

## **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARGENTINA<sup>1</sup>**

*Horacio Luis Barragán*

### **1.- La Atención Médica no suele ser prioridad política**

La historia hace escueta referencia a la Atención Médica. Probablemente la falta de prioridad en el relato se deba a una falta de prioridad en los hechos.

Si repasamos en grandes líneas la evolución universal, difícilmente encontraremos la Atención Médica como prioridad en el gobierno de los pueblos. Tuvo prioridad para los enfermos, para quienes les rodeaban y para los que les cuidaban. Tuvo también prioridad para las poblaciones cuando la enfermedad afectaba al conjunto. **Tucídides** (1975:88), en el siglo V antes de Cristo, hizo un paréntesis en sus relatos bélicos para describir la mortalidad de la peste sobre Atenas.

Afortunadamente hoy tenemos un instrumento –la epidemiología– para advertir a las poblaciones supuestamente sanas que están amenazadas, así como a los gobiernos que la Atención Médica debe tener un lugar de privilegio en sus políticas.

Foucault (1976:152) dice que el plan Beveridge, en Inglaterra de la década de 1940, puso la salud en el campo de la macroeconomía y dio paso a la preocupación prioritaria por el cuidado del cuerpo.

En los países desarrollados, con servicios de salud o con regímenes de seguridad social, la Atención Médica es una prioridad para el conjunto social recién después de una accidentada evolución. Estimo que no lo ha sido por muchas décadas para nuestra comunidad nacional.

Sin embargo la magnitud de los logros científicos aplicados a la salud y los recursos económicos relacionados con su financiación, ubican hoy a la Atención Médica en Argentina, sino como prioridad, en un conflictivo nudo político. Así lo testimonia la polémica en torno a las obras sociales y sistemas de prepagos.

Las dificultades para definir y concretar una política global de Atención Médica en Argentina surgieron de factores propios del sector y potentes fuerzas que son denominador común en las vallas para la definición y logro político general.

### **2.- Una política implica la convergencia de teoría y poder**

La revisión de los intentos y logros en este sector de la Atención Médica resultará útil para valorar aquellas dificultades, reconocer el peso de los factores y fuerzas que las originaron, y proponer lineamientos de política.

Se hará referencia a las grandes líneas de la evolución de la Atención Médica en Argentina desde la perspectiva de Salud Pública y del Estado Nacional. Se intenta sólo reseñar aspectos relevantes de esa evolución, sin describirlos con detenimiento, limitándose a los principales jalones y a las figuras que encabezaron las gestiones que se estiman más importantes. No considera la

---

<sup>1</sup> Agradecimiento al asesoramiento histórico del **Prof. Jorge Iturmendi**. No todos sus valiosos aportes han podido ser incorporados en el presente capítulo.

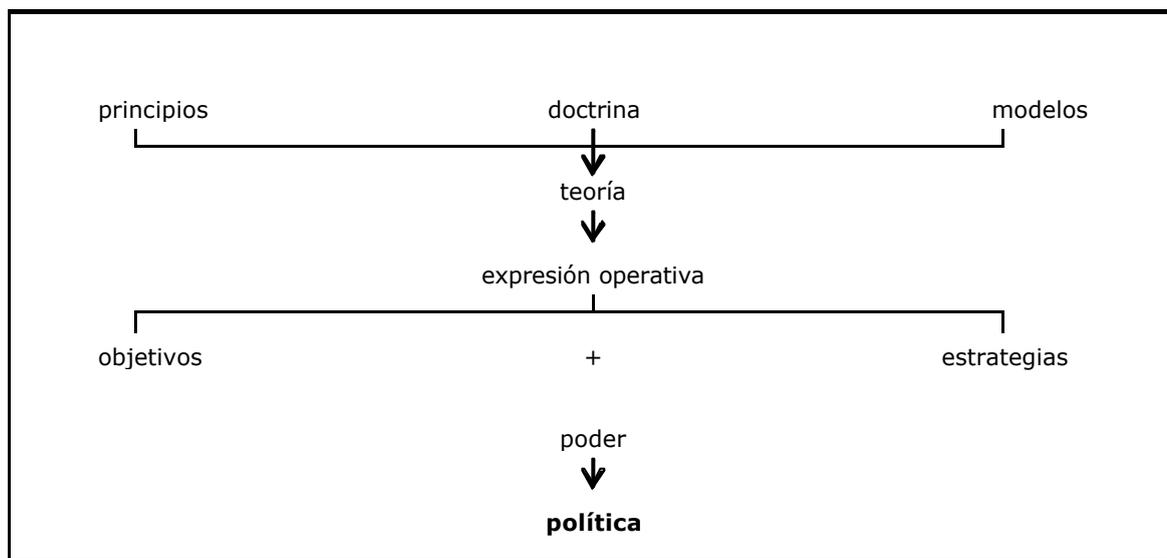
evolución de los niveles provinciales, obras sociales o grupos de presión, sino sólo con algunos ejemplos que marcan su trascendencia.

A lo largo de las décadas ha habido significativos recursos y esfuerzos volcados a la Atención Médica. Ha habido también teorías para mejorar su organización. Debe reconocerse que, aunque lejos del nivel posible y esperado, la situación sanitaria argentina no es tan negativa.

El doctor Arce Peñalva, lúcido funcionario bonaerense, decía de un hospital en 1896: "...todo es defecto de organización, no de recursos..." (Grau, 1954:58).

La organización de recursos y esfuerzos es fruto de una definición política entendiendo por tal "una guía de pensamiento para la acción". Esta guía debe expresar en términos operativos, con objetivos y estrategias definidas, lo que convencionalmente llamaremos "teoría" de Atención Médica, compuesta de: principios culturales, doctrinas asistenciales y modelos organizativos [Cuadro 2.b].

### Componentes de una política de Salud

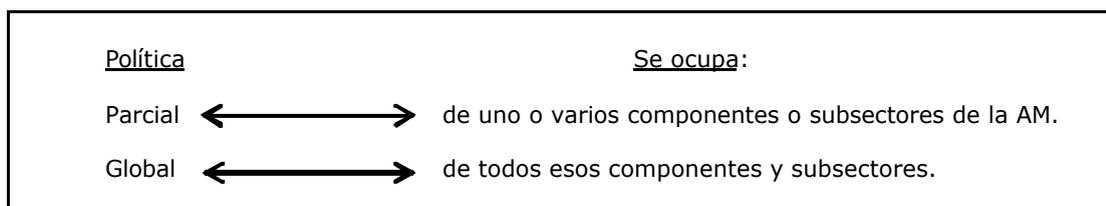


Cuadro 2.b

Toda vez que se decidió una política y algún "poder" eligió y apoyó a los hombres aptos durante el tiempo necesario para llevarla a cabo, ella tuvo su fruto.

Una política para organizar, a partir de una teoría, a los componentes y subsectores de la Atención Médica, puede ser parcial o global. Si la organización comprende uno o varios componentes o subsectores, se llamará "parcial". Si comprende a todos los componentes y subsectores, se llamará "global". Ahora bien, la magnitud y complejidad del sector Atención Médica, el alto costo de sus recursos y la necesidad que la población tiene de ella, requieren una organización "global" a partir de una política, consecuentemente "global" [Cuadro 2.c].

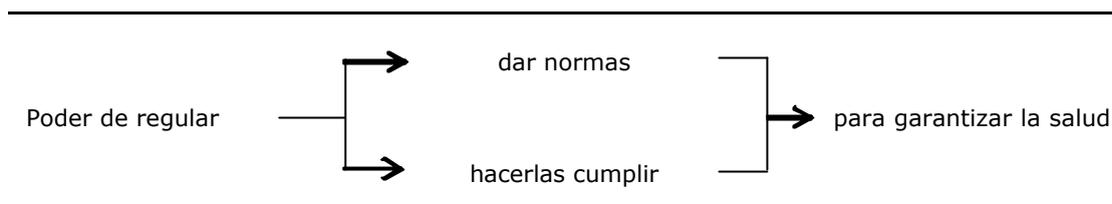
### Política global y parcial de AM



Cuadro 2.c

El carácter global incluye la función de regular la Atención Médica para garantizar la salud. La regulación de los componentes y subsectores cobra sentido al tener por objeto garantizar a toda la población la prestación de servicios básicos y calificados de salud. “Regulación de la Atención Médica” es la facultad de establecer normas básicas y exigir su cumplimiento a todos los componentes y subsectores que forman el sector, cualquiera sea la propiedad o dependencia de cada uno de ellos. Se trata de una función distinta a la de conducir y administrar efectores de una propiedad o dependencia [Cuadro 2.d].

## Regulación



Cuadro 2.d

La misma magnitud y complejidad del sector Atención Médica dificulta la decisión política de aplicar “poder” a la organización global. También dificulta la continuidad de la decisión, continuidad a la que llamaré, “apoyo”. Tanto en la delegación de poder como en el apoyo, quien la ejerza deberá actuar reconociendo la existencia de otros “**poderes**” concurrentes con los que resultará imprescindible “**negociar**”. Una política de Atención Médica parcial y con más razón una global, puede llevarse a cabo a partir de una teoría (principios, doctrina y modelos) expresada en términos operativos (objetivos y estrategias) negociado con los otros elementos del sector. Sólo así puede lograrse la organización de los recursos y esfuerzos. Claro está que la negociación estará, para ello, subordinada a los principios y al objetivo final de garantizar la salud.

Estas negociaciones presentan puntos clave donde suelen concentrarse las dificultades que frustran las políticas.

Teoría, expresión operativa y poder: he aquí tres componentes esenciales de una política.

Sin embargo, en la vida diaria el término “política” suele utilizarse en sentido impropio. Así, en general se llama política al mero ejercicio del poder, sin un fundamento teórico.

Este proceso para la definición y logro de políticas se desarrolla dentro de una cultura que da el “tono” de la sociedad argentina, marcado por fuertes sentimientos colectivos que determinan interpretaciones y decisiones en éste y en todos los sectores<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> La sociedad argentina viene teniendo aspiraciones de “grandeza” que reiteradas veces han chocado con la realidad y generado una frustración ya inveterada. Es probable que esta pendulación dolorosa entre aspiración y frustración se mantenga por mecanismos que afectan la valoración de la realidad. Una desubicación temporal ha transformado el presente en un sistema de recuerdos. Un defectuoso procedimiento discursivo entremezcla diariamente los temas y los conceptos. Un vacío concomitante de las palabras, sus combinaciones y representaciones (vg. discursos, documentos, normas, organismos), opera como refugio: el hablar frecuentemente ha suplido, no sólo a la acción, sino también al pensamiento. Una confusión de roles distribuidos en largas y ramificadas cadenas de poder, ha diluido las responsabilidades. Esta dilución nutre la ausencia de mecanismos sancionatorios que la retroalimentan. Una alienación de los objetivos, fruto de la aspiración a la “grandeza”, desdibuja los objetivos cotidianos, disfrazando con vergüenza los intereses lícitos y favorece que, con declamación, medren los ilícitos. La expurgación de responsabilidades se canaliza a través de “chivos expiatorios” o de una “proyectomanía irrestañable”. Un encuadramiento en ideología de todos los gestos públicos divide maniqueamente a personas y sectores. En estas raíces y, sin duda en otras, se nutre una sensación colectiva de fracaso y crece la pérdida de la esperanza. Si estos sentimientos configuran un “tono” social que ambienta la trama de las decisiones y los logros, resulta evidente la necesidad de modificarlo con otros valores.

### 3.- La política de salud en el período colonial

Se verán algunos hechos e ideas en la evolución de nuestra Atención Médica que permiten vislumbrar si respondió o no a una política específica global.

Se aventurará la hipótesis de que un Impacto Fundacional basado en teoría y poder, alcanzó a concretar una Política Sanitaria Colonial (Grau, 1954:1-33).

Las Leyes de Indias de 1541 establecían:

“Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores, que con especial cuidado, provean en todos los pueblos de españoles e indios, de provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana...” (Veronelli, 1986:114; Salvia, 1971).

Una Real Pragmática de 1617 reformaba la enseñanza de la medicina en base a las doctrinas de Hipócrates, Galeno y Avicena y disponía la persecución del curanderismo. Una característica de la colonización hispánica fue la temprana fundación de universidades<sup>3</sup>.

Debe admitirse que las leyes de la metrópoli con frecuencia “eran acatadas”... pero no cumplidas en estas latitudes, hábito que nos dejó su impronta hasta hoy.

El principio era claro: los enfermos debían ser “curados”, incluso los enfermos “pobres”. La doctrina médica era la vigente para la época y el modelo era el ejercicio de profesionales formados según esa doctrina y no el de curanderos. Tal conjunto tomó una forma operativa con el objetivo de curar y la estrategia de instalar médicos y hospitales.

Entre la definición y los hechos suele transcurrir mucho tiempo. Así fue en esta etapa: conseguir médicos no era fácil; reservar manzanas para hospitales sí lo era, pero construirlos no. En Buenos Aires, la manzana la reservó Juan de Garay en 1580 y el Hospital se inauguró en 1614 cuando ya funcionaban tempranos establecimientos en Córdoba, Santiago del Estero y Santa Fe (Molinari, 1971:74).

No obstante puede decirse que, definida la política, las acciones comenzaron. Este Impacto Fundacional demoró mucho en organizarse, quizá no tanto en función de la baja densidad histórica en ese espacio y ese tiempo.

Los cabildos primero y el Protomedicato después, fueron los encargados de llevar a cabo aquella política en América Hispana. El cabildo de Buenos Aires tuvo que hacer muchos esfuerzos para conseguir médicos titulados, que preferían radicarse en Lima, la ciudad virreinal (Molinari, 1971:116). El cabildo de Córdoba en 1604 dictó las retribuciones médicas:

“... por una visita simple: 4 reales; por visita de media noche: un peso; ...por amputación de una pierna: un peso; ...por visita a dos leguas: un peso cada legua; ...por las sanguijuelas: dos reales...” (Molinari, 1971: 122)

¡Todo un nomenclador!

### 4.- Las misiones jesuíticas comprendían un sistema asistencial

La colonización de América, argamasa de conflictos, involucró enfrentamientos de sectores de la Iglesia Católica con encomenderos y gobiernos locales<sup>4</sup>.

Las reducciones eran pueblos en los que se organizaban grupos de indios nómades a cargo de misioneros con exclusión de cualquier otro europeo. Las hubo desde 1515 por iniciativa de Fray Bartolomé de las Casas y a cargo de franciscanos se extendieron a la provincia del Paraguay en 1580<sup>5</sup>.

---

3 El primer médico se graduó en México en 1547 (Barquin, 1971:263).

4 Fray Bartolomé de las Casas hizo encendida defensa de los indígenas y severo reproche a los colonizadores. Fundó una colonia agraria para indios en Cumaná (Venezuela) y después fue obispo de Chiapas (México). Su “Brevísima relación de la destrucción de las Indias” (1552) relata acciones violentas en la conquista que consideraba “tiránicas, injustas e inicuas” y alega contra la esclavitud y la encomienda. El memorial de las Casas fue presentado a Carlos V en 1542.

5 Comprendía entonces Paraguay, Mesopotamia argentina y parte de Río Grande do Sur, con capital en Asunción.

Fueron los jesuitas quienes perfeccionaron ese experimento social en 1610. Hochwalder<sup>6</sup> le llamaría “sacro experimento” y sus enemigos, “disimulado cautiverio”. Organizaron alrededor de 60 pueblos con más de 179.000 guaraníes. Vieron en ellos, un “hombre natural”, ideal para evangelizar y civilizar.

Por endoculturación, los jesuitas<sup>7</sup> adoptaron la lengua indígena y gran parte de su cultura. Respetaron los sistemas de parentesco y los hábitos de trabajo colectivo. Las reducciones crecieron en un “doble aislamiento lingüístico y geográfico” (Baleiro y Duviols, 1991), protegidas de los excesos de los encomenderos y del contagio de las enfermedades europeas. Los jesuitas privaban así a los encomenderos y a los bandeirantes, de mano de obra esclava.

España cedió territorio a Portugal, incluyendo aquel en que asentaban las reducciones y Carlos III expulsó a los jesuitas de territorios espanolos en 1767 (Busaniche, 1979).

En la organización jesutica no podía faltar la sanitaria, ya que respondía a una política regional global. Preparaban a indios enfermeros que cuidaban a los enfermos, incluyendo un régimen de internación domiciliaria. Estudiaron y aplicaron la farmacopea natural indígena. Los indígenas, no obstante, sufrieron epidemias de viruela y sarampión (Barquin Calderon, 1971).

Las órdenes religiosas se integraron a la organización sanitaria oficial. Los Hermanos Hospitalarios de América Española o Betlehemitas, desde el siglo XVII, se extendieron a los primeros hospitales coloniales americanos (Veronelli, 2004).

## 5.- El Protomedicato desarrolló el impacto fundacional

El Protomedicato, institución originaria de Castilla y Aragón del siglo XV y transplantada a América (Sierra, 1971), nació en Buenos Aires a poco del Virreinato, en 1780. Surgió de un informe al Rey y de un reclamo contra la centralización en Lima (Tumburus, 1926).

El Impacto Fundacional fue seguido de un período de ordenamiento lento, y definió una política. El Protomedicato fue su instrumento y la obra del primer titular, el doctor Miguel Gorman, su fruto.

Esta obra puede asimilarse a la de Johan Pieter Frank en el Imperio Austro-Húngaro y a la de los médicos de la Revolución francesa en 1789.

Gorman reguló el ejercicio de las profesiones de curar y llamó a examen a los que ejercían sin haber completado la licencia, consolidando la obra de los cabildos. Dirigió esta carta a un pretendiente a médico:

“Muy Señor mío, estoy cansado de recibir tantos empeños como vuestra merced hace para eludir las órdenes de este tribunal. Si vuestra merced trabajara tanto en el estudio de la facultad como trabaja en solicitar intercesores, estuviera hoy más adelantado en ella...” (Cit. por Tumburus, 1926).

La gestión Gorman aumentó las camas hospitalarias; habilitó leprosarios; determinó aislamiento y desinfección en epidemias; ordenó notificar las infecciones; introdujo la variolización y la vacunación; reguló aranceles y precios de medicamentos; atendıo el abastecimiento de agua; el ordenamiento de los basurales y las letrinas; reglamentó panaderías, mercados y cementerios; abrió una caja de previsión para médicos y boticarios; persiguió el curanderismo. Propuso la creación de la Universidad de Buenos Aires y de la Academia de Medicina de Montevideo. Desarrolló la primera Escuela de Medicina en 1801 con el plan de estudios de Edimburgo. Nombró tenientes de Protomedicato y formó discípulos (Molinari, 1971:137; Veronelli, 1975). Las enfermedades prevalentes identificadas eran la TBC y la lepra. Había frecuentes brotes de viruela (Veronelli, 2004:86).

La Política Sanitaria Colonial estaba cristalizada, la teoría, su expresión operativa y el poder. Había logrado un ordenamiento coherente para su tiempo. Estaban presentes los cuatro procesos que para Foucault (1976) caracterizan a la Medicina del siglo XVIII: aparición de una autoridad

---

6 Fritz Hochwalder es autor de una pieza teatral, “Así en la tierra como en el cielo”, en la que expresa el dramatismo de la expulson de los Jesuitas de sus misiones por el gobierno de España.

7 La Compañía de Jesús (jesuitas) fue fundada por San Ignacio de Loyola con motivo de la Contrarreforma Católica en oposición a la Reforma proclamada por Lutero y los protestantes. La orden fue reconocida en 1540. La experiencia jesutica en América fue comentada por Voltaire, Montesquieu y después por Hegel.

médico-social, su intervención en el espacio y medio ambiente, comienzo de la “medicalización” hospitalaria e introducción de mecanismos de administración médica.

Puede decirse que Gorman, primera gran figura sanitaria argentina, protagonizó una política reguladora para garantizar el acceso a la medicina de su tiempo, específica y global. Logró un ordenamiento amplio de la Salud Pública incluyendo el saneamiento y los diversos componentes y subsectores de la Atención Médica. Entre los componentes cuentan la formación de recursos humanos (vg. Escuela de Medicina), la regulación de bienes de salud (vg. precios de medicamentos), y de la condición sanitaria de otros bienes (vg. productos de panadería). Entre los subsectores reguló el privado (vg. ejercicio profesional), y ordenó y fortificó el estatal (vg. camas hospitalarias, vacunación).

Por lo expuesto se aventuró la hipótesis de que el Impacto Funcional definió y concretó una Política Sanitaria Colonial. Si se admite la corroboración de esta hipótesis cabe preguntarse ¿por qué fue así?

Algunas explicaciones posibles son:

- hubo un principio: los enfermos, incluso los pobres enfermos, debían ser curados.
- hubo una doctrina asistencial: la de Hipócrates, Galeno y Avicena.
- hubo un modelo: médicos graduados según tal doctrina, escuelas para formarlos, religiosos para cuidar pacientes, cabildos y Protomedicato para regular.
- hubo una forma operativa: los principios se expresaron en objetivos, las doctrinas y modelos en estrategias de regulación y garantía.

A partir de una visión inteligente de la realidad –la del virrey Vértiz– hubo decisión y apoyo político con transferencia de poder.

Estaban los hombres aptos: Gorman y sus colaboradores, y tuvieron tiempo para sus estrategias, más de un cuarto de siglo.

No por restarle méritos cabe señalar factores “facilitantes” de tales políticas:

- la población no tenía una gran expectativa en los servicios de salud cuyas posibilidades científicas y técnicas era limitadas en extremo.
- virtualmente no existían grupos de presión en torno a la Atención Médica; la lucha más importante fue contra los curanderos.

Consecuentemente, el poder específico transferido era grande y el requerimiento de negociación era bajo.

## 6.- La independencia generó nuevas situaciones

Se resumirá la etapa siguiente: la era independiente. Los objetivos predominantes de los grupos que asumieron el poder central en Buenos Aires, fueron los de un nuevo orden político y económico, que demoró 70 años en lograrse. En 1804, el Dr. Gorman proyectó la creación de una Junta de Sanidad del Puerto para el control de los inmigrantes debido a la aflicción que tenía el poder político por el riesgo de las epidemias<sup>8</sup>.

Los estudios médicos tenían pocos postulantes y las exigencias bélicas llamaban a los profesionales a los campos de batalla. Los estudiantes fueron adscriptos al Ejército con la creación del Instituto Médico Militar a cargo del Dr. Cosme Argerich (Molinari, 1966:365).

Los especialistas de entonces, encabezados por Gorman, planeaban una teoría global de la Atención Médica y su forma operativa. Sin embargo el poder político atendía sus rubros críticos: medicina militar y epidemias.

Había hospitales estables en las ciudades de fundación colonial y en Buenos Aires estaban regentados por los Padres Betlehemitas.

---

8 No obstante la norma, en 1811, los inspectores no podían llegar a los barcos “...por falta de bote” (EMECE, 1977:19). Desde entonces una larga tradición se proyecta hasta hoy.

En 1815 el Directorio constituyó Juntas Hospitalarias para asegurar “la asistencia y curación de los enfermos, la cuenta y razón de los caudales, y demás enseres y especies del hospital”. Tuvieron poca eficacia (EMECE, 1977:77).

Caída la autoridad nacional del Directorio (1820), las provincias asumieron, entre otras, las funciones sanitarias. En Buenos Aires, la gobernación de Martín Rodríguez, ministerios Rivadavia y de la Cruz, dictó un decreto conocido como “Acuerdo de Medicina” e intentó organizar el “servicio médico de la ciudad y de la campaña” reemplazando el Protomedicato con el Tribunal de Medicina (1822). El Tribunal mejoró algo los hospitales, hizo control del puerto, estableció cuarentenas y promovió la vacunación (Grau, 1979:7).

Los hospitales oficiales asistían a la población sin recursos (EMECE, 1977:95). Los sectores pudientes eran asistidos en sus domicilios. En casos graves eran trasladados a los hospitales que tenían áreas para “enfermos de distinción”, en las que pagaban los servicios (“estancias”).

Continuaban los brotes de **viruela**, con irregular conservación y aplicación de la vacuna. Se presentó un brote de **escarlatina** descrito por Francisco Javier Muñoz (Veronelli, 2004:127).

En 1844 se instaló un Protomedicato en Córdoba a cargo de Luis Tamini, que había propuesto un proyecto sanitario de avanzada. A fines de la década de 1840 Urquiza instituyó un Tribunal de Medicina en Entre Ríos (Veronelli, 2004:131).

Desde la Independencia y a lo largo de esta primera mitad del siglo XIX, no hubo sino intentos parciales que no llegaron a configurar una política. El poder operó sin fundarse en una teoría de Atención Médica y con poca preocupación por el sector.

## 7.- Organización Nacional: la política de salud

Después de la caída de Rosas (1852), se revitalizaron la Facultad y la Academia de Medicina. En la Provincia de Buenos Aires el Tribunal que regulaba el sector fue reemplazado por un Consejo de Higiene Pública (1852), organismo colegiado con funciones de normatización y contralor pero sin fuerza ejecutiva o poder: faltaba aún mucho para la organización política y ni qué decir para la sanitaria (Furlong, 1950:277).<sup>9</sup>

Comenzaban los primeros brotes de Fiebre amarilla –ya endémica en Río de Janeiro– y de cólera (Veronelli, 2004:148).

El **cólera** llegó con la vuelta del ejército de la guerra del Paraguay en 1868. La **fiebre amarilla** produjo la epidemia más grave en 1871 que se extendió a las ciudades mayores del país. En Buenos Aires, que tenía una población estival de 150.000 habitantes, produjo la muerte de casi 20.000 (Guerrino, 1981:117). Si bien actuaron los médicos municipales, la organización oficial no fue buena –téngase en cuenta que no se conocía el mecanismo de contagio– y fue suplida por una Comisión Popular presidida por el abogado José Roque Pérez. “El gobierno, la municipalidad y todos los organismos oficiales que velaban por la salud pública aparecían impotentes frente al avance del mal” (Scenna, 1974). Además de los médicos, boticarios y sacerdotes argentinos, se presentaron voluntarios experimentados de Brasil y Venezuela (Luque, 1986:133). El presidente Sarmiento tuvo que trasladar el gobierno nacional fuera de la ciudad.

Las epidemias y los primeros estudios sobre la mortalidad infantil llevaron a la creación de la primera cátedra de Higiene Pública en la Facultad de Buenos Aires siendo su titular Guillermo Rawson, quien había sido diputado, senador y Ministro del Interior del presidente Mitre. Desde la cátedra, Rawson hizo el análisis crítico del estado de los hospitales y obras de saneamiento, del déficit de viviendas y describió los problemas demográficos y sanitarios del país. Inauguró en Argentina el concepto de “ciudad sana” que desarrollaría Emilio Coni.

Las obras de saneamiento bajo el presidente Sarmiento se ampliaron: agua corriente, potabilización, desagües, cloacas y adoquinados (Veronelli, 2004:159).

---

9 En 1856 la Municipalidad de Buenos Aires creó la Asistencia Pública. El Consejo de Higiene Pública asumía una función ambigua entre nación y provincia, por lo que en 1879 se creó una Junta de Sanidad transformada, en 1880, en Junta Provisoria de Higiene. A fines de ese mismo año un decreto nacional definió un Departamento Nacional de Higiene asistido por un Consejo Consultivo. En 1891 se sancionó la ley orgánica del referido departamento (Veronelli, 1975:44-46).

En 1880 los organismos sanitarios se transformaron en Departamento Nacional de Higiene asistido por un Consejo Consultivo<sup>10</sup>.

En 1883 la Asistencia Pública de la Capital quedó a cargo un consejo. Se destacaron en su conducción José Mariano Astigueta autor de un proyecto de ley sanitaria y José María Ramos Mejía quien logró una ampliación y reordenamiento de los hospitales municipales y de las acciones preventivas (Grau, 1954:9).

Volvió el cólera, entró por Rosario en 1886, se extendió a Mendoza y otras ciudades. Se reactivaron las obras de saneamiento y se hicieron acuerdos internacionales<sup>11</sup>.

En 1888 se intentó dar más fuerza al organismo rector provincial de Buenos Aires, con la creación del Consejo Superior de Higiene, cuyas indicaciones pasaron a ser obligatorias. Pero seguía siendo un organismo colegiado, poco ejecutivo, sin potestad sancionatoria directa.

Había una teoría, pero el Estado bonaerense no delegaba poder a estos organismos. Así, la regulación general de la salud fue sólo normatización, sin ejecución ni evaluación.

El deterioro hospitalario continuó y se reafirmó que el hospital era sólo para “pobres enfermos”.<sup>12</sup> El hospital no era todavía una institución plenamente médica. Los pacientes pudientes continuaban siendo atendidos en sus casas y a sus costas en forma privada. Los médicos tenían poco que llevar consigo en equipamiento y vivían de sus ingresos privados (Veronelli, 1975:36). El ejercicio honorario en los hospitales y las bajas retribuciones de los funcionarios debilitaban la tarea hospitalaria y la conducción de la salud. Difícilmente la sociedad que no concentra a sus profesionales en funciones específicas y no los retribuye debidamente, les pueda reclamar después responsabilidades.

La falta de una organización sanitaria eficaz afectó el control de las epidemias en las últimas décadas del siglo XIX, circunstancias en las cuales la población tomaba conciencia de sus carencias colectivas.

## 8.- Impacto científico del siglo XIX

Alrededor de 1880 habían madurado en Europa las escuelas anátomo-clínica y bacteriológica. Sus enseñanzas llegaron a la medicina argentina: he aquí un segundo impacto que, después del Fundacional, se llamará Científico.

Virchow proclamó la teoría celular. La anestesia de Wells, Morton y Simpson, y la intuición de Pasteur respecto a la antisepsia, abrían acelerado camino a la cirugía de la lesión “localizada y extraíble”. Bright relacionaba datos de laboratorio con signos clínicos, los rayos de Roentgen permitían ver el interior del cuerpo vivo.

La ciencia y la técnica impactaban sobre la medicina y su organización y le exigían modernizarse.

Los claustros universitarios (1873) renovaron la enseñanza médica que se dictaría ahora en el hospital plenamente “medicalizado”. Entraba definitivamente el médico al hospital deteriorado y se hacía cargo de su conducción (Lain Entralgo, 1974:387 y ss.).

En la provincia de Buenos Aires, el Dr. Ángel Arce Peñalva, informaba al gobierno sobre el hospital de Melchor Romero: “...aquello no es hospicio ni colonia. Es sencillamente un depósito de locos donde no se lleva tratamiento alguno... Es tan malo y rudimentario aquello, que estamos retardados más de un siglo... todo es defecto de organización no de recursos...” (Grau, 1954:58).

La situación sanitaria era negativa pero se consolidaba la conciencia médico-sanitaria, impactada por el progreso de la medicina europea.

El saneamiento, agua potable y cloacas –como se marcó–, se adelantó a la organización de la Atención Médica desde la década de 1860, en que se comenzaron obras en las principales ciudades (Coni, 1918).

Desde la cuarta década del siglo XIX se habían ido inaugurando los hospitales mayores de las comunidades extranjeras que ofrecían una alternativa asistencial en las ciudades de mayor asentamiento inmigratorio (Veronelli, 1975:92, 38).

---

10 En su conducción se destacaron José Mariano Astigueta, José María Gil, Guillermo Udaondo, José María Ramos Mejía y Carlos Malbrán. Fue polémica la conducción de Eduardo Wilde (Veronelli, 2004:226-230).

11 En Mendoza los doctores Juan Bautista Gil y Francisco Cobos hicieron cortar el agua de las acequias y se redujo la epidemia (Veronelli, 2004:241)

12 Rawson decía en 1873: “los hospitales son establecimientos o casas donde se presta auxilio a los enfermos pobres” (Grau, 1954:10).

El impacto de la ciencia y la técnica, llevó a la fundación de establecimientos privados para internar pacientes que antes eran atendidos en sus casas y se resistían a ingresar a los hospitales “para pobres enfermos”.

En 1906, se creó en el ámbito del Ministerio de Relaciones Exteriores (área de beneficencia y culto) una Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, con lo que se fragmentaba en dos la rectoría estatal de la Atención Médica.

No obstante, su titular, a partir de 1906 y por cuarto de siglo, el **Dr. Domingo Cabred** (García Díaz, 1994), programó y logró el significativo aumento de las camas hospitalarias oficiales, desde alrededor de 8.000 a 15.000 distribuidas en todo el país. Habilitó establecimientos especializados para tuberculosis y psiquiatría<sup>13</sup>.

El **Dr. Emilio Coni** escribió los primeros trabajos sobre mortalidad y morbilidad infantil en 1885. Reorganizó la Asistencia Pública de la capital (1892), comenzando por pagar de su bolsillo los sueldos atrasados del personal hasta su reintegro. Subordinó el organismo municipal al nacional (Veronelli, 2004:295). Predicó el saneamiento de las ciudades como sustitución de las cuarentenas. Coni programó y desarrolló el saneamiento de la ciudad de Mendoza y proyectó el de Corrientes (Veronelli, 1975:53). Planteó al presidente Pellegrini la necesidad de unificar la conducción de los hospitales oficiales, lo que no pudo ser por la presión de la Sociedad de Beneficencia, que dirigía el hospital de Mujeres y el hospicio de las Mercedes (Veronelli, 2004:296 y ss.). Organizó con Tornú y Gache, la lucha contra la tuberculosis. Tuvo la visión global de un discípulo de Rawson ampliada por sus viajes europeos y planteó la necesidad de formar higienistas para dirigir las acciones de Salud Pública.

La primera médica graduada en Argentina, Cecilia Grierson, organizó una escuela de enfermería en el Círculo Médico que luego trasladó a su propia casa (Veronelli, 2004:302).

El **Dr. José Penna** y otros médicos, se ocuparon del control de las enfermedades contagiosas y consolidaron la vacunación antivariólica. Penna transformó la casa de Aislamiento de Buenos Aires en lo que hoy es el Hospital Muñiz.

Guillermo Rawson, maestro de Coni, Penna y Cabred, fue la segunda gran figura sanitaria argentina después de Miguel Gorman. A cargo de la primera cátedra de Higiene (1873), proclamó una teoría sanitaria planteando incluso el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad, que constató en las casas de inquilinato (conventillos) de la Capital (Rawson, 1927:69-154). Este grupo de hombres logró sólo políticas específicas parciales, no obstante la brillante trayectoria de Rawson (Loza Colomer, 1973).

El principio general no difería del de la política colonial. Ya no era la doctrina de Hipócrates, Galeno y Avicena, sino la compleja y precisa de la medicina del siglo XIX. El modelo era el de los hospitales y el de la Asistencia Médica Francesa<sup>14</sup>.

La fuerza de este impacto científico hizo patente a los médicos el deterioro hospitalario y los más luchadores se ocuparon de denunciarlo públicamente. La política sanitaria fue definida en torno a una teoría del subsector estatal, priorizando hospitales y actividades preventivas. La regulación general continuó siendo fragmentada. La teoría era parcial y el reducido poder delegado alcanzaba apenas para mejorar ese subsector.

## 9.- La conducción sanitaria

La regulación de la Atención Médica requería organismos más ejecutivos y bajo conducción unipersonal: el Departamento Nacional de Higiene (1891) y, en la Provincia de Buenos Aires, la Dirección de Salubridad Pública (1897). Tenían potestad disciplinaria, lo que hay que destacar, porque no hay conducción ni regulación posible sin ella. La inexistencia y falta de ejercicio de tal facultad ha invalidado, en Argentina, muchas buenas intenciones.

---

13 Del hospital de “Open Door”, Clemenceau, médico que sería presidente de Francia, dijo: “He visto en una casa de locos la obra más perfecta de la razón humana” (Lardiez Gonzalez, revista quirón: 138; García Diez, 1954:21 y ss.).

14 José Ramos Mejía (hijo) fundó la Asistencia Pública de la capital para emergencias y atención ambulatoria. Destacado psiquiatra, además de su función asistencial y sanitaria, escribió un libro hoy valioso: “La neurosis de los hombres célebres en la historia argentina”.

Al comienzo de la era Independiente, los organismos sanitarios fueron asesores del Poder Ejecutivo. En su seno se perfiló un objetivo institucional: lograr la delegación de poder que les permitiera actuar en forma directa. Habiéndola logrado parcialmente, buscaron un nuevo objetivo institucional: incorporar a su dependencia todos los servicios asistenciales, estatales y de beneficencia. Esto absorbió sus energías y se continuó postergando la misión pública e indelegable del Estado de regular y garantizar la salud colectiva. Tampoco lograron la incorporación pretendida. El poder político tenía otros problemas acuciantes que no eran los de Atención Médica. Por otra parte los grupos de presión en torno a ella estaban ya fuertemente constituidos y la población tenía una expectativa mayor de salud porque iba conociendo los progresos médicos.

Rawson, que predicó con acierto sobre salud, no había podido cristalizar sus ideas. Sus discípulos continuaron la lucha, con poco poder, mucha necesidad de negociación y con logros parciales. La política de Atención Médica no estaba inscrita en el marco de la política general de los gobiernos<sup>15</sup>.

Mientras tanto, en Europa se desarrollaba la Seguridad Social promovida desde los Estados. El seguro de enfermedad era parte de la política del Imperio Alemán bajo el gobierno del canciller Bismarck. Buscaba bienestar para las clases proletarias con la intención de frenar el avance del movimiento socialista.

En Argentina, los gobiernos de principios de siglo intentaron lo mismo a partir de la legislación del trabajo. El informe de Biale-Massé, sobre el estado de las clases trabajadoras, al ministro del interior Joaquín V. González, denunció la explotación de gran número de trabajadores criollos e indígenas. Tal informe inspiró un proyecto de Código de Trabajo que no tuvo andamio, aunque hubo algunas leyes entre las que se destaca la n° 9.688 (1915) sobre indemnización por accidentes y enfermedades de trabajo.

Los conflictos sociales se agravaron en la década de 1910. A pesar de ellos se celebraron fastuosamente los centenarios del 25 de mayo y del 9 de julio.

Los estudiantes de Córdoba proclamaban la Reforma Universitaria de 1918, año en que llegó a la Argentina la pandemia de gripe.

## 10.- Mutualidades con diversas orientaciones

El movimiento mutualista fue complejo. Iniciado por los tipógrafos (1857), elite intelectual del movimiento obrero, agrupó distintas ramas de trabajadores. Nació del primer gremialismo como en el caso de la Fraternidad –Sociedad de maquinistas y foguistas (1887)–.

La inmigración europea impulsó la mutualidad de connacionales para recomponer vínculos sociales y brindarse ayuda mutua. En 1914 eran 127 en Capital Federal y correspondían a nueve nacionalidades (Belmartino, 1987:20).

Las mutualidades se multiplicaron al impulso del socialismo, de la Iglesia Católica –en los años siguientes a la Encíclica Rerum Novarum (1891), que promovió los círculos católicos de obreros– y de algunas empresas, que descontaban aportes y hacían contribuciones para financiarlos.

El movimiento social cristiano se desarrolló al impulso de círculos de estudio de las encíclicas pontificias orientados por el Pbro. Federico Grote y se difundió en once congresos del catolicismo argentino, entre 1884 (presidido por José Manuel Estrada) y 1921, que reclamaron por la justicia social, la legislación laboral y de seguridad social y la función social de la propiedad.

La diversidad de orígenes de las mutuales y gremios y la rivalidad entre socialistas y católicos dificultaron su federación y acción conjunta.

A principios del siglo XX aparecieron mutualidades fundadas por médicos-empresarios, que reclutaban “abonados” entre sectores obreros y ofrecían una cobertura restringida con apelación final a la asistencia pública.

Entre nuestros primeros sociólogos, Alejandro Bunge (1919) cuestiona las mutualidades de origen gremial por la restricción de sus servicios y los círculos católicos por su prédica doctrinaria.

---

<sup>15</sup> El presidente Roca había vetado la primera ley de creación del Departamento Nacional de Higiene (Veronelli, 1975). Pellegrini, presidente de la Nación (1890-1892) y uno de los más lúcidos políticos de su tiempo, sensible a la presencia y a los cuidados del médico había desatendido la propuesta de Coni para unificar los establecimientos estatales y de beneficencia en una red sanitaria. Aquella sensibilidad queda testimoniada en su oración fúnebre en la muerte de Ignacio Pirovano uno de los fundadores de la cirugía argentina (Cramwell, 1939:68).

Surgieron también asociaciones mutuales en las Fuerzas Armadas, la Policía y Bomberos de Capital Federal, en algunos ministerios y reparticiones oficiales.

En el censo de mutualidades de 1927 se aprecia una concentración de socios y capital en muy pocas: 2 mutualidades suman el 25% y 6 el 55% de los socios, 3 reúnen el 40% del capital social (Belmartino, 1987:21). Esta dispersión se repetirá en las Obras Sociales, generando unas ricas y otras pobres.

Durante la década de 1930 se multiplicaron las mutuales de reparticiones públicas y de empresas. Un proyecto de ley de Ángel Giménez (1935) propuso financiarlas con un descuento proporcional de los sueldos y una contribución patronal equivalente (Belmartino, 1987:23).

Las mutuales tendían, entonces, a tener servicios propios. El modelo era un consultorio central y médicos de "secciones". Se agregaron equipos de radiología y laboratorios bioquímicos. La farmacia absorbía un equivalente de los gastos médicos. Los gastos administrativos eran altos: entre 15 y 25% (Belmartino, 1987:27).

La forma de retribución a los médicos era por salarios o por consulta. En las organizaciones médico-empresarias los profesionales tendían a recibir muy bajos estipendios. El trabajo de Belmartino hace un meticuloso análisis de ingresos, gastos y costos por paciente.

La proliferación de **medicamentos "específicos"** aumentó los costos de la AM. Surgieron entonces las primeras propuestas de Vademecum, "petitorios farmacéuticos" o "estándares", siendo Ángel Giménez uno de sus primeros impulsores (Belmartino, 1987:32-33).

También para entonces creció el costo de la especialización y tecnología médicas, a la vez que el incremento de la demanda asistencial.

La Federación de mutuales se impulsó desde 1918, en congresos organizados por el Museo Social Argentino. Se estimaba entonces que en Capital Federal había 100 mutuales con alrededor de 150.000 afiliados (Belmartino, 1987:40). Hubo intentos de federarlas, pero poco duraderos. En 1935 se eximió de impuestos a las mutuales (Ley 12.209).

En la década de 1940 comenzaron las discusiones sobre la obligatoriedad de la asociación mutual, tomando como modelo la Caja de Socorros Mutuos de Policía y Bomberos de la Ciudad de Buenos Aires.

El gobierno de la Revolución de 1943 asumió el tema de las mutualidades y en cierta forma politizó la demanda poblacional de salud y previsión (Belmartino, 1987:57).

La Dirección Nacional del Trabajo pasó a Secretaría de Estado y promovió una secuencia de decretos-leyes que a poco definieron su orientación. Comenzó con la obligación de mutualizarse al Personal Civil de la Nación con aportes del orden del 1% de los salarios y continuó, entre otros, con el personal ferroviario en cuyo caso se definió el aporte del trabajador y la contribución patronal (Belmartino, 1987:58).

La sindicalización en Argentina tuvo un largo proceso. Se consolidó de forma particular con el peronismo. La revolución de 1943 se inició con cierta hostilidad hacia los sindicatos. No obstante Perón, dentro del gobierno, valoraba la cuestión social y por otro lado temía la lucha de clases. A medida que el líder aumentaba su poder negociaba con los sindicatos. No le fue fácil ubicar a los organismos estatales como intermediarios entre los empresarios y los trabajadores. Sin embargo, logró poner a los sindicatos de su lado a través de los convenios colectivos, del reconocimiento de personería gremial a una sola asociación por rama, de la promoción de dirigentes comprometidos con su posición y con el desarrollo de la Confederación Gremial del Trabajo (CGT).

El final de la Segunda Guerra Mundial creó una difícil situación para la Argentina y Perón fue visto por amplios sectores como el hombre que podía afrontarla. La mayoría de los dirigentes y trabajadores apoyaron a Perón cuando se vio obligado a renunciar y lo reivindicaron en el episodio del 17 de octubre de 1945. El partido laborista, nacido en el movimiento obrero y la UCR-Junta Renovadora, lo llevaron a la Presidencia de la Nación en 1945.

Controlados diversos conflictos, el sindicalismo se expandió<sup>16</sup> y se organizó, centralizado en la CGT. Tuvo una fuerte subordinación al gobierno en función de reformas laborales favorables a los trabajadores y de un aumento del 80% de los salarios reales entre 1945 y 1948 (Dougou, 2002:374).

En 1949 hizo crisis la economía próspera por el deterioro de los términos del intercambio de los productos primarios argentinos respecto a los de importación y el aumento de la inflación

---

16 En 1946 tenía 877.330 afiliados y en 1954 2.256.580 (Dougou, 2002:369).

(Dougou, 2002:377). Algunos sindicatos volvieron a las huelgas, pero fueron intervenidos o declarados ilegales.

La CGT impuso un verticalismo que respondía a Perón y ejerció una función disciplinaria sobre las huelgas. Los sindicatos crecían en número de afiliados lo que, por otra parte, dificultaba la participación directa de sus miembros en la conducción. Se fue generando en su seno una dirigencia que formaba cuadros con experiencia administrativa y distribución de funciones que desembocó en la “burocratización” de las conducciones en torno a grupos de sindicalistas profesionales hábiles en la negociación, las comisiones paritarias y los tribunales laborales (Dougou, 2002:386). Entre las funciones a su cargo quedaron las prestaciones sociales y asistenciales a través de las OOSS. Por otra parte, se constituyeron en una rama del partido oficial, decisivo en la reelección de Perón en 1952, a pesar de la nueva crisis económica de 1951 y del incremento del costo de la vida. No obstante las circunstancias y los conflictos de esta crisis, equilibrada por poco tiempo, los sindicatos siguieron apoyando al régimen peronista aún en el proceso de su caída, en 1955. Se había formado un fuerte movimiento obrero con sólida dirigencia que sobrevivió la Revolución de 1955. Aún a pesar de las intervenciones que le siguieron y de avatares posteriores, el movimiento y su dirigencia permanecieron como fuerte grupo de poder hasta la actualidad.

## 11.- Subsectores de Atención Médica

La expectativa de la población respecto de la salud iba creciendo pero las doctrinas y las políticas oficiales enfocaban el problema sólo parcialmente.

El hospital estatal, ya plenamente “medicalizado”, era a su vez centro de educación profesional y de asistencia a pacientes sin recursos. Esta separación es clave en la evolución sanitaria argentina. En la década de 1920, la revista de los estudiantes de la Escuela de Medicina de La Plata denunciaba: “el uso de los hospitales por gente pudiente en detrimento de los médicos y de la gente de pueblo que necesitaba atenderse en ellos” (cit. Barragán H. L., 1981:46)<sup>17</sup>.

En el marco de esta evolución de la Medicina, la asistencia privada requería algo más que los consultorios y las visitas domiciliarias a los pacientes con recursos. Comenzaron entonces a desarrollarse los sanatorios privados.

Ante la enfermedad, los pacientes de pocos recursos, que crecían en número, tenían estas alternativas: el hospital estatal o el de beneficencia, que en virtud de su carácter “para pobres”, les producía rechazo, o el privado, que no podían pagar. Entonces se formaron grupos de operarios para socorros mutuos (Cortés, 1985:54). En América Latina el nacimiento de la Seguridad Social fue fruto de la presión de trabajadores de áreas críticas: administración, enseñanza, fuerzas armadas y servicios públicos (Isuani, 1985; Meza Lago, 1985; Germani, 1955).

## 12.- En Argentina hubo tendencia a la centralización nacional

Un conflicto perdurable se formalizó en la década de 1920. Siendo director del Departamento Nacional de Higiene, **el Dr. Gregorio Araújo Alfaro**<sup>18</sup>, en la Primera Conferencia Sanitaria Argentina (1923), señaló las desgraciadas diferencias entre el estado de salud de las poblaciones del interior y de la capital<sup>19</sup>. Decía: “Se ha visto siempre en nuestro régimen federal de gobierno el obstáculo principal a una organización sanitaria eficiente de la profilaxis y la asistencia pública” (Vacarezza, 1980). Si bien varias provincias tenían su Consejo de Higiene, los recursos eran reducidos<sup>20</sup>.

---

17 Este carácter se refleja en la literatura. En “Las del Barranco”, de Laferrere, la madre reprocha a la hija: “Sos el retrato de tu pobre padre, así era él y así le fue!...Tenía tus mismas ridiculeces y se llenaba la boca con tus mismas pavadas... El capitán Barranco no se vende!... El capitán Barranco no se humilla!... El capitán Barranco cumplirá con su deber!... Y el capitán Barranco entre miserias y privaciones terminó en un hospital... porque no había en su casa recursos para atenderle” (Amuschategui, 1965:137).

18 Araújo Alfaro había sido secretario de Coni, condujo el Departamento Nacional de Higiene un tiempo bajo el presidente Irigoyen y durante el período del presidente Alvear. Fue el gran promotor de programas materno-infantiles.

19 Sobre esto había sido exhaustivo Bialek Massé.

20 En la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923, Wenceslao Tello, delegado por Jujuy, reclamaba una organización nacional y decía: “Vamos a ciegas. En algunas localidades argentinas son más los que mueren que los que nacen” (Veronelli, 2004:402).

Santa Fe transformó su Consejo en Dirección General (1932) y tuvo el primer Ministerio Provincial de Salud Pública y Trabajo (1941) (Veronelli, 2004:454).

El conflicto jurisdiccional venía ya desde fines del siglo XIX entre la autoridad nacional y la de la ciudad de Buenos Aires, que logró más recursos que el resto del país. Se verificaba en Atención Médica una constante de todos los sectores: por dos siglos, el país fue despojado del fruto de sus esfuerzos para construir y mantener su capital. Todo convergía a ella y el poder habitualmente “se hacía porteño”.

En 1923, la conciencia de la postergación del interior buscaba una solución supletoria para las provincias despojadas. En Salud Pública difícilmente sus conductores podían encontrar otra solución que la centralización, a contramano del federalismo. Las inquietudes continuaban centradas en el hospital estatal pero se habían ampliado a las campañas verticales, como la lucha antituberculosa y el programa materno-infantil.

Nació entonces (1926) la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (M.E.P.R.A.) para la lucha en terreno contra la enfermedad de Chagas y otras endemias, bajo la decidida conducción del Dr. Salvador Mazza, uno de los más grandes testimonios y esfuerzos en la historia de la sanidad argentina.

No se renunció formalmente a la regulación general de la Atención Médica ni se dejó de valorar el nacimiento de la Seguridad Social, pero los objetivos y estrategias (expresión operativa de la teoría vigente) se concentraron subsectorialmente, como venía ocurriendo. El poder delegado era parcial y las energías de los protagonistas se agotaron en el esfuerzo de coordinación con la beneficencia, la centralización estatal y las incipientes campañas referidas.

La centralización reclamada desde Aráoz Alfaro, recién encontró decisión política en 1943, cuando el Departamento Nacional de Higiene se transformó en Dirección Nacional de Salud Pública y tuvo a su frente al Dr. Eugenio Galli, maestro de Anatomía de la Facultad de Medicina de La Plata. Esta decisión buscaba una integración de los servicios que Galli no pudo lograr por la resistencia de los mismos organismos oficiales, y renunció. El país perdió una figura, que, por su trayectoria pudo haber sido fecunda (Carrillo, 1974:337). Había habido teoría y expresión operativa, aunque seguía siendo parcial, y también decisión política y transferencia de poder, pero la transferencia no fue sólida frente al conflicto: cada servicio estatal tenía su propia política institucional y no quería someterse a una política superior. No hubo continuidad ni apoyo político.

Las líneas de esta etapa cuyos conductores sanitarios aspiraban a la renovación de los establecimientos estatales y a la centralización nacional, convergieron en la figura del Dr. Ramón Carrillo.

Carrillo, después de Gorman y Rawson, fue la tercera figura mayor de la sanidad argentina. Hubo otras gestiones positivas como la del **Dr. Tiburcio Padilla**, del **Dr. Miguel Sussini**<sup>21</sup>, de **Juan Jacobo Spangenberg**<sup>22</sup> y las construcciones sanitarias y los consejos locales de salud del gobernador bonaerense Manuel Fresco, que era médico (cit. Barragán H. L., 1981:45). Pero política sanitaria concretada después de tantos esfuerzos frustrados fue, sin duda, la de Carrillo. Alcanzó lo que no tuvo la generación anterior de conductores: decisión política, y lo que no logró Galli, apoyo político<sup>23</sup>.

Con Carrillo al frente se creó la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en 1946, que alcanzó rango de Ministerio (Diario de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, 1980:1429 y ss.). Su acción fue fecunda y global: elaboró una nueva teoría de Atención Médica a partir de los principios sociales de su gobierno y con la doctrina médica actualizada del calificado profesional que era, especializado en neurocirugía.

Pero, además, Carrillo era un hábil político, dio forma operativa a su teoría (Leyes 13.012 - 13.019), y supo obtener el apoyo del Presidente. Perón vio, sin duda, la salud en perspectiva social y así lo testimonia el apoyo que dio a su ministro (Carrillo, 1977).

---

21 Sussini fue director del Departamento Nacional de Higiene. Consiguió crear una colonia para leprosos en la isla Cerrito, organizó la lucha contra la lepra, el tracoma, la anquilostomiasis, la peste y el paludismo según lo recuerda Carlos Alberto Alvarado.

22 J. J. Spangenberg estuvo al frente del organismo sanitario nacional alrededor de 1930. Afrontó brotes de viruela, paludismo y peste. En la década de 1940 comenzaban los casos de poliomielitis (Veronelli, 2004:437).

23 Debe tenerse en cuenta que el mundo occidental tendía a reubicar la Atención Médica con el concepto de salud pública; se creaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se hacía su Oficina Regional.

La decisión, la transferencia de poder, y el apoyo presupuestario, permitieron duplicar las camas hospitalarias de 60.000 a 120.000 aproximadamente, regionalizar la asistencia y comenzar a multiplicar centros ambulatorios. Se construyeron institutos especializados y los policlínicos del conurbano de la Capital Federal –con fondos de la Fundación “Eva Perón”–, se consolidaron y ampliaron los programas verticales, se logró la disminución de la mortalidad infantil y de la incidencia de la tuberculosis. Se hizo efectiva, ya disponiendo de DDT, la lucha contra el paludismo, bajo la dirección de los doctores Alvarado y Coll. Se formaron recursos humanos técnicos y se incorporaron equipos de complejidad a los establecimientos estatales. Se promovía la formación médica de postgrado y en Salud Pública, se apoyó la precursora Escuela de Salubridad de Santa Fe (Veronelli, 2004:512).

En el marco provincial, el Ministro bonaerense Carlos Alberto Bocalandro, gobernación Mercante, multiplicó las construcciones, sembró de unidades especializadas el territorio, supervisó personalmente su funcionamiento, y promovió la lucha contra las enfermedades prevalentes. Una nota común de estos grandes conductores sanitarios, que se repetiría con Oñativia, fue su alta visión política, purificada de mezquindades de comité.

La política social del primer gobierno peronista alcanzó nivel constitucional con la reforma de 1949 que, fuera de la controvertida modificación en vistas a la reelección presidencial (art. 77), introdujo los derechos sociales del artículo 14 bis, orientada por **Arturo Sampay**, bajo una visión social cristiana.

La Atención Médica fue privilegiada en la política general de los gobiernos de 1946 a 1954. Pero el General Perón inscribió también entre sus prioridades a las Obras Sociales sindicales, por un camino distinto al de la Salud Pública.

Puede decirse, como de Gorman, que Carrillo planteó una teoría específica global. Sesgada su doctrina hacia el subsector estatal, veía en él la solución para garantizar la salud. Por otra parte enfocó los diversos componentes de la Atención Médica, el Saneamiento del Medio, incursionó en el problema de los medicamentos y planteó un Programa de Higiene y seguridad Industrial. Sin embargo, las circunstancias generales no le permitieron, a mi criterio, cristalizar una política específica global.

### **13.- El subsector oficial y el de OOSS durante la gestión de Carrillo**

La promoción y control de los sindicatos y de sus obras sociales fue parte esencial de la política del General Perón. El nuevo modelo de financiación de la Atención Médica de los trabajadores creció hasta constituir el subsector de mayores recursos económicos, aunque con poca capacidad instalada propia. Aislado el hospital estatal, “hospital de los pobres”, gratuito, sede de la enseñanza progresivamente masiva, no obstante la modernización de la gestión de Carrillo, las obras sociales se volcaron a financiar la asistencia de sus beneficiarios en el subsector privado, que creció dinámicamente por ese impulso.

Carrillo pensó una integración oficial con la Seguridad Social. Proyectó la creación de un servicio nacional de salud. Así parecen insinuarlo algunos discursos en el marco de su acción (García Díaz, 1983). Una de las inquietudes de Carrillo era el número de camas hospitalarias, sobre lo que decía:

“Tenemos actualmente un déficit de 90.000 camas. Esta es la realidad. No estamos pues en condiciones de brindar a la colectividad el servicio que podría exigir si este servicio respondiera a un seguro, es decir, si se requiriera de un mínimo de desembolso personal. El ciudadano que paga un seguro cualquiera, exige el servicio correspondiente. Ya no estamos en condiciones técnico hospitalarias de atender todas las prestaciones, es preferible crear el Fondo Nacional de Salud Pública y no el Seguro de Enfermedad, que obliga a prestar servicio. El fondo se puede formar por un impuesto indirecto, que permita llegar a una financiación más adecuada para el sostenimiento hospitalario. Habrá que desterrar, entonces, en la psiquis de nuestro pueblo, el concepto de gratuidad de los servicios de los hospitales” (Carrillo, 1951).

Las cajas de previsión eran, para Carrillo, el paso más concreto para el seguro. Decía:

“Si el seguro social, en su aspecto de asistencia médica, pasara a ser aplicado en su técnica por las Cajas de Previsión, tendríamos a la larga que transferir el Ministerio de Salud Pública y todos los hospitales a dichas instituciones, o en su defecto, crear, sobre la base del Instituto de Previsión o Banco del Seguro Social, una red hospitalaria que, aparte de demorar muchos años en construirse, traería la superposición de servicios, la dualidad de los mismos, su encarecimiento, y coexistirían dos organismos de sanidad para una misma cosa: uno, el del Ministerio de Salud Pública de la Nación y otro, el del Instituto de Previsión Social. En otros términos, llegaríamos a un desorden en la materia (sic), peor que el que existía antes de la creación del Ministerio...” (Carrillo, 1951).

Carrillo proponía la transferencia del 25% de los fondos de Previsión al Ministerio, para que este “haga las prestaciones o las mejore, utilizando o ampliando para ello la red hospitalaria que ya existe en el país” (Carrillo, 1951)<sup>24</sup>.

El ministro no tomaba en cuenta al subsector privado, que para su tiempo tenía poco desarrollo de internación. Así obtuvo la transferencia de fondos de previsión con destino a la ampliación programada. Su pensamiento parece orientado, similar al modelo británico de Beveridge, a un servicio nacional de salud fundado en la red oficial y financiado por la Seguridad Social. No obstante sus previsiones, el subsector que se desarrolló intensamente fue el privado y la financiación de la Seguridad Social se volcó a él. Y su anuncio resultó profético en cuanto a la dualidad de conducción: el Ministerio y el Instituto de Previsión, que prefigura al INOS y a la Administración Nacional del Servicio de Salud (ANSSAL).

La fragmentación dual de un Departamento Nacional de Higiene dentro del Ministerio del Interior y una Comisión Asesora de Asilos y Hospitales, en el Ministerio de Relaciones Exteriores se había superado con la creación del Ministerio de Salud. Ahora se abría otra fragmentación dual entre este mismo Ministerio y las Obras Sociales.

Esta dicotomía en la conducción sanitaria fue prevista por Carrillo, que intentó evitarla. Ahora una rama sería la de Salud Pública a cargo de los establecimientos y programas oficiales; otra, sería la de Seguridad Social, operada por multiplicidad de entes. Salvo alguno de ellos como el de Ferrovianos, que instalaron efectores propios, el resto derivaría sus beneficiarios a efectores privados.

## 14.- Modelos integrados

El gobierno de la Revolución de 1955 llamó en consulta a expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que en su informe en 1957 criticaron al Ministerio de Carrillo<sup>25</sup> por tener mucho poder y pocos resultados y también al subsector privado en expansión (Veronelli, 2004:546). Se actualizó así un viejo conflicto preconizando la descentralización estatal. Se transfirieron hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales con resistencias locales por el cargo presupuestario que ellos significaban (Veronelli, 1975:75)<sup>26</sup>.

A fines de la década de 1950 se crearon las Unidades Docentes para la formación de pregrado y las Residencias Hospitalarias (Santas, 1981:46-59). La primera reunión argentina de Educación Médica (1957) impulsó una reforma dificultada después por la falta de recursos y la creciente sobrepoblación estudiantil.

En 1956 el país fue azotado por la epidemia de poliomielitis con alrededor de 6.500 casos notificados (Veronelli, 2004:547). La aplicación sucesiva de la vacuna Salk y la Sabín redujeron los casos en años posteriores.

---

24 La Fundación Eva Perón tuvo, entre otras funciones sociales, un plan paralelo de construcción de hospitales no coordinado con el del Ministerio Nacional. Belmartino anota que en 1951 manejaba un presupuesto del orden de los \$800 millones frente a los \$407 millones del Ministerio y otros organismos nacionales de salud (Belmartino, 2005).

25 Ramón Carrillo renunció a mediados de 1954. Después de la Revolución de 1955 fue investigado y privado de sus bienes. Se empleó como médico en una compañía minera norteamericana en Belem (Brasil). Allí murió en la pobreza en 1956.

26 La Revolución de 1955, para Veronelli-Veronelli Correch, inauguró una política sanitaria “adversativa” (Veronelli, 2004:535).

Bajo la presidencia del Dr. Arturo Frondizi (1958-1962), ministerio Héctor Noblia, se intentó una descentralización por la cual la Nación mantenía la administración y el presupuesto de sus hospitales pero transfería a las provincias la conducción técnica (Veronelli, 1975:76).

La meritoria gestión de Héctor Noblia comenzó con la vacunación Salk, impulsó el control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, desarrolló el plan de lucha contra la enfermedad de Chagas-Mazza y contra el *Aedes Aegypti* (Veronelli, 2004:583). También promovió la formación de recursos humanos, apoyó las Residencias Hospitalarias y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA). Asimismo Noblia encomendó a profesionales calificados la elaboración de un Repertorio Terapéutico Nacional (Veronelli, 2004:587).

Se fortalecieron los programas verticales y se comenzaron a aplicar los nuevos criterios de Atención Médica que preconizaba la Oficina Sanitaria Panamericana. Tomaba cuerpo una nueva teoría cuyas formas operativas y cuyos hombres fueron aprovechados por la gestión siguiente.

Las experiencias más notables en este período (1958-1962) se verificaron en algunas provincias, lo que expresaba la inquietud jurisdiccional por las dificultades de la Nación en encontrar una política global.

En 1957 se creó el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) para los empleados de la provincia y municipios de Buenos Aires al impulso del Ministerio bonaerense de Rodolfo Eyherabide y la conducción de Sergio Provenzano. Sin efectores propios y sentado el principio de libre elección, el IOMA fue un ente autárquico de derecho público. Estableció un nomenclador de prestaciones e hizo acuerdos con instituciones privadas. En 1958 se desarrolló la Colegiación Médica en Buenos Aires, con antecedentes en Santa Fe.

En San Juan bajo la gobernación del Dr. Américo García, ministerio Valois Martínez Colombes, se instituyó un Servicio Provincial de Salud.

En Buenos Aires bajo la gobernación del Dr. Oscar Alende, ministerio Osvaldo Mammoni, se ideó la Reforma Hospitalaria (1961) aplicada a establecimientos piloto en La Plata (Gonnet) y Mar del Plata.<sup>27</sup> El gobernador Alende informó a la Legislatura sobre la fragmentación y falta de coordinación de la AM así como de la capacidad de profesionales y personal hospitalario; su aspiración a la dedicación completa y buena retribución; consideraba engañosa la gratuidad indiscriminada y proponía hospitales piloto que convinieran con sindicatos y seguros y trabajaran en todos los horarios<sup>28</sup>. Por otra parte Alende reclamaba la transferencia de hospitales nacionales a la provincia con sus presupuestos.

Este modelo intentaba dinamizar el subsector estatal y coordinarlo con las Obras Sociales pero los conflictos y algunas distorsiones llevaron a anularlo bajo la gobernación Marini y el ministerio Abelardo Costa.

Dice Holmberg, que la anulación de la Reforma Hospitalaria de Buenos Aires demoró veinticinco años la coordinación de la Atención Médica en el país (Holmberg, 1981:23). Sin embargo, la medida fue defendida por algunos protagonistas. De profesionales que trabajaron en el Hospital de la Reforma nació un modelo en Mar del Plata, que es uno de los más serios en escala reducida: el Hospital Privado de la Comunidad.

El ministerio Costa, siguiendo la gestión nacional de Oñativia, implementó una adelantada Atención Primaria en el conurbano de las capitales federal y provincial<sup>29</sup>. La teoría difundida por la OPS, el costo creciente por el progreso de la Medicina y el incremento de la demanda, reclamaban encarar una política específica global que incluyera una red de efectores periféricos.

La década de 1960 fue precursora en el ámbito del Ministerio de Salud bonaerense: se introdujeron las estadísticas sanitarias, se normalizaron y categorizaron los establecimientos estatales, se definió la regionalización sanitaria, se impulsaron las unidades sanitarias, se ordenó la planificación y un ordenamiento integral del sector que fue paradigmático para otras jurisdicciones.

---

27 Las leyes bonaerenses 6462 y 6488 (reglamentada por decreto 1248/61) estatuyeron la reforma en base a un proyecto de 1958.

28 Mensaje del 02/05/58 y discurso del 11/07/58.

29 Una figura clave en el desarrollo de la red de Unidades Sanitarias, que volvería a serlo en el plan "Francisco Javier Muñiz", fue la Dra. María Esther Pellitero, distinguida pediatra y mujer generosa, que recorrió para instalar y promover esas unidades, los barrios marginados de ambos Conurbanos. Una precursora de la AMP en Argentina.

## 15.- El impacto social generó las obras sociales

La maduración de las fuerzas sociales iba a producir sobre la Atención Médica un tercer impacto, después del Fundacional y el Científico, que se llamará Social. Tal maduración fue producto de los densos movimientos de la década de 1940, de una industrialización sustitutiva acelerada y de una concentración demográfica en el conglomerado del Gran Buenos Aires. Este conglomerado generó y genera los problemas más difíciles de solucionar en materia de servicios de salud. En aquel marco y al impulso de la política gubernamental, se desarrolló la sindicalización y se hicieron poderosas las obras sociales (OOSS).

El impacto social canalizado en estas instituciones no fue sino la toma de conciencia de los sectores de menores recursos, obreros industriales y de servicios, de su derecho al bienestar y a la salud.

La expectativa de soluciones médicas crecía y consecuentemente la demanda de prestaciones. Esta demanda tendía a apartarse del subsector estatal y a volcarse a los efectores privados bajo el financiamiento de las OOSS.

Los prestadores privados se agruparon entonces, así como también las instituciones que reunían a los profesionales de salud. No obstante las primeras desconfianzas hacia la “medicina mutualizada”, el cuerpo profesional comprendió que sólo ella podría financiar la asistencia. Se concretó también la colegiación de los profesionales de salud: los estados provinciales delegaron por leyes “ad hoc” el control de la matrícula, del ejercicio y de la ética profesional en entes paraestatales llamados Colegios o Consejos Profesionales. El Colegio de Médicos (distritos y Consejo Superior) de la provincia de Buenos Aires fue de los primeros (Decreto-Ley 5413/58).

Así, este Impacto Social configuró poderosos grupos de presión en el sector: los sindicatos y las asociaciones de prestadores. No se hará referencia aquí al tema de los medicamentos y la tecnología médica, cuyos productores e intermediarios crecían y conformaban también grupos similares.

Sin embargo, en la conducción superior del Estado, los efectores estatales y las Obras Sociales pertenecían a áreas distintas; se había dado la fragmentación que Carrillo temía. El subsector privado y las empresas de producción y venta de bienes de salud tenían una regulación que no alcanzó a ser operativa por falta de poder de los organismos sanitarios. Téngase en cuenta que la regulación es un objetivo de orden público y configura una función irrenunciable del Estado en cualquier perspectiva política.

La escuela de administradores, cuando éstos eran de escuela, se había forjado inicialmente en la teoría higienista de Rawson y luego en la de Carrillo. La teoría del sanitarismo norteamericano, en la línea de la Universidad John Hopkins, se desarrolló en la Argentina recién en la década de 1960 a partir de la gestión Noblia. La integración de los nuevos sanitaristas a los organismos oficiales generó inicialmente desconfianzas ideológicas. Había en ellos una preferencia por el subsector estatal y elaboraron algunos modelos de seguro que afligieron a las instituciones profesionales, temerosas del detrimento del subsector privado.

De todas formas no estaba maduro el objetivo institucional de adquirir poder real para coordinar y regular todo el sector de Atención Médica. Aún hoy los proyectos políticos tienen una orientación parcial hacia el hospital estatal y las obras sociales, con poca referencia a formas de regulación para todo el sector.

## 16.- Oñativia y Holmberg orientaron una política global

En la década de 1960 surgió una nueva gestión fecunda bajo la presidencia del Dr. Arturo Illia (1963-1966). El ministro Arturo Oñativia promovió una planificación global de la salud con relación al desarrollo general, instrumentada técnicamente. Oñativia era, como Carrillo, un distinguido profesional en su especialidad –la endocrinología– y un hábil político. Como aquél, tenía un concepto cabal de la política. Estuvo secundado por un grupo de colaboradores de su partido, como el Dr. Nosiglia, y de otras extracciones.

El ministro Oñativia puso en marcha un sistema de evaluación y planificación que incluyó un programa de estadística y un catastro general de recursos. En base a este último se tomó conciencia

de la magnitud y complejidad del sector y de la necesaria interrelación de sus componentes y subsectores (Veronelli, 1978:77).

Los programas verticales fueron reactivados lográndose una significativa disminución de la mortalidad infantil, se afrontó un brote epidémico de Fiebre Hemorrágica Argentina, y con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo implementó un servicio de agua potable para poblaciones rurales.

Uno de los grandes méritos de la gestión Oñativia fue encarar el problema de los medicamentos y proyectar las leyes que se conocen con su nombre. Ampliamente debatidas en el Congreso fueron sancionadas en 1964: la Ley económica (Ley 16.462) y la Ley técnica (16.463). Esta legislación produjo el rechazo de los países desarrollados del Club de París, interesados en el cobro de las patentes (Veronelli, 2004:612). Si bien su aplicación posterior fue parcial, señalaron el peso de ese tema en el campo de la Atención Médica.

Teniendo en cuenta la dicotomía entre el subsector estatal y el de Obras Sociales, patentizado en la información obtenida del catastro, Oñativia propuso un modelo de Servicio para la Atención Médica de la Comunidad, que sirvió de fundamento al modelo de la gestión Holmberg.

Oñativia, después de Gorman, Rawson y Carrillo, es la cuarta figura mayor de la sanidad argentina. Su gestión dio forma operativa a la moderna teoría de Atención Médica, introducida en la gestión Noblia. Obtuvo del presidente Illia la transferencia de poder para implementar una política específica global, aunque aún sesgada hacia el subsector estatal (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1965).

Bajo el gobierno de facto del general Juan Carlos Onganía (1966-1970) el ministerio fue reducido a Secretaría de Salud. No obstante, se distinguió la gestión del Dr. Ezequiel Holmberg y del subsecretario Dr. Alberto Mondet.

Se intentó nuevamente la descentralización del subsector estatal lo que se concretó en establecimientos seleccionados, excepto en las grandes jurisdicciones.

El aspecto más conflictivo de esta gestión fue la creación (Decreto-Ley 17.102) de los “hospitales de la comunidad”. Invocando el mejor rendimiento de los recursos y la más amplia prestación de servicios, se constituyeron establecimientos oficiales, conducidos con la participación de la comunidad, con criterio de área geográfica de salud, que podían convenir con obras sociales y efectores privados. De esta manera respondería mejor a las necesidades de la población y se financiarían no sólo del presupuesto sino también del arancelamiento de sus prestaciones. Esto motivó el cuestionamiento de instituciones profesionales gremiales que tenían la competencia con la asistencia privada.

La gestión analizó las Obras Sociales, apreciando la magnitud de su desarrollo. En el subsector privado, con relación a la política general de precios y salarios, congeló honorarios y aranceles (Ley 17.850) y estableció un Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas (Decreto-Ley 18.483). La secretaría tomaba así intervención en los tres subsectores: estatal, privado y de obras sociales.

La gestión de Holmberg-Mondet fue trascendente en todos los campos de la salud: formación del recurso humano (vg. impulso a las Residencias y creación del CONAREME –Consejo Nacional de Residencias Médicas–; convenio con OPS para el CLAM –Centro Latinoamericano de Atención Médica– en la ESPUBA –Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires–) información más amplia que la habitual (vg. Encuestas de Salud), reuniones regulares del sector, control de bienes de salud (vg. impulsó al Instituto de Farmacología, según una de las leyes de Oñativia), control sanitario de otros bienes (vg. Código Alimentario Argentino), regulación del ejercicio de las profesiones y de la farmacia (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1965: 80 y ss.).

Para ese entonces (1966) se había iniciado y recibió impulso el programa de salud rural en Jujuy bajo la conducción del Dr. Carlos Alberto Alvarado, figura mundial de la lucha contra el paludismo y precursor de la Atención Primaria de la Salud: se obtuvo con este programa una notable disminución de la mortalidad infantil en aquella jurisdicción (Alvarado y Tanoni en Sonis, 1978).

En 1970, gobernación Felipe Sapag, la provincia de Neuquén desarrolló un plan de salud bajo la conducción de Néstor Perrone y Elsa Moreno. Usó una estrategia de horizontalización de programas, fortificó los centros de AMP y las áreas programáticas y coordinó los niveles de AM. Su alta eficacia se prueba con la reducción de la mortalidad infantil de 110 a 75 ‰ en un año (Veronelli, 2004:641).

Merecen un análisis aparte las acciones y proyectos que se multiplicaron en otras jurisdicciones argentinas, entre las que se destacó Santa Fe, gobernación Vázquez, ministerio Sandoz (1967) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 1968).

La teoría moderna de Atención Médica, cuyos primeros especialistas comenzaron a actuar bajo las gestiones Noblia y Oñativia, tenía ahora una clara expresión operativa con cierta variedad de modelos. La autoridad sanitaria nacional que requirió y obtuvo decisión y apoyo político, estaba en manos de hombres idóneos. Pero no tendrían el tiempo de Gorman.

El mismo enfoque global hizo penetrar a los protagonistas en un campo minado. Se trataba de cambiar conceptos como el arraigado del hospital gratuito, “para pobres”, tantas veces reafirmado. Se buscaba un camino para superar aquella gratuidad indiscriminada e injusta que había señalado Carrillo. Era evidente que el hospital público subvencionaba “en especies” (García Días, 1994: 234-235), a las Obras Sociales al atender a aquellos de sus beneficiarios que, aportando y sin poder afrontar coseguros, recurrían a él.

Un reproche que se hizo a Holmberg y Mondet es que querían “desentenderse” de ese hospital. No es justo, lo que querían era “entenderse” en lo que debían, en la regulación y garantía de la salud.

Estas afirmaciones me obligan a hacer una manifestación descriptiva y un juicio personal. He señalado repetidamente al Hospital Público como herencia colonial y dedicado a los pobres. Lo he señalado como centro de educación médica. No es su agravio sino su gloria. No es su pasado sino su proyección. Lo racional no será cambiar su esencia: el enfermo es siempre pobre, menesteroso del dolor y el sufrimiento, y tanto más si tiene carencias económicas. Lo racional será organizarlo y coordinarlo mejor, redimirlo de su mala administración, abrirlo a todas sus posibilidades, hacerlo eficaz, y eficiente en el ritmo de su vida cotidiana.

El dinámico crecimiento del subsector privado (Albarellos, 1980:125-133), careció de regulación con lo que se sobredimensionó en forma anárquica.

La gestión de Holmberg y Mondet puso teoría con expresión operativa y logró decisiones y apoyo político: poder. Pero no contaba sólo la política del Estado Nacional, sino las políticas de los grupos de presión: sindicatos, obras sociales y entidades gremiales médicas. La negociación con ellos no fue feliz e impidió la plena cristalización de esta gestión (Holmberg, 1981:26).

La amplitud de la crítica contra esta gestión, muestra, años después, que se trataba efectivamente de una política global; sin embargo los tiempos no estaban maduros antes de 1970 para una negociación fecunda, y la lúcida gestión Holmberg-Mondet quedó inconclusa (1981:24).

Las instituciones profesionales y de establecimientos privados fueron precursoras en varios aspectos: convenios con Obras Sociales desde 1948 (los primeros con IOMA, Bs. As.) y el primer nomenclador (“Libro Verde”) desde 1959; incorporación de procedimientos de normatización y auditoría; categorización de especialistas; registro de profesionales y equipamiento (De la Plaza, 1985:174-178). Las mismas instituciones convinieron con la Seguridad Social regímenes de prestación y pago, en una perspectiva amplia y naturalmente salvaguardando el interés parcial que representaban.

La Comisión de Obras Sociales presidida por el Dr. Mondet sería fundamento de la norma que inauguraría una nueva etapa, señalando la magnitud de las Obras Sociales y lo absurdo de que la autoridad sanitaria se concentrara sólo en los efectores de su propiedad.

## 17.- Lineamientos expuestos

Los lineamientos expuestos en este capítulo han sido resumidos en el cuadro 17, en el cual:

- Se han marcado diez casilleros horizontales con los principales rubros de Salud Pública.
- El sentido transversal marca aproximadamente los períodos en el transcurso del tiempo.
- Los renglones marcados por dos líneas en el interior refieren los principales subsectores de la Atención Médica.
- Las líneas verticales (rectas y curvas) indican los subsectores o rubros sobre los que actuó con mayor intensidad cada gestión principal. En general vienen de arriba hacia

abajo, desde la autoridad central hacia subsectores y rubros, excepto en el caso de Rawson que tiene influencia desde la cátedra universitaria.

- Las flechas que relacionan a las líneas principales indican incorporación o salida de algunos tipos de establecimientos a un subsector (vg. los hospitales de beneficencia se fueron incorporando al subsector estatal).
- Las líneas cortadas en la continuación de algunos subsectores o tipos de establecimientos (vg. hospitales de beneficencia, hospitales de colectividades extranjeras) indican la integración o fusión de los mismos a otros subsectores.
- Se marcan el mínimo de flechas sólo para orientarse cronológicamente.
- El orden de las referencias son: 1) Período y algunos jalones históricos; 2) organismo que ejerce la autoridad sanitaria nacional y referencia a los de algunas jurisdicciones; se mencionan al lado de algunos de los titulares principales; 3) se indican las bases políticas y algunas acciones principales; 4) se indica la evolución de los subsectores estatal y de beneficencia y 5) del mutual y de Obras Sociales y 6) del subsector privado; 7) se indican los programas y acciones principales; 8) se marcan algunos jalones de la educación del recurso humano; 9) se anotan las principales acciones de saneamiento ambiental y salud en el trabajo; 10) se hace referencia a las principales entidades profesionales de salud.

**Resumen de relaciones entre etapas históricas y rubros de salud en Argentina  
Siglos XVIII a XX.**

(continúa en página siguiente)

<b>R. Argentina. Salud Pública. Cuadro resumen de las principales gestiones y acciones. Desde 1617 a 1974.</b>				
<b>1° Etapa</b>	<b>Colonial Fundacional</b>	<b>Impacto</b>	<b>Independiente 1830-1852</b>	
2. Hito hist.	Gobernación (1617) (1776)	Virreynato	Rev. Mayo (1810), Juntas, Triunvirato, Indep (1816), Directorio, Caída del Direct. (1820), Gobernadores. Pte. B. Rivadavia (1826-1828)	Gobenadores, predom. Rosas (1829-32 y 1835-52)
3. Autoridad Sanit.	Cabildos Gorman)	Protomedicato (M.  (A)	Tribunal de Medicina (PBA, 1822)	
4. Fundamento	Leyes Indias		Decret. "Arreglo Medicina"	
5. Organ. d/ Gestión	(1804)	(a) Jta. Sanidad Puerto	(a) Jtas. Hospitalarias (1815)	
6. Probl. Epidemiológicas	Epidem . de viruela			
7. Efectores				
SS. estatal	(a) Hosp. p/ "pobres enfermos"		Hosp. p/ "pobres de solemnidad" Pdr. Bletemitas  reemplaz. p/ Soc.  Beneficencia	
SS. privado	Medicos, ciruj., boticarios, barberos. Asist. e internación domiciliaria		Mismos profesionales. Misma modalidad	
SS. mutual y solidario	Mini Hosp. Parroquiales Experiencia Misiones Jesuíticas			
SS. OOSS				
Programa Espec.	(a) Vacuna a/variólica (1785). (a) Notificación de enfermedades. (a) Aislam. de enferm. Infectocontag.			Se pierde la vacuna
8. Fiscalización	(a) Ctról. licencia profes. (a) Inhibición curanderos			
9. RRHH	Pocos médicos. (a) 1° Esc. de Med. Proyecto Univ. y Academia		Inst. Méd. Militar (1814-20) Dpto. Med. c/ creación  UBA (1822)	
10. Investigación				F. J. Muñiz prepara vacuna e/ país (1832)
11. Saneamiento	(a) Ctról. mercados y panaderías. (a) Ctról. basurales. Instalación letrinas			
12. S. laboral				
13 Entidades	(a) Montepío p/ profes.			
14. Grup. Presión	Curanderos		Emergentes Guerra Indep. Sociedad Beneficencia	

Notas: La letra mayúscula (A) indica el impulsor principal y las minúsculas (a) los rubros en que intervino su gestión.

1º Etapa	Organización Nacional Impacto científico	<u>Siglo XX</u>
2. Hito hist.	Caída Rosas Migr. Ultramar.... (1852) (1880-1913)	Const. Nac. Unión Nacional (1853) (1862)
3. Aut. Sanit.	Consej. Hig. Púb. Dpto. Nac. Higiene (PBA, 1852) (1880) Direc. Salubridad (Arce Peñalva).... (E. Coni)	Jta. Nac. Sanid. (1879) Adm. Sanit.
4. Fundam.	(b) Doctr. Higienismo	(G. Aráoz Alfaro ... M. Susini) Direcc. Nac. SP (1943) (C) (E. Galli... R. Carrillo)
5. Org. d/ Gestión		Avances científicos -tecnolog. (b) Com. Hosp. (D. Cabred; 1902)
6. Probl. Epidemioló- gicos		Br. Viruela (1869) Epid. Cólera (1868) Epid. F. Amar (1871)
7. Efectores		Epid. Gripe (1918-19) Paludismo/ E. Chagas Mazza Proyec. de Centraliz.
SS. estatal	Reafirmación hospital p/ pobres	(b) Aum. hosp. temas (1923) conflictos (c)
SS. privado		Crecen 1 <sup>ros</sup> sanatorios
SS. mutual y solid.	Mut. Socorros Mutuos (1850) Expansión (Est. A. Bunge) Hosp. Colectiv. Extranj.	Congreso de Mutualidades-Asociaciones  (b) Liga vs TBC (1901) Hosp. Colectiv. se abren a/ ptes. privados
SS. OOSS		
Prog. Esp.		Patronato Infancia (1892) (b) Prog. vs Enf. Infecc. (J. Penna) Prog. Mat. Inf. (c)
8. Fiscalizac.		
9. RRHH	Esc. Enfermeía (C. Grieson; 1892)	Cátedra de Higiene (B) (G. Rawson; 1873)
10. Investig.		Reform. Enseñanza Ins. Bialeto Massé (1915) MEPR (S. Mazza, 1926)
11. Saneam.	Agua pot. Ciud. Bs. As. Plan Coni p/ Mendoza (Czo. 1869) Corrientes (1896)	(b) Est. S/Conventillos (b) Camp. vs. Paludismo (C. Alvarado, 1936)
12. S. laboral		Proy. Cod. Trab. (J. V. González); Ley 9688 /Accid. Trab. (1915)  Leyes prevención
13 Entidades	Asoc. Méd. PBA (1860)	Soc. Méd. Arg. (1873) Soc. Cient. Arg. (1873)
14. Gr. presión	Soc. Benefic.	Provincias y ciud. Bs. As. Agremiac. Profes. 1º Congr. Méd. Grem. (1936)

Notas: Las letras mayúsculas (B y C) indican el impulsor principal y las minúsculas (b y c) los rubros en que intervino su gestión (B: Rawson desde la Cátedra).

1° Etapa	Impacto social	Revol. 1955		
2. Hito hist.	Pte. Perón		Pte. Frondizi (1958-1962)	Pte. Illia (1963-1966)
3. Aut. Sanit.	Secr. (1946) Minist. SP (1949) (R. Carrillo h/1952) (D)		Min. H. Noblía (E)	Min. A. Oñativia (F)
4. Fundam.	(d) Planificación – Doctrina Centralización	Informe OPS (1957) Sanitarismo (EE.UU.) Pro- descentralización	(e) Descentralización (e) Especialización (e) Estadist. Sanit.	(f) Planificación. Desarrollo
5. Org. D/ Gestión	Actuac. Fundac. “Eva Perón”			
6. Prob. Epidemiológicos		Epid. poliomyelitis (1956)	Epid. F. Hemorr. Arg.	
7. Efectores				
SS. estatal	(d) Construyó hospitales grales. y espec. (d) Duplicación de n° camas		PBA: Hosp. Reforma (Gob/Allende - Min. O Mammoni) PS. Juan Serv. Prov. Sal. (Gob. A. García - Min/ Martínez Colombres)	PBA: Cese Hosp. Reforma (f) Multiplicación de Unid. Sanit.
SS. privado		Expansión efectores privados p/ financ. OSS		Modelo Hosp. Com. (M. del Plata)
SS. mutual y solid.				
SS. OOSS	OOSS Sindicales c/ apoyo legal y polít.		PBA: IOMA (1957) y OOSS provinc.	(e) Catastro OOSS
Prog. Esp.	(d) Serv. Nac. Enf. Chagas-Mazza (1951)		(e) Reactiv. Prog. Mat. Inf. y otros verticales. (e) Control F.H.A. (e) Listado medicamentos	(e) Leyes Medicam. (e) Inst. Nac Farmacol.
8. Fiscaliza.				
9. RRHH	(d) Esc. Enfermería y Técnicos		(e) ESPUBA - Bachill. Sanit Unid. Doc. Asist/Residencias	(e) Ampliación formación técnicos y auxiliares.
10. Investig.	Pr. Nobel Med. B. Houssay (1947)	Creac. CONICET		
11. Saneam.	(d) Control paludismo (DDT)		Carta. Pta. del Este (1962). (e) Servic. Agua potable Rural	
12. S. laboral				
13 Entidades	Iros. Convenios (1948)		Colegios Profesionales (1958). 1 <sup>ros</sup> Nomencladores	
14. Gr. Presión	Sindicatos C.G.T.			

Notas: Las letras mayúsculas (D, E y F) indican el impulsor principal y las minúsculas (d, e y f) los rubros en los que intervino su gestión.

**1° Etapa**

2. Hito hist.	Revol. 1966 - Pte. Onganía (1966-1970)	Pte. Lanuse (1971 - 1973)	Pte. J.D. Perón /M. E. de Perón (1974-1976) / Revol. 1976
3. Aut. Sanit.	De Minist. a Secretaria (E. Holmberg – A. Mondet) (G)	Min. Bien. Soc. (F. Manrique)	Secr. Salud. M. Bien Soc. (D. Liotta) (J. López Rega)
4. Fundam.	(g) CLAM e/ ESPUBA		
5. Org. d/ Gestión	(g) Reun. Autor. Sanit. Prov.	SS. Seg. Soc. (S. de Estrada)	
6. Prob. Epidemiológicos			
7. Efectores			
SS. estatal	(g) Serv. Hosp. Comun. (DL. 17.102) P. Jujuy: Salud Rural (C. Alvarado). P. Sta. Fe: Servicios Comunidad		Modelo Serv. Nac. Sal. SNIS (L. 20748)
SS. privado	(g) Sist. Pago (DL 19.702). (g) Congelac. Aranceles (DL. 17.850) y NN (DL 18.483)		
SS. mutual y solid.			
SS. OOSS	(g) Comis. OOSS (A. Mondet)	DL 18.610 INUS. Creac. INSSJP – ISSARA	
Prog. Esp.	(g) Inst. Nac. Farmacol. (contin.)		
8. Fiscalizac.			
9. RRHH	(g) Ejerc. Profesional (DL 17.575) (g) Impulso Residencias (CONAREME)		
10. Investig.		P. Nobel quím. L.F. Leloir (1970)	
11. Saneam.	(g) Código Aliment. (DL. 18.284/1969)		
12. S. laboral		Higiene y Segur. Trab (DL. 19587/1972)	Contrato Trabajo (L. 20744)
13 Entidades			
14. Gr. Presión	Rechazo de Confederac. de Prestadores/CGT.		Rechazo CGT-Confederac. Prestadores a Plan Liotta.
Nota: La letra mayúscula (G) indica el impulsor principal y la minúscula (g) los rubros en que intervino su gestión.			

## Citas bibliográficas

- Albarellos, J.C., "Las obras sociales y los prestadores privados". Medicina y Sociedad, tomo 3, volumen 3, 1980.
- Alvarado, C. A. y Tanoni, E., "El plan de Salud Rural en la Provincia de Jujuy", en Sonis y otros, *Medicina sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978, tomo 2, p. 827-830. Cfr. Holmberg Op. cit. (45):26.
- Baneiro Saguier, R. y Duviols, J. P., *Tentación de la Utopía. La República de los jesuitas en Paraguay*. Barcelona, Tusquets-Círculo, 1991.
- Barquin Calderon, M., "Historia de la Medicina", en Patiño, J. F., *Situación de la educación Médica en América Latina*. Federación Panamericana de Asociación de Facultades de Medicina, ediciones del autor, México, 1971.
- Belmartino, S., *La Atención Médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Siglo XXI, Buenos Aires, 2005, p. 117.  
— *Las instituciones de salud en la Argentina, desarrollo y crisis*. Ministerio de Educación y Justicia. Secretaría de Ciencia y Técnica. Buenos Aires, 1987.
- Biale Masse, J., *Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas a comienzos de siglo*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1985.
- Busaniche, J. L., "Historia Argentina". Buenos Aires, En Hertling, L., *Historia de la Iglesia*. Herder, Barcelona, Solar Hachette, 1979, sexta impresión, 1982.
- Carrillo, R., Cfr. Obras Completas Op. cit (37). Veronelli Op. cit (11):67 y ss. R. Argentina. Secretaría de Salud Pública. Plan analítico de Salud pública. Buenos Aires, 1947. Alzugaray R. F. Ramón Carrillo o la Salud Pública. En: Todo es historia, nº 117 (1977):7-27.
- Carrillo, R., *Obras completas*. Buenos Aires, EUDEBA, segunda edición, 1974, tomo II.  
— *Teoría del hospital*. Ministerio de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1951, p. 108.
- Cfr. Barquin Calderon op. (7): 73-105. Cfr. Pardal, R. Medicina Aborigen Americana, Bs. As., 1956. Sierra, Vicente. Historia de la Argentina. Unión de Editores Latinos, Bs. As., 1956. Tomo 1600-1700: 621. Seggiaro, L. A. Medicina Indígena en América. EUDEBA, Bs. As., 1969. Sendrail, M. Historia Cultural de las Enfermedades. Espasa-Calpe, Madrid, 1983. Respecto a la persistencia de las concepciones indígenas cfr. Trabajos de Vivante, A. y Palma, N. H. vg. Palma, N. O. Estudio Antropológico de la Medicina Popular de la Puna Argentina. Cabargon, Bs.As., 1973.
- Cfr. Isuani E. A. Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina (1900-1912). Centro Editor de América Latina, Bs. As., 1985. Cfr. Meza Lago O. El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 1985. Cfr Germani G. Estructura social Argentina. Ed. Raigal Bs. As., 1955:52.
- Cfr. Veronelli Op. cit (11):62-66. Cfr. Alzugaray Op. cit: (39):18.
- Cit por Barragán H. L. La asistencia hospitalaria general en La Plata. Quirón, 12 (1 y 2), 1981.
- Cit. Por Tumburus, J. Síntesis Histórica de la Medicina Argentina. El Ateneo, Bs.As., 1926. Cfr. Facsimil en Sierra, V. op. cit. (10). T. III:620.
- Comentado por Perez Amuchastegui A. J. Mentalidades Argentinas. EUDEBA, Bs. As., 1965.
- Coni, E., *Memorias de un médico higienista*. Buenos Aires, Plaihan, 1918.
- Cortés, R., *La seguridad social en la Argentina. Las Obras Sociales*. Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, 1985, (34):51-70.
- Cramwell, D., *Nuestros grandes cirujanos*. Buenos Aires, El Ateneo, 1939.
- De La Plaza, C., *Participación de los médicos en la seguridad social*. Medicina y Sociedad, tomo 8, volumen 5, 1985.
- Dougon J. En: Torre J.C (dir). Los años peronistas (1943-1955) 8º t. de "Nueva Historia Argentina". Sudamericana, Bs. As. 2002.
- EMECE Distribuidores. Bs. As. 1800-1830. Ed. EMECE, Bs.As., 1977; t. II Salud y Delito.
- Foucault, M., *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Educación, Medicina y Salud tomo 10, volumen 82, 1976.
- Furlong Op. cit. (6). Cfr. Tumburus. Op. cit. (13).
- García Díaz, C. J., "La salud en el mundo de cambio", en Mera, Jorge A., *Los servicios de salud en Argentina. Fundación Universitaria Hernandarias*, Buenos Aires, 1994, tomo II, Cfr. Malamud, M., Domingo Cabred. Revista Salud Pública, MSP, p. 122 y ss.
- Grau, C., *La sanidad en las ciudades y pueblos de la provincia de Buenos Aires*. La Plata, Impresiones Oficiales, 1954.
- Guerrino, A. A., La generación medica del ochenta. Quirón 12 (1 y 2), 1981.

- Holmberg, E., *¿Existen políticas de salud?* Medicina y Sociedad, tomo 4, volumen 6, 1981.
- Hospital Privado de la Comunidad (Mar del Plata). Una experiencia en administración y financiación de la salud. Mimeografiado, M. del Plata, 1981.
- Isuani E. A. Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina (1900-1912). Centro Editor de América Latina, Bs. As., 1985; Meza Lago O. El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 1985; Germani G. Estructura social Argentina. Ed. Raigal Bs. As., 1955:52.
- Lain Entralgo, P., "Historia de la Medicina". Barcelona, Salvac, 1974. Cfr. Barragán, H., *Evolución histórica del hospital*. Revista SAS, primera sección, 1982, p. 1-20.
- Lardiez Gonzalez, J., en Quirón 12, p. 1-2.
- Loza Colomer, J. L., *Homenaje al maestro Guillermo Rawson*. La Plata, 1973, mimeografiado.
- Luque, P.L., "Los médicos en las epidemias". Revista Semilogía Médica, segundo Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina, 1971. Cfr. Groussac, P., "La fiebre amarilla de 1871", en Busaniche, J.L., *Estampas del pasado*. Buenos Aires, Hispamérica, 1986, tomo I, p. 122-124.
- Molinari, J. L., "Historia de la Medicina Argentina". Cfr. Salvia, C. y Laplume, S. O., Apuntes para la historia sanitaria del Virreinato del Río de La Plata. Imprenta López, Bs. As, 1937, Sem Méd 138 (16), 1971, p. 549 y ss.
- "Historia de la Medicina desde la Presidencia de Mitre hasta 1930. Academia Nacional de la Historia. Historia Argentina Contemporánea". El Ateneo, Buenos Aires, 1966, segundo tomo, Cfr. Babini, J., *La evolución del Pensamiento Científico en la Argentina*. Buenos Aires, La Fragua, 1954, p. 65.
- Nación Argentina. Política Sanitaria y Social. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Buenos Aires, 1965.
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Jornada de Entes para la Atención Médica de la Comunidad (ley 6312/67), Santa Fe, 1968. Cfr. Neri A. Salud y política Social. Buenos Aires, Hachette, 1982, p. 108. Cfr. García Díaz C. Op. cit (49):84-93.
- R. Argentina. Diario de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. 17º reunión (6-7/8/1974).
- Rawson, G., *Escritos científicos*. W. M. Jackson, Buenos Aires, s/f.
- Salvia, C., "Apuntes para la historia de los hospitales de la América Colonial Española". Sem Méd 137 (30), 1970, p. 1045 y ss. Cfr. Furlong G., *Los hospitales en Argentina con anterioridad a 1950*. Sem Med 2º Congreso Nacional de la Historia de la Medicina Argentina, 1971, p. 270-278.
- Santas, A., *Políticas de salud. Experiencia argentina*. Medicina y Sociedad, 4(1-2), 1981.
- Scenna, M. A., *Cuando murió Buenos Aires*. Buenos Aires, La Bastilla, 1974.
- Tucídides. Historia de la Guerra del Peloponeso. Porrúa, México, 1975.
- Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M., *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. OPS repres. Argentina, Buenos Aires, 2004. Se intercala esta cita de una obra reciente y exhaustiva por los hechos documentados que agrega y su reflexión crítica.
- Medicina, *Gobierno y Sociedad*. Buenos Aires, El Coloquio, 1975. Cfr. Molinari op. (5): 82; Furlong op. (6).
- *Ministerios y sistemas de servicios de salud en América Latina*. Bol. Of. Sanit. Panam. 100 (1), 1986.