



Revista de reseñas bibliográficas de Historia y Ciencias Sociales en la red

Año 6, N° 11- Rosario- Argentina, Octubre de 2013

ISSN 1851-748X. Es una publicación del Centro de Estudios Espacio, Memoria e Identidad de la Universidad Nacional de Rosario, pp. 31-33

BELMARTINO, Susana, *Historias comparadas de la profesión médica. Argentina y EE.UU.*, Buenos Aires, Miño y Dávila, 2011, 347 págs, ISBN 978-84-92613-80-9.

Darío Arnolfo¹

Dirección General de Cultura y Educación de
la Provincia de Buenos Aires
darnolfo@gmail.com



En este libro Susana Belmartino reconstruye la trayectoria de la profesión médica en Estados Unidos y en Argentina. La dimensión temporal es modelada a la luz de los ciclos por los que atraviesa la profesión en cada país producto el juego de posiciones entre los actores que van configurando las características de cada sistema de salud. Hay una selección de variables como la reivindicación del monopolio en el ejercicio de la profesión (profesionalización), las formas de organización y los mecanismos de financiamiento de la atención médica que son explorados en profundidad en cada unidad de análisis y puestos luego en una perspectiva comparativa.

Elaborado sobre la base del neoinstitucionalismo histórico², dirige el interés hacia la historia comparada con el objeto de iluminar las maneras en que las transacciones entre Estados y ciudadanos y entre

¹ [N.E] Se graduó de profesor y licenciado en Historia en la Universidad Nacional de Rosario.

Recibido: 11/04/2013

Aceptado: 30/05/2013

Estados y economías están modeladas en el interior de conjuntos específicos de legados y arreglos institucionales. En tanto las instituciones son concebidas como reglas de juego, de acuerdo a la definición de Douglass North, el texto reconstruye los procesos que llevan a la definición de esas reglas –tanto explícitas como implícitas– y a la construcción de organizaciones normadas por ellas e identifica en las organizaciones las múltiples prácticas de los agentes que en su accionar cotidiano actualizan esas reglas de juego³. El concepto de *legados históricos* le permite detectar relaciones de fuerzas específicas que eventualmente pueden ser reconocidas como un rasgo persistente en determinada arena política. Así las reglas de juego afirmadas en una coyuntura pueden influir en la trayectoria futura de las organizaciones involucradas, condicionando las respuestas ante la emergencia de nuevos desafíos, en particular de aquellas *coyunturas críticas* que se generan en las sociedades y que demandan cambios sustantivos. Se retoma el enfoque de Ira Katznelson, en especial su concepto de *configuración* de factores –estructurales y estratégicos– presentes en los procesos históricos sometidos a comparación, que inciden en la construcción de instituciones y formas organizativas. En este sentido, el interés se centra en observar la manera en que los perfiles institucionales modelan la formación y agregación de individuos y grupos⁴.

Esta decisión metodológica permite iluminar trayectorias comunes a la vez que esbozar diferencias talladas al calor de contextos de acción diferentes; de peso específico y dispar de los actores en ese juego de poder en que se debaten las condiciones de autonomía de la profesión. De esta forma se analizan los diferentes grados de cohesión y los resultados distintos en las estrategias de afirmación de las organizaciones que representan a los médicos en cada país como la *American Medical Association* (AMA) en EEUU y la *Confederación Médica Argentina* (COMRA) en Argentina. En efecto mientras la primera se afianzó a principios del siglo XX, en la Argentina la organización solo tuvo representatividad nacional en los años cuarenta aunque cargada de matices que la autora se encarga de desentrañar.

En cuanto al relato, la estrategia narrativa que organiza el texto es la historia comparada de los espacios mencionados. Dividido en cuatro partes se inicia con tres capítulos que recuperan la historia de la profesión en los dos países desde comienzos del siglo XX hasta la *coyuntura crítica* de los años '30. Se contemplan los obstáculos y los competidores (curanderos, charlatanes, técnicos auxiliares, profesiones paramédicas) que enfrentaron los médicos, en ambas realidades, para la construcción de su hegemonía en la función de cura, y se describe el dispar desarrollo del poder profesional. Como es posible notar en la periodización de problemas de la primera parte, los apartados se tabican de acuerdo a ciclos organizativos de la profesión que, con diversos grados de autonomía en cada país, tienen cierta correspondencia con los ciclos económicos y las diversas formas de articulación entre Estado y mercado en que se desarrolla el capitalismo a una escala global.

En la segunda parte trabaja las décadas centrales del siglo XX. Analiza los cambios introducidos en la relación entre financiadores, proveedores y pacientes y su impacto sobre la organización de los sistemas de servicios en cada país. Estos capítulos centrales son de gran interés y representan un aporte imprescindible para un tema ampliamente debatido en el campo de la salud por sanitaristas y epidemiólogos⁵ ya que describe los debates y las derivaciones en torno al seguro de salud. Para EEUU, estudia la expansión de los seguros privados *Blue Cross* y *Blue Shield*, el posterior lanzamiento por el gobierno Federal de los programas para proteger a la

²Peter Hall y Rosemary Taylor, *Political Science and tree new institutionalisms*, paper presentado para MPIFG Scientific Advisory Board, 1996.

³Douglass C. North, *Institutions, Institutional change and economic performance*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

⁴Ira Katznelson, "Structure and configuration in comparative politics", en M.I Lichbach., A.S. Zuckerman (Eds.), *Comparative Politics. Rationality, culture and structure*. Cambridge Univertisty Press, 1997, pp. 81-112.

⁵Para una referencia sobre los debates actuales ver Hugo Spinelli, "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina" en *Salud Colectiva* Vol.6 No.3, Lanús, UNLa, 2010.

población mayor de sesenta y cinco años de bajos recursos (*Medicare*) y aquel orientado a cubrir la atención médica de los pobres (*Medicaid*), trazando las posiciones que fue adoptando AMA frente a estas distintas alternativas de seguro que afectaban la relación médico-paciente. Para Argentina reconstruye los debates de los años '60 entre las propuestas de un "servicio integrado" de salud y la "pluralista" que pregonaba la afirmación de la medicina privada. Rastrea además la compleja relación entre los representantes de la profesión médica y las mutualidades y obras sociales. Los primeros percibían la amenaza sobre el control de la profesión que implicaba la multiplicación de obras sociales y el aumento de su membresía. Aquí considera los distintos niveles (local, regional, nacional) en que los procesos de negociación se desarrollaron. El alto grado de fragmentación de la profesión permitía que las nuevas formas de organización que se daban en el nivel local, como en los casos analizados de San Juan y Salta, terminaran por afianzarse y generalizarse.

En la tercera parte trata el agotamiento de la forma organizativa que se da en los años '70 producto del aumento de costos que implicaba un sistema que fomentaba la multiplicación del gasto y la emergencia de nuevas formas organizativas. Efectivamente, la libertad de prescripción de medios diagnósticos y terapéuticos, sin interferencia externa sobre el proveedor directo puso en evidencia la no existencia de normas de práctica o gestión de calidad; por otra parte en un sistema de pago de honorarios por servicio, ninguna entidad externa podía controlar el ingreso del médico. Esa coyuntura favoreció la expansión de la medicina prepaga tanto en EEUU como en Argentina, en esta última sobre todo a partir de los años '80.

Durante la década del '90 se desarrollaron iniciativas estatales destinadas a reorganizar la atención médica como el plan Clinton en EEUU y el decreto del 9 de enero de 1993 en Argentina. En efecto en EEUU hubo un intenso debate sobre la reforma y se diseñó un proyecto de ley que no logró su aprobación en el Congreso. Los polos del debate se situaban entre la propuesta liberal del Partido Demócrata que bregaba por un sistema de seguro de salud con cobertura universal y un protagonismo significativo del Estado a través de un organismo de financiamiento único y las alternativas del Partido Republicano que defendían una serie de reformas orientadas a regular el mercado (*pools* de compras de seguros para pequeñas empresas, regulación de prácticas de las compañías de seguro y de las demandas de mala praxis para reducir el costo de la cobertura y exenciones y créditos impositivos para hacer el seguro más accesible a las familias de bajos ingresos) con el fin de alentar –pero no garantizar– un seguro. En Argentina también se busca flexibilizar el mercado disponiendo la libre contratación entre financiadores y proveedores, la desregulación de las obras sociales y el ingreso de los hospitales públicos al mercado de la seguridad social médica a través de la figura del Hospital de Autogestión.

En ambos escenarios las nuevas normas reguladoras de la relación entre financiadores y proveedores generaron una reacción de los actores del mercado hacia nuevas formas de gestión. En EEUU aparece aquella identificada con el *managed care* o atención gerenciada. Los cambios introducidos por el *managed care* consistieron en general en desalentar los incentivos a la sobrepráctica o sobrefacturación asociados al pago por acto médico y reemplazarlos por modalidades de remuneración que premiaran la limitación de la atención provista a lo estrictamente necesario para la recuperación del paciente. El honorario por servicio fue sustituido por pagos globalizados, modulados o capitados transferidos a las redes de proveedores que debían encargarse de controlar el equilibrio financiero. En Argentina las organizaciones con mayor poder de negociación adoptarán nuevos formatos para la cobertura de la atención como los pagos modulados y capitados⁶. En ambos sistemas se potenciará la exclusión de los sectores de la población con menores recursos.

⁶ Los contratos modulados o capitados remiten directamente a las nuevas reglas de juego que se generaron como consecuencia del cambio en la forma de pago denominadas "contratos de riesgos". La remuneración capitada, consiste en un pago preestablecido por beneficiario y por mes a la entidad que se hace responsable de la provisión de los servicios con lo cual se transfiere a la oferta: a) el riesgo propio

El último capítulo de esta parte recupera la reacción de la profesión médica frente a estos nuevos mecanismos de gestión. Tanto AMA como COMRA ensayan diferentes estrategias para defender la autonomía de los médicos. Las críticas apuntan, entre otras cuestiones, a los contratos entre aseguradoras y profesionales, a los pagos capitados, a la limitación del número de profesionales y sanatorios entre los cuales puede elegir el beneficiario, a los incentivos financieros para reducir el costo de la atención, a la introducción de médicos generalistas como entrada al sistema, a la exigencia de autorización previa para desarrollar prácticas terapéuticas. En EEUU la presión de los médicos y hospitales mejor posicionados logró hacer retroceder al *managed care*. En ese escenario es importante destacar la casi inexistencia de contrapesos en el poder de la atención médica norteamericana dado por la ausencia de compradores organizados que equilibraran el poder de mercado de los médicos. Así el oligopolio de la oferta se afianzó gracias a las estrategias comunes de hospitales y médicos independientes.

En Argentina en cambio el poder profesional fue variable y en la segunda mitad del siglo XX aparece un contrapeso importante en el control que los sindicatos ejercen sobre las obras sociales; pese a ello aunque la profesión tuvo que negociar remuneraciones mantuvo autonomía en las decisiones de diagnóstico y tratamiento. Así, el impacto del *managed care* implicó una estratificación de la cápita según los ingresos de los beneficiarios de las obras sociales, la diferencia con Estados Unidos es notable en la medida en que las transformaciones en la oferta de servicios no conllevaron cambios en la estructura organizativa y la propiedad de los servicios. Surgieron, sin embargo, cuestiones controvertidas como la que vinculó la necesidad de elaborar listados de proveedores para cada contrato firmado por las obras sociales. Esta limitación de la oferta de profesionales constituyó un mecanismo para la reducción de costos basado en el acotamiento de puertas a la entrada del sistema por parte de los pacientes, exigida en algunos casos por las propias obras sociales y en otros por las gerencadoras con el objeto de simplificar la administración de la cápita. Este proceso supuso un desafío para las conducciones de las asociaciones profesionales comprometidas históricamente en la defensa de un mercado abierto para la totalidad de sus miembros con el consecuente reacomodamiento en la cohesión de las organizaciones profesionales producto de las limitaciones de la clientela e ingresos resultante de los contratos capitados.

La cuarta parte contiene una discusión analítica de los procesos analizados en las tres primeras y se elaboran conclusiones de índole general. Se presenta una perspectiva que busca establecer similitudes y diferencias puestas de manifiesto en la historia de ambas profesiones. Se explora el impacto de los respectivos regímenes políticos, las concepciones del bienestar que se debaten en ambas sociedades y las formas organizativas, modalidades representativas y liderazgos de las organizaciones gremiales médicas.

En síntesis, el libro estudia un núcleo de temas y problemas que han sido relativamente poco abordados por la historiografía Argentina⁷. Aunque es un campo en franco desarrollo⁸, el

del mercado de atención médica, derivado de la posible emergencia de costos catastróficos en la atención de determinado conjunto de beneficiarios; b) el vinculado a conductas oportunistas por parte de los proveedores, traducidas sobre provisión y sobre facturación de servicios y c) la presión sobre los costos resultante del exceso de capacidad instalada, la multiplicidad de bocas de expendio y el libre acceso de los pacientes a través de cualquiera de ellas. La utilización de módulos en el pago de internaciones crea un incentivo en el interior de la institución sanatorial para racionalizar el proceso de atención de manera de evitar el gasto innecesario o superfluo. Se esperaba que estas nuevas formas de pago generaran incentivos opuestos a los internacionalmente reconocidos procesos de demanda inducida por la oferta. Para un desarrollo más extenso ver Susana Belmartino, "Una década de Reforma de la Atención Médica en Argentina" en *Salud Colectiva* Vol.1 No.2, La Plata, UNLa, 2005.

⁷ Entre otros textos podemos citar Susana Belmartino, *La atención médica Argentina en el Siglo XX. Instituciones y Procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005; Susana Belmartino, "Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40" en M.Z. Lobato, *Política, Médicos y Enfermedades. Lecturas de historia de la Salud en Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 1996; Susana Belmartino,

estudio de las organizaciones desde la perspectiva comparada ofrece un enfoque metodológico prometedor. Al tiempo quedan abiertas preguntas, las múltiples transacciones que se desarrollan entre los actores (médicos, enfermeros, pacientes, gremios, obras sociales, etc.) en el espacio cotidiano, las vivencias y las infinitas modulaciones y estrategias que producen alrededor de esas reglas que los condicionan pero que al mismo tiempo ellos modifican permanentemente. Son inquietudes que requieren un acercamiento cualitativo, un análisis micro, al espacio local en que esos actores interactúan y construyen diariamente sus relaciones y que, sin duda, enriquecería el conocimiento de los tejidos de poder que brinda la historia comparada.

Palabras clave: Instituciones de salud, Asociaciones médicas, Neoinstitucionalismo histórico, Argentina, Estados Unidos.

Keywords: Health Organizations, Medical Societies, Historical Institutionalism, Argentina, United States.

“Servicios de Salud y Sistema Político” en Diego Armus, (comp.), *Avatares de la Medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar, 2005.

⁸ Contando las investigaciones de Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión Médica en Buenos Aires, 1852-1886*, CSIC, Madrid, 1999; María Silvia Di Liscia, *Saberes, Terapias y Practicas Medicas en Argentina (1750-1910)*, CSIC, Madrid, 2003; los enfoques sobre historia social de la salud/enfermedad de Adriana Álvarez, *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*, Buenos Aires, Biblos, 2010; Adrián Carbonetti, *La ciudad de la peste blanca. Historia epidemiológica, política y cultural de la Tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina. 1895-1947*, Puebla, Universidad Autónoma de Puebla, 2011 y sobre la historia sociocultural de la enfermedad Diego Armus (comp.), *Entre Médicos y Curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina Moderna*, Buenos Aires, Norma, 2002 y Diego Armus, (comp.) *Avatares de la Medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar, 2005.