nacionales a través de incentivos económicos para que los remedios estuviesen disponibles para toda la población, sin tener que depender de la voluntad de los laboratorios extranjeros.

La designación de Alberto Teisaire como Vicepresidente de la Nación, en abril de 1954, inició la paulatina marginación del Ministro Carrillo del entorno presidencial, proceso que terminó con la renuncia de éste en julio de 1954.²⁹

²⁸ Mario Testa, La salud en América Latina, Pag. 84, Fondo de Cultura Económica, México, 1983

Los golpes militares entre 1955 y 1972

El golpe militar de 1955 no significó un desmantelamiento de los mecanismos de intervención estatal. Sin embargo, la inestabilidad política, las recurrentes crisis económicas y sociales y la heterogeneidad de actores intervinientes en la toma de decisiones públicas, contribuyeron a que la práctica de la reglamentación de emergencia se transformara en una modalidad decisional permanente de gobierno. En consecuencia la intervención y las acciones estatales no se basaron en proyectos relativamente estables, sino que fueron erráticas y contribuyeron a debilitar las capacidades estatales para la definición e implementación de políticas sustentables en el tiempo.

En 1957 el gobierno militar convocó a una Comisión de Consultores de la Oficina Sanitaria Panamericana, que elaboró y propuso la reestructuración del sistema sanitario. Bajo su influencia, se produjo la primera transferencia de hospitales nacionales hacia las provincias, proceso que se prolongó en el tiempo por las ineludibles dificultades técnicas y financieras inherentes a la descentralización. Con un criterio fundacional clásico de los cambios de gobierno en Argentina, la Revolución Libertadora replanteó la orientación centralizadora de la gestión anterior y se apoyó para ello en los informes de diversos consultores (Odair Pedroso, Hugo Enríquez), que propiciaban decididamente la descentralización de los establecimientos a las provincias y a entidades particulares para su administración, proponiendo para el gobierno nacional un rol subsidiario, dirigido al establecimiento de normas centralizadas y de asesorías técnicas.

Recomendaban asimismo la horizontalización de los denominados programas verticales, o dirigidos a las grandes luchas y endemias nacionales, los que debían integrarse a nivel de las jurisdicciones y ser asumidos por éstas. Por decreto del Poder Ejecutivo, fundamentado en “los beneficios de la dirección y el

²⁹ Producido el golpe de 1955, el gobierno de facto de la Revolución Libertadora lo acusó de enriquecimiento ilícito e interdió sus bienes. Murió en Santa Isabel de Belem do Pará, Brasil, donde residió desde el golpe de 1955.

control social local”, se autorizó al Ministerio Nacional a convenir con las provincias y las municipalidades las transferencias de los establecimientos nacionales. La salud pasaba a ser una responsabilidad exclusiva de las provincias.

Las dificultades económicas y financieras locales, al igual que los inconvenientes burocráticos emergentes de este tipo de procesos, postergaron las transferencias y muchas de ellas tardaron más de una década en hacerse efectivas.

El informe de los consultores tuvo aciertos en algunas de sus apreciaciones pero se apresuraron erróneamente al juzgar como un fracaso algunas de las políticas del Dr. Carrillo, políticas que requerían tiempos mayores para su consolidación, como la propuesta de cambio de la orientación curativa y asistencial de los centros y establecimientos de salud por una medicina de carácter preventivo y social.

Entre las recomendaciones del informe se incluía la organización a la mayor brevedad, de una Escuela de Salud Pública, al igual que la inclusión en el Ministerio Nacional de una Unidad de Planificación de Salud, que pronto se harían efectivas. Sugerían asimismo iniciar el proceso de cambio mediante áreas de demostración descentralizadas a nivel de provincias seleccionadas, germen de las experiencias del Plan Chaco y de la posterior propuesta sanitaria de San Juan.

Los Ministros Héctor V. Noblía y Arturo Oñativia

En 1958, elegido democráticamente, asumió el Presidente Arturo Frondizi y designó al Dr. Héctor Noblía como Ministro de Trabajo y Previsión. Desde allí se puso el acento en la capacitación de los recursos humanos profesionales y técnicos. Siguiendo las recomendaciones de los consultores del período anterior, se creó la Escuela de Salud Pública con programas destinados a la formación de profesionales sanitaristas y de técnicos en radiología, laboratorio, hemoterapia, áreas que efectivamente tenían graves carencias a nivel técnico asistencial.

Después de muchos “pronunciamientos”³⁰ y presiones de las Fuerzas Armadas, el gobierno de Arturo Frondizi fue derrocado por otro golpe militar y luego de un interregno y de complicadas negociaciones para llamar a elecciones, en 1963 sumió la presidencia de la Nación el Dr. Arturo Illia. En esa década retoman nuevo impulso las teorías del desarrollo y la planificación económica y social, teorías que se extendieron al ámbito de la salud y que se institucionalizaron en el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE).

Fueron tiempos difíciles para la frágil democracia argentina. América Latina está atravesada por la influencia libertaria de la revolución cubana y los movimientos guerrilleros existentes en prácticamente todos los países latinoamericanos. La abstención del peronismo debilitó la legitimidad del gobierno radical. En una época de creciente polarización ideológica, la democracia tenía tiempos demasiado lentos. El gobierno del Dr. Illia fue derrocado en 1966 por otro golpe militar.

Sin embargo, en esos tres años, fue relevante la gestión del Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación Dr. Arturo Oñativia quien en favor del ordenamiento nacional, fortaleció las Delegaciones Sanitarias regionales e impulsó la ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional y de Hospitales de la Comunidad, así como la creación del Servicio Nacional de Agua Potable, SNAP, destinado en particular a las comunidades rurales. Oñativia será siempre recordado por su lucha contra la desnutrición en el noroeste argentino (NOA), y por la puesta en práctica de la ley de Medicamentos (16.462 y 16.463), a los que otorgaba el carácter de “bien social”, ley que fue muy resistida por la industria farmacéutica, ya que reglamentaba el control de precios y el control técnico de las drogas sujetas a la experimentación humana. El golpe de 1966 puso fin a este intento de dar continuidad a algunas políticas iniciadas años atrás por Ramón Carrillo.

A mediados de la década del sesenta, Carlos Alvarado iniciaba las actividades del Plan de Salud Rural en la Provincia de Jujuy, en base al enfoque

³⁰ Término con el que solía hacerse referencia a las presiones de las fuerzas armadas sobre los gobiernos civiles y que podía adquirir la forma de declaraciones de algún jefe militar o el acuartelamiento de ciertos regimientos.

de atención primaria, que pronto habría de extenderse a otras provincias, para finalmente consagrarse mundialmente, en 1978, en la Reunión de Alma Ata.³¹

Los Ministros de Bienestar Social

Carlos Consigli y Francisco Manrique

La Ley 18.610

El 29 de junio de 1966 asumió el poder el General Juan Carlos Onganía en nombre de la Revolución Argentina. Una de las primeras medidas tomadas en el área de salud por el gobierno de facto fue modificar la ley de ministerios y reemplazar el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública por el Ministerio de Bienestar Social, del que pasaba a depender ahora la Secretaría de Salud Pública. La reducción del Ministerio al rango de Secretaría no significó menor actividad estatal en el área de la salud. Los postulados tecnocráticos y modernizantes vigentes entre importantes sectores del gobierno militar, permitieron la designación de profesionales que apoyaron la formación de recursos humanos en salud, la designación de técnicos en administración sanitaria como ministros o secretarios, el impulso de reuniones regionales que años después concluirían en la formación del Consejo Federal de Salud e introdujeron conceptos como la planificación y la regionalización que reactivaron los intentos de transferencias hospitalarias a provincias y municipios. El Secretario de Salud, Dr. Ezequiel Holmberg recuperó varias iniciativas de gestiones anteriores, entre ellas las políticas dirigidas a impulsar la “centralización normativa y descentralización ejecutiva” y la integración de las acciones curativas, preventivas y rehabilitadoras desde la perspectiva de la medicina integrada en los centros de salud impulsadas por Carrillo; retomó el Programa de Información en Salud y los servicios de atención médica para la comunidad iniciados por el Ministro Oñativia, fortaleció la elaboración de normas técnicas de diagnóstico y tratamiento aplicables a escala

³¹ El gobierno del Proceso, si bien firmó el Acuerdo de Alma Ata, interrumpiría esta perspectiva, en particular su carácter participativo, la que fue posteriormente recuperada e incorporada al Seguro Nacional de Salud por el Ministro de Salud Aldo Neri, en el retorno de la democracia, durante el mandato del Dr. Raúl Alfonsín.

nacional y dirigidas a programas específicos como el materno infantil y la tuberculosis; propició los programas de salud rural con personal capacitado, según el modelo propuesto por el Dr. Carlos Alvarado.

Después del golpe de 1955 las obras sociales no sólo no se debilitaron sino que fueron el medio de fortalecimiento político y económico de los sindicatos peronistas. En mayo de 1969, en la Ciudad de Córdoba, trabajadores de SITRAC-SITRAM³², Luz y Fuerza, UTA, y otros sindicatos, conjuntamente con los estudiantes universitarios y amplios sectores sociales produjeron uno de los movimientos antidictatoriales y reivindicativos más importantes, recordado como “el Cordobazo” y que con diferentes magnitudes y efectos se repitieron en otras ciudades del país como Rosario y Corrientes. Estas movilizaciones populares, obreras y estudiantiles modificaron radicalmente el contexto político y la relación de fuerzas existentes y empujaron al gobierno de Onganía a buscar acuerdos con los sindicatos más propensos al diálogo. El resultado fue la negociación entre el Estado y algunos gremios para descomprimir la tensión y el nivel de conflictividad social. Onganía y Ministro de Bienestar Social Carlos Consigli aprobaron la ley 18.610 de creación de los Institutos de Obras Sociales.

El 26 de mayo de 1971 asumió el poder Agustín Lanusse y en junio de 1971 procede por decreto al ordenamiento del texto de la Ley 18.610, según las modificaciones propuestas por el Ministro de Bienestar Social Francisco Manrique. Asimismo se sancionó y promulgó la ley 19.032 del Servicio Social para Jubilados y Pensionados.

El texto del mensaje de la ley 18.610 señalaba “la preocupación por la difícil situación de las obras sociales ante la falta de una legislación adecuada en cuanto a su régimen de funcionamiento y frente a las dificultades financieras, por los escasos recursos con que cuentan para solventar las prestaciones que otorgan a sus afiliados. Quedan aún importantes sectores de trabajadores que no se encuentran amparados por obra social alguna, viéndose así obligados a afrontar con su solo esfuerzo la cobertura de riesgos que normalmente se financian en

³² Sindicatos del complejo automotriz FIAT (SITRAC Sindicato de Trabajadores de Concord y SITRAM, de Materfer)

forma solidaria, o privados de beneficios de indudable significación". "El proyecto de ley adjunto permitirá que las prestaciones sociales se extiendan a todos los trabajadores en relación de dependencia, a través de obras sociales adecuadamente financiadas y convenientemente orientadas en cuanto a la distribución de sus recursos".

La ley creaba el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, como autoridad de aplicación, a fin de promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales así como controlar los aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables de las mismas. Se creaba asimismo el Fondo de Redistribución para el mejoramiento de la capacidad instalada y para la asistencia financiera de las Obras Sociales que por circunstancias especiales la requirieran.

El régimen previsional extendía su cobertura a los trabajadores aún no cubiertos por la seguridad social. Las responsabilidades prestacionales de los nuevos grupos incluidos quedaban en manos de los sindicatos, los que podían brindarlas en forma directa o contratar servicios a terceros. El poder económico de los sindicatos se incrementó porque también asumían la responsabilidad por la administración de los respectivos fondos producto de los aportes y contribuciones mensuales de empleados y empleadores establecidos por ley, con carácter obligatorio para el sostenimiento de las obras sociales.

Si bien en forma simultánea se sancionó la Ley 19.337 de descentralización hospitalaria, con el fin de facilitar la articulación entre la seguridad social y los establecimientos públicos, las Obras Sociales optaron por contratar casi en forma exclusiva a los servicios del sector privado, canalizando importantes recursos económicos y financieros hacia ese sector y contribuyendo a su crecimiento y consolidación. El sector privado, encontró en esta situación excelentes condiciones para hacer frente a una combinación de factores internos y externos que le dificultaban el ejercicio de su rol de prestador tradicional, tales como eran la incorporación de la tecnología resultante de los cambios experimentados por la medicina a nivel mundial y los costos crecientes, la pérdida de la que antes era la

clientela privada, absorbida ahora por las obras sociales y el aumento de la matrícula médica que proletarizaba la profesión.

La configuración pública, privada y de las obras sociales del sector argentino de la salud quedaba así consolidada hasta nuestros días.

Coincidimos con Aldo Neri cuando afirma que “La obra social es una modalidad criolla de la seguridad social contemporánea, bastante primitiva en su estructura pero totalmente asimilable al histórico mutualismo de origen gremial, fundada en el agrupamiento colectivo de la gente en base al oficio que desempeña, con el objetivo de satisfacer necesidades sociales dentro de una doctrina de solidaridad de grupo”.³³

El dictado de la ley 18.610 formalizó y consolidó las divisiones por obra social y por condición laboral de la seguridad social. Las obras sociales, responsables de administrar el seguro, en su mayoría con sede en Buenos Aires salvo las provinciales, mantuvieron el modelo centralista y fortalecieron su carácter corporativo. La ley de Obras Sociales contribuyó así a profundizar las fragmentaciones existentes y las inequidades consecuentes entre las instituciones del seguro y entre los subsectores y reafirmó la heterogeneidad y desintegración del sistema de salud argentino en su conjunto. El nomenclador nacional, que establece el listado de prestaciones y sus valores, reguló los precios y priorizó ciertas prestaciones, en particular las que incorporaban tecnologías más complejas por la participación de equipos y aparatos, con las consiguientes distorsiones en la aplicación y uso de las mismas por las diferentes especialidades. La tecnología se aplicaba más en función del plan de amortización del capital invertido que por las necesidades del paciente. Las especialidades incorporaron tecnología indiscriminadamente, como parte de la puja distributiva originada por el nomenclador. La atención primaria de la salud quedó relegada hasta años después en que fue recuperada por las propias obras sociales cuando comenzaron a desfinanciarse, interesadas en los beneficios preventivos y económicos de su aplicación.

³³ Aldo Neri, *Salud Y Política Social*, Editorial Hachette, Buenos Aires, 1983.

El sistema de obras sociales mantiene inequidades históricas entre los propios afiliados a una misma obra social. El fenómeno conocido como “solidaridad invertida” refleja esta situación: todos los afiliados de una obra social aportan en forma proporcional al salario mediante un porcentual establecido, y al momento de utilización de algunos servicios, todos pagan un coseguro fijo. Los afiliados que pueden pagar el valor del coseguro acceden al servicio; para los de menores ingresos con frecuencia esta condición resulta una barrera económica infranqueable. Los más pobres colaboran así con sus aportes al financiamiento de los servicios utilizados por los mejor remunerados. La situación la resuelve habitualmente el hospital público, destinado a la población no cubierta, que con suma frecuencia afronta la atención de los afiliados de menores recursos, sin recuperación de los fondos empleados.

El tercer gobierno peronista 1973-76

El Dr. Domingo Liotta

En 1973 el peronismo con la candidatura de Héctor Cámpora y Vicente Solano Lima ganó las elecciones con el 49,59% de los votos. Pocos meses después, mientras el peronismo organizaba el regreso del General Perón al país, las autoridades electas renunciaron y asumió la presidencia interina Raúl Lastiri quien llama nuevamente a elecciones. Gana la fórmula Perón-Perón³⁴ con el 61,85% de los votos. Después de 18 años de exilio el General Perón asume su tercera presidencia el 12 de octubre de 1973.

Desde la Secretaría de Salud, el Dr. Liotta coordinó un equipo de técnicos que elaboraron una propuesta conocida como SNIS, Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo objetivo era unificar el sector público de salud e integrarlo con la seguridad social. La propuesta generó numerosas resistencias siendo una de las más fuertes la de los dirigentes sindicales y la corporación médica. El proyecto aprobado finalmente por el Congreso Nacional mantenía muy poco del original y

³⁴ Juan Domingo Perón y su esposa María Estela Martínez de Perón

su aplicación estuvo condicionada por la inestabilidad política e institucional de la época, ya que el golpe de 1976 la derogó inmediatamente.

Los largos períodos de interrupciones militares y la ausencia de acuerdos básicos sobre cuestiones centrales para la vida democrática y el desarrollo económico y social del país agudizaron el déficit de capacidades estatales³⁵ y pusieron en evidencia la imposibilidad de contrarrestar las fuerzas centrífugas en el plano económico, político, ideológico y social de la época. Las dictaduras imprimieron a las políticas estatales un claro sesgo autoritario y decisionista que contribuyó en gran medida a explicar los procesos de reformas y contrarreformas y la superposición de organismos, funciones, procedimientos y normativas. Un ejemplo de lo antedicho fueron los intentos de centralización / descentralización del sector salud en la Argentina, que resultaron erráticos, asistemáticos, con marchas y contramarchas en función de las diferentes perspectivas que predominaron en el diseño de las políticas públicas, en contextos de gran volatilidad política e institucional.

El retorno a la democracia: 1983 -1989

El Gobierno de Raúl Alfonsín y el Ministro Aldo Neri

En 1983 el Estado argentino afrontaba grandes desafíos. Despolitizar a los mandos militares, juzgar los crímenes de lesa humanidad, recuperar niveles básicos de la actividad económica, responder a las demandas sociales contenidas durante años, conjuntamente con las severas restricciones que imponía una deuda externa que había aumentado siete veces durante el período militar. Todo esto puso en jaque a la administración radical y generó una fuerte presión sobre el vapuleado aparato estatal y los magros recursos institucionales y políticos existentes. El resultado más dramático fue la hiperinflación de 1989 que

³⁵ Las funciones del Estado moderno pueden sintetizarse en: funciones legislativas (formular derechos), funciones judiciales (defender esos derechos), funciones de policía (seguridad personal y orden público), funciones militares (defensa de fronteras) y funciones administrativas y de distribución de servicios (de salud, educación, protecciones sociales, extractivas, etc.). Max Weber, Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva, México, FCE, 1999

acentuó el desprestigio del Estado intervencionista y abrió las puertas tiempo después para las propuestas de achicamiento y retiro estatal.

En el sector salud, a mediados de los ochenta era evidente que el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) había fracasado por falta de apoyo político. Mientras tanto, el subsector privado había crecido de manera significativa en cobertura y en tecnología, dato que agregaba dificultades políticas y organizacionales a cualquier intento de reforma del sistema.

En 1985 el Ministro Aldo Neri retomó en materia de salud la idea integradora de articular los diferentes subsistemas a través de un seguro unificado de salud y con ese fin el Poder Ejecutivo elevó para su tratamiento en el Congreso un proyecto único para la creación del Seguro Nacional de Salud. Por presiones del sindicalismo se sancionó una doble legislación, la Ley 23.661/88 que creaba el Sistema Nacional de Seguro de Salud y la ley 23.660 de Obras Sociales, que derogaba la ley 18.610 de Obras Sociales de 1970.

El objetivo inicial era mejorar y optimizar la oferta de salud reforzando la autoridad rectora e integradora del Ministerio de Salud Nacional, a fin de asegurar igualitariamente a la totalidad de los ciudadanos, más allá de su condición laboral, y garantizar por la vía del Estado su cobertura integral de salud. La esencia del proyecto presentado se resume en: el Estado regula, el Seguro financia y los establecimientos de toda dependencia prestan y facturan los servicios sin diferencias de naturaleza alguna entre los usuarios.

Con el objetivo de poner al sector público en condiciones para su incorporación al Seguro, se diseñó una propuesta conocida como los “Once Hospitales”, financiado por el BID, con la intención de fortalecer la regionalización de los sistemas provinciales de salud reforzando los hospitales cabeceras y los centros de salud del subsector público, a fin de ponerlos en condiciones para su incorporación al Seguro. Varios de esos establecimientos están hoy en funcionamiento.

Aunque no lograron su objetivo, ambas leyes representaron un avance integrador al buscar la articulación entre los sectores e intentar instalar al Ministerio de Salud en una posición de liderazgo, y si bien mantenían el carácter y

la naturaleza de las obras sociales destinadas a asegurar a los trabajadores, proponía la integración de estos al Seguro Nacional de Salud dirigido a la totalidad de los ciudadanos

Las reformas de los noventa

En la década del noventa las relaciones entre el Estado y la sociedad argentina se transformaron profundamente a través de cuatro procesos centrales: las privatizaciones, la desregulación, la descentralización y la focalización.

Finalizaba así una larga etapa de intervención estatal en lo económico y en lo social. En su lugar ganaba terreno un modelo de desarrollo centrado en la inversión privada, la apertura externa y la desregulación del mercado de trabajo. Las reformas de los noventa modificaron profundamente la estructura social e impactaron en las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular.

Las traumáticas experiencias hiperinflacionarias de 1989 y 1990, introdujeron la cuota de desesperación y desencanto ciudadano que se expresó en la sensación de que “cualquier cosa es mejor que esto”. Se abrieron las puertas para la aceptación de las reformas de “primera generación” impulsadas por los organismos internacionales de crédito.

Una de las estrategias del período fue completar la transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales, dando continuidad a las políticas implementadas en 1962, 1968 y 1978, descentralización que en esos momentos constituyó una mayor carga financiera para las jurisdicciones.³⁶

La estrategia mayor se canalizó a través del Proyecto de Reforma del Sector Salud, PRESSAL, que el gobierno nacional llevó a cabo con el apoyo del Banco Mundial³⁷. A diferencia del Seguro Nacional de Salud, que si bien buscaba modernizar la gestión hospitalaria, priorizaba la cobertura de todos los ciudadanos

³⁶ En 1991 se transfieren 19 establecimientos nacionales a otras jurisdicciones: 12 a la Ciudad de Buenos Aires, 4 a la Provincia de Buenos Aires, 3 a la provincia de Entre Ríos. En *El sistema de Salud en la Argentina*, Carlos Acuña y Mariana Chudnosky, Doc. 60, Buenos Aires, marzo 2002

³⁷ La República Argentina firmó el 31 de Enero de 1996 el Convenio de Préstamo con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, BIRF, para llevar adelante el Programa de Desarrollo del Sector Salud en las Provincias durante cinco años.

y el derecho a la libre elección del efector, el PRESSAL buscaba cambiar el perfil del hospital público y su descentralización para introducirlo en las reglas del mercado.

El PRESSAL propició la modernización del gerenciamiento hospitalario e impulsó los Hospitales Públicos de Autogestión³⁸. Entre sus objetivos específicos incluyó el diseño de modelos contractuales para la compra venta de servicios y sistemas de pago; el desarrollo de los registros de beneficiarios a los efectos de identificar en todos los casos al responsable financiero de la atención; el paquete esencial básico de servicios a garantizar, Programa Médico Obligatorio (PMO), entre otros. De la propuesta original del PRESSAL se desprendieron los siguientes proyectos con financiamiento externo: Programa de Reconversión de las Obras Sociales, PROS, Programa de Reconversión del Sistema del Seguro de Salud, PRESSS, Programa de Atención Primaria de la Salud, PROAPS, Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades, VIGIA, Proyecto de Lucha contra el SIDA y ETS, LUSIDA.

El modelo de autogestión no prosperó ni generó reformas profundas en los hospitales incorporados al proyecto por una combinación de factores tales como: la tradición de gratuidad de los hospitales públicos, la falta de pago de las Obras Sociales por el uso de los servicios hospitalarios que hacían sus asociados; el

³⁸ Esta experiencia se desarrolló en Mendoza, Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Los quince (15) hospitales elegidos por el PRESSAL fueron:

Provincia de Mendoza:

- Hospital Luis Carlos Lagomaggiore de la Ciudad Capital
- Hospital Alfredo Italo Perrupato de San Martín
- Hospital Central de Mendoza de la Ciudad Capital
- Hospital Teodoro Schestakow de San Rafael
- Hospital Antonio Scaravelli de Tunuyán
- Hospital Diego Paroissien de Maipú

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires:

- Hospital Dr. Juan A. Fernández
- Hospital Dr. Cosme Argerich
- Hospital Dr. Carlos Durand
- Hospital Donación Francisco Santojanni

Provincia de Buenos Aires:

- Hospital San Roque de Gonnet
- Hospital Evita Pueblo de Berazategui
- Hospital Evita de Lanús
- Hospital Petrona V. de Cordero de San Fernando
- Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes

aumento de la demanda hospitalaria como consecuencia de los mayores índices de desempleo y pérdida de cobertura de las Obras Sociales, el desconocimiento acerca de la tramitación de cobro y de los destinos de los fondos recaudados, entre los más destacables. Tampoco hubo una comprensión cabal ni una socialización de las intenciones globales del PRESSAL, que con frecuencia fue interpretado como un conjunto de proyectos aislados.

La administración a cargo del Dr. de la Rúa completó las obras, equipamientos y capacitaciones comprometidas y cerró finalmente las acciones residuales.³⁹

Desregulación del Sistema de Seguridad Social

Si bien en la década del 90, los altos índices de desempleo y trabajo precario y en negro disminuyeron notablemente el número de afiliados a las obras sociales, éstas continuaron siendo un sector clave en la conformación del sistema, por la magnitud de la población involucrada, los fondos movilizados y la participación clave del sindicalismo.

El decreto 9/93 conocido como “Libre elección de las Obras Sociales”, constituyó un quiebre dentro de la tradición de reformas ya que fue el paso inicial para el abandono del esquema solidario que había predominado hasta entonces.

Desde la perspectiva sustentada en el Decreto 9/93, la suerte de una obra social dependía de su eficiencia y capacidad para financiarse, de lo contrario debía fusionarse, asociarse o integrarse en otras entidades. La migración de afiliados de elevados ingresos hacia los sistemas de medicina privada pre-paga o hacia obras sociales prestigiosas (“descreme”), o la situación inversa de afiliados de bajos aportes solicitando su ingreso en procura de cobertura (“selección adversa”), desvirtuó en buena medida la libertad de elección y generó la creación

³⁹ Dio asimismo continuidad a algunos de los proyectos como LUSIDA y VIGIA, y desarrolló en la misma línea otros proyectos complementarios como el Proyecto de Seguro de Salud para Población no Asegurada LIL, el Proyecto Integrado de Salud PROINSA, el Programa de Reforma Provincial PRL y por último el Préstamo de Ajuste Estructural SAL

de mecanismos para evitar los riesgos emergentes de desfinanciación, ya sea porque se iban los ricos o porque venían los pobres.

La autorización de crear planes diferenciados dentro de las obras sociales, y la creación del Programa Médico Obligatorio, PMO, estableciendo las prestaciones mínimas que toda institución aseguradora debía brindar a los afiliados, completaron la fragmentación y la inequidad dentro del sistema de seguridad social.

En 1998 el gobierno creó la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que absorbía las funciones llevadas adelante por la Administración Nacional del Seguro de Salud, ANSSAL, a su vez heredera del Instituto Nacional de Obras Sociales, INOS, y promulgó un nuevo marco regulatorio que le dio al sindicalismo una mayor cuota de poder al permitirle aprobar o rechazar los pedidos de traspasos de las Obras Sociales.

La situación actual

El Censo de 2001 mostró una población de 36.027.041, con un 87,2% de población urbana. La población mayor de 65 años representa el 9,7% y la de menores de 15 años el 27.9%. La esperanza de vida al nacer en el año 2004 era para ambos sexos de 71,39 años; para hombres 68,3 y para mujeres 74,8 años.

La mortalidad infantil mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso, de 25.6 por mil en 1990 a 14,4 por mil en 2004, pero las desigualdades regionales hacen que Formosa, por ejemplo, presente el valor más alto, con una tasa de 25.1 por mil nacidos vivos (SAP/UNICEF, 2004). La tasa de mortalidad neonatal fue 9.7 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad postneonatal alcanzó el 4.6 por mil nacidos vivos. El 56.1% de las causas de muerte neonatales y el 56.7% de las postneonatales eran reducibles por diagnóstico o tratamiento oportuno (SAP/Unicef, 2004).

Las causas externas representaron el 29.5% de las muertes de los niños de 1 a 4 años: el 42.5% en escolares de 5 a 14 años y el 66.0% en jóvenes de 15 a 24 años (SAP/Unicef, 2004). El porcentaje de defunciones por causas mal

definidas era de 7.6% para el país, con valores extremos entre provincias del 2.0% al 18.8%.(OPS, Indicadores 2005)

La tasa de mortalidad materna fue de 4.0 por diez mil nacidos vivos, en valores absolutos murieron 295 mujeres por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio. El porcentaje de partos atendidos por médico o partera alcanza valores cercanos al 100%. (SAP/Unicef, 2004).

La regresividad en la distribución de la riqueza nacional, sobre todo a partir de los últimos veinte años, y el deterioro paulatino de las condiciones de empleo formal, ingreso y protecciones sociales, se profundizaron como consecuencia de la crisis de 2001-2002. Estas circunstancias afectaron profundamente el tejido social e institucional de nuestro país y si bien actualmente se observa un sostenido proceso de crecimiento económico y mejoras en algunos índices sociales, la magnitud de la crisis consolidó las diferencias y desigualdades territoriales que caracterizaron históricamente a nuestro país.⁴⁰

El cuadro siguiente ilustra en parte esta situación:

Regiones	Porcentaje de pobreza (1er semestre 2005)	Porcentaje de indigencia (1er semestre 2005)
Metropolitana	40.3	13.9
Pampeana	36.2	10.5
Noroeste	51.1	19.2
Cuyo	38.5	11.7
Nordeste	58.5	25.2
Patagonia	26.0	10.5
Total	41.1	15.0

Fuente: SAP/UNICEF, 2005

⁴⁰ La Argentina está constituido desde el punto de vista de su organización política por 23 provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y aproximadamente 1600 Municipios.

La población cubierta con algún tipo de seguro es el 51.9% y la no cubierta el 48.1% para el total del país.

Las Obras Sociales cubren una población cercana a los 15.8 millones de personas, o sea aproximadamente el 42% de la población total. Están distribuidas en casi 300 entidades de distinta magnitud e importancia; veinte de ellas cubren poco más del 40% de los beneficiarios. Desde 1993 cuando se inició la desregulación, su número se había reducido a 275 en 1999.

Las Empresas de Servicio Prepago, de carácter privado, en la actualidad unas 200, cubren unos 2.9 millones de beneficiarios, o sea el 8% de la población total; recaudan aproximadamente el 14.5% del gasto total en salud del país y muestran en la última década una tendencia importante a la concentración.⁴¹

Las autoridades sanitarias de la Argentina, en las Bases del Plan Federal 2004 - 2007, identifican los **principales núcleos problema**, que resultan desafíos imperiosos:

- Cobertura desigual, con diferencias entre los subsectores sin existir un mínimo homogéneo de coberturas obligatorias.
- Indefinición del modelo prestacional, que aún privilegia la especialidad por sobre la atención primaria no obstante su enunciado en las políticas.
- Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos, producto de la división entre sectores, jurisdicciones y niveles y la deficiente articulación de la red de servicios.
- Escasos recursos asignados a la prevención, no obstante la ventajosa relación costo beneficio, en particular en políticas saludables
- Desigualdad en el acceso, por las asimetrías del nivel de ingresos, ubicación geográfica de los usuarios y condiciones socio culturales
- Morbilidad y mortalidad evitable, apreciable en las diferencias de las tasas de morbimortalidad materna e infantil por jurisdicciones, reducibles con acciones oportunas.

⁴¹ Héctor Kotliar y Miguel Limoli. El sector privado. Presentación en la Maestría en Salud Pública de la UBA. 2006

- Variabilidad en la calidad, en particular por deficiencias u obsolescencias en los recursos físicos y tecnológicos.
- Falta de planificación de los recursos humanos, expresada en la indefinición de las necesidades de formación de grado y especialización de postgrado, y manifiesta en saturación de oferta u ofertas innecesarias desde una perspectiva sanitaria.
- Falta de regulación de tecnologías, tanto en lo referente a la oferta como al control de su calidad.
- Inequidades entre jurisdicciones y a su interior, por las diferencias en la asignación de recursos.
- Baja capacidad de rectoría, ya sea por debilidades institucionales para liderar el sector o por falta de información gerencial.
- Crisis del sector privado, por la fuerte dependencia del financiamiento de las obras sociales. El mercado no actuó como ordenador y el Estado no asumió ese rol, con las previsible consecuencias.
- Los medicamentos experimentaron un notable aumento de sus precios y en consecuencia el consumo privado de los mismos tuvo una caída cercana al 25%. La política nacional de medicamentos incorporada en el 2002 estableció un nuevo marco regulatorio que se formalizó en la Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico⁴². El Plan Remediar está proveyendo en forma gratuita medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios, en los centros de salud de atención primaria del país. (Ministerio de Salud, 2003)

En síntesis puede decirse que los principales problemas que afectan tradicionalmente la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud han sido la deficiente articulación de los subsectores, la desigualdad en los niveles

⁴² La intencionalidad fue promover el acceso de la población a través de dos ejes estratégicos, el primero centrado en la regulación del mercado de fármacos, y el segundo, en la provisión directa de medicamentos esenciales para aquellos que no disponen de medios para adquirirlos en las farmacias.

de financiación y de calidad de la atención, y las barreras de acceso a los servicios, principalmente económicas, para algunos grupos poblacionales.

El sistema de Salud argentino habrá de encarar en su futuro inmediato tres grandes ejes: garantizar la equidad en el acceso y financiamiento de la salud; fortalecer la estrategia de atención primaria; y regular la competencia de los seguros de salud. (Ministerio de Salud, 2003).

Consideraciones finales

Una de las cuestiones centrales a discutir es la viabilidad política y social de reformar el actual sistema, porque si bien el Estado Nacional reivindica su función rectora en la definición de políticas, tiene importantes restricciones para reorientarlo. No es fácil revertir lo andado, atender la coyuntura, preservar la dignidad del pasado y dar direccionalidad hacia un futuro de equidad y calidad.

El Consejo Federal de Salud, COFESA, órgano que nuclea en materia de salud a las autoridades ministeriales de la Nación y las Provincias, intenta morigerar en alguna medida las diferenciales existentes entre las jurisdicciones, aunque las estadísticas de salud muestran aún los riesgos de vivir en una u otra región o provincia. Un mayor protagonismo de las organizaciones de la Sociedad Civil, facilitaría la articulación y la complementación con las organizaciones del Estado.

La legislación sanitaria debiera ser un referente básico en la definición del rol del Estado en Salud. La compleja trama normativa surgida de diferentes poderes e instancias de gobierno no facilita la identificación del rol del Estado en esta materia. Numerosas normas que hacen al ordenamiento del sistema de salud surgieron por decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo sin pasar por el Congreso Nacional; a ellas se agregan las normativas provinciales y municipales y las correspondientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.⁴³

⁴³ Perrone Néstor, Matusevich Marta, Pérez Hermes. Rol del Estado en Salud. Fundación Alianza para la República. FUNCER. Noviembre 1999.

El fraccionamiento y la inequidad del sistema están instalados y constituyen un desafío para las instituciones del país. Cuando las acciones y objetivos planteados exceden los tiempos vitales de los individuos, son las instituciones las que pueden y deben dar continuidad a lo proyectado y para ello es necesario reconocer la importancia de la política para impulsar las reformas necesarias, a través de buscar consensos amplios, democráticos y representativos de todos los actores. “Un estado en plenitud significa la total confianza en la fortaleza de nuestras instituciones democráticas y en todos los instrumentos que nos proporciona el estado de derecho y que emana de la sólida acción de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial”⁴⁴

⁴⁴ Juan Carlos Borbón, Rey de España, 2007.