

Evolución histórica del sector salud en Argentina *

Susana Belmartino **

Carlos Bloch ***

En nuestro libro relativo al período 1940-1960 defendimos la posibilidad de analizar el desarrollo del sector salud como uno de los elementos constitutivos de un régimen social de acumulación. Tomamos esa categoría de trabajos recientes que analizan procesos históricos de larga duración en Argentina y proponen su utilización para caracterizar el proceso que se abre con la crítica década de 1930 y se clausuraría a fines de los años setenta¹.

La articulación particular entre régimen social de acumulación y régimen político de gobierno que se produce en Argentina entre 1930 y 1980 correspondería a la versión local de la forma de vinculación entre Estado y Sociedad que en los países centrales se reconoce como «Estado de Bienestar».

Al igual que en otros países de Latinoamérica, en el nuestro las transformaciones sufridas por la relación Estado/Sociedad en esos años, aunque son fuertemente dependientes en lo ideológico cultural del modelo vigente en los países centrales, no llegan a configurar verdaderas condiciones de bienestar. La literatura política incluye en general a estos regímenes en la categoría «Estado de Compromiso», de manera lo suficientemente flexible como para incorporar la existencia de diferencias a nivel nacional.

Tanto en países centrales como periféricos la utopía del bienestar condujo al desarrollo de instituciones específicas orientadas a la puesta en marcha de políticas sociales y, entre ellas, alguna forma de organización y financiación solidaria de los sistemas de atención médica. El reconocimiento de los derechos sociales se erige como uno de los principales mecanismos de inclusión —la integración social es a

la vez uno de los insumos fundamentales de la consecución del bienestar y uno de sus resultados esperados—. La salud y la atención médica, con múltiples imbricaciones en el campo de lo político, lo económico, lo cultural y lo ideológico, se transforman en referentes efectivos de los alcances, modalidades y límites de esa inclusión.

No debe sorprender, por consiguiente, que la organización del sector salud y la dinámica de fuerzas sociales que se instala en su interior, presenten un cierto paralelismo con las consolidaciones que se producen en el campo de la política y la economía, y que el sector abrevie en las ideologías circulantes y en las manifestaciones de sentido común producidas en esferas lindantes con su actividad. No resulta por lo tanto necesariamente llamativo que los años institucionalización de la nueva articulación entre régimen social de acumulación y régimen político de gobierno constituyan también el período de emergencia de un nuevo ordenamiento sectorial.

Por otra parte, la razón de la presencia de dificultades o límites en la efectivización de los derechos sociales reconocidos por la instancia estatal —que representa en ese campo específico la brecha existente entre «Estado de Compromiso» y «Estado de Bienestar»— debe sin duda pensarse en primer lugar en términos extrasectoriales. Las dificultades para garantizar el acceso universal e igualitario de toda la población a los servicios de atención médica tienen sin duda sus raíces en el conflictivo balance entre acumulación y distribución que caracteriza el desarrollo argentino en esos años, a la vez que en las condiciones que regulan la dinámica del sistema político: ines-

* Capítulo décimo: «A modo de síntesis». En: Belmartino S y Bloch C. *El sector salud en argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. O.P.S./O.M.S., Representación Argentina, Publicación N° 40, Buenos Aires, 1994.

** Licenciada en Historia. Investigadora del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario y del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

*** Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

1 Nun José. «La teoría política y la transición democrática»; en Nun José y Portantiero Juan Carlos (comps.). *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina*, Puntosur, Buenos Aires, 1987.

tabilidad del régimen, debilidad del sistema de partidos, presencia corporativa en la representación de intereses, fragmentación y clientelismo de los organismos del Estado, ausencia de cultura democrática.

El paralelismo, sin embargo, no es mecánico, ni lineal. El sector posee una dinámica propia y responde a relaciones de poder que se construyen en torno a sus instituciones, aunque resulten en alguna medida dependientes del balance de fuerzas que se establece en la sociedad que las contiene. La organización del sector tiene sus propias exigencias y su propio ritmo, y en su interior el predominio de lo político/ideológico aparece modelando con mucha fuerza las determinaciones que provienen de la estructura.

Confiamos en que la historia narrada a lo largo de tres libros sirva de respaldo empírico para estas perspectivas formuladas a nivel conceptual. Con esta publicación llegamos al fin del proceso histórico que fuera nuestro objeto de trabajo en los últimos años, objeto hipotéticamente construido en base a ciertas características de regularidad y homogeneidad interna que justificarían su tratamiento como unidad. Llega, por consiguiente, el momento de precisar hasta qué punto hemos avanzado.

PERIODIZACIÓN

En primer término, se hace necesario dar cuenta del problema de la periodización. Abordar como una unidad el desarrollo del sector salud en Argentina entre 1930 y 1980 supone al menos la necesidad de dar cuenta de las manifiestas discontinuidades, y demostrar que no configuran verdaderas rupturas.

La consideración interna del período mostraría en ese caso la persistencia a lo largo de esas cinco décadas de algunos elementos ordenadores de lo que hemos llamado marco legal institucional del sistema, que no se registran con anterioridad, o sólo lo hacen en forma embrionaria, y estarían en vías de desaparecer, o al menos perder su carácter dominante, a partir de la actual crisis de las formas organizativas del sistema de servicios.

Tales rasgos constitutivos que otorgarían cierta homogeneidad a la dinámica del sector salud entre 1930 y 1980 corresponden, como ya adelantamos, tanto a nivel ideológico como institucional, al modelo generalizado entre las sociedades de bienestar. El reconocimiento de la responsabilidad del Estado como organizador y modelador de la vida social, la confianza en el progreso técnico-científico y en su capacidad para garantizar el bienestar, la utopía igualitaria fundada en la generalización del acceso al goce de derechos sociales, la mediatización de ese acceso a través de la población trabajadora hacia los sectores no insertos de manera directa en el mercado de trabajo, son algunos de los rasgos reconocidos como fundamentos de la actividad sectorial a lo largo del período, independientemente de las dificultades o límites registrados en su efectivización.

También se pueden mencionar otros rasgos, evidentes en la dinámica de las instituciones, que constituyen elementos reconocidos por múltiples

analistas como característicos del sector salud. Los más notorios se refieren a la fragmentación y heterogeneidad institucional, que se alega frecuentemente como causa de ineficiencia en la utilización de recursos, y parece haber entrado en una lógica de reproducción ampliada a lo largo de nuestro período de observación.

Las condiciones de heterogeneidad y fragmentación, sin embargo, no pueden utilizarse para diferenciar las instituciones de salud posteriores a la década del treinta de sus antecesoras propias de la Argentina de comienzos de siglo. Por el contrario, pueden dar pie a una interpretación que las asuma como continuidades de orden cultural, que sobreviven a los cambios producidos en la relación con el Estado e imprimen características particulares a esa relación. El rasgo novedoso, en este caso, y también permanente, es la politización de las demandas de esas instituciones heterogéneas y fragmentadas que comienzan a proyectar sobre el Estado —más específicamente, sobre la acción o inacción de sus aparatos— las causas de los límites que encuentran en el cumplimiento de sus funciones específicas. Esa politización de las demandas asumirá desde el primer momento rasgos corporativos, que se acentuarán a partir de los años 60, cuando el aparato estatal fracase en su intención de poner en marcha una intervención reguladora.

Conforme a nuestro interés de recuperar los cambios y permanencias verificables en el interior del sector, intentaremos desarrollar algunas hipótesis de periodización.

Primer período: Crisis generalizada de las instituciones del sector. Reformulación doctrinaria y de modelos organizativos. 1930-1943/46. El punto de partida en 1930 es relativamente arbitrario, ya que se registran algunas manifestaciones de agotamiento del modelo anterior en la década de 1920. A partir de 1930 hay sin embargo una conciencia generalizada de la necesidad de su reformulación. El sector salud actúa en estos años como caja de resonancia de la crisis que sacude a la sociedad argentina. Las manifestaciones sectoriales de esa crisis se manifiestan en múltiples niveles:

- insuficiencia de las instituciones que financian los servicios de atención médica para dar respuesta a las necesidades de atención de su población a cargo.

- insuficiencia de las formas generalizadas de práctica médica para dar cabida a los nuevos desarrollos técnico-científicos.

- incipiente reconocimiento de un nuevo rol de las instituciones estatales en la organización del sector, tanto de parte de algunas instancias de su aparato como de segmentos diferenciados de la sociedad civil.

- avances en la formulación de una doctrina sanitaria basada en la centralización normativa de las actividades del sector.

- incipiente organización gremial de la profesión médica.

- desarrollo de formas de solidaridad por inserción laboral en las instituciones civiles orientadas a la cobertura del riesgo de enfermar.

- embrionario desarrollo de cobertura de atención médica para el personal de organismos del Estado.

- incorporación de la preocupación por formas organizativas de la cobertura del riesgo de enfermar en la agenda de las organizaciones sindicales más consolidadas.

- generalizado debate respecto al impacto de la crisis económica, política, ideológica y cultural sobre las instituciones del sector salud.

- generalizado debate sobre las formas organizativas futuras de las instituciones del sector, adecuadas para garantizar la superación de las condiciones de crisis.

Segundo período: Presencia hegemónica del Estado. 1943/46-1952/55. Es el momento de mayor presencia estatal en el sector, tanto en los aspectos reguladores como en lo relacionado con la expansión de la capacidad instalada del subsector público. Es también el período de mayor eficacia redistribucionista de la actividad estatal en el interior del sector. Los principales rasgos serían los siguientes:

- centralización de las decisiones, tanto políticas como de normatización y regulación de las instituciones del sector.

- expansión sin precedentes de la capacidad instalada.

- fragmentación de la expansión de la capacidad instalada en el interior del sector público nacional: Ministerio de Salud / Fundación María Eva Duarte de Perón.

- fragmentación de la expansión de la capacidad instalada en instituciones reguladas por ley: sector público / direcciones de obra social.

- como consecuencia de lo anterior, incipiente delimitación en tres subsectores: público, privado, de la seguridad social.

- fragmentación de la dependencia gubernamental de las instituciones reguladas por ley (direcciones de obra social). Organización de las futuras obras sociales estatales y paraestatales.

- reconocimiento formal del derecho a la salud como componente de la ciudadanía y reconocimiento efectivo de ese derecho para determinados sectores, seleccionados en general conforme a su inserción laboral, generando por consiguiente condiciones de politización de la cobertura de atención médica y acceso diferenciado a sus beneficios.

- intentos por parte del poder político de subordinar a sus directivas la totalidad de las instituciones representativas del sector (corporativismo estatista); resistencia del gremialismo médico.

- consolidación del gremialismo médico auto-denominado «independiente».

Tercer período: Pérdida de la hegemonía estatal y bases técnico-políticas de construcción del modelo estatal-corporativo-privatista de organización del sector. 1952/55-1967/69. Este período está carac-

terizado por el retroceso de la presencia estatal, siendo su manifestación más significativa la interrupción del desarrollo de la capacidad instalada y el comienzo de deterioro de lo existente. Se producen algunos intentos de federalización en la gestión del sector público, con logros limitados. En paralelo se registra el comienzo de la expansión del subsector privado vinculado a los recursos financieros de las obras sociales. Rasgos a destacar:

- El retroceso de la presencia estatal a nivel de los servicios y la descentralización administrativa que se pretende imponer no obstaculizan la emergencia de áreas significativas en la discusión doctrinaria, canalizada fundamentalmente hacia dos grandes temas, seguro de salud y planificación, y caracterizada por una fuerte dependencia de la experiencia internacional y sus aportes.

- Partiendo de la conveniencia de separar la delimitación de los mecanismos de generación y distribución de recursos financieros y la preocupación por definir los instrumentos técnico-organizativos orientados al cumplimiento de los fines del sistema en condiciones de eficacia y eficiencia, el debate sobre la posible implementación del seguro y la elaboración técnica de instrumentos para la planificación se realizan en espacios políticos e institucionales diferentes. Los proyectos de legislación de seguro de salud o enfermedad no llegan a ser sancionados y la planificación queda restringida a las actividades del subsector público, con limitaciones derivadas de la discontinuidad de los equipos técnicos y las dificultades para diseñar instrumentos eficaces de intervención.

- Las limitaciones en la aplicación tanto de las propuestas de recaudación de recursos a través de mecanismos universales de afiliación a sistemas de seguro como de los instrumentos de la planificación normativa destinados a racionalizar la gestión de las instituciones públicas no impiden la aceptación de sus presupuestos doctrinarios, que pasan a constituir el deber ser inapelable de la organización sectorial. Los principios de accesibilidad universal igualitaria e integralidad de las prestaciones, aplicables en relación a la población a cargo del sistema, y centralización normativa y descentralización operativa, regionalización, organización de efectores según nivel de complejidad, área programática, que debían regir la organización de los servicios, se convierten en referentes técnico-legitimatorios de toda propuesta de reorganización sectorial, aunque en la práctica carezcan de viabilidad financiera, administrativa y política.

- En paralelo se produce un reforzamiento de las presencias corporativas en el sector. El gremio médico consolida su organización a nivel nacional por una parte, y por la otra se profundiza la vinculación entre obras sociales y sindicatos. A partir de los años cincuenta se comienzan a negociar los aportes para la cobertura de atención médica de los trabajadores en las convenciones colectivas, que constituyen uno de los mecanismos de expansión de las obras sociales sindicales.

- Las organizaciones gremiales médicas fede-

radas en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) ponen en marcha una estrategia dirigida a erradicar el trabajo profesional retribuido por salario en obras sociales y mutualidades. El movimiento cobra éxitos parciales en algunas ciudades y/o provincias y se expande como reivindicación a la totalidad del país. La libre elección del médico, el pago por prestación y el derecho de la profesión médica a establecer el precio de su trabajo se proponen como principios regulatorios dotados de justificación técnica (son planteadas como requisito insoslayable para la eficacia de la práctica) y postulados de ética profesional (la indisciplina en su acatamiento da lugar a sanciones gremiales). Se comienzan a generalizar los contratos con obras sociales, hegemonizados por las organizaciones profesionales que logran generar condiciones de control oligopólico de la oferta de servicios. A partir de 1964 cobra presencia a nivel nacional la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados.

Cuarto Período: Consolidación del modelo estatal-corporativo-privatista de organización sectorial. 1967/69-1976. En paralelo con las alternativas del proyecto autoritario puesto en marcha a partir del golpe de estado protagonizado por el Gral. Onganía en 1966, se abre un período caracterizado por un nuevo intento de conducción hegemónica del sector por parte del organismo técnico estatal (Secretaría de Salud Pública). Dicho intento genera un enfrentamiento en el que participan además otros sectores del aparato estatal, las corporaciones de prestadores y las conducciones sindicales de las obras sociales, representadas por la C.G.T. El proyecto técnico-modernizante y racionalizador generado en la Secretaría de Salud Pública se enfrenta con las orientaciones patrimonialistas y corporativas que se habían afirmado en el interior del sector a lo largo de la década precedente. La intervención del Estado generaliza para toda la población en relación de dependencia y su núcleo familiar primario la cobertura otorgada por el sistema de obras sociales a partir de la sanción de la ley n° 18.610, pero se muestra impotente para superar la fragmentación y heterogeneidad preexistentes y asegurar una mayor equidad en la aplicación de mecanismos financieros de base solidaria. Los rasgos más significativos serían:

- Declinación definitiva del subsector público, tras el fracaso de los proyectos de reforma hospitalaria puestos en marcha en las provincias de Buenos Aires y San Juan y los intentos de obtención de nuevos recursos a partir de la contratación con obras sociales concretados en las leyes de hospitales de comunidad y descentralización hospitalaria.

- Fortalecimiento del modelo corporativo-privatista de contratación entre confederaciones de prestadores y obras sociales. Escasa capacidad reguladora y normatizadora de la instancia estatal corporizada en el I.N.O.S., que sólo logra imponer su autoridad en la fijación de aranceles. En lo relacionado con los demás instrumentos de regulación de la relación contractual, el I.N.O.S. acepta la experiencia técnico-

administrativa desarrollada por las corporaciones de prestadores, y por consiguiente asimila la lógica de valorización de las modalidades más especializadas y tecnificadas de la práctica profesional, sin desarrollar una capacidad paralela de auditoría, ni poder suficiente para definir prioridades en la canalización de los recursos del sector.

- Fragmentación interna al aparato estatal, de consecuencias duraderas para el desarrollo del sector, entre las Secretarías de Salud Pública y las de Seguridad Social, la primera cristalizada como organismo técnico sin capacidad política para cumplir su función reguladora, la segunda constituida como árbitro de la distribución de los recursos financieros de la seguridad social, y, por lo tanto, eje político de las relaciones de poder construidas en torno a la apropiación de los recursos materiales y simbólicos que circulan en el interior del sector.

- Consolidación de las obras sociales como uno de los fundamentos de la capacidad de convocatoria de las organizaciones sindicales, condición que las convierte en prenda de negociación en la relación Estado-sindicatos y obstaculiza todo proyecto de reforma orientado a superar la heterogeneidad y fragmentación existentes.

- Desarrollo contradictorio del pacto corporativo instituido entre la C.G.T. y las organizaciones de profesionales. Las grandes corporaciones del sector rivalizan en torno a la apropiación de los recursos financieros y por obtener el favor del organismo estatal que actúa como árbitro de su distribución. Sin embargo, la prosperidad que caracteriza al subsector en los años setenta estimula el interés por defender la permanencia del vínculo y otorga características de amenaza a toda pretensión reguladora o racionalizadora que ponga en peligro el control corporativo sobre el sistema.

Quinto período: Crisis político-ideológica del modelo. 1976-1982. Los embates político-ideológicos orientados al cuestionamiento del modelo de organización sectorial que hemos denominado estatal-corporativo-privatista, preceden a su crisis financiera, generalizada a partir de 1982. Aquí nuevamente las condiciones extrasectoriales inciden con fuerza particular en la operatoria del sector, por lo menos a dos niveles.

El primero se relaciona con los límites financieros del modelo, que pueden ser superados en la segunda mitad de los años setenta en gran medida gracias a la política financiera puesta en marcha por el gobierno del General Videla. La liberalización de los depósitos bancarios y las altas tasas de interés pagadas a los depósitos a plazo fijo durante la mayor parte del período, multiplican de manera significativa los recursos percibidos por las obras sociales y otorgan particular solvencia a las organizaciones gremiales encargadas de la intermediación en el cobro de prestaciones.

El segundo nivel de impacto de las condiciones sociopolíticas generales en las relaciones internas al sector se vincula con la emergencia —todavía débil y francamente minoritaria— de las críticas al Estado

benefactor planteadas por el pensamiento neoliberal. La cuestión asume particular importancia en la dinámica sectorial cuando los componentes anticorporativos de la propuesta son utilizados para legitimar el embate contra las bases políticas, económicas y sociales del poder sindical.

Las consecuencias a nivel del sector salud serían:

- Se produce el primer cuestionamiento formulado desde el interior del aparato estatal a la anterior hegemonía detentada por el reconocimiento del derecho a la salud como responsabilidad ineludible del Estado. Tal cuestionamiento provoca una escisión en las heterogéneas fuerzas que han asumido el control del Estado, en condiciones que terminan paralizando los intentos de reforma del sistema de obras sociales.

- Los sindicatos son separados de la conducción de las obras sociales, pero el sistema mantiene las características del período precedente, agravadas posiblemente por políticas clientelistas de empleo, que incidieron significativamente en los gastos de administración, y el deterioro de la capacidad reguladora del I.N.O.S.

- La prosperidad financiera del sector y las políticas de apertura de la economía facilitan la incorporación al sector privado de tecnología de alto nivel de sofisticación, sin que ninguna política de regulación se ponga en marcha para atenuar posibles distorsiones. El balance en la disposición de recursos diagnósticos y terapéuticos entre sector público y sector privado cambia abruptamente en favor de este último. Tanto el sector público como la Secretaría de Salud Pública ingresan en una etapa de franco deterioro, tanto a nivel de recursos humanos y materiales como en su capacidad de intervención.

Sexto período: Último intento de ordenamiento del modelo, recuperación de su base solidaria y superación de la crisis financiera: 1982/84-1988/89. La recuperación de la democracia representativa como régimen de gobierno se ve jaqueada por una crisis social y económica sin precedentes vinculadas con el agotamiento del régimen social de acumulación. En el interior del sector, la dinámica corporativa, que ha regulado por más de dos décadas las relaciones de poder, se cierra defensivamente ante la incidencia de la crisis y la posible amenaza proyectada sobre las intenciones del Estado. La recuperación de la que fuera «ley constitutiva», bajo la nueva apariencia legitimadora proporcionada por la presencia de la ANSSAL y la cobertura universal emanada del Seguro, carecerá de todo significado político en un sector que comienza a transformarse bajo la presión de la crisis.

MARCO INTERPRETATIVO

Hasta aquí nuestro trabajo de reconstrucción de las alternativas político institucionales del sector salud entre 1930 y 1985. La minuciosa tarea de recuperación de los testimonios disponibles debió proveernos también de algunas herramientas para interpretar la racionalidad subyacente a tales procesos. Al respecto podemos adelantar algunas hipótesis.

Primera hipótesis: Relativa dependencia —o relativa autonomía— del sector respecto de las alternativas sociopolíticas de la sociedad global. Los condicionamientos impuestos al sector salud desde la estructura productiva o el sistema político son sin duda fuertes, en particular en las coyunturas de crisis, sin embargo, operan sobre una trama de relaciones previamente constituida que no logran alterar en sus rasgos sustanciales.

El impacto de las condiciones sociopolíticas de orden general se percibe con más claridad en las coyunturas críticas: los años 30, el momento de la caída del peronismo, la intervención militar a partir de 1976 son ejemplos sin duda relevantes. También la heterogeneidad de la cobertura de obras sociales se vincula —aunque seguramente no se explica totalmente— con la heterogeneidad del aparato productivo y sus consecuencias sobre el mercado de trabajo. Del mismo modo que el «techo» puesto a los recursos de la seguridad social es sin duda consecuencia de los límites de la economía argentina para entrar en una dinámica de desarrollo sostenido.

A tales condicionantes de orden económico se añaden los resultantes de las transformaciones del sistema político: corporativismo estatalista construido bajo el primer peronismo, crisis de hegemonía recurrente o pluralismo corporativo en los años sesenta. La proscripción del peronismo y la inestable y conflictiva vinculación Estado-sindicatos que fue su consecuencia tuvieron también sin duda su cuota de incidencia sobre la política sectorial.

Sin negar el impacto sobre las relaciones intra-sectoriales de este tipo de condicionantes que operan sobre la sociedad global, consideramos que el análisis del sector salud puede dar cuenta de la manera particular en que determinadas áreas procesan los límites y potencialidades derivados de ese impacto. Por tal motivo su estudio otorga la posibilidad de observar el comportamiento de ciertas instituciones en períodos de crisis o cambio de los modelos de organización social.

En efecto, los procesos observados a nivel sectorial permiten registrar la permanencia de ciertos rasgos y su incidencia en la asimilación por parte de las instituciones de las nuevas condiciones económicas, políticas, administrativas.

Un buen ejemplo de este tipo de procesos se vincula a la manera particular en que las instituciones del sector asimilan los cambios producidos entre 1943-46. La fuerte politización de lo social que lleva adelante el peronismo produce el surgimiento de nuevas formas institucionales destinadas a satisfacer las necesidades de cobertura de atención médica de la población trabajadora. Sin embargo, esas formas se adecuan a las condiciones de fragmentación y particularismo que habían predominado en la etapa precedente. Las instituciones vehiculizan sus demandas al Estado —demandas de regulación, de canalización de recursos, de institucionalización de formas obligatorias de previsión y solidaridad— pero la respuesta estatal, aún bajo la forma de fuerte intervencionismo

social, es procesada conforme a identidades y referentes previamente constituidos. Las formas solidarias de previsión se tornan obligatorias, pero los mecanismos aglutinantes siguen otorgando preminencia al grupo de pertenencia frente a otras posibles interpelaciones —de mayor alcance globalizador— vinculadas a circunstancias de clase o nación.

Esa presencia de mecanismos identificatorios «fuertes», que también podrían asimilarse a rasgos culturales propios de los grupos sociales nucleados en determinadas instituciones, es lo que nos estimula a no centrar nuestra atención en la problemática institucional y preferir la identificación de actores.

¿Cuándo una institución o conjunto de instituciones puede ser considerada como un actor social relevante? Según nuestro criterio cuando se identifica con un proyecto político de reformulación de las relaciones sociales en las que se inserta o, por el contrario, defiende su reproducción cuanto tales relaciones se encuentran amenazadas por el cambio. Un actor es siempre portador de un proyecto de distribución de poder para el área particular en la que se inserta. Las instituciones son reconocidas como actores cuando sus miembros comparten una identidad, se reconocen como parcialidad en un campo de negociación política, manifiestan una particular percepción de lo bueno, lo justo, lo adecuado, lo conveniente, en relación al conjunto de relaciones sociales por las que se sienten afectados.

Segunda hipótesis: El estudio de los actores con presencia en el sector puede enriquecer el análisis de los procesos sociales de conformación de relaciones de poder y, como consecuencia, brindar elementos para un mayor conocimiento de las condiciones de su transformación.

En relación al abordaje basado en actores, nuestra investigación puede proporcionar ejemplos de dos enfoques que a nuestro criterio se han mostrado sumamente productivos. El primero se vincula con los procesos históricos que enmarcan la constitución de un actor social relevante en un marco de relaciones sociales. El segundo con la confrontación entre diferentes actores en una coyuntura histórica específica.

Dando cuenta del primer enfoque contamos con la historia de la Confederación Médica. La excepcional riqueza de material documental recogido ha brindado la posibilidad de una reconstrucción minuciosa de la constitución de esta corporación como actor social relevante. La crisis del modelo de atención médica que en los años veinte dio origen a los primeros nucleamientos, las diferentes lecturas que en ese momento se realizan sobre el nuevo rol al que la profesión se siente convocada, la pugna ideológica que aparece tempranamente parcializando sus filas, dan cuenta tanto de los estímulos como de los escollos que acompañaron la conformación de la entidad gremial médica.

A estos avatares del frente interno se suma muy rápidamente una vinculación conflictiva con el Estado, que también tiene repercusiones —de ningun-

na manera lineales— sobre la cohesión indispensable para plantear demandas dotadas de la fuerza que otorga la identidad de perspectiva.

En este sentido, un capítulo sugerente es el vinculado a la transformación de la ideología profesional. La corporación médica se constituye asumiendo una identidad fundada sobre algunos principios que supone imperecederos. Múltiples referentes parecen avalar su vigencia: pautas éticas que han sido consagradas por una tradición académica de vigencia universal, una función social de excepcional relevancia que otorgaría a la profesión un lugar natural entre los círculos dirigentes, normas reguladoras de su vinculación con el paciente que se constituyen como garantía de la eficacia terapéutica de su práctica. La legitimación del nucleamiento gremial se basa precisamente en el reconocimiento unánime de tales valores, en cuya defensa se comprometen tanto los nostálgicos del pasado como quienes se manifiestan decididamente en favor de los cambios.

Tal identidad, ese núcleo fuerte de principios identificatorios, sigue siendo defendida como intangible al mismo tiempo que va siendo paulatinamente penetrada por circunstancias que parecen escapar irremediablemente al control de la profesión. Aun aquel sector —hegemónico al comienzo del proceso, francamente minoritario en sus últimos avatares— que parece abroquelarse tras un conjunto de principios que en ocasiones utiliza como arma, en otras como escudo, va paulatinamente cediendo posiciones, construyendo sin reconocerlo una nueva imagen, difícilmente identificable con la originaria.

La cuestión de la ideología, las transformaciones sufridas por la identidad profesional, son inseparables del problema relacionado con la cohesión interna que la corporación necesita para ubicarse frente a sus antagonistas. La heterogeneidad de los mercados de trabajo regionales tiene sin duda peso en las diferentes cosmovisiones proyectadas en el interior del gremio. Pero no constituye su único referente. No puede desdeñarse el rol de los dirigentes en la adscripción de las diferentes federaciones a determinados modelos organizativos. Ni tampoco la influencia que una gestión eficaz en el manejo del mercado o las relaciones políticas puede tener sobre las expectativas y adhesiones del conjunto profesional.

La cuestión de la dirigencia y de su capacidad de aglutinar voluntades en favor de un proyecto es sin duda un tema que valdría la pena profundizar. La información que disponemos no nos brinda en este caso terreno suficiente para asentar alguna especulación, sólo intentaremos precisar los rasgos que merecerían mayor atención.

Este es sin duda uno de los espacios en que el campo sectorial se vincula a la sociedad global. Es evidente que los modelos organizativos propuestos para el sistema de servicios, que pueden pensarse como ideologías sectoriales, no se agotan en los referentes ideológicos construidos en el interior del sector. Forman parte sin duda de modelos societales elaborados fuera de sus límites.

Esto resulta sin duda evidente aunque en el debate interior al gremio no sea fácil discriminar adhesiones de tipo estrictamente partidario. En efecto, a partir de la crisis interna que produjo el acercamiento de los directivos de la Confederación Médica a la Secretaría de Trabajo y Previsión liderada por el coronel Perón a comienzos de los años cuarenta, los gremialistas vetaron la inclusión de cuestiones político partidarias en su agenda de trabajo. Ya sea por imperio de ese veto o por otros motivos imposibles de verificar, resultaría muy difícil intentar vincular las posiciones defendidas en el interior del gremio con la adscripción a algún partido político. Siempre, por supuesto, que se compute sólo el período postperonista, ya que la presunta «independencia» alegada por la Confederación en ese momento estaba fuertemente connotada por una actitud decididamente opositora.

Más allá del referente partidario, sin embargo, sería difícil intentar definir qué entendían los gremialistas por «abstención política», y más aún precisar su caracterización de «lo político». Aunque pretenden definirse a sí mismos como técnicos, prescindentes siempre, y en ocasiones desdeñosos de la pugna política, los modelos organizativos que debaten se definen fundamentalmente en referencia al Estado.

En un continuo donde las posiciones de izquierda/derecha se diferencian en función de la mayor o menor confianza depositada en la actividad estatal como garantía de justicia y bienestar para todos, independientemente de que el Estado al que se apela sea el «realmente existente» u otro a constituir en el futuro, las ideologías sectoriales resultan de ese modo fuertemente politizadas. Y es en ese terreno donde se vinculan a cosmovisiones más amplias, que algunos dirigentes logran proyectar sobre las cuestiones de organización del sector.

Las formas organizativas propuestas y efectivizadas para el sistema de servicios constituyen los espacios donde se manifiestan con mayor claridad las acumulaciones de poder, tanto en el interior del gremio como en su relación con los otros actores presentes en el sector. En este sentido no sólo suma puntos la capacidad de aglutinar adherentes en torno a una propuesta, sino también, y posiblemente en mayor medida, la capacidad de diseñar y poner a prueba los instrumentos adecuados para llevarla adelante.

La experiencia de provincia de Buenos Aires es muy reveladora. La organización del I.O.M.A. señala a nuestro criterio un punto clave en el debate organizativo. La desconfianza hacia las grandes organizaciones burocráticas, el rechazo al trabajo remunerado por salario, el apego a una forma de práctica que permite la supervivencia del consultorio individual y un vínculo relativamente personalizado con la clientela, encuentran en la organización imaginada por Provenzano un seguro contra las incertidumbres provocadas por los procesos de cambio.

FEMEBA se revela como pionera también en otros campos: la organización de la contratación con obras sociales, la implementación de contratos tipo, la elaboración del nomenclador de prestaciones, la

administración de su cobro. La entidad bonaerense asume un claro liderazgo cuando se tocan los aspectos técnico-administrativos de la organización gremial. No sólo aporta los instrumentos que sus colegas utilizarán para poner en marcha sus propios contratos y organismos de administración de prestaciones, también logra imponer su aceptación por parte del I.N.O.S. cuando el sistema se generaliza y se decide la aplicación normas administrativas uniformes para la totalidad de las obras sociales.

Otros factores inciden sin duda en el liderazgo que asume claramente FEMEBA a fines de los años sesenta: la importancia económica y política de la provincia de Buenos Aires, el número de médicos radicados en su territorio, la proximidad con la Capital Federal, sede de una Confederación en la que el gremio capitalino tiene una presencia errática y generalmente conflictiva, la habilidad demostrada de los dirigentes de la provincia para vincularse con las autoridades del área y convertirse en interlocutores reconocidos en el más alto nivel político.

No se trata de un liderazgo sin oponentes. Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, San Juan, constituyen también voces reconocidas, que logran un predominio relativo en coyunturas tan significativas como la que se abre en 1973. En ese momento, la parcial derrota sufrida por la posición pragmática y acuerdista de FEMEBA frente a la ofensiva del «manriquismo sanitario», y el particular clima de ideas que acompaña el retorno al poder del peronismo, confluyeron sin duda en el efímero renacimiento de las posiciones más afines a la conformación de un sistema integrado.

El análisis histórico de la organización gremial médica brinda, por consiguiente, conforme a este enfoque, elementos para recuperar la dinámica entre estructura del sistema de servicios y propuestas organizativas, entre estas mismas propuestas como conjunto de principios doctrinarios y referentes ideológicos y las respectivas instancias de organización, entre pautas organizativas capaces de demostrar su eficacia en la reformulación del sistema de servicios y capacidad de aglutinar seguidores en apoyo a una propuesta organizativa. Todo ello vinculado a la relación entre dirigentes y gremio.

Ese enfoque histórico de la conformación del gremio médico como actor relevante en el interior recoge, en múltiples instancias, el impacto de su vinculación con los otros actores, portadores también de intereses y propuestas organizativas específicas.

La relación COMRA/CONFECILISA no sólo brinda posibilidades de analizar el dispar desarrollo del mercado de servicios de atención médica en las diferentes regiones, y su impacto sobre la diferenciación interna del sector profesional, con consecuencias sobre la reformulación del referente identificador propio de la medicina y la articulación de los intereses de la práctica médica con los específicos de la empresa médica. También pueden entenderse como indicador de uno de los primeros fracasos de la profesión en sus intentos de control del mercado, derivado en parte de la incapacidad mostrada por el gremio

para mantener la unidad y cohesión interna en coyunturas particularmente críticas.

La identificación de la práctica médica con la actividad desempeñada por el profesional en su consultorio en vinculación directa con el paciente, entra en confrontación con los desarrollos técnico-organizativos que en parte estimulan, en parte exigen una organización empresarial. Mientras el mayor nivel de complejidad técnica se inserta en las instituciones estatales, esa confrontación no se torna conflictiva y puede ser procesada con relativa facilidad. Cuando la crisis financiera del subsector público y el estímulo proveniente del beneficio estimula las inversiones en la esfera privada, la escisión entre intereses profesionales nucleados en el gremio e intereses médico empresariales agrupados en la organización sanatorial se ha vuelto irreversible.

Más revelador aún del rol jugado por los actores y los modelos organizativos que defienden en la reformulación del sistema de servicios es el conflicto que se desencadena en la segunda mitad de los años sesenta. Aunque hemos dedicado una buena parte de nuestro texto a la explicitación de sus alternativas tal vez sea oportuno retomar aquí algunas reflexiones.

El disparador del conflicto se ubica en una instancia estatal, hasta ese momento sin atribuciones en la regulación de la contratación entre gremio médico y obras sociales, que se propone normatizar un mercado que ha comenzado a emitir señales de crisis financiera. Esa intervención se plantea conforme a los parámetros técnico organizativos dominantes en el pensamiento sanitarista: unificación de las instituciones, racionalización del gasto, universalidad de la cobertura, control del costo de las prestaciones.

El mercado que se pretendía regular se había conformado sobre otros parámetros, continuando la línea de fragmentación y heterogeneidad propia de una tradición muy arraigada en el interior del sector, fortalecida además por las alternativas de la vinculación entre sus instituciones y el Estado.

Esa lógica conducente a la fragmentación y la heterogeneidad no era, sin embargo, carente de racionalidad, como se le presentaba desde los parámetros de la planificación normativa. Estaba dotada de una racionalidad histórica, de raíces culturales y políticas, difícil de quebrar desde la intervención de un organismo estatal que sólo estaba dispuesto a ofrecer su autoridad y pautas organizativas relacionadas con la más eficiente utilización de los recursos disponibles.

Tres fuerzas de diferente peso y orientación se enfrentan al intento modernizante de Salud Pública; una de ellas actuando en el interior del mismo aparato estatal, las tres portadoras de modelos organizativos relativamente afines, en una pugna desigual por imponer su control sobre el sistema de servicios. Dicho control, resultaba claro para los contendientes, no surgiría de una decisión o de un acuerdo, sino de la formulación de normas y distribución de recursos que resultara de la organización finalmente implementada.

El impacto del conflicto en el interior del gremio es muy significativo. En primer lugar, destruye la supuesta homogeneidad de pensamiento relativa a la inserción del profesional y su práctica en el sistema de servicios. La pretensión del goce de una autonomía casi absoluta por parte de la profesión en la definición de las condiciones de su práctica, se ve abruptamente cuestionada por la intervención reguladora de la Secretaría de Salud Pública. Este cuestionamiento se proyecta, por un lado, sobre la libertad de prescripción y de fijación de honorarios atribuida al profesional individual y por delegación consentida a alguna de las instancias organizativas, Colegio o gremio; por el otro, sobre la reserva en favor de estas mismas instancias —supuestamente representativas del conjunto de la profesión— del derecho a control del cumplimiento de las pautas técnicas, administrativas y éticas establecidas para el ejercicio profesional.

Particularmente esclarecedor en ese sentido es el proceso que se desarrolla en el interior de la COMRA entre 1968 y 1973. La cerrada defensa de las prerrogativas profesionales que realiza el Consejo Federal reunido en Catamarca al conocerse los primeros intentos regulatorios puestos en marcha por el Secretario Mondet poco tiene que ver con los reclamos formulados en 1973, orientados a lograr lo que el gremio define como una «auténtica co-gestión» del sistema de servicios.

El camino que lleva desde la altiva definición principista de Catamarca a la posición favorable al diálogo que comienza a imponerse poco más tarde, tiene en parte que ver con los sucesivos fracasos en la defensa de las prerrogativas profesionales ante la Secretaría de Salud Pública, pero también debe vincularse con procesos internos a la misma corporación. La necesidad de ofrecer respuestas ante el conflicto, la posibilidad de que tales respuestas se encaminaran a través de la conformación de comisiones en el interior de la secretaría estatal, la debilidad relativa en que se encuentran Holmberg primero y más tarde Rodríguez Castells ante la ofensiva organizada en la esfera de Seguridad Social, facilitó sin duda la toma de posición de sectores gremiales que no habían logrado imponer sus ideas en Catamarca ante la enorme presión de la alternativa principista.

Tercera hipótesis: Es posible caracterizar el proceso histórico de conformación y crisis de una determinada modalidad de articulación de las relaciones intrasectoriales en función de lo que denominamos pacto corporativo, con vigencia en el ordenamiento de la distribución del poder sectorial desde fines de los años sesenta hasta la crisis contemporánea.

A partir de las transformaciones producidas en el sector desde los años cincuenta consideramos posible identificar el proceso de formulación y crisis de la modalidad de organización de base corporativa, hegemónica en el sistema de servicios hasta hace muy poco tiempo. La crisis de los años ochenta produjo el debilitamiento de esa hegemonía y su progresivo reemplazo por un nuevo modelo organizativo, actualmente en gestación, que supone nuevos fundamentos

económicos, políticos e ideológicos, otras relaciones de poder, la configuración de un nuevo pacto.

En este contexto, la idea relacionada con la realización de un pacto, aunque parte de las teorías contractualistas utilizadas para explicar el origen del Estado moderno, se asienta en mayor medida en las propuestas contemporáneas vinculadas a la puesta en marcha de mecanismos de concertación, orientados a la compatibilización de intereses sectoriales a través de acuerdos globales entre actores sociales relevantes. Por ese medio, sociedades convulsionadas por crisis que ponen en peligro la continuidad de sus instituciones fundamentales, consiguen una estabilidad que les permite comenzar a reconstruirlas. El pacto supone un compromiso, en el que cada uno de los actores comprometidos hace algún tipo de concesión a lo que considera sus intereses legítimos, como prenda para la perduración de relaciones sociales fundamentales, que son precisamente las que permiten efectivizar tales intereses. El pacto es siempre una transacción y la estabilidad obtenida dependerá de la voluntad de cada uno de los actores comprometidos a mantener el compromiso adquirido. Por último, el pacto, cuando logra estabilizarse, constituye siempre un nuevo punto de partida en el tramado de las relaciones sociales fundamentales, que permitirá construir sobre sus bases un nuevo modelo societal. Es en ese sentido que se habla de pactos constitutivos.

Como ya señalamos nuestro objetivo se orienta a recuperar la lógica de deconstrucción/reconstrucción de determinadas relaciones de poder en el interior del sector salud. Más precisamente, la capacidad de determinados actores para optimizar sus condiciones de inserción en el curso de procesos de cambio institucional que amenazan su posición relativa en un campo determinado. Las condiciones que potencian o inhiben su posibilidad de recurrir a un capital previamente acumulado, de poner en movimiento recursos técnicos, organizativos, políticos, ideológicos, en procura de volver a equilibrar un balance de poder que se torna desfavorable por la intervención de una fuerza con capacidad de cambiar radicalmente las reglas de juego pre-existentes.

Una «fuerza» de tales características puede asumir diferentes configuraciones en distintas coyunturas: transformaciones técnicas que obligan a una nueva organización de los recursos sectoriales, crisis financiera, pugna distributiva por el control de recursos escasos, pretensión reguladora de un organismo del Estado. Su impacto, sin embargo, se verifica en el interior de un sistema de servicios que es portador de una historia, de actores constituidos en el curso de esa historia, de relaciones de poder que los vinculan entre sí y con la aparente o real función de intermediación cumplida por el aparato estatal.

Tales actores, y las relaciones más o menos pacíficas o conflictivas que los vinculan, operan sobre un conjunto de reglas y recursos organizados institucionalmente, y por lo tanto también relativamente poco permeables a cambios de magnitud.

La pretensión reguladora del Estado puesta de manifiesto a partir de 1967 se enfrenta en un primer momento con la oposición de las confederaciones de prestadores, en particular la COMRA, que niegan toda legitimidad a la política de la Secretaría de Salud Pública orientada a regular honorarios y normatizar las condiciones de los contratos con obras sociales, producto de relaciones que los profesionales consideran de carácter «estrictamente privado».

Por su parte, las obras sociales, poco entusiasmadas ante la idea de poner su futuro en manos de un aparato estatal, potencian su capacidad negociadora cuando unifican su representación en la Confederación General del Trabajo. La central obrera se postula como legítima representante del interés de los trabajadores en el sistema, y consigue establecer una alianza con los Ministros de Bienestar Social y Trabajo, especialmente interesados en otorgar al régimen alguna apariencia de preocupación por cuestiones de índole social, y allanar el camino hacia la salida electoral que ya se vislumbra como inevitable.

El resultado de la suma de presiones y negociaciones entre corporaciones médicas, corporación sindical y Estado da nacimiento a una modalidad organizativa cuyos fundamentos políticos se asientan sobre una trama de relaciones que intentamos caracterizar como pacto corporativo.

El trípode constituido por las grandes corporaciones que hegemonizan el sector y el aparato estatal que pretende convertirse en su ordenador y sólo logra constituirse en árbitro, tiene una estabilidad precaria en función de la labilidad de las alianzas que conforman sus protagonistas.

La vinculación C.G.T./Ministerio de Bienestar Social se fortalece en la medida que la intervención estatal se limite a la regulación de aranceles, los intentos de buscar prestadores de alternativa a las corporaciones profesionales, la concesión de créditos y subsidios para desarrollar la capacidad instalada propia de las obras sociales en el interior del país. Pero los beneficios obtenidos no generan aquiescencia a aceptar la intervención del organismo de control en la esfera de autonomía que cada obra social sigue reservándose en el manejo de sus recursos y la administración de su política de beneficios.

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data, relacionada con el control de un sistema de financiación de la atención médica sobre el que ambas reivindican derechos irrenunciables, en última instancia coincidirán en el interés por su perduración. La pugna, que en ocasiones anteriores comprometía principios e identidades, en esta coyuntura se restringe a las condiciones de mercado y, por consiguiente, a la distribución de los recursos que el sistema controla.

Cuando ambas partes reconozcan que lo verdaderamente importante es la afirmación del sistema, y la distribución de los recursos puede negociarse una y otra vez, el conflicto se atenuará y comenzará la etapa de los acuerdos basados en la primacía de los intereses comunes.

La apelación al Estado/árbitro se actualizará cada vez que sea necesario volver a acordar en torno a honorarios y condiciones de pago de los servicios, mientras se seguirá rechazando como «estatizante» toda pretensión dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario.

La intervención del Estado, originada en la necesidad de ordenar y homogeneizar un sistema caracterizado por condiciones de fragmentación y heterogeneidad y, por tales características, portador de ineficiencia e inequidad en las prestaciones sociales colocadas bajo su cobertura, fracasa en la mayor parte de los objetivos que se propone.

Si bien logra apuntalar la potencialidad negociadora de las obras sociales, reforzada por la representación del sistema otorgada a la central obrera, no consigue impedir la concreción del oligopolio en la oferta de servicios en manos de las corporaciones profesionales.

Tanto el organismo que nuclea a los profesionales como el que agrupa a las instituciones con internación se ven obligados a aceptar un sistema de concertación de honorarios entre las partes interesadas, con el arbitraje del Estado para los casos en que no fuera posible su resolución consensuada, situación excepcional que con el gobierno militar surgido del golpe de 1976 se transformará en regla. Pero consiguen, al mismo tiempo, limitar sus concesiones a esa esfera.

El sistema de contratos de generaliza, pautado sobre la libre elección y el pago por acto médico, y apoyado sobre los recursos técnico-organizativos que la profesión había desarrollado en la década precedente: nomencladores, contratos tipo, normas de acreditación y sistemas administrativos.

De los dos imperativos que hemos identificado como fundamento de la intervención estatal, el técnico-organizativo y el político, termina primando el segundo y el sistema de servicios se convierte en prenda de negociación con el sindicalismo. El decidido apoyo estatal, que abre un espacio para la presencia de la C.G.T. en la negociación relativa al sector,

debilita la anterior hegemonía de las corporaciones profesionales, pero no la reemplaza por la intervención ordenadora de la instancia técnico-política. Pasadas las convulsiones derivadas del enfrentamiento por definir la posición relativa de cada uno de los protagonistas en la distribución de poder interna al sector, la prosperidad que facilita la afirmación de este esquema de acuerdos en la década subsiguiente apoya la consolidación del modelo de organización del sistema basado en el que hemos caracterizado como pacto corporativo.

En la década siguiente estos pactos constitutivos, que proporcionan base de sustentación a las relaciones gestadas en el interior del sector, se verán fuertemente cuestionados por dos nuevos intentos reguladores por parte del Estado, de signo radicalmente diferente. En primer lugar, el proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud, discutido bajo el gobierno peronista de 1973-76, que postulaba un sistema único, con conducción estatal fuertemente centralizada. En segundo término, la propuesta de legislación proyectada por la dictadura militar que tenía como objetivo prioritario retirar a los sindicatos del control de las obras sociales, a la vez que incorporaba algunos mecanismos de mercado orientados a reemplazar las bases solidarias de organización de la cobertura de atención médica de la población trabajadora. En los años ochenta, ya bajo el impacto disolvente de la crisis financiera del sector, el proyecto de Seguro Nacional de Salud constituirá un intento frustrado de imponer la disciplina y el control de las instituciones democráticas sobre las relaciones pactadas.

Tales experiencias producen enfrentamientos que amenazan destruir la alianza corporativa, pero sus protagonistas terminan volviendo a articular un vínculo que produce beneficios sustantivos para todos los sectores comprometidos, y se basa en principios doctrinarios que todavía parecen gozar de consenso generalizado. Sólo la crisis financiera que sacude al sistema a lo largo de casi diez años y una nueva manera de pensar las relaciones fundamentales de la organización social, conseguirán destruir las bases económicas, políticas e ideológicas que dieran sustento al pacto.