

## Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX

Histories of the medical profession:  
Argentina and the United States in the 20th century

Susana Belmartino<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Doctora en Historia, Université d'Aix-Marseille, Francia.  
Docente-investigadora, miembro del Consejo de Investigaciones, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina.  
susabelmartino@hotmail.com

**RESUMEN** El contenido de este artículo se orienta hacia la búsqueda de explicaciones para determinados paralelismos y significativas diferencias en la posición de las profesiones médicas argentina y estadounidense en los respectivos servicios de atención médica. Mi interés en este texto no radica en la presentación de un relato histórico original. La información empírica que recupero sobre el desempeño de ambas profesiones no tiene relevancia en sí misma, sino como objeto de un ejercicio metodológico que la utiliza como vehículo de un análisis comparativo destinado a iluminar el impacto de las instituciones del régimen político, las ideas dominantes sobre salud y atención médica, y las estrategias de las organizaciones representativas de los intereses profesionales sobre los procesos de construcción de los respectivos sistemas de atención médica y el poder relativo de cada una de las profesiones en la construcción de las reglas de juego que a lo largo del siglo XX ordenaron su actividad.

**PALABRAS CLAVE** Historia; Sociedades Médicas; Organizaciones en Salud; Argentina; Estados Unidos.

**ABSTRACT** *This article is rooted in the search for explanations for particular parallelisms and significant differences in the relative positions of the medical professions in Argentina and the USA in different health care services.*

*My intention in this text is not to present an original historical account, as the empirical data about the performance of both professions that I uncover is not relevant in itself. Rather, this data serves as the object of a methodological exercise, which uses the information as a vehicle for a comparative analysis highlighting the impact of political institutions, dominant ideas on health and health care, and strategies of professional associations in the construction of each health care system, as well as the relative power of each profession in establishing the rules of the game which organized their activities throughout the 20th century.*

**KEY WORDS** *History; Societies, Medical; Health Organizations; Argentina; United States.*

## INTRODUCCIÓN

Mi perspectiva en este texto es predominantemente metodológica, su objeto está orientado por el interés de poner en discusión los resultados de un estudio comparativo de la trayectoria de dos profesiones médicas, la argentina y la estadounidense, a lo largo del siglo XX. En este artículo se fundamentan algunas hipótesis orientadas a proponer explicaciones para ciertos paralelismos y llamativas diferencias en la posición de ambas profesiones en los servicios de atención médica.

Entre los paralelismos se cuentan las bases constitutivas de las identidades profesionales: la búsqueda de formas organizativas destinadas a afirmar la autonomía de la profesión en la definición de las condiciones de formación, práctica y reglas de remuneración para su membresía; la exigencia de subordinación de profesiones y actividades auxiliares; las demandas canalizadas hacia el poder político. También comparten una periodización de los mecanismos de regulación de su mercado de trabajo en tres momentos claramente definidos, aunque diferenciados cronológicamente. Ambos cuerpos profesionales reivindican iguales principios éticos como fundamento de su práctica y utilizan los mismos argumentos legitimatorios para la confianza que demandan de las respectivas sociedades, en tanto colocan énfasis en la relación existente entre autonomía del practicante y eficacia terapéutica.

La descripción de ese paralelismo no justifica olvidar las diferencias, también presentes, en la capacidad de afirmación de tales reivindicaciones profesionales. Por el contrario, coloca la exigencia de encontrarles explicación.

Dos rasgos notables del derrotero que he descripto son la más rápida subordinación de profesionales y técnicos auxiliares y la mayor capacidad de control de su mercado de trabajo en manos de la profesión médica en EE.UU. El reconocimiento del derecho al monopolio de la práctica y la organización de los servicios se adecuó tempranamente a las reivindicaciones básicas de la profesión. En la relación entre financiamiento y provisión, aun cuando se presentan formas alternativas, estas alcanzaron solamente importancia regional y procesaron un porcentaje

minoritario de las prácticas de atención. Esa supremacía comenzó a consolidarse en los años '30 y fue objeto de cuestionamientos severos a partir de la década del '70. Las transformaciones de los '90, estimuladas por la responsabilidad en los aumentos de costos que se adjudicaron a la libre elección, la libertad de prescripción y el pago por acto médico, amenazaron de manera significativa tal supremacía, en un proceso que se revierte solo parcialmente a fines de la misma década.

Otra es la historia de la profesión en Argentina. Tardíamente organizada en una confederación representativa de sus intereses con alcance nacional, si se la compara con su par estadounidense, debe negociar en inferioridad –o al menos, paridad– de condiciones con quienes administran los recursos de la seguridad social médica. Tiene un efímero período de prosperidad en la segunda mitad de los años '70, cortado abruptamente en los últimos años de la década del '80. Las transformaciones generadas a comienzos de los '90, aunque no llegan a afirmarse como hegemónicas, aumentan la heterogeneidad de los vínculos entre los tres conjuntos de agentes involucrados en el sistema: población beneficiaria, financiadores y proveedores.

Estas diferencias están sin duda estrechamente vinculadas con factores estructurales propios de ambas sociedades y recursos organizativos y liderazgos en las organizaciones representativas de la profesión y en las instalaciones donde efectiviza su práctica. Este texto intenta avanzar en la formulación de hipótesis destinadas a desbrozar las diferentes influencias y ponderar su peso respectivo en el diseño definitivo de ambos sistemas de servicios.

En esa delimitación de hipótesis me apoyaré en algunos estudios de análisis político comparado desarrollados por el neoinstitucionalismo histórico, en particular en el enfoque defendido por Ira Katznelson, cuando propone recuperar la configuración de factores –tanto estructurales como estratégicos– presentes en los procesos históricos sometidos a comparación, que incidieron en las respectivas construcción de instituciones y definición de formas organizativas (1).

No es este el lugar adecuado para introducir las innovaciones metodológicas propias del neoinstitucionalismo. Para los fines de este texto basta mencionar el interés por análisis históricos

comparados, destinados a iluminar la manera en que las transacciones entre Estados y ciudadanos y entre Estados y economías están contingentemente modeladas en el interior de conjuntos específicos de legados y arreglos institucionales. En particular interesa poner el foco en la manera en la cual los perfiles de las instituciones modelan la formación y agregación de intereses individuales y de grupo.

Entre los factores estructurales a considerar prestaré atención a los regímenes políticos, la orientación de ambas sociedades en lo relativo a las concepciones sobre bienestar individual y social, y las dimensiones de los mercados de trabajo en atención médica. Lo referido a la acción se focalizará en las estrategias de las organizaciones profesionales, sus identidades y liderazgos.

Diferentes analistas, dedicados a recuperar los procesos históricos de afirmación de las reivindicaciones profesionales, señalan que las primeras formas organizativas surgieron en condiciones estructurales asociadas con la expansión del capitalismo a fines del siglo XIX. En la lectura de Magalí Safarti Larson, por ejemplo, la afirmación del movimiento de profesionalización se asocia con el avance de la alfabetización, la urbanización, la economía monetaria y la estabilización de regímenes políticos fundados en el reconocimiento de los derechos de ciudadanía (2). Elliot Freidson (3) incorpora como ingrediente fundamental para el logro de la autonomía profesional, su dependencia de la tolerancia y protección del Estado.

Es posible considerar que en las últimas décadas del siglo XIX las bases estructurales identificadas por Larson se habían afianzado ya en Argentina, al menos en la región litoral, área donde emergen los primeros intentos fallidos de organización profesional médica. No se revela tan clara la relación entre profesión y Estado.

En efecto, en EE.UU., la alianza entre médicos regulares, eclécticos y homeópatas disparó el movimiento que entre los años 1870 y 1880 se difundió en todos los estados de la Unión y obtuvo la sanción de leyes que instituirían la obligatoriedad de la licencia. La American Medical Association (AMA) se fortaleció a partir de ese triunfo y algo más tarde creó un cuerpo de gobierno integrado por representantes de las asociaciones médicas estaduales. Los vínculos con el poder político se establecieron a través de

la profesión organizada. El proceso en Argentina fue diferente: si bien los gobiernos nacionales y provinciales incorporaron tempranamente médicos a sus agencias, y los higienistas influenciaron las primeras políticas vinculadas al saneamiento, control de epidemias y atención de la población indigente, dichos profesionales fueron parte del poder en su carácter de "notables", la autoridad que se les reconocía derivaba de su inserción en diferentes agencias del Estado, no se vinculaba a su identificación como representantes reconocidos de la profesión organizada.

### PRIMERA HIPÓTESIS: EL PESO DE LOS REGÍMENES POLÍTICOS

*Una primera hipótesis se vincula con el peso de los regímenes políticos de cada país en la afirmación del control de las profesiones sobre la organización de los sistemas de atención médica. En EE.UU., la supremacía de la AMA se sostuvo hasta los años '70 del siglo XX fundamentada en su capacidad para influenciar las políticas de atención médica a través de su accionar como un poderoso grupo de interés y de las características del régimen político estadounidense que privilegiaron en ese lapso la conservación del statu quo. En Argentina, la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), tuvo escasa influencia en la organización del subsistema público y a partir de los años '70 tuvo que compartir la regulación de la atención médica financiada por las obras sociales con los representantes de sindicatos y las asociaciones de clínicas y sanatorios, en una lógica de control corporativo de las decisiones tomadas en el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). Esto se vincula con un sistema político construido desde los años '40 a partir de vínculos entre el Poder Ejecutivo y las corporaciones representantes de grupos de interés. Sistema fragmentado e inestable en función de la inestabilidad del régimen político y la presencia de una situación casi permanente de crisis fiscal.*

Los regímenes políticos en ambos países, pese a ser caracterizados en términos generales como dotados de orientación presidencialista y

federal, han presentado diferencias significativas. En el régimen estadounidense el proceso de toma de decisiones legislativas ha estado estrictamente regulado en el largo período que comprende este estudio. En ese lapso sufrió dos reformas significativas, que en la lectura de diferentes analistas tuvieron importancia en el fracaso de los proyectos de implantación de algún modelo de seguro nacional de salud. Cuando los analistas hablan de debilidad del Estado para satisfacer posibles expectativas de la población en esa área, no se están refiriendo a debilidades institucionales sino a obstáculos que las instituciones políticas oponen a determinados proyectos legislativos, vinculados con la ampliación de los territorios legítimos de intervención del Estado. En el caso argentino, por el contrario, el régimen político se ha mostrado inestable en el mediano plazo por los golpes militares que impusieron regímenes dictatoriales, y en los momentos de afirmación democrática por una relación entre Ejecutivo y Parlamento que en términos generales se caracterizó por la fortaleza del primero y la subordinación del trabajo en las cámaras a sus mandatos. También la relación entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales careció a lo largo del siglo XX de reglas firmes que definieran temas significativos, tales como la distribución de recursos y cargas.

En paralelo a esas diferencias, los procesos de toma de decisiones políticas difieren en forma significativa entre ambos países. La historia de estos procesos en lo relativo a la enfermedad y su cobertura, permite reconocer que no solo fue importante para la afirmación de las organizaciones profesionales el reconocimiento de su derecho a la autonomía por parte del Estado. Cuando la expansión de los mercados de atención médica colocó el interés de la profesión en el control de las modalidades organizativas del financiamiento de su práctica, su capacidad de incidir en los procesos de toma de decisiones dependió en gran medida de las condiciones –favorables o desfavorables– de los respectivos sistemas políticos.

#### EL RÉGIMEN POLÍTICO EN ESTADOS UNIDOS

Las instituciones del régimen político estadounidense con vigencia hasta la reforma de los años '70 fueron definidas durante el período

identificado como la *Era Progresista* (entre 1901 y 1917, con las presidencias de Theodore Roosevelt, William H. Taft y el primer mandato de Woodrow Wilson). Conforme la lectura de James Morone los progresistas fundaron un nuevo orden, con innovaciones legislativas y en la administración del Estado. En los años '30 la presidencia de Franklin D. Roosevelt ampliaría esas reformas sin corregir sus debilidades estructurales (4). Los resultados obtenidos son todavía objeto de debate entre politólogos. En este espacio solo quiero señalar algunos rasgos no controvertidos, aunque valorados de diferente forma, a saber: el debilitamiento de los partidos políticos; el fortalecimiento de la influencia de los grupos de interés, organizados en asociaciones nacionales, a través de mecanismos de *lobby* sobre los miembros del Congreso; la ampliación de las agencias estatales; la conservación del sistema *cheks and balances* que tornaba difícil la introducción de nuevas cuestiones en la agenda política.

Una diferencia muy significativa con el régimen político argentino es la influencia que se reconoce al Congreso en la definición de la agenda legislativa y el contenido de la legislación. En palabras de Mark Peterson: "Entre las legislaturas nacionales de los principales países, el Congreso de EE.UU. es el único que juega un poderoso rol independiente en el proceso de toma de decisiones". El Congreso inicia la legislación, toma decisiones sobre cuestiones centrales y tiene la capacidad de decir "no" a las propuestas del Ejecutivo. No solo ejerce con frecuencia su autoridad para bloquear o alterar sustantivamente iniciativas del Ejecutivo, sino que juega un rol de liderazgo crítico en las etapas formativas de las decisiones políticas. Las ideas políticas propuestas por los presidentes a menudo comienzan como proyectos diseñados previamente por los miembros del Congreso. En un análisis histórico de 28 leyes mayores aprobadas desde 1947 a 1990, Charles O. Jones determinó que el impacto de la legislatura fue preponderante para una cuarta parte de las mismas, y en más de la mitad de los casos el Congreso compartió aproximadamente igual influencia que los presidentes (5 p.73).

En temas de atención médica, además de la reconocida influencia de los grupos representativos de intereses particulares a través de prácticas de *lobby*, se reconocen dos condiciones

vinculadas al debilitamiento de los partidos políticos. Una de ellas hace referencia a la inexistencia de disciplina partidaria en los miembros de ambas cámaras. Se reconoce a cada legislador el derecho a votar según su criterio, lo que dificulta la sanción de proyectos respaldados por los respectivos partidos, en tanto para cada proyecto se hace necesario construir una mayoría que no es automática. En la lectura de Peterson, a partir de los años '50 el gobierno tuvo dificultades para construir coaliciones mayoritarias. Ambos partidos estaban internamente divididos ideológicamente, con dificultades para proyectar imágenes claras y distintivas de políticas para el electorado.

Un segundo rasgo que impone límites a las decisiones de la mayoría reside en el sistema de *gobierno de comisiones* desarrollado también en el contexto de las reformas progresistas. El poder de vehiculizar el tratamiento de un proyecto recaía sobre los presidentes de las comisiones, elegidos sobre la base de su antigüedad. Esa innovación permitía al Congreso protegerse contra los crecientes poderes de la rama ejecutiva, pero también hacía casi imposible aprobar legislación a la que se opusieran los miembros más antiguos, aun cuando su ideología estuviera fuera de la corriente mayoritaria de su partido e incluso de la Nación en su conjunto (6).

En ese régimen político fragmentado y abierto a las presiones de los grandes intereses organizados, ya en los primeros años del siglo XX la AMA había conformado una organización estable, con una membresía muy importante y recursos financieros y estratégicos que le otorgaron influencia sobre la opinión pública y las agencias del Estado. En las décadas centrales del siglo, ese poder le permitió conformar el "*triángulo de acero*" identificado por Mark Peterson: una alianza opositora a las políticas de reforma de la atención médica propuestas en los años '40 y '60, en la que la AMA contó con el apoyo de otras organizaciones médicas, las agencias de seguro y el empresariado. Ese triángulo de acero, en la lectura de Peterson, era una comunidad de representación política autónoma, construida sobre relaciones cerradas entre poderosos intereses privados y un Congreso accesible a su influencia, que la medicina organizada y sus aliados podían dominar. A la capacidad de presión de la AMA se sumaba la American Hospital Association, fundada en

1898, el American College of Surgeons, nacido en 1913, la American Confederation of Physicians a partir de 1915 y la American Academy of Family Physicians desde 1947. En las primeras dos décadas del siglo XX los médicos se apropiaron de la autoridad pública para tomar a su cargo el campo de la atención médica. Con ese poder delegado definieron el contenido, la organización e incluso el financiamiento de la práctica médica aceptable (7).

Algo más tarde, a partir de los años '30 y después de la Segunda Guerra, las empresas de seguro de salud emergieron como jugadores importantes, y el empresariado se convirtió en el principal comprador de seguro de salud para sus empleados. Todos estos actores tenían muy similares puntos de vista de la política óptima: el gobierno debía proteger sus intereses, incluyendo una política impositiva favorable, pero carecía de legitimidad para intervenir en la provisión y financiamiento de la atención médica.

También Morone (8) reconoce que en los años '20 la AMA desarrolló una reputación para la influencia política que crecería por casi medio siglo. Morone y Peterson acuerdan con Theda Skocpol (9) en que esa alianza tuvo también influencia en la derrota de las propuestas de reforma de los años '60 y '70, aunque el primero señala en este punto algunos matices.

Estos analistas coinciden en que un único patrón dominó la política de atención médica estadounidense en la mayor parte del siglo XX: el poder público fue cedido a la profesión médica. Los proveedores de atención médica actuaron como gestores de la política sectorial. La legislación a la que se oponían fue derrotada; los programas que obtuvieron sanción legislativa fueron puestos en sus manos. En muchas formas, señala Morone (4), el poder de la profesión constituyó un caso exagerado de liberalismo de grupos de interés: la autoridad de un gobierno manejada por una actividad, generalmente en beneficio de sus propios miembros.

Sin embargo, enfatiza este último autor, adscribir la dominancia médica al poder de un grupo de intereses es no tener en cuenta la estructura subyacente de la política en EE.UU. En su opinión, la influencia política de la AMA puede ser reinterpretada en el interior de una trama de Estado débil. Al respecto, señala que en

gran parte del siglo XX, las instituciones políticas en EE.UU. –las dos cámaras del Congreso y la Presidencia– habrían estado divididas con relación a programas sociales. Según su relato, el patrón raramente variaba: los funcionarios públicos (generalmente demócratas del Norte) proponían un programa como el seguro nacional de salud, que supuestamente gozaba del apoyo de la población. Sin embargo, otros funcionarios públicos (demócratas del Sur y republicanos) se oponían a la ampliación del campo de intervención del gobierno. Las reformas de atención médica eran sacrificadas a través de la negociación de otros programas y el mantenimiento de determinadas coaliciones. También Steinmo y Watts respaldan la visión de Morone, cuando afirman que la estructura de las instituciones políticas modeló las estrategias políticas tanto de los proponentes como de los opositores a la reforma en salud (6).

Uno de los ejemplos analizados por estos autores intenta dar respuesta al interrogante creado por la decisión de Franklin D. Roosevelt de retirar el seguro de salud de la agenda que llevó al Congreso en los años '30, bajo la apelación a un New Deal. Steinmo y Watts sostienen que Roosevelt tenía un amplio mandato para promover una reforma social progresista. Sin embargo, pese a la popularidad del presidente y al claramente percibido mandato de reforma social, Roosevelt y sus asesores llegaron a convencerse de que incorporar el seguro de salud en su plan de reforma podía "significar la derrota del proyecto en su totalidad". Esta habría sido una elección estratégica, basada en el hecho de que "el Congreso, no el Presidente, escribe la ley". Roosevelt y sus asesores comprendieron que los demócratas del Sur, presidentes de comisiones clave, eran hostiles a la agenda completa del *New Deal* (6 p. 339-340). A eso se agregaba la oposición de las empresas hospitalarias y aseguradoras y de la cada vez más poderosa AMA, de manera que podía comprometer en su totalidad la iniciativa. Como ratifica Morone, los reformadores sacrificaron la reforma de la atención médica para poder conducir otras partes de su agenda a través del laberinto en el Congreso.

Un ejemplo de los mecanismos de negociación que operaban en el órgano legislativo puede encontrarse en el proyecto de seguro que defendió en los años '40 el presidente Harry

S. Truman. La propuesta ofrecía fondos federales para financiar el acceso de la población a los servicios, aunque dejaba a cargo de los médicos los detalles de organización y financiamiento. Pese a esa cesión de atribuciones el proyecto provocó, como en ocasiones anteriores, la oposición de la AMA, que lo describió como "el paso final e irrevocable hacia el socialismo de Estado", y enfatizó la amenaza implícita de la supervisión de legos y como consecuencia, la reducción de los médicos a la esclavitud (4 p. 258).

El seguro privado era la alternativa preferida: "*el modo americano voluntario*". La AMA financió su campaña opositora imponiendo 25 dólares a cada uno de sus miembros y se preparó para una guerra contra la medicina socializada. En el debate que generó la oposición en el Congreso se planteó una alternativa: la posibilidad de que el gobierno federal financiara la construcción de hospitales. El senador demócrata Lister Hill se asoció con el republicano Harold Burton para respaldar la ley que se identifica por sus apellidos y que resultó emblemática de la política de salud de posguerra. El Estado financiaba instalaciones y laboratorios mientras evitaba cuidadosamente intervenir en las decisiones médicas. El gobierno federal distribuyó fondos entre quienes se organizaban para solicitarlos. Las opciones sobre cómo y dónde construir fueron dejadas ampliamente al criterio de los interesados.

La misma estrategia caracterizó el financiamiento para investigación. Los científicos eligieron sus proyectos, paneles de pares profesionales en el sector privado tomaron las decisiones de otorgamiento de recursos. No hubo tampoco regulación federal. La atención médica para el pobre, el seguro nacional, un enfoque sistemático a la escasez crónica de médicos en comunidades rurales o proyectos de salud pública en amplia escala, fueron rechazados. El Programa Hill-Burton, los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto Nacional de Salud Mental y una suma de pequeños programas financiados con fondos federales, continuaron las tradiciones establecidas por las leyes de licencia sancionadas por los progresistas: permitieron a la profesión determinar la forma y carácter de las actividades del sector.

Conforme el relato de diferentes analistas, los reformadores no se proponían amenazar la autonomía o el poder profesional, simplemente

querían colocar los pacientes en la puerta del consultorio. El eslogan formulado por los liberales –*"remover las trabas financieras a la atención médica"*– ubicaba a la práctica profesional fuera del alcance de la reforma (4 p.251). Sin embargo, los líderes médicos percibieron que el financiamiento federal masivo daría al gobierno poderoso incentivos para administrar sus actividades. Los términos del debate nunca cambiaron. A través de la década del '50 y los primeros años de la década del '60, los intereses sectoriales continuaron cuestionando la legitimidad y la capacidad del gobierno para implementar una reforma, independientemente de cómo los liberales la definirían. La AMA continuó evocando los dos espectros de un socialismo avanzando sin trabas (es decir, ilegitimidad) y un sistema médico dominado por burocracias kafkianas (incapacidad) (a).

Una reforma efectiva necesitaba una confluencia de voluntad política en las dos cámaras del Congreso y la Presidencia. A través de las administraciones de Truman, Eisenhower y Kennedy, esa condición no se alcanzó.

El triunfo de Eisenhower sobre Truman en 1952 canceló la posibilidad de aprobación de un seguro nacional de salud en los siguientes años, aunque esto no significara la parálisis del partido demócrata o de los militantes en el campo de la reforma. Un proyecto fue introducido cada año pero nunca fue tratado en la comisión de Ways and Means (b) hasta 1958 (10). En ese trayecto, los liberales se alejaron lentamente del plan de Truman en un esfuerzo vano por ganar apoyo político: transitaron desde un seguro nacional integral hacia un seguro nacional para los ancianos y desembocaron en un plan hospitalario parcial para los ancianos, que se concretaría en la aprobación de Medicare. La oportunidad llegaría en el clima político creado por el asesinato del presidente Kennedy; Lyndon Johnson obtuvo un triunfo amplio en las siguientes elecciones y llegó a ambas cámaras del Congreso una abrumadora mayoría de demócratas liberales. En su primer discurso ante el Congreso Johnson se centró exclusivamente en la futura legislación Medicare (6).

Los republicanos –liderados por Wilbur Mills, el controvertido presidente de la comisión de Ways and Means– introdujeron dos agregados importantes. La posibilidad de un programa

voluntario de seguro que pagara honorarios médicos (en su versión original Medicare cubría solo hospitales) y otro adicional que se hiciera cargo de los gastos médicos de los ciudadanos sin cobertura que reunieran determinadas condiciones, que se aprobaría como Medicaid. Dado el poder institucional de que gozaba, Mills pudo diseñar el nuevo programa en una forma que –conforme la interpretación de sus detractores– intentaba específicamente debilitar cualquier futura reforma de la atención médica, colocando una valla alrededor del programa de seguridad social (10).

Por otra parte, el triunfo de los liberales no alteró los límites tradicionales de la política de atención médica. La autoridad sobre los nuevos programas fue rápidamente cedida al sector. En la descripción de Morone, la misma ley comienza prometiendo que no cambiará nada. Sus primeras tres secciones niegan los cargos de intrusión gubernamental que habían sido repetidos por cinco décadas. "Nada en este título será construido para autorizar a algún funcionario o empleado federal a ejercer cualquier supervisión o control sobre la práctica de la medicina." Los siguientes cinco ítems prohíben el control estatal sobre el personal médico, las modalidades de compensación o administración, la elección de proveedor o la selección de asegurador (4 p.264).

La política concesiva se revelaría contradictoria en el corto plazo. En la siguiente década los costos de la atención médica se convirtieron en el tema más importante de la política de salud. Corporaciones, compañías de seguro, sindicatos y consumidores se unieron a los políticos reclamando soluciones. Medicare hizo de la inflación de la atención médica un problema del sector público y la colocó en la agenda política. Trasladando el gasto no controlado desde los bolsillos privados al presupuesto público generó una crisis de costos crecientes.

La percepción de crisis desafió la autoridad profesional en sus diferentes niveles: la influencia de los médicos sobre la política pública, su control sobre los servicios de atención médica e incluso la definición de la práctica médica adecuada. Y sin embargo, el nuevo escepticismo no condujo a una nueva política. Las relaciones entre profesión y Estado se trasmataron en un empate político. La nueva década

demonstró una vez más qué difícil fue para las instituciones estadounidenses recuperar el poder que habían cedido a las pequeñas minorías, incluso cuando se trataba de obtener beneficios para amplias mayorías. El viejo modelo de ceder autoridad al sector médico demostró serias dificultades para ser contrarrestado. La legitimidad de la autoridad profesional estaba bajo fuego, sin embargo ello no condujo a que el Estado gozara una nueva legitimidad propia.

A fines de 1973 se genera un nuevo episodio de posible reforma: el presidente Nixon se encontraba presionado por el escándalo Watergate y consideraba como una forma de relegitimar su presidencia la sanción de una reforma en salud. En paralelo, el sistema de comisiones estuvo bajo escrutinio, en tanto se lo evaluaba como responsable de debilitar al Congreso frente a una creciente influencia del Ejecutivo. La comisión de Ways and Means era objeto de particular atención. Mills, preocupado ante la posibilidad de perder su autoridad sobre cuestiones de atención médica, consideró oportuna una estrategia destinada a promover la confianza en su capacidad para formular las políticas de salud de la Nación. En abril de 1974 inició conversaciones con Edward Kennedy para llegar a un compromiso en un nuevo proyecto de seguro de salud que, aunque conservaba importantes diferencias con las propuestas liberales, constituía un avance en acercar posiciones entre demócratas y republicanos. Mientras tanto, Richard Nixon presionaba para la acción y pedía un acuerdo orientado a generar "propuestas constructivas que merezcan consideración" (6 p.352).

El proyecto naufragó finalmente en el laberinto del sistema político. Los miembros del Comité por el Seguro Nacional de Salud, que representaba la corriente principal de las organizaciones sindicales, decidieron retirar su apoyo a Kennedy. Especulando con la debilidad de Nixon, consideraron la ventaja de esperar que nuevas elecciones aseguraran una sólida mayoría demócrata en el Congreso. El resultado sería la aprobación de la ley de promoción de las Health Maintenance Organizations.

Las reformas en el Congreso también se decidieron en la ola creada por el Watergate. Su objetivo era debilitar el poder de control de los presidentes de las comisiones que representaban

a los demócratas sureños y redistribuirlo entre las élites del partido y los miembros más jóvenes, con la supresión de la nominación por antigüedad (*seniority system*). Se amplió considerablemente el número de miembros de Ways and Means y se eliminó la *regla de cierre*. Un nuevo elemento de fragmentación se constituiría como obstáculo para la legislación de salud, en tanto su jurisdicción estaba ahora dividida entre cinco comisiones. En la Cámara de Representantes reclamaban esa jurisdicción Energy and Commerce, Education and Labor y Ways and Means; en el Senado, Resources and Finance y Labor and Human Resources. Su acción fue definitivamente deletérea durante 1994, en la discusión del Plan Clinton. Sus miembros aspiraban a ser los únicos que hicieran tratos y concesiones a empresas e intereses en salud. En cada una de ellas se diseñaron y rediseñaron, combinaron y recombinaron, varios proyectos alternativos al del Presidente, incluyendo muchos de autoría demócrata (9).

En este punto comparto la conclusión formulada por Steinmo y Watts:

El sistema político norteamericano se había, una vez más, derrotado a sí mismo. Nuevamente la atención pública fue centrada en la necesidad de una reforma de la atención médica por parte de los reformadores progresistas. Una vez más nuestras instituciones políticas se mostraron incapaces para manejar los problemas que habían colocado ante la atención del público. No es sorprendente que su confianza en tales instituciones cayera nuevamente. Más del 60% de la población consideraba que no podía tener confianza en que el gobierno hiciera lo correcto la mayor parte del tiempo. Conforme la historia que hemos revisado, debemos reconocer que ese escepticismo estaba bien justificado. (6 p.361)

Puede ser importante en la comparación con Argentina considerar, además, que en los años '60 y '70 la preocupación del gobierno federal por el incremento del gasto en atención médica colocó en la escena política una interpelación a la capacidad de autorregulación de las comunidades locales, de particular interés en función de la presencia de una orientación similar en algunas políticas generadas en nuestro país. Ambas estrategias tuvieron desenlaces similares.



Tras varias experiencias fallidas de planificación y regulación de la atención médica en jurisdicciones locales, en 1974 se sancionó la *National Health Planning and Resources Development Act*, que establecía una red nacional de 205 agencias (Health Systems Agencies, HSA) cuya función sería coordinar de mejor manera los recursos públicos y privados existentes en cada comunidad.

En su análisis de los éxitos y fracasos de las HSA, James Morone plantea una perspectiva novedosa. Afirma que anteriores analistas centraron sus preocupaciones en determinar si estas agencias tuvieron éxito en el recorte de costos. La respuesta sería clara: no lo hicieron. Se trata, sin embargo, sostiene este autor, de una pregunta equivocada. Los resultados efectivos de las sesiones de debate en el interior de las agencias, donde la profesión no pudo imponerse pero tampoco sus adversarios, serían en su opinión irrelevantes (c). Se produciría, sin embargo, un resultado no considerado: en esas disputas la profesión médica habría perdido su dominio sobre la medicina estadounidense. En cada comunidad, grupos de legos formularon juicios sobre propuestas presentadas por los profesionales. Haciéndolo, transformaron, según esta visión, el modo en que los estadounidenses pensaban su política de atención médica. Los hospitales pueden haber vencido en las votaciones, o en los recursos presentados a las juntas de gobierno de las HSA, o a la agencia estatal, o a las cortes de justicia, pero en el proceso, viéndose obligados a apelar continuamente, habrían ido cediendo su hegemonía sobre la política médica (4).

La autorización a la intromisión de los legos sobre el juicio profesional habría sido establecida en las HSA, que invocaron ideales comunitarios para subordinar a los profesionales de salud. Uno de los avances importantes fue el rechazo de las primeras secciones de Medicare. Una vez que el precedente había sido establecido, gerentes legos comenzarían a tomar control sobre la política de salud en una amplia variedad de instalaciones. Un conjunto de nuevos programas –públicos y privados, estatales o nacionales– afirmarían explícitamente los controles sobre la profesión, incluso hasta el punto de buscar modalidades alternativas de práctica médica.

Es muy probable que esta hipótesis de Morone, aunque adecuada, resulte reduccionista,

y su opinión deba ser matizada teniendo en cuenta la corriente de pensamiento que se afirma en múltiples escenarios a partir de los años '80, expresando serias críticas a la eficacia y eficiencia de la práctica médica y a la confianza en la capacidad de la ciencia y la tecnología en general para promover el bienestar social (11).

En los años '90 el tratamiento por parte del Congreso del proyecto *Health Security*, respaldado por la administración Clinton, permite introducir algunos matices en lo relativo a la posición de la AMA en el sistema político. También en ese punto existe coincidencia entre los analistas respecto del sustantivo cambio sufrido por el escenario político en esa década. Los médicos habían dejado de hablar con una sola voz, ya que la AMA había perdido el control de un porcentaje mayoritario de los médicos del país (d) y debía enfrentar a algunos de sus antiguos aliados, que no compartían sus puntos de vista con relación a la reforma propuesta por el presidente Clinton.

Las reacciones ante esa reforma habían erosionado incluso la cohesión de la otrora poderosa organización que nucleaba a los aseguradores: la Health Insurance Association of America (HIAA). La HIAA había sufrido un primer desgajamiento bajo la anterior administración Bush, cuando un número considerable de pequeños aseguradores decidieron formar el Council for Affordable Health Insurance. Poco más tarde, entre 1991 y 1993 las "cinco grandes" compañías de seguro (Cigna, Aetna, Casualty and Metropolitan, Travelers y Prudential) se retiraron de la HIAA, y formaron la Alliance for Managed Competition para hacer *lobby* en sus propios términos (e).

Más significativo aun: la política de Washington se caracterizaba en esos años –en un proceso de ampliación de la representación de intereses que se habría iniciado en los últimos años de la década del '70– por la proliferación de organizaciones de ciudadanos, asociaciones de comercio, organismos académicos y científicos y grupos de investigación política. Algunas de las ampliamente difundidas organizaciones de ciudadanos, con capacidad de sostener equipos de *lobby* en Washington, constituían redes de grupos comprometidos en activismo de base comunitaria o militaban en la defensa de temas focales, como aborto, políticas ambientales, género, etc. Cada una de tales agrupaciones podía tener perspectivas

parcialmente diferentes sobre la reforma en salud y eso dificultó considerablemente la formación de una coalición favorable a la reforma (9).

Nuevamente voy a utilizar una síntesis proporcionada por Steinmo y Watts para cerrar este párrafo. Su justificación del fracaso del Plan Clinton recupera diferentes razones, a saber:

1. La fragmentación del poder político ofreció a los opositores a la reforma muchas oportunidades para atacar la propuesta. Las instituciones políticas ya no eran lo que habían sido veinte, treinta o cuarenta años atrás. Con las reformas de los '70 el poder de los grandes grupos de interés en el Congreso fue cambiado por una distribución de poderes notablemente descentralizados. El Congreso en su conjunto se convirtió en una más permeable y menos manejable institución que anteriormente.
2. Los años '90 estuvieron marcados por un tipo enteramente nuevo de comunidad de política, conforme la afirmación de Peterson. La comunidad de intereses en atención médica había perdido su cohesión y su capacidad de dominar la política y el curso del cambio político. Cuando la atención médica llegó a ser un séptimo de la economía estadounidense, más intereses tenían algo que perder si se aprobaba una reforma integral. Los reformadores tenían que luchar con un complejo médico/industrial/asegurador que controlaba más de 800 mil millones de dólares por año.
3. Las reglas vigentes en el Congreso en 1994 permitían bloquear la aprobación de una ley a una minoría que pudiera controlar el 40% de los votos en el Senado. Ningún otro sistema legislativo exige –según estos autores– el apoyo del 60% de los legisladores para aprobar una política de gobierno.
4. Pese al hecho de que los años '90 estuvieron marcados por el más alto nivel de apoyo público a una intervención del gobierno en la atención médica, los increíbles 4.500.000.000.000 dólares de deuda que debían enfrentar los contribuyentes estadounidenses (la mayoría de los cuales habían sido acumulados en los pasados quince años) también hacían excepcionalmente improbable que el gobierno financiara la reforma.
5. Los cambios en los dispositivos electorales bajaron mano a mano con la creciente fragmentación del poder en el Congreso, hasta el punto de que sus miembros se habían convertido en empresarios de política independientes. Esto significa dinero. Entre el 1º de enero de 1993 y el 31 de julio de 1994 los candidatos a cargos legislativos recibieron 38 millones en contribuciones de campaña de las industrias de atención médica y seguro. La AMA tuvo el más generoso comité de acción política en el país, contribuyendo con más de US\$ 1.933.000 solo en 1993 y 1994. Estas cifras no incluyen pequeñas donaciones hechas por bases locales ni donaciones de pequeñas empresas que también fueron opositoras a Clinton. "Hacia fin de año esperamos que las industrias de salud y seguro habrán gastado más de cien millones para poner obstáculos a la reforma de atención médica", informaba Citizen Action (f), una organización dedicada a la investigación de cuestiones de interés público (6).
6. El mundo alrededor de las instituciones políticas no permaneció estático. El más importante cambio en la política moderna es la importancia del rol de los medios. Las técnicas disponibles para investigación de *marketing* y comunicación mediática son radicalmente más sofisticadas hoy de lo que fueron hace solo quince o veinte años. Este punto no era desconocido para los opositores a la reforma. La industria del seguro gastó más de 14 millones solo en el frecuentemente citado anuncio "*Harry and Louise*", del que me ocuparé más adelante (6).

#### EL SISTEMA POLÍTICO ARGENTINO (g)

En Argentina, como ya anticipé, las relaciones entre profesión y poder político tomaron caminos diferentes. Los médicos, tras varios intentos fallidos de organización gremial, tuvieron una entidad de alcance nacional recién en 1941: la Federación Médica de la República Argentina, que asume poco más tarde el apelativo de Confederación (COMRA). Por su parte, las asociaciones locales y provinciales de clínicas y sanatorios se reunirán en una entidad de alcance

nacional: la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECILISA), recién en 1964. No hubo por consiguiente una representación unificada durante el régimen político no intervencionista de las primeras décadas del siglo XX. Los higienistas fueron incorporados a las agencias de gobierno y en cierta medida tuvieron también acceso al Concejo Deliberante de la Capital y a la Cámara de Diputados de la Nación. Médicos como Eliseo Cantón, Ángel Giménez, Alejandro Bunge, Enrique Dickman y otros, dejaron la impronta de su pensamiento en la doctrina sanitaria, y desde sus bancas en el Congreso presentaron proyectos destinados a regular algunas cuestiones, reconocidas como problemáticas, vinculadas a la cobertura y provisión de atención médica, en particular las orientadas a ordenar el multiforme mosaico de mutualidades y a la reglamentación del ejercicio de las profesiones de salud. Sus ideas, sin embargo, no lograron imponerse. Múltiples proyectos quedaron sin sanción, muchos incluso no llegaron a discutirse en las cámaras.

La Confederación Médica tuvo una significativa oportunidad de acercamiento directo a una agencia estatal con voluntad de dar respuesta a algunas de sus demandas hacia 1944, cuando algunos miembros de su Mesa Directiva comenzaron a colaborar con la Secretaría de Trabajo y Previsión en la redacción de proyectos de ley que respondían a las inquietudes de la profesión: estatuto del médico funcionario, ley de regulación del ejercicio de las profesiones de salud y otros temas menores. El vínculo se quebró abruptamente en los conflictos desatados por la oposición al entonces coronel Perón entre junio y octubre de 1945.

El gremialismo médico se unificó en el repudio a la dirigencia que supuestamente había violado la firme interdicción a la participación en política, uno de los principios fundadores de la organización profesional. Esa interdicción por sí misma dice mucho sobre el posicionamiento de la medicina frente al poder estatal, aunque su aplicación en ese momento estuviera teñida por la adhesión a una de las parcialidades en disputa. El discurso antiestatista y el rechazo de lo político como deformante –o incluso corruptor– de una intervención sanitaria basada exclusivamente en principios técnicos, fue una constante en el

pensamiento gremial, aun cuando se adquiriera creciente conciencia de la necesaria intervención del Estado para garantizar el derecho a la autorregulación profesional.

Con mayor frecuencia en los años '30 es posible encontrar en las revistas gremiales críticas dirigidas a los colegas que se desempeñaban como funcionarios, tanto a nivel nacional como provincial y municipal. Se acusa a la burocracia médica de perjudicar los intereses de sus colegas, manipular por razones electoralistas criterios que deberían estar regidos por fundamentos técnicos, descuidar los intereses de la salud pública que deberían defender. En los últimos años de esa década, sin embargo, los vínculos con algunas agencias estatales y el apoyo a determinados proyectos presentados en el Parlamento comienzan a hacerse frecuentes. Es muy probable que el indignado rechazo a la colaboración con la Secretaría de Trabajo y Previsión haya estado fogueado principalmente por el conflicto social y político desatado en los últimos meses de 1945.

En esa coyuntura, la Confederación Médica rechaza la convocatoria formulada desde el gobierno, y a partir de allí se ubica en una oposición caracterizada en parte por el ostracismo en relación con los verdaderos espacios de poder, en parte por una autocensura temerosa de las represalias del oficialismo. La única auténtica manifestación de poder de parte del gremialismo médico autodenominado "*independiente*" fue de índole negativa: los profesionales alineados con el gobierno no lograron apoyo masivo por parte de sus colegas para fortalecer sus propias organizaciones, capaces de entrar en el intercambio de apoyo político por beneficios particulares que constituía la lógica política dominante.

La desconfianza de las organizaciones gremiales ante la intervención del Estado se manifestó también, a lo largo de los años '60, en los prolongados e infructíferos debates sobre un posible seguro de salud (o de enfermedad) que proporcionara cobertura a la población todavía dispersa en obras sociales y mutualidades.

Alguna semejanza tiene el régimen argentino con el estadounidense cuando se tienen en cuenta las dificultades del Estado para actuar como un actor unificado. Bajo el gobierno del general Perón, mientras los funcionarios del Ministerio de Asuntos Técnicos abogaban por un

sistema de seguro, el Ministro de Salud conseguía los significativos recursos necesarios para modernizar y ampliar la red de hospitales públicos, y el Ministerio de Trabajo respaldaba la política de desarrollo de instalaciones y fondos financieros para la cobertura de salud de los beneficiarios de determinados sindicatos. El resultado fue múltiples jurisdicciones frecuentemente en competencia por la captación de los recursos que progresivamente se tornaron escasos.

Un nuevo episodio de fragmentación de un organismo del Poder Ejecutivo se desarrolla en los años '60, cuando un funcionario del gobierno surgido del golpe militar deja de lado el debate sobre un seguro de difícil acuerdo que emergía esporádicamente desde los años '20, e intenta comenzar a regular las relaciones entre los organismos gremiales médicos y las obras sociales, con vistas a la introducción de un seguro de enfermedad gestionado a nivel provincial. A partir de esa decisión se abre un período de negociaciones y enfrentamientos entre la respectiva Secretaría y las corporaciones con intereses en el área. Tanto el Ministerio de Bienestar Social –ambicioso intento del gobierno del general Onganía por lograr legitimidad– como la COMRA no logran actuar como un actor unificado. Esta es una de las razones por las cuales el conflicto se prolonga desde 1968 a 1973. En él participarán, además de la COMRA, la recientemente creada CONFELISA y la Confederación General del Trabajo (CGT), que toma a su cargo la defensa de los intereses de las obras sociales.

Como representantes del gobierno intervienen en la toma de decisiones tres ministros de Bienestar Social, dos secretarios de Salud Pública, la Secretaría de Promoción de la Comunidad y la Secretaría de Trabajo. Cuatro comisiones radicadas en la Secretaría de Salud Pública procuran llegar a un acuerdo entre las partes involucradas. Con el fin de regular el sistema se dictan ocho leyes. La Secretaría de Trabajo y Promoción de la Comunidad operan en defensa de las demandas de la CGT, mientras Salud Pública se posiciona como una instancia técnica que intenta agregar intereses contrapuestos. Aunque CONFELISA en el primer momento no comparte la oposición de COMRA, más tarde se suma a sus reclamos. La situación de *empate* en el interior de las agencias estatales argentinas

reproduce, bajo otras coordenadas, la imposibilidad de formación de coaliciones gubernamentales con capacidad de imponer determinados parámetros de legislación que James Morone identifica con el mismo vocablo (*stalemate*) en los EE.UU.

El punto más álgido del enfrentamiento en el escenario local se ubica en 1972 y tiene como objeto de disputa la reglamentación de los contratos entre proveedores de atención y entidades de cobertura. El enfrentamiento entre COMRA y CGT adquiere significativo voltaje. Ambas confederaciones se consideran auténticas organizadoras del sistema y reclaman en consecuencia derecho exclusivo a la regulación.

Desde la agencia gubernamental, dos leyes (Ley 18483/69 y Ley 19710/72) disponen la creación de organismos paritarios de conciliación de intereses en el seno del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Tanto la CGT como las confederaciones de proveedores rechazan esa oportunidad de negociar en el ámbito del aparato estatal. Solo a lo largo de 1973, un acuerdo tripartito no institucionalizado –en parte favorecido por la ola de prosperidad que supuso la expansión de las obras sociales, en parte alentado a medida que las corporaciones anteriormente enfrentadas descubrieron que sus intereses no son necesariamente contradictorios– sentó las bases para el trípode de concertación que en trabajos anteriores he caracterizado como *pacto corporativo* (13).

La alianza constituida a partir de ese pacto logrará desactivar los posteriores intentos de reforma del sistema de servicios: la ley destinada a crear un Sistema Nacional Integrado de Salud que sanciona el gobierno peronista en 1973, la Ley 22.269 promulgada en 1980 por la dictadura militar y el proyecto de Seguro Nacional de Salud defendido por la administración alfonsinista en sus primeros años de gobierno. En cada ocasión el conflicto de intereses y el debate ideológico –corporizados en diferentes actores y desplegando múltiples perspectivas sobre el sistema adecuado– demoraron el diseño de las nuevas instituciones y, aun después de sancionadas las respectivas leyes, obstaculizaron su efectiva aplicación.

En el artículo ya citado (7), Mark Peterson identifica como "*comunidades de representación*" a las alianzas entre diferentes organizaciones que

sostienen ante el poder político reivindicaciones coincidentes sobre alguna arena de política. En Argentina, una alianza de ese tipo se concretaría en el interior del INOS durante la vigencia del pacto corporativo. No pretendo igualar tales formas institucionales, por el contrario, me interesa resaltar sus diferencias. En la lectura de Peterson se trata de organizaciones corporativas que acuerdan poner en marcha políticas de *lobby* ante diferentes organismos decisorios para apoyar determinadas políticas. En el caso argentino la alianza entre corporaciones, bajo el formato de una Comisión Paritaria Nacional con atribuciones en el INOS, reunió a representantes de la CGT, de COMRA y CONFELISA en un organismo que asumió, ante la pasividad de los funcionarios estatales, tareas de cuerpo regulador de las relaciones entre obras sociales y proveedores de servicios.

Poco puede aportar a esta historia la experiencia de los hospitales de comunidad, fallido intento de integrar al subsistema público la atención de los beneficiarios de las obras sociales, y estimular a los sectores de mayores recursos de cada comunidad a hacerse cargo de las necesidades de salud de sus conciudadanos menos favorecidos. La experiencia incorporó la lógica de fragmentación y heterogeneidad dominante en los servicios de atención médica. La suerte de cada una de las instalaciones dependió de la presencia en el espacio local de capacidad instalada privada que significara una competencia en la captación de pacientes de obras sociales, de la importancia de la población con cobertura, de la capacidad de organización y gestión de las autoridades hospitalarias. Los hospitales siguieron dependiendo en importante proporción del financiamiento público.

La historia se cierra en los '90 tras la hiperinflación que decantó el agotamiento de las formas organizativas vigentes. El pacto entre corporaciones de financiadores y proveedores de salud, que habían fortalecido las organizaciones de profesionales y sanatorios otorgándoles un oligopolio de mercado a favor de su membresía, se tornará inviable. La recomposición del mercado tendrá severas consecuencias para las organizaciones profesionales. No solo resultarán seriamente afectadas, también perderán cohesión interna y no podrán garantizar a sus miembros igualdad de acceso al mercado de trabajo.

En los primeros años de la década del '90 se vuelven a unir –y a diferenciar– las historias de la atención médica en EE.UU. y Argentina, con consecuencias para la autonomía y autorregulación de las profesiones involucradas. En ambos países las estrategias de control de costos habían comenzado a ponerse en marcha en el interior de los fragmentos del sistema, lejos del escenario de las propuestas de reforma centradas en decisiones políticas (el Plan Clinton en EE.UU., el proyecto OSAM rechazado por el Congreso argentino y el Decreto N° 9/1993 cuyas disposiciones resultaron vacías de capacidad de afirmación). El fracaso de las lógicas de reforma política posibilitó y potenció el cambio a través de la introducción de nuevas formas de gestión. En ambos países las reformas se inician a través de cambios en las relaciones entre financiadores y proveedores y son formuladas fuera del debate político, por técnicos preocupados en elaborar nuevas alternativas contractuales, destinadas a limitar la libertad de prescripción en manos de los profesionales.

James Morone (8) introduce en su relato sobre las transformaciones en EE.UU. una comparación con la experiencia europea, muy útil para poner de relieve las peculiaridades de la experiencia estadounidense. Señala que los años '90 fueron también años de reforma en procura del control de costos en gran parte de la Europa occidental, sede de los Estados de Bienestar más desarrollados. En esos casos, la reforma de la atención médica siguió los parámetros que habían caracterizado el ciclo previo: el Estado establece una política y deja en manos de los profesionales la práctica en el interior de esa trama. Funcionarios públicos, actuando como un monopsonio, negocian con grupos profesionales en relación al financiamiento de los servicios, y esa negociación es explícita, visible y política (al igual que las reglas que la ordenan). La legitimidad del proceso tiene como fundamento la necesidad de rendir cuentas de todos los involucrados.

EE.UU. tomó un camino diferente. Técnicos en gestión, en organismos tanto públicos como privados, comenzaron a desarrollar programas complejos orientados al control de costos. Los cambios se operaron en forma creciente con el lenguaje, metodología y pensamiento de técnicos (Morone habla en realidad de

burócratas; en tanto el vocablo me resulta ambiguo para el lector argentino prefiero, por consiguiente, hacer referencia a técnicos o tecnócratas). Estos nuevos agentes, ya en los años '80, habían construido técnicas densas, complejas, que incluían programas como los Diagnostic Related Groups (DRG), utilizados por primera vez para reembolsar las internaciones de beneficiarios Medicare y las escalas de valor relativo basadas en recurso (RBRVS), que reembolsan a los médicos en el mismo programa. Más tarde los planes *managed care* y el respaldo federal a la investigación sobre resultados médicos extendieron el dominio de la tecnocracia.

En Argentina, el mismo movimiento tuvo características menos creativas y definitivamente rutinarias. La introducción de los contratos capitados se fundó en mecanismos de gestión previamente desarrollados en EE.UU., que se aplicaron mecánicamente con el único objetivo de que el gasto no superara el monto de las cápitas y, en el caso de que lo hiciera, el quebranto fuera soportado por los profesionales intervinientes en el contrato. El principal objetivo fue limitar la prescripción de pruebas diagnósticas complejas, mientras la cuota de atención disponible para cada beneficiario dependió en forma directa de la cápita que podía pagar su obra social.

## SEGUNDA HIPÓTESIS: IDEAS, CIUDADANÍA, REPRESENTACIONES SOCIALES, IDEOLOGÍAS SANITARIAS

*Una segunda hipótesis recupera la presencia de diferentes y conflictivas concepciones de bienestar, expresadas a través de las representaciones sociales vinculadas a salud, asistencia, atención médica, derechos de ciudadanía. La distinción entre instituciones políticas y representaciones sociales es solo analítica. No cabe duda de la presencia de interacciones recíprocas. En ambos países el debate de ideas sobre atención médica asume características ideológicas, en la medida en que sus contenidos expresan doctrinas o principios muy generales, aunque en EE.UU. es posible identificar referencias ocasionales a cuestiones operativas. La principal diferencia es la falta de debate público sobre políti-*

*cas de salud en Argentina mientras que en EE.UU. la cuestión ha merecido con frecuencia el registro estadístico y la difusión de ideas a través de los medios.*

## EL DEBATE DE IDEAS EN ESTADOS UNIDOS

Entre los analistas que procuran fundamentar explicaciones sobre políticas de salud en EE.UU., se ha generado un complejo debate en torno al posible impacto en esa área del diseño de las instituciones políticas en contraposición a la primacía de las ideas. Como ejemplo de estas posiciones polarizadas puede consultarse el artículo –frecuentemente citado en este texto– de Sven Steinmo y Jon Watts (6), y los trabajos de Lawrence Jacobs que constituyen una expresión reconocida de la perspectiva culturalista (15).

Mi opción metodológica en este caso intenta alejarse de esa controversia y prefiere aprovechar la orientación defendida por Robert Lieberman (16) cuando afirma que las políticas públicas son mejor comprendidas como el resultado de conflictos políticos en los cuales elementos particulares de los repertorios cultural e ideológico de cada nación son movilizados e incorporados en una determinada política. Apoyándose en un enfoque neoinstitucionalista, Lieberman considera que las luchas políticas tienen lugar en el interior de contextos históricos e institucionales que definen la asignación y ejercicio del poder político, y de ese modo modelan las decisiones sobre políticas, especialmente a través de las limitaciones y posibilidades incorporadas en reglas, normas informales y formas organizativas. De modo similar, las ideas políticas y las tradiciones culturales también encuadran los límites y posibilidades de la definición de políticas, en la medida que establecen el rango de opciones viables y ofrecen a los decisores un repertorio de tácticas legitimadoras para las políticas que promueven.

Los análisis sobre la dominancia de algunas tradiciones ideológicas y culturales también revelan perspectivas encontradas en EE.UU. Desmond King, por ejemplo, recupera la distinción formulada por Hugh Heclo entre el bienestar concebido como resultado de la autosuficiencia y el que resulta de la dependencia mutua. El primero supondría una concepción del bien que

es fundamentalmente individualista, en tanto se vincula con la capacidad de un individuo de elegir su propio camino y gozar de los frutos de su trabajo. Una segunda concepción se vincularía con una racionalidad que puede ser social o tener orientación grupal, y constituiría el fundamento de los Estados de Bienestar europeos (17).

King considera que las bases de legitimación de la asistencia social en EE.UU. son consistentes con la primera categoría de Hecló. Esta visión limita la responsabilidad de los estadounidenses al apoyo a los menos afortunados, dado que no se sienten preparados para auxiliar a aquellos que pueden ayudarse a sí mismos, bajo el supuesto de que ese tipo de ayuda podría tener efectos contraproducentes. Tal como afirman otros comentaristas (h):

...el compromiso con la provisión de Estado de Bienestar ha estado siempre atenuado por el escepticismo sobre sus efectos colaterales y sus implicaciones. Se ha mantenido la confianza en los mecanismos de mercado y la autoayuda. (17)

La concepción de King resulta controvertida para Steinmo y Watts, que la rechazan como explicación del fracaso de los proyectos de seguro, en la medida en que las encuestas de opinión pública mostrarían en forma consistente que la mayoría de los estadounidenses favorecieron algún tipo de seguro de salud integral en la mayor parte del período de posguerra. En su opinión, aunque los estadounidenses sostienen valores altamente individualistas, son también profundamente igualitaristas, especialmente con relación al valor de la igualdad de oportunidades. Skocpol (18), por su parte, afirma que quienes sostienen una visión contraria a la intervención del Estado manifiestan una perspectiva conservadora inspirada en el fundamentalismo cristiano. Dado que, según su criterio, no puede considerarse que la opinión pública estadounidense respalde mayoritariamente tal perspectiva, tampoco sería adecuado afirmar que adhiere a esa retórica. Morone (19) acuerda con la importancia de la prédica conservadora, pero advierte que en el debate de los años '90 emergió una nueva retórica divisionista, teñida incluso de una perspectiva racial, que identifica como una recrudescencia del nativismo estadounidense. Conforme esa

visión, la clase media no debería ser obligada a unirse (o subsidiar) a los indignos o carentes de méritos (*undeserving*): drogadictos, madres solteras con servicios de bienestar, extranjeros. Un mecanismo burocrático diseñado para agregar riesgos de salud terminaría de ese modo confundido en estereotipos de conducta responsable o irresponsable. Joseph White corona esa idea utilizando una dura expresión que adjudica a Uwe Reinhardt: "La clase media norteamericana está dispuesta a dejar colgada a la clase trabajadora de EE.UU." (i).

Theodore Marmor, por su parte, en línea con la visión de Skocpol pero en forma más explícita, enfatiza la presencia en los debates de los años '40 y '50 de dos corrientes de pensamiento duramente enfrentadas y corporizadas en significativos grupos de interés. En el libro que dedicó a la historia de Medicare, este autor señala que, pese a las diferencias en alcance y contenido entre los programas de seguro propuestos por Truman y el proyecto de cobertura hospitalaria identificado en Medicare, el agrupamiento de defensores y opositores fue sorprendentemente similar. Ilustra su argumento mencionando tres rasgos característicos del accionar de estos grupos de presión. En primer lugar, los adversarios que se posicionaban respectivamente como "liberales" y "conservadores" en estas cuestiones, expresaban también visiones compartidas sobre otras políticas sociales, como la ayuda federal a la educación o el seguro de discapacidad. En segundo término, la extrema polarización ideológica promovida por estos grupos permaneció estable en esas décadas, pese a cambios significativos en los reales objetos en disputa, en particular el más limitado alcance de las propuestas de seguro de salud a partir de 1952. La polarización de los grupos de presión sobre Medicare ilustraría la típica estructura de conflicto sobre cuestiones "redistributivas" en EE.UU., que Theodore Lowi caracterizó como "*guerra de clases*". Por último, la disputa pública estuvo dominada en ambos casos por la American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO) y la AMA, organizaciones de *lobby* con capacidad de gastar millones en el esfuerzo por modelar el alcance del debate e influenciar los resultados legislativos. Desde los años '40 estos dos importantes adversarios se involucraron en lo

que el *New York Times* caracterizó como un "juego violento", una disputa fundada en injurias. Conforme la descripción de Aaron Wildavsky los principales actores de ese debate,

Tienen poco trato entre sí. Cada uno desconfa de los motivos del otro, cada uno cuestiona la integridad del otro, plantea dudas sobre su devoción por el bien nacional. Cada lado espera que el otro juegue sucio, y cada uno produce sustancial evidencia de la larga historia de su disputa. (10 p.18-19)

También enfatiza Marmor que la AFL-CIO y la AMA disponen de la membresía, los recursos y la experiencia para involucrarse en prácticas de *lobby* multimillonarias. Estas organizaciones mantienen sustanciales equipos de operadores *full time* en Washington, pero sus mayores gastos están orientados a lo que es denominado eufemísticamente como "educación pública", y en concreto no sería más que difusión de ideología. En 1965 la AMA habría dedicado 830.000 dólares a una campaña en periódicos, radio y televisión destinada a cuestionar la aprobación del programa Medicare.

Al respecto, puede ser significativo señalar que en los años '90 una perspectiva del riesgo de enfermar netamente individualista fue particularmente alentada por la promoción del seguro privado, de manera que permite ejemplificar el papel de los medios en la construcción de representaciones colectivas a través de la publicidad de grandes corporaciones empresarias. A fines de 1991, la aseguradora Prudential publicó en el *New York Times*, el *Wall Street Journal* y una cantidad de semanarios la imagen de una radiografía que mostraba una gran masa blanca en el cuadrante inferior derecho. En razón de que muchos lectores no podrían interpretar el mensaje, el título explicaba: "Dado que él trabaja en una empresa pequeña, el pronóstico tampoco es bueno para sus compañeros de trabajo" (21 p.26-27).

Una estrategia similar se implementa a partir de setiembre de 1993, cuando ingresaba en el Congreso el Plan Clinton. En ese escenario político la Health Insurance American Association financió tres series de comerciales televisivos protagonizados por los *a posteriori* famosos y frecuentemente citados *Harry* y *Louise*.

El argumento se centraba en una pareja acomodada de clase media blanca que discutía en la televisión posibles consecuencias de la aprobación del nuevo proyecto. *Harry* y *Louise* opinaban ante las cámaras y descubrían las espantosas posibilidades de tener a burócratas haciendo elecciones sobre sus problemas de salud. "*Ellos eligen, nosotros perdemos.*" Los planes de salud podían desperdiciar dinero y asignar altos valores de primas para las personas jóvenes, que estarían obligadas, de aprobarse la reforma, a pagar la misma "*tasa comunitaria*" que las personas ancianas o enfermas. Skocpol reproduce uno de los diálogos (9 p.138):

*Louise: El plan nos obliga a comprar nuestro seguro a través de nuevas alianzas de salud gubernamentales obligatorias.*

*Harry: Gobernadas por decenas de miles de nuevos burócratas.*

*Louise: Otra burocracia de mil millones.*

En un comentario en torno a la publicidad de Prudential, Deborah Stone (22) analiza los diferentes niveles de significación presentes en las promociones que abogan por la individualización del riesgo de enfermar. En la superficie, la cuestión alude a la forma en que los aseguradores comerciales establecen las primas para sus seguros de salud. Inmediatamente debajo de la superficie, se esconde la lucha en torno a las propuestas de reforma del seguro de salud, en los estados y el Congreso. Sin embargo, la cuestión subyacente es si la atención médica debe ser distribuida como un derecho de ciudadanía o como una mercancía en el mercado. Esa publicidad simboliza, conforme la lectura de Stone, dos lógicas de seguro muy diferentes: el principio de imparcialidad del actuario y el principio de solidaridad. En un nivel aun más profundo, se muestran visiones de comunidad en competencia, se sugiere una forma de pensar sobre los vínculos que unen a los estadounidenses y de delimitar con quiénes cada uno de ellos establece vínculos. Mientras en la mayoría de las sociedades la enfermedad es ampliamente aceptada como una condición que debe poner en marcha la ayuda mutua, las instituciones estadounidenses habrían tenido un débil y fluctuante compromiso con ese principio.



Alegando la justicia del actuario: con cada persona pagando por su propio riesgo (que puede abordarse como justicia conmutativa) se defiende un método para organizar la ayuda mutua a partir de fragmentar la comunidad en grupos cada vez más pequeños y homogéneos. Esta fragmentación puede ser realizada estimulando en las personas un sentido de sus diferencias, en contraposición a valorar su pertenencia a una comunidad. Se enfatiza la responsabilidad consigo mismo antes que la interdependencia resultante de la vida en sociedad.

Estos ejemplos pueden ser útiles para contextualizar las hipótesis de Lieberman. El conflicto político que genera el Plan Clinton no puede entenderse solamente como una lucha en torno a la definición de nuevas formas organizativas, sostenidas por nuevas *instituciones/reglas de juego*. El debate en la opinión pública abre una ventana de oportunidad para la explicitación de diferentes concepciones sobre derechos ciudadanos y opciones de distribución de recursos. La propuesta de cambios en las formas organizativas genera una interacción entre posiciones respaldadas por diferentes visiones de eficacia y eficiencia en la cobertura de salud y cuestiones relacionadas con las visiones de lo bueno, lo deseable y lo posible, encarnadas en las tradiciones ideológicas y culturales de la ciudadanía. En el caso de estas publicidades, las concepciones ideológicas subyacen a la explicitación del impacto de nuevas formas organizativas sobre el bienestar de las familias de clase media.

## LA CUESTIÓN EN ARGENTINA

En este tema, la comparación con Argentina se hace particularmente difícil, en la medida en que no es posible recuperar algo similar a esas múltiples visiones de lo adecuado en políticas de cobertura de atención médica a disposición de la opinión pública en EE.UU. No disponemos de las series de encuestas de opinión mencionadas en ese debate, ni tampoco es posible asignar posiciones nítidas en el tema a las plataformas de los partidos políticos. La contraposición entre solidaridad y responsabilidad individual solo tuvo un lugar acotado en los debates de los años '90. En lo concreto, los defensores de

una reforma fundada en una mayor eficiencia asociada a la competencia en el mercado tuvieron como objetivo el debilitamiento de los poderes corporativos, y mantuvieron para las obras sociales la tradición histórica de un aporte vinculado al salario percibido por los jefes de familia.

En términos muy generales es posible considerar que, si bien el individualismo entre nosotros ha ganado un lugar de preeminencia, en términos de políticas de salud habría que diferenciar entre los dos componentes del segundo tipo de concepción del bienestar identificado por Hecló: racionalidad social vs. racionalidad grupal. En nuestro país, a lo largo del siglo XX, ha predominado la construcción de formas organizativas solidarias basadas en el "grupo de iguales" (la igualdad puede considerarse de base social, laboral, comunitaria o de intereses). Para una caracterización más nítida, a esa opción por lo grupal habría que adjetivarla en un doble sentido: clientelar y patrimonialista.

Para comenzar a justificar esa afirmación es posible tener en cuenta que *equidad* –que en la terminología de Stone sería equivalente a *justicia distributiva*– es un concepto ausente en el sistema de servicios de salud en Argentina. En los años de vigencia del modelo organizativo que predominó entre 1940 y 1990, el vocablo *equidad* no aparece enunciado en la formulación de los principios ordenadores del sistema. Los referentes valóricos que se propusieron como sostén de su organización fueron *universalidad*, *accesibilidad*, *solidaridad*. Cada uno de ellos puede abordarse como una lectura parcial o un acercamiento al valor equidad, que podría definirse en términos muy generales como *igualdad de oportunidades individuales para la satisfacción de un conjunto de necesidades básicas o aspiraciones socialmente definidas*. En paralelo, *universalidad* remite al otorgamiento de una cobertura igualitaria a la totalidad de la población; *accesibilidad* a una relación población/servicios que garantice la atención a todo aquel que la necesite y conforme a la índole de su necesidad, *solidaridad* a la utilización de los aportes individuales volcados al sistema de manera que genere subsidios cruzados entre aquellos que más tienen y quienes más necesitan; perduración en el tiempo de aquel sencillo principio que orientó la actividad de las primeras asociaciones

mutuales en el país: *cada uno aporta según sus recursos, todos consumen según sus necesidades*. Es posible que sea necesario aclarar que pese a su reconocimiento por múltiples actores posicionados en distintos niveles de autoridad sobre el sistema, esos postulados fueron siempre una prescripción para el futuro y nunca alcanzaron vigencia plena en las reglas ordenadoras del sistema.

Pese a la efectiva vigencia del principio solidario en las mutualidades, el rasgo dominante en su organización fue una lógica de fragmentación. En sus orígenes coexistieron algunas motivaciones básicas: los migrantes que han logrado una buena inserción social se movilizan para apoyar a sus connacionales menos afortunados; los gremios con mayor capacidad de convocatoria ponen en marcha mecanismos de solidaridad mutua con el fin de fortalecer sus organizaciones y mejorar la condición de su membresía; las grandes empresas adoptan modalidades de socorro mutuo para obtener mano de obra saludable y motivada para permanecer en sus puestos de trabajo; la misma perspectiva reduccionista anima a las asociaciones fundadas en referentes ideológicos: círculos católicos y agrupaciones socialistas.

La defensa de lo obtenido por el grupo en ocasiones genera demandas hacia el Estado, pero no se trata de demandas de intervención, lo que se exige son medidas que permitan la defensa y promoción del "patrimonio" adquirido por el grupo. Coloco entre comillas "patrimonio" porque su composición no está limitada a la acumulación de bienes materiales, también puede tratarse de derechos específicos, beneficios particulares, posiciones o funciones en diferentes organizaciones públicas y privadas, reglas de juego en diferentes arenas de la práctica social.

El rechazo de las mutualidades a la convocatoria de Trabajo y Previsión bajo el gobierno de facto inaugurado en 1943, compartió –en un tono menos politizado pero igualmente firme– la desconfianza que predominó en la dirigencia gremial médica frente a una posible cooptación por parte de una agencia gubernamental (13). Los grandes beneficios recibidos a partir de 1944 por los sindicatos ferroviarios no fueron obstáculo para que sus dirigentes siguieran proclamando los avances de su organización en términos de

conquistas alcanzadas a través de la lucha sindical. La concepción patrimonialista se refleja también en el discurso pronunciado por el presidente Perón en 1954 en el acto de inauguración del Policlínico Ferroviario de la ciudad de Buenos Aires:

No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos; queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo ir a pedir albergue a un hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa. (23 p.6)

Si se busca un registro más amplio del universo de valores sociales vinculados a la salud y su atención, es posible retomar los principios propuestos para la reorganización del sistema de servicios en los años '70, momento de fuerte recuperación político-ideológica de los valores de justicia social y política redistributiva que habían presidido la transformación de la sociedad argentina en los años '40. En múltiples documentos surgidos de organizaciones que aspiran a liderar la reorganización del sistema de servicios se reiteran los valores básicos atribuidos a la organización sectorial en aquellos años: el reconocimiento de la salud como valor social y derecho humano, garantizados por el Estado; la vigencia de la solidaridad como principio ético; la necesidad de poner en marcha una financiación que responda a los principios de solidaridad social y justicia distributiva.

También los profesionales médicos, a través de sus organismos gremiales representativos, defienden en esa coyuntura formas organizativas que pueden pensarse en términos de promoción de condiciones de equidad en la atención médica. Se habla en ese momento de

...una sola medicina para todos los habitantes del país [...] que garantice a todos los individuos, en igualdad de condiciones, las mejores acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, bajo la responsabilidad primaria del Estado. (24)

Aun cuando las formas organizativas son objeto de una fuerte controversia que terminará obstaculizando cualquier reforma, los tradicionales principios ordenadores son defendidos desde todos los frentes. En ellos la noción de equidad

sigue ausente, aunque parcialmente reconocida a través de otros referentes de valor.

El eje del debate sobre la mejor organización del sistema de servicios se ubica en esos años en la tensión entre *integración* y *pluralismo*, presentándose ambas posiciones como defensoras de un modelo organizativo con capacidad de potenciar los valores tradicionales asignados al sistema. Esa tensión reproduce y sintetiza la dinámica política que constituye una característica histórica del sistema de servicios de salud: la confrontación entre racionalidad técnica vs. imperativos políticos, que desplaza a un segundo plano los valores propuestos como su fundamento –otorgándoles carácter de recurso ideológico legitimador– y resulta en el largo plazo en un modelo fragmentado, heterogéneo, ineficiente, estratificado y reforzador de exclusiones originadas a nivel del sistema económico y la estructura social.

En relación con las ideologías sanitarias, Morone (4), en su análisis de la cuestión en los años '90, señala la reiteración de referentes ideológicos en la discusión de políticas de salud en EE.UU. Ocho décadas de debate habrían estado marcadas por los mismos ideales, las mismas tácticas, la misma retórica. Mientras en esa década los reformadores nuevamente propusieron esquemas racionalizadores neoprogresistas, fueron nuevamente acechados por potentes símbolos que estimulaban el sentimiento antigubernamental: el Kaiser, el comunismo, el socialismo; y aquellos espectros perennes: los impuestos en aumento y la burocracia rampante. Algo equivalente puede señalarse para Argentina bajo otros referentes ideológicos: el énfasis en la defensa de la cobertura universal y la regulación en manos del Estado, en general acompañado del referente tecnocrático de apoyo a la eficiencia en la asignación de recursos, fue reiteradamente enfrentado con apelaciones a la solidaridad grupal, la promoción de asociaciones intermedias, las amenazas de coerción y parálisis asociadas con el estatismo y la burocratización. Aun el seguro nacional de salud promovido por el ministro Aldo Neri en 1984, que conservaba el esquema de solidaridad grupal, fue tildado de "estatista" por sus adversarios.

Por motivos aún no suficientemente explicados, en nuestro país la apelación a la ciudadanía no ha incorporado nunca como ingrediente sustantivo la demanda de servicios de

salud universales. El acceso a la atención médica se percibe como una cuestión privada, la relación con el médico lo es aun más. Ningún dirigente –sindical o médico– ha reconocido alguna vez el carácter *público* del sistema de contribuciones obligatorias a las obras sociales, por el contrario, se ha rechazado en forma sistemática el derecho del Estado para intervenir en su funcionamiento.

Tampoco se han verificado movilizaciones de la ciudadanía a favor o en contra de una política de salud. No ha sido significativa la movilización en procura de mayor accesibilidad a la atención médica, ni la organización de la población de menores recursos orientada a ganar participación en la gestión hospitalaria. Es verdad que a partir de los años '80 los portadores del VIH se organizaron y movilizaron activamente para obtener el reconocimiento del poder público de su derecho a la salud. Pero no ha habido organizaciones del mismo tipo en defensa de poblaciones vulnerables. No hay necesidad de buscar explicaciones para esa excepción que confirma la regla: se trataba de una enfermedad con severas consecuencias para quienes la padecían, no solo en el plano sanitario sino también en el laboral y social; los afectados eran grupos minoritarios que rápidamente desarrollaron formas de asociarse y comunicarse; más tarde la aparición de una terapia, muy costosa pero también efectiva, disparó nuevas reivindicaciones, en general apoyadas por la Justicia.

El panorama que presenta Theda Skocpol (9) para EE.UU., en ocasión de la Reforma Clinton, es radicalmente diferente. No hay duda de que también los estadounidenses ven con desconfianza la intervención del Estado en la atención médica, pero la movilización en busca de modificaciones al proyecto o su rechazo fue, en la descripción de esta analista, muy importante. Conforme su relato, los grupos determinados a modificar o destruir la propuesta se pusieron en acción sin demora o dudas. Grupos con un interés ocupacional o financiero en el sistema de atención médica presentaron sus preocupaciones al Congreso. Cuando apareció oficialmente la minuta del plan, todos estos grupos rápidamente decidieron cuán disconformes o enojados estaban con cada detalle relevante de la propuesta.

Sus líderes y equipos se apresuraron a notificar a sus miembros a través del país sobre los rasgos amenazantes de la legislación propuesta.

Los grupos de interés con base en Washington produjeron conferencias de prensa y desplegaron hordas de *lobbistas* para pedir a la administración y al Congreso cambios en las disposiciones legislativas. Se formaron coaliciones de intereses y muchos utilizaron sus contactos locales para producir agitación popular en distritos de determinados congresistas. Los grupos más ricos y decididos financiaron encuestas y esfuerzos de propaganda para influenciar la opinión pública.

Sin embargo, la movilización no solo estuvo encarnada en poderosos grupos de *lobby* empresario. También merecen la atención de Skocpol muchas de las ampliamente difundidas organizaciones dedicadas a defender cuestiones específicas, que se muestran en gran medida orientadas al ciudadano. Como ya he señalado se trataba de grupos con base comunitaria –Acción Ciudadana o la Asociación de Organizaciones Comunitarias para la Reforma Ahora– mientras muchas otras estaban interesadas en temas focales.

En realidad, señala también esta autora, la mayoría de las organizaciones de intereses y defensa de cuestiones focales en los EE.UU. no son muy participativas ni están enraizadas popularmente. Si se dejan de lado las organizaciones locales que tienen poca presencia en políticas nacionales o estatales, es probable que los grupos de *lobby* con presencia en Washington estén "profesionalizados", es decir, gobernados por sus administradores y por una junta de directores que a menudo está dominada por esa administración. Sin embargo, la actividad de estas organizaciones se difunde a través de los medios y construye por consiguiente cuestiones que ingresan en la agenda pública. Esa es la gran diferencia con Argentina donde los déficits en la atención médica solo llegan a los medios cuando los pone de manifiesto algún episodio con ribetes de tragedia o escándalo.

#### EL DEBILITAMIENTO DE LA AUTORIDAD CULTURAL DE LA MEDICINA

Con frecuencia se ha asociado la afirmación del poder profesional con referentes a

cuestiones culturales. Paul Starr (12), por ejemplo, la asocia con la obtención de lo que identifica como *autoridad cultural*, que remite al campo de la significación y las ideas. Ese concepto de autoridad haría referencia a la probabilidad de que definiciones particulares de la realidad y juicios de significado y valor sean aceptados como válidos y verdaderos. La autoridad para interpretar signos y síntomas, para diagnosticar salud y enfermedad, para identificar enfermedades y ofrecer pronósticos, constituiría el fundamento de toda la autoridad social que los médicos pudieran obtener.

En las últimas décadas del siglo XX el peso de la autoridad profesional se habría debilitado. La confianza en la capacidad de la medicina para promover la salud puede haber decaído por razones específicas o en la misma medida que decayó la confianza en la capacidad del progreso técnico científico para garantizar el bienestar. Jeremy Hurst, por ejemplo, señala que los mismos médicos se encuentran a menudo en situación de incertidumbre sobre las indicaciones y la efectividad de los tratamientos. Reconoce la veracidad de las afirmaciones relativas a la existencia de una gran asimetría de información entre médico y pacientes, y sin embargo considera más adecuado hablar de una "*simetría de incertidumbre*" (25 p.72).

En la ola de críticas que se expandió en los años '70, y más tarde en los '90, se argumentó que la colosal expansión de la atención médica fue construida sobre un pesado conjunto de expectativas sociales en relación a sus contribuciones potenciales, que finalmente no se habrían efectivizado. Una consecuencia inevitable fue un cierto grado de desapego y desilusión frente a las promesas no cumplidas (11). Si bien es imprescindible recordar que esos debates se difundieron en el mundo académico, sin llegar a la población en general, algún derrame pudo verificarse en la expansión de las terapias alternativas y la generalización del autocuidado.

En Argentina no se registran trabajos sustantivos dedicados al tema, de modo que no es posible afirmar una correspondencia.

En el área de gestión se ha debilitado también la imagen generada en las primeras décadas del siglo XX, del médico como eficaz agente de los intereses de sus pacientes, directamente vinculada a las demandas de autorregulación y

libertad de prescripción y el rechazo a la participación de legos en la gestión de utilización de servicios. Conforme a esa imagen, el nivel de conocimiento alcanzado por la medicina y la ética y competencia de los profesionales constituían las principales garantías de que todos los servicios médicos requeridos, y solamente estos, serían proporcionados al paciente. En ambos países la introducción de contratos capitados, la regulación de la utilización y los límites establecidos a la prescripción de procedimientos auxiliares se apoyan, explícita o tácitamente, en la negación de los contenidos anteriormente asociados con el *rol de agente*.

### TERCERA HIPÓTESIS: FORMAS ORGANIZATIVAS, MODALIDADES DE REPRESENTACIÓN Y LIDERAZGOS

*Los rasgos estructurales presentan condiciones relativamente estables en el mediano plazo y solo suelen ser modificados en profundidad por el impacto de coyunturas críticas. En épocas de estabilidad institucional la influencia de las condiciones estructurales en la definición de políticas puede ser potenciada o atenuada por estrategias de actores sociales y estatales con intereses en una determinada arena. Las organizaciones de la profesión médica constituyeron actores influyentes en ambos escenarios; sin embargo, no cabe duda de la mayor capacidad de la AMA para imponer sus particulares visiones de lo bueno, lo adecuado y lo posible en el campo de la atención médica. En Argentina, la influencia de la COMRA en el diseño del sistema de servicios solo se afianzó tardíamente. Es posible señalar como explicación para estas diferencias en el desempeño de las organizaciones gremiales algunos rasgos significativos: el timing de la afirmación política de cada una de ellas y las condiciones de su vinculación con el poder estatal, la construcción de identidades profesionales homogéneas y la consiguiente coherencia y consistencia de sus propuestas de política, el tipo de vinculación entre liderazgos y bases y la mayor o menor solvencia de los diferentes mercados de demanda de servicios profesionales.*

Las cuestiones vinculadas a la emergencia de organizaciones representativas de los intereses profesionales, las condiciones de su afirmación y la construcción de identidades grupales se inscriben en el campo de la acción, las conductas, las estrategias. También dan lugar a un análisis relacional, de creciente vigencia en las ciencias sociales. Relaciones entre profesión y Estado, entre profesión y gobiernos, entre dirigencias nacionales y locales, entre liderazgos y bases.

En mi perspectiva, las modalidades de afianzamiento de las organizaciones profesionales tienen impacto en su futuro derrotero. Pueden señalarse cuestiones de *timing*, de vinculación con las agencias estatales con jurisdicción en el sector, de cohesión interna, de construcción de identidades. Las relaciones con el Estado o sus aparatos constituyen un fructífero campo de análisis en los orígenes del poder y la autonomía profesional.

Las diferencias de origen entre las organizaciones de la profesión estadounidense y la argentina son significativas. La cuestión del *timing* influyó desfavorablemente en Argentina, no solo por la más tardía y conflictiva consolidación de una representación a nivel nacional, sino también por el diferente escenario de relaciones Estado/sociedad en el cual la organización profesional debió insertarse. En los años '40 se genera, en Argentina y en el mundo, un proceso que ha sido identificado como generador de una *politicización de lo social*, en la medida que se incrementa la intervención del Estado en las relaciones laborales y a la vez cobra protagonismo su función de *promotor de lo social*, con la puesta en marcha de políticas sociales activas en previsión social, salud, atención médica y empleo (28). La situación argentina se muestra particularmente politizada por la acción del gobierno, tendiente a cooptar el apoyo de los trabajadores sindicalizados a la vez que se expande la red pública de servicios de salud.

En el escenario construido en 1945 por el conflicto en el interior del poder militar y la oposición civil a la figura del coronel Perón, los enfrentamientos políticos se presentan como opciones irreductibles, y la profesión médica nucleada en la COMRA, al igual que muchas otras organizaciones profesionales, toma partido por uno de los sectores en disputa, clausurando de ese modo por más de una década las posibilidades de

construir vínculos de colaboración o negociación con las agencias estatales.

En procura de explicación para esas diferentes temporalidades en la organización de la profesión médica es posible acudir a hipótesis de orden general, como sería la más lenta penetración del desarrollo económico y la modernización, y su desigual distribución en el territorio nacional en el caso argentino. También se pueden explorar desarrollos particulares de la medicina y su práctica, vinculados a la formación de los futuros médicos y la homogeneidad/heterogeneidad de sus saberes y formas de ejercicio.

En este último aspecto es factible considerar, como hipótesis de trabajo para los médicos estadounidenses, que la competencia entre las diferentes sectas y la presencia de diferentes instancias de formación profesional estimularon, entre aquellos curadores con mayor capacidad de llegada al poder estatal, la formación de alianzas que obtuvieran respaldo para su reivindicación de constituir los únicos portadores del saber y la conducta ética asociados con la función de cura. En Argentina, la temprana institucionalización por parte del Estado de las facultades de Medicina, legitimó a sus egresados por el solo hecho de haber recibido el respectivo título, conforme la perspectiva dominante también en los países europeos. La élite que conformaron las primeras promociones no necesitó presiones derivadas de una organización defensora de sus intereses para obtener reconocimiento y cargos en agencias estatales y servicios tanto públicos como gestionados por la beneficencia.

La configuración de factores que colocó en escena al gremialismo en la tercera y cuarta década del siglo XX se articula a partir de un escenario complejo: los mayores costos de la práctica y la presión en el mercado de trabajo de un número significativo de profesionales habilitados, la amenaza constituida por la crisis que exacerbó el debate sobre diferentes formas de organización del financiamiento de la atención y la reconocida necesidad de crear y fortalecer organizaciones representativas de los intereses médicos, tanto frente al Estado como en su vinculación con otras entidades de índole social. La fragmentación de intereses que se respaldan en diferentes ideologías, se ubican en diversos lugares de práctica y prefieren formas alternativas de vinculación con

las principales fuentes de financiamiento, generó los conflictos y debates internos que demoraron la consolidación de una unidad gremial con capacidad de presionar tanto al Estado como a los otros poderes constituidos en la organización del sistema de servicios.

En los años '30 ya se verificaba un incipiente debate sobre los resultados de formas organizativas desarrolladas en Europa y países vecinos. La experiencia de la Caja de Seguro Obrero, creada en Chile por ley en 1924, es recuperada por los gremialistas argentinos con evaluaciones contrapuestas respecto a la conveniencia de adoptarla como modelo a seguir. En los años '40, las evaluaciones disponibles a nivel internacional parecen coincidir en que la implantación de los seguros obligatorios resultó en experiencias poco alentadoras para los profesionales. Aun cuando se reconocen ventajas indudables para la aplicación de una medicina integral, con énfasis en las prácticas preventivas y capaces de proporcionar una respuesta eficaz a problemas de fuerte connotación social como la tuberculosis y las cardiopatías, existe consenso respecto a las bajas remuneraciones percibidas por los profesionales.

La *Carta médica de La Habana*, aprobada en la Primera Asamblea General de la Confederación Médica Panamericana en febrero de 1949, es recepcionada por el gremialismo nacional como estandarte de las reivindicaciones profesionales. Con el mismo tenor se reciben los *Doce principios de la seguridad social* aprobados por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre de ese mismo año. Ambos textos constituyen un referente autorizado a la tradicional concepción de las "libertades médicas" (29).

Esa reivindicación demorará todavía un par de décadas en generalizarse como práctica dominante en la relación con las entidades a cargo de la cobertura. En los años '40 solo puede pensarse como una especie de "muralla defensiva" que la profesión construye frente a múltiples amenazas que la acosan: crisis, plétora relativa, democratización de los claustros universitarios, necesaria redefinición del mercado, obstáculos en la posibilidad de diálogo con las instancias de poder, que ubican en un lugar privilegiado a la tecnocracia lega y las organizaciones sindicales.

La profesión se parapeta tras las viejas tradiciones, relacionadas con la trascendencia de su función, su competencia específica, su capacidad de orientación en terrenos donde la conflictividad social se agudiza ante el hostigamiento de sectores que aparecen como adversarios potenciales, frente a las convulsiones y la inseguridad derivadas de los procesos de cambio.

En ese momento los médicos estadounidenses ya habían afianzado sus propias organizaciones de cobertura, en estrecha alianza con las correspondientes al financiamiento de la atención hospitalaria: Blue Cross y Blue Shield. A través de ellas habían logrado imponer sus reivindicaciones respecto a las modalidades de cobertura de la provisión de servicios.

En lo referido a formas organizativas de las entidades gremiales médicas también es posible mencionar dos diferencias importantes entre EE.UU. y Argentina: en primer lugar las modalidades de representación de las federaciones territoriales: la AMA adoptó tempranamente el criterio asociado al número de profesionales vinculados a las asociaciones locales en cada uno de los estados. En Argentina la intención de aplicar ese mismo criterio en el momento de aprobarse los estatutos definitivos de la Confederación Médica, en abril de 1945, generó un conflicto que solo se resolvería un año más tarde a partir de la institucionalización de una representación igualitaria para la totalidad de las federaciones adheridas.

Ese mecanismo de representación fue un obstáculo severo para la cohesión de la organización profesional. Las formas de inserción en la práctica, diferentes ya en el momento de consolidación de la organización de tercer nivel, fueron incrementando esas diferencias en las décadas subsiguientes, en paralelo con la desigual penetración del desarrollo socioeconómico en las provincias. Los escenarios de práctica incidieron en la constitución de las identidades profesionales y la percepción de sus intereses y posibles alianzas en el mercado de trabajo local por parte de los médicos. También influenciaron las relaciones entre profesionales independientes y propietarios de clínicas y sanatorios, que en las diferentes provincias generaron situaciones de competencia o conflicto, colaboración, hegemonía o unidad, de significativo impacto en la conformación del mercado de atención. En EE.UU., las relaciones

entre las dos organizaciones de cobertura –Blue Cross y Blue Shield– dan cuenta de una alianza colaborativa que fortaleció sin duda el respectivo posicionamiento en el mercado.

En último término y sin restarle importancia, quiero dedicar algún espacio a la cuestión de los mercados. La influencia que tuvo en la afirmación de ambas corporaciones la significativa diferencia en el tamaño de sus respectivos mercados puede seguramente abordarse desde muy diferentes ángulos. En este punto, sin embargo, me interesa enfocarla como factor de consolidación o fragmentación de la unidad gremial. En EE.UU. los significativos recursos volcados a la investigación e inversión en atención médica no solo constituyeron la estructura sobre la cual los profesionales afianzaron el prestigio y la eficacia de su práctica, también desalentaron o atenuaron posibles conflictos por la distribución de clientelas. Tanto las formas organizativas dominantes como aquellas minoritarias dispusieron de financiamiento para remunerar a sus médicos en forma satisfactoria. El limitado número de practicantes en las primeras décadas de afirmación de las formas organizativas promovidas a partir de los años '30, facilitó seguramente una inserción favorable de aquellos que obtuvieron una licencia y quisieron utilizarla como fuente de ingreso.

En Argentina, en cambio, las reducidas dimensiones de la demanda solvente –y el gasto estatal castigado por una cuasi permanente crisis fiscal– constituyeron una limitación para una inserción adecuada de los profesionales en sus mercados de trabajo e influyeron en las políticas que podían promoverse desde la organización federal. La firmeza de las declaraciones pronunciadas en defensa de las tradicionales libertades médicas no fue suficiente para superar algunas de las contradicciones que las condiciones de su mercado de trabajo ponían de manifiesto en la práctica cotidiana de los profesionales. Los dirigentes gremiales se enfrentan a lo largo de décadas con una tarea de difícil abordaje, en primer lugar por las dificultades ciertas que enfrentaban los sistemas de financiamiento de la cobertura de atención médica, en segundo término por la heterogeneidad regional que presentaba en esos años la articulación entre financiamiento y provisión de servicios.

En ese escenario, en la coyuntura de los años '60, que introduce nuevamente la amenaza

de regulación del Estado en su relación con obras sociales y mutualidades, los dirigentes gremiales no solo tenían que defender su autonomía frente a los avances reguladores del Estado. Debían además convencer a sus colegas de que la implantación de un mecanismo de seguro, pese a constituir en sí misma un límite a esa autonomía, era la única solución posible para superar la estrechez de su mercado de trabajo. También operaban en contra de la unidad gremial las grandes diferencias reconocidas a nivel regional en cuanto a las posibilidades de control sobre la oferta de servicios. Tales diferencias suponían un serio obstáculo cuando se trataba de coordinar un frente para la negociación con obras sociales a nivel nacional, y también para el diseño de los instrumentos que era necesario unificar para dar respuesta a las demandas formuladas en los años '60 desde la Secretaría de Salud Pública: contrato tipo, nomenclador y aranceles.

En los conflictivos debates instalados en la COMRA, el posicionamiento de los delegados, cuando se trata de diseñar los instrumentos destinados a uniformar las condiciones de contratación con obras sociales, aparece claramente condicionado por las resistencias y apoyos que cada medida puede despertar en las bases locales. Cada representante provincial defiende celosamente su mandato, y prefiere demorar una decisión crucial antes que opinar por fuera de la voluntad expresa de sus mandantes. Las identidades construidas en el interior del gremio son, sin duda, identidades de base local; los particularismos terminan, por lo general, superando todo intento de arribar a posiciones consensuadas que comprometan al conjunto.

Como consecuencia, la defensa de la autonomía corporativa, asumida por la alternativa principista, incluye también una reivindicación particularista basada en el supuesto de que cada federación constituye el mejor juez de las condiciones de práctica de sus miembros y está por consiguiente en condiciones óptimas para delimitar de manera más favorable las modalidades de inserción en el mercado de servicios. En algunos escenarios los éxitos logrados en la regulación de la carrera hospitalaria o la importancia alcanzada por el trabajo asalariado en obras sociales, en la medida en que constituyen significativas fuentes de inserción en un mercado profesional

relativamente estrecho, atemperan el interés por conformar una modalidad de ejercicio basada exclusivamente en la libre elección y el pago por acto médico. En otros, la fuerte dependencia de la demanda de pacientes de obras sociales y mutualidades para mantener un determinado nivel de actividad en los consultorios, desalienta medidas de lucha basadas en el corte de servicios o la denuncia de contratos.

La heterogeneidad interna al gremio se manifiesta a partir de las dificultades en la toma de decisiones frente a medidas concretas. Si bien las prácticas corporativas pueden incidir en la conformación de un monopolio de la oferta, la capacidad de pago de los sectores que componen la demanda tiene importancia en la ecuación final. La unidad corporativa no puede hacerse por fuera de las condiciones de mercado. Siendo los mercados de atención médica fundamentalmente locales, la unidad corporativa se construirá en tensión con la fragmentación introducida por la especificidad regional (30).

Como consecuencia de los cambios en las modalidades de cobertura que se difunden en los años '90, los profesionales estadounidenses ven limitadas su libertad de prescripción y su reivindicación de libre elección del profesional y pago por acto médico. Los médicos argentinos comparten esas limitaciones y sus organizaciones deben resignarse además a la pérdida de su oligopolio de la oferta de atención en los mercados locales. En ambos escenarios adquieren mayor importancia las relaciones contractuales entre financiadores y proveedores de servicios, ingresando en una lógica de mercado. La aceptación de esa lógica fue menos conflictiva en EE.UU. y fue a través de esas negociaciones que aquellos sectores con mayor capacidad de presión en el mercado recuperaron en el inicio del nuevo siglo el pago por acto médico y nuevas modalidades de libre elección. En Argentina la pérdida de autonomía y la caída de los ingresos generaron nuevos cliques en la profesión: en algunos escenarios los cambios se abordaron a través de nuevas formas de negociación e introducción de nuevas modalidades de práctica; en otros la cuestión se politizó y generó rupturas significativas en la misma organización gremial.



## A MODO DE CIERRE PROVISORIO

Como síntesis provisoria me interesa señalar que mi interés en lo metodológico no tiene como objetivo final ponderar diferencias y similitudes, sino verificar la forma en que se despliegan los procesos políticos, iluminando la presencia en cada caso de poderosos legados históricos.

Nuevamente apoyo mi análisis en dos perspectivas, parcialmente vinculadas, que son utilizadas por los neoinstitucionalistas para explicar a la vez el cambio institucional y la persistencia en el nuevo diseño de algunos rasgos de las formas organizativas previas. La identificación de *coyunturas críticas*, que ponen de manifiesto el agotamiento de determinadas reglas de juego y desencadenan el conflicto por la formulación de una nueva normativa, y la recuperación de *legados históricos*, con influencia en la conformación de las posibilidades y límites presentes en cada escenario para la resolución de tales conflictos, me aportan insumos para avanzar en la delimitación del objeto de estudio.

Cuando se menciona la existencia de legados históricos se procura recuperar las consecuencias en el mediano plazo de la aprobación de determinadas políticas. El develamiento de tales legados permite organizar hipótesis explicativas de los alcances y límites de los procesos de cambio. Tal como señala James Morone, la visión de sentido común es que el conflicto político modela la política a sancionar (en inglés la expresión es más directa: *politics shape policies*). La inversa sería igualmente importante y a menudo menos observada: la sanción de nuevas políticas genera nuevos contenidos y actores en el conflicto político.

Para continuar con la argumentación de Morone es necesario señalar que las propuestas derrotadas también modelan las políticas futuras. En EE.UU., cuando la profesión médica y sus aliados derrotaron el seguro de salud nacional, pusieron en movimiento una dinámica que les resultaría perjudicial en el mediano plazo. La difusión de la cobertura de seguro sin controles produjo inflación y los costos de la atención médica aumentaron en relación a la evolución del PBI. Esto habría estimulado la creación de nuevas organizaciones destinadas a gerenciar a los proveedores, que financiaron elaborados

estudios destinados a identificar los procedimientos no efectivos, y hundieron a la medicina en montañas de papeleo. Estos esfuerzos se añadieron a una significativa –y según los estándares internacionales, singular– intrusión en la autonomía de la profesión médica.

En nuestro país el fracaso de los intentos reguladores de los reformadores de los primeros '90 generó una mayor fragmentación de la membresía de las obras sociales, en vez de concentrarla como esperaban los reformadores, y el ingreso al sistema de las empresas de prepago, vía terciarización, incrementó la desigualdad en el acceso limitando la vigencia de la solidaridad grupal.

Una primera conclusión me lleva a argumentar que en los dos países predominó a lo largo del siglo XX una relación entre agencias estatales con escasa vocación o capacidad regulatoria en el campo de la atención médica y corporaciones fuertes que impusieron sus propias normas.

En EE.UU., la American Medical Association es ampliamente reconocida por su capacidad de llegada a las instancias de toma de decisiones con significativo poder de veto. No se trata, sin embargo, de un posicionamiento unilateral. La organización profesional consigue imponer su estrategia gracias a las resistencias al cambio dominantes en ambas cámaras del Congreso.

En Argentina, la COMRA no llega a tener una posición dominante, que por diferentes razones corresponde a la central sindical. Sin embargo, en el sistema fragmentado y heterogéneo que ambas defienden, del que ambas se proclaman como legítimas autoras, el sindicalismo impone el esquema de solidaridad grupal y cede a las corporaciones de proveedores la regulación de las modalidades de práctica y remuneración de los proveedores.

En EE.UU., bajo la conducción de los médicos, también las diferentes modalidades de cobertura de seguro generan fragmentación y limitaciones en el acceso, también límites a la eficiencia del sistema cuando la prima se regula considerando el riesgo individual.

Ambas organizaciones profesionales defienden y afirman la plena vigencia de las libertades médicas en las relaciones entre financiadores, proveedores y pacientes en la atención médica proporcionada con cobertura de seguro.

Esa vigencia generó en las últimas décadas del siglo XX las limitaciones que conocemos: sobreoferta de capacidad instalada, expansión de tecnología diagnóstica, dificultades de financiamiento de la demanda, exclusión de cobertura para porcentajes significativos de la población. El Estado sigue estando ausente por vocación o debilidad y la recomposición de las relaciones entre financiamiento y provisión de servicios opera en contra de los intereses del paciente y potencia la inequidad estructural del sistema.

En la coyuntura crítica de los años '90 recupero nuevamente la presencia de relaciones institucionales que operan como legados históricos: los cambios en la regulación de los contratos no operan sobre un vacío de poder: las nuevas

reglas de juego se definen a través del reacomodamiento de las relaciones entre los actores dominantes en el período previo: obras sociales y redes de proveedores en Argentina, redes hospitalarias fuertemente concentradas y empresas de cobertura de seguro en EE.UU.

En el campo de las ideas la utopía del seguro universal puede reconocerse también como un legado histórico que estuvo presente a lo largo de décadas en el pensamiento progresista de los dos países. Todavía hoy se esgrime como estrategia de superación de las distorsiones ampliamente reconocidas. Tal vez haya llegado el momento de considerar otras opciones.

## NOTAS FINALES

a. El debate se habría acelerado cuando, en 1958, los demócratas obtuvieron la mayoría en el Senado y habría llegado a su clímax después de la elección de Kennedy. Morone considera como su más "delicioso momento" el envío, por parte de la AMA a cada esposa de médico, de una grabación con la cual se procuraba persuadir a amigos y vecinos a escribir al Congreso oponiéndose a la sanción de Medicare: "Escribe estas cartas, ahora; llama a tus amigos y pídeles que las escriban. Si no lo haces, este programa, yo te lo prometo, se aprobará con tanta seguridad como que el sol aparecerá mañana. Y detrás de él vendrán otros programas federales que invadirán cada área de libertad de las que hemos conocido en este país. Hasta que un día... Nos despertaremos para encontrar que tenemos socialismo. Y si no haces esto, y yo no lo hago, uno de estos días tú y yo dedicaremos nuestro años de ocaso a contar a nuestros hijos y a los hijos de nuestros hijos, cómo era América cuando nuestros hombres eran libres". La voz, claramente reconocible, era de Ronald Reagan, hablando contra el *big government* en 1962 (4 p. 262).

b. La importancia de esta comisión radicaba en que su aprobación era indispensable para el tratamiento de todo proyecto que se vinculara con impuestos. Su decisión resultaba fortalecida por la institución de la "closed rule". Esta regla esta-

blecía que ninguna enmienda adicional o cambio podía ser agregada a la legislación que hubiera sido considerada por Ways and Means. La posición de su presidente, Wilbur Mills, encuentra detractores y defensores en el mundo académico sin filiación partidaria.

c. Una síntesis ilustrativa proporciona Lawrence Brown: "Muchas horas de negociación, el ciclo recurrente de justificación y crítica; los cargos a la ignorancia de los legos por un lado, y a la dominancia profesional por el otro; la interminable arenga con fórmulas y proporciones que nadie entiende; las engañosas audiencias públicas en las cuales un hospital despliega su audiovisual para atestiguar las urgentes necesidades de una venerable institución de la comunidad; la misma comunidad en expectativa (tres cuartos de los empleados del gobierno local corresponden... al hospital) se levanta en un apoyo de largo aliento; las decisiones tomadas por una votación de 4 a 3 a la una de la madrugada; los aprietes y maniobras sin fin; las amenazas de apelación y resarcimiento legal; todo esto... aumenta los costos personales y organizativos de no volar demasiado alto". Brown L. Some structural issues in the Health Planning Program. En: *Health Planning in the United States*, Washington DC: National Academy Press; 1981, vol. II, p. 24. Citado por James Morone (4 p.279).

d. Conforme la información proporcionada por Paul Starr (12) ya en 1971 la membresía de la

AMA había caído al 50% de los profesionales, en la medida en que los médicos más jóvenes se negaban a incorporarse.

e. La mayoría de las organizaciones de financiamiento y provisión de atención médica favorecían reformas que no les significaran costos en términos de ganancias limitadas o rutinas descontinuadas. Los médicos, incluyendo los de la AMA, querían cobertura universal pero no controles de costos o regulaciones que dieran ventaja a *managed care*. Las grandes compañías de seguro tales como la Alliance for Managed Competition, pedían cobertura universal pero no límites a las primas o alianzas abarcativas, que podrían recortar sus beneficios. Muchos pequeños empresarios se opusieron a la obligación de contribuir a la cobertura, mientras otros aceptaban solo una exigencia muy limitada. Entre las empresas de mediano y gran tamaño muchas favorecían regulaciones que podían reducir costos de seguro y atención médica, pero tendían a oponerse a paquetes de beneficios generosos así como a las exigencias de que los empleadores participaran de las alianzas previstas en el proyecto de reforma. En resumen, importantes instituciones y grupos en EE.UU. favorecían la reforma integral de la atención médica, pero se oponían a cualquier especificidad que pudiera vulnerar sus intereses particulares. Ningún actor estaba dispuesto a hacer sustanciales sacrificios de beneficios o

libertad ante la regulación. Y la dinámica de la discusión en el Congreso exacerbó la inclinación de cada grupo para volcarse a posiciones extremas, mientras se evitaban las discusiones que podían facilitar el compromiso.

f. Citizen Action, "The Health and Insurance Industries Give \$ 38 Million to Congressional Candidates" Nota a la prensa. Washington DC, 3 de noviembre de 1994. Citado por Sven Steinmo y Jon Watts (6).

g. En este texto se omite un exhaustivo análisis del derrotero de la política de salud en el sistema político argentino, desarrollado ampliamente en trabajos anteriores. Entre los más recientes ver: *La atención médica argentina en el siglo XX* (13) y *Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría* (14).

h. Segalman R, Marsland D. *Cradle to Grave*. Londres: Mac Millan & Social Affairs Unit; 1989. p. 116. Citado por Desmond King (17).

i. "The American middle class is willing to let American working class dangle". No he podido identificar el texto de Reinhardt al que hace referencia White, quien reconoce que la expresión es excesivamente dura, pero al mismo tiempo refleja una realidad innegable (20 p.381).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katznelson I. Structure and configuration in comparative politics. En: Lichbach MI, Zuckerman AS, editores. *Comparative politics, rationality, culture and structure*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 81-112.
2. Larson MS. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press; 1977.
3. Freidson E. *Profession of medicine*. Nueva York: Dodd Mead and Company; 1970.
4. Morone JA. *The democratic wish. Popular participation and the limits of American government*. New Haven: Yale University Press; 1998.
5. Peterson MA. Congress. En: Morone JA, Litman TJ, Robins LS. *Health politics and policy*. Nueva York: Delmar; 1978. p. 72-94.
6. Steinmo S, Watts J. It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1995;20(2):329-372.
7. Peterson MA. Congress in the 1990s: from iron triangles to policy networks. En: Morone JA, Belkin GS, editores. *The politics of health care reform. Lessons from the past, prospects for the future*. Durham: Duke University Press; 1994. p. 103-147.
8. Morone JA. The bureaucracy empowered. En: Morone JA, Belkin GS, editores. *The politics of health care reform. Lessons from the past, prospects for the future*. Durham: Duke University Press; 1994. p. 148-163.
9. Skocpol Th. *Boomerang. Health care reform and the turn against government*. Nueva York: W.W. Norton & Co.; 1997.
10. Marmor ThR. *The politics of Medicare*. 2a ed. Nueva York: Aldine de Gruyter; 2000.

11. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Sciences & Medicine*. 1990;31(12):1347-1363.
12. Starr P. *The social transformation of American medicine*. Nueva York: Basic Books; 1982.
13. Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
14. Belmartino S. Los procesos de toma de decisiones en salud. *Historia y teoría. Política y Gestión*. 2009;11:33-59.
15. Jacobs L. *The health of nations. Public opinion and making of American and Britain health policy*. Ithaca: Cornell University Press; 1993.
16. Lieberman RC. Ideas, institutions, and political order: explaining political change. *American Political Science Review*. 2002;96(4):697-712.
17. King DS. The establishment of work-welfare programs in the United States and Britain: politics, ideas and institutions. En: Steinmo S, Thelen K, Longstreth F, editores. *Structuring politics. Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 217-250.
18. Skocpol Th. The aftermath of defeat. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1995;20(2):485-489.
19. Morone JA. Nativism, hollow corporations and managed competition: Why the Clinton health reform failed. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1995;20(2):391-398.
20. White J. The horses and the jumps: comments on the health care reform steeplechase. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1995;20(2):373-383.
21. Stone DA. The struggle for the Soul of health insurance. En: Morone JA, Belkin GS, editores. *The politics of health care reform. Lessons from the past, prospects for the future*. Durham: Duke University Press; 1994. p. 26-56.
22. Stone DA. Values in health policy: understanding fairness and efficiency. En: Morone JA, Litman TJ, Robins LS, editores. *Health politics and policy*. 4a ed. Clifton Park (NY): Delmar Cengage Learning; 2008. p. 24-36.
23. La Fraternidad. En brillante acto inauguró el Policlínico Ferroviario Central "Presidente Perón". *La Fraternidad*. 1954;XLVII(991):3-6.
24. Confederación Médica de la República Argentina. Pautas para la formulación de una política de salud. *Confederación Médica*. 1973;l(1):1.
25. Hurst J. Commentary to Alain Enthoven: What can Europeans learn from Americans? En: *Health care systems in transition. The search for efficiency*. París: OCDE; 1990. p. 57-85.
26. Larkin GV. Continuity in change. Medical dominance in the United Kingdom. En: Hafferty FW, McKinlay JB, editores. *The changing medical profession an international perspective*. Nueva York: Oxford University Press; 1993. p. 81- 102.
27. Moran M, Wood B. *States, Regulation and the medical profession*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 1993.
28. Rosanvallon P. *La crise de l'Etat-providence*. París: Editions du Seuil; 1981.
29. Belmartino S. La discusión en torno al seguro. En: Belmartino S, Bloch C, Carnino MI, Persello AV. *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1991. p. 207-233.
30. Belmartino S. Identidades profesionales médicas en el siglo XX. En: Carbonetti A, González Leandri R, editores. *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba; 2008. p. 117 -146.

---

#### FORMA DE CITAR

Belmartino S. Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):329-356.

---

Recibido el 7 de septiembre de 2010

Aprobado el 18 de octubre de 2010