



## **Documento de Trabajo N° 80**

---

# **Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica**

---

**Susana Belmartino**

**Mayo 2011**

**ISSN 1668-5245**

**Resumen:** El interés de este trabajo es desarrollar una metodología adecuada para un estudio histórico-político comparativo. El objeto de análisis elegido está conformado por el desempeño, a lo largo del siglo XX, de las profesiones médicas argentina y estadounidense. El objetivo radica en explicar, por un lado, las muy importantes similitudes y las no menos significativas diferencias que pueden señalarse en ese desempeño, cuando se procura evaluar su capacidad para obtener reconocimiento por parte de estados y sociedades de sus reivindicaciones de autonomía y autoregulación. Por el otro, el impacto en los respectivos servicios de atención médica de la aplicación de tales reivindicaciones.

Como instrumentos analíticos que hacen posible iluminar estos procesos, he elegido dos corrientes de investigación que en las últimas décadas han producido importantes estudios históricos comparados entre dos o más naciones. En primer lugar los trabajos del nuevo institucionalismo, en sus vertientes histórica y sociológica, y en segundo término las investigaciones dedicadas a la historia y la sociología de las profesiones. He procurado además aplicar un enfoque relacional que permita analizar la relación profesión-estado en cada uno de esos escenarios.

**Abstract:** The aim of this work is to develop the right methodology for a compared study of historical and political nature. The chosen theme of this analysis is the development of the medical profession in the XX century in Argentina and in USA.

The idea is to explain on one hand, the very important similarities and the also significant differences of each career, while trying to evaluate their ability to earn the recognition of the states and societies towards their autonomy and self regulation. On the other hand, the impact of applying such recognition to their own medical services.

I have chosen two analytical instruments that are able to illuminate these studies, two investigative tendencies that in the last decades have produced relevant historical studies comparing two or more Nations. First of all there are the works of the new institutionalism, on its historical and sociological approaches; in second place there is the investigation of the history and sociology of these professions. I have tried to apply a relational view in order to analyze the relation between profession and state in each one of these scenarios.

# Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica

**Susana Belmartino**

## 1. Justificación del estudio

Este trabajo forma parte de un proyecto de más largo alcance que se apoya sobre estudios históricos comparativos, provenientes tanto de especialistas en historia y sociología de las profesiones como de analistas inscriptos en la corriente neo-institucionalista en sus versiones sociológica e histórica.<sup>1</sup>

Considero que esos enfoques –que presento más adelante en este mismo documento– son adecuados para poner de manifiesto los mecanismos que subyacen a las reiteradas dificultades verificadas en Argentina y EEUU para ampliar la cobertura de atención médica de sus poblaciones más vulnerables, garantizar el acceso a una atención oportuna y eficaz para aquéllos que gozan de ese beneficio y asegurar la supervisión de las agencias estatales de control sobre las organizaciones e instalaciones que operan en ese área.

Los servicios de atención médica de ambos países presentan similitudes notables, a la vez que se diferencian de los sistemas de cobertura universal vigentes en Canadá y los países de Europa Occidental –en el caso de EEUU– y de los sistemas de países latinoamericanos que han sido objeto de reformas significativas en las últimas décadas como Brasil, Chile y México, en el caso argentino.

Analistas de políticas de salud en EEUU enfatizan en sus estudios el *carácter único* de las características de sus servicios de atención médica. Algunos de ellos, al mismo tiempo, proponen incorporar en el análisis de sus deficiencias una perspectiva comparada. Por ejemplo, White:

*“Este capítulo ubica la política y las políticas de atención médica norteamericanas en una perspectiva internacional –dando relieve a la forma en que nuestro sistema es inusual. (...) La perspectiva internacional ilumina las causas subyacentes de nuestros problemas (como los altos costos); a la vez que subraya la clase de políticas de salud que a menudo han tenido éxitos– y aquellas que tienen más probabilidades de fracasar” ( White 2008:pág.416)*

---

<sup>1</sup> Para un listado de las principales publicaciones a las que he tenido acceso, ver **Anexo**.

También Robert Evans, en el mismo volumen, titula su artículo incorporando una similar perspectiva: *"Private Health Insurance and the Rising Costs of American 'Exceptionalism'"* (Evans, 2008: pág. 445)<sup>2</sup>

Cuando se contrastan esas formas organizativas con las modalidades afianzadas en los subsistemas identificables en Argentina, ese carácter único puede ser objeto de controversia: la fragmentación, la heterogeneidad, la ineficacia en la resolución de problemas de salud/enfermedad de un porcentaje importante de sus poblaciones y la ineficiencia en la utilización de recursos públicos y privados, están presentes y son reconocidas en ambos escenarios.

También tienen una similitud notable las identidades construidas a lo largo del siglo XX por las organizaciones representativas de la profesión médica y las reivindicaciones planteadas frente a la sociedad y el poder político: autonomía, autorregulación, no interferencia lega en la relación médico-paciente, libertad de elección del médico por el paciente, libertad de prescripción, derecho a participar en las decisiones relativas a políticas de salud y a conducir las instalaciones donde los profesionales ejercen su práctica. En Argentina ese conjunto de reivindicaciones ha sido conocido tradicionalmente a partir de la referencia a las *"libertades médicas"*.

Las estrategias puestas en marcha por las organizaciones de la profesión para afirmar sus reivindicaciones han tenido influencia significativa en ambos escenarios. Con diferentes ritmos y alcances a lo largo del siglo XX han sido reconocidas como legítimas por agencias gubernamentales, organizaciones y empresas con intereses en el campo de la salud. En EEUU más tempranamente, y dotando a las organizaciones de la profesión de

---

<sup>2</sup> Steinmo y Watts (1995) amplifican el análisis de la excepcionalidad: *"Las estructuras de las instituciones políticas norteamericanas (...) explican las únicas y a menudo curiosas políticas de reforma de la atención médica que se han aprobado"* (pág. 330)

*"Estados Unidos es excepcional en razón de su cultura política única (...) ha desarrollado valores políticos individualistas y anti-estadistas únicos que han sesgado la política en oposición al Estado de Bienestar"* (pág. 331)

En paralelo, sostienen: *no son únicos los intereses médicos opuestos a políticas universales, también en Francia, Suecia y Suiza (...) el modelo liberal de medicina fue simplemente una codificación de la autonomía económica de los médicos, común a los médicos de élite a través de Europa Occidental* "(pág. 341)

*"La explicación de este curioso fracaso [en la aprobación de un seguro nacional] radica en el carácter único del proceso institucional norteamericano"* (pág. 343)

El análisis de investigadores foráneos también señala determinadas características excepcionales. Por ejemplo, Hurst: *"Los ciudadanos de la mayoría de los países europeos, que en este contexto incluyen Canadá, están básicamente satisfechos con sus sistemas de atención médica, y tienen canales de accountability a través de los cuales expresan insatisfacción en casos específicos. Los norteamericanos son los únicos que no lo están, y no los tienen."* (Hurst, 1990: pág. 83 )

mayor capacidad de control de las formas organizativas en las instalaciones de atención médica. En Argentina con cierta demora y en condiciones negociadas con otros actores sociales significativos –sindicatos, mutualidades, asociaciones de empresas de medicina prepaga, asociaciones de clínicas y sanatorios.

La dominancia (*dominance*) de la profesión médica en el país del norte –en castellano sería tal vez más adecuado hablar de hegemonía– ha sido un rasgo muy frecuentemente mencionado por analistas del sistema de servicios y las políticas de salud. En Argentina, las denominadas “libertades médicas” obtuvieron cierto reconocimiento en la cobertura de atención de mutualidades y obras sociales a partir de las primeras décadas del siglo XX y alcanzaron su mayor difusión con la generalización del sistema de obras sociales para los trabajadores en relación de dependencia, sancionado por la ley 18.610 en 1970.

En ambos países, las distorsiones provocadas por esas reivindicaciones en las modalidades de cobertura de atención médica –demanda inducida por la oferta, incorporación de tecnología insuficientemente evaluada, posibilidad del paciente de acudir por consultas en primera instancia a especialistas altamente calificados, generalización del pago por acto médico– fueron identificadas como causa de la crisis de financiamiento que comenzó a manifestarse en EEUU en los primeros años ‘70, se mantuvo larvada durante algunos años en Argentina y estalló con la hiperinflación de los últimos ‘80. La reconversión de los sistemas de contratación entre financiadores y proveedores de atención –también en ambos países– significaron un debilitamiento de la capacidad de negociación de las corporaciones profesionales.

Tales similitudes convierten a las respectivas profesiones en objetos particularmente atractivos para un análisis comparado de su desarrollo histórico y del impacto de sus estrategias de afirmación en los respectivos servicios de atención médica.

La comparación de procesos en áreas significativas de la vida social en diferentes escenarios o naciones tiene escasa presencia en la historiografía argentina. Mi interés en el proyecto de investigación que da origen a este documento de trabajo es superar esa brecha e intentar un relato que no se limite a reconstruir dos o más historias en paralelo. El objetivo es, en cambio, identificar problemáticas similares en los países bajo análisis e ir recuperando los respectivos procesos históricos en una comparación que permita verificar similitudes y diferencias en su desenvolvimiento.

Mi objeto en ese proyecto es la profesión médica, y las transformaciones en su capacidad de control de las prácticas de sus miembros a lo largo del siglo XX. El recorte está dado por la identificación de sus organizaciones representativas –*American Medical Association* (AMA) y Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)– desde su

origen hasta la declinación de su influencia a partir de los años '90. Considero que en los dos países puede reconocerse una periodización similar: emergencia de poder profesional; consolidación de su influencia en la organización del sistema de servicios; crisis, agotamiento y declinación. Reconozco en cada uno de los escenarios la presencia de otros actores significativos, pero el eje de mi análisis es la profesión y sus organizaciones representativas. Los demás actores aparecen en el texto cada vez que es necesario mostrar perspectivas y formas de organización alternativas a las defendidas por las corporaciones médicas, y su impacto sobre los servicios.

Una primera hipótesis, poco elaborada a esta altura del desarrollo de mi argumento, propone una explicación posible para las distorsiones verificables en los servicios de atención médica: en ambos países, por diferentes razones, el estado ha abdicado su función de regulación y control. En diferentes momentos y con diferente intensidad, esas funciones han quedado en manos de los actores con presencia en ese área de políticas, que registra la presencia, además de la profesión médica, de sindicatos, organizaciones de hospitales y sanatorios con y sin fines de lucro, empresas de seguro tradicional y de medicina prepaga, empresas productoras de fármacos y tecnología, etc. Se trata de un conjunto de actores no homogéneos, con intereses relativamente contrapuestos. Sin embargo, hasta la eclosión de la crisis de financiamiento, no cuestionaron las reivindicaciones y prácticas de la profesión médica, en tanto compartían su interés en el incremento de la atención a pacientes con cobertura o capacidad de pago y disfrutaban de sus beneficios. En Argentina, además, los empresarios rechazaron participar en la conducción de las obras sociales –a las que realizaban aportes destinados a complementar las contribuciones de su personal– para no introducir nuevos motivos de fricción con las relaciones laborales.

Este documento tiene un enfoque predominantemente metodológico. A continuación describo las principales perspectivas y categorías analíticas utilizadas para la construcción del objeto de una investigación basada en bibliografía, justifico brevemente su elección y propongo algunos ejemplos de su utilización en el ordenamiento del material empírico.

## **2. Articulación de historia y ciencias sociales**

Este documento se inscribe en una línea de trabajo, ya desarrollada en publicaciones previas, que explora la posibilidad de potenciar la capacidad explicativa del análisis histórico a través de la utilización de categorías de análisis propias de las ciencias sociales. (Belmartino, 1995a, 1995b, 1996, 2000a,b,c,d,e,f,g, 2002, 2003, 2004 a,b,c, 2005a,b, 2006a,b, 2007, 2009 )

En las últimas dos décadas ha sido frecuente, en la bibliografía internacional dedicada al análisis de políticas sociales y economía política, la aplicación de una orientación que procura recuperar las raíces históricas de problemas contemporáneos. La verificación de esa tendencia condujo a algunos analistas a postular la existencia de lo que caracterizan como un *giro histórico*. (McDonald, 1999). Es posible recurrir a una frase muy simple para justificar este tipo de esfuerzo basado en el potencial hermenéutico de la reconstrucción histórica: *la historia importa porque la historia explica*. En esa lectura, la sociedad es abordada como una construcción, producto de la interacción entre sus miembros. Los procesos históricos se consideran constitutivos; en su desenvolvimiento pueden por lo tanto encontrarse explicaciones y delimitarse influencias sobre las relaciones e identidades sociales resultantes.

La cuestión es abordada por diferentes analistas en el interior de las corrientes neo-institucionalistas, cada uno incorporando su propio matiz. Paul Pierson, por ejemplo, señala las limitaciones de determinados enfoques que identifica como una perspectiva fotográfica de la vida política, en tanto sus interrogantes giran en torno a la relación entre variables que interactúan en el presente. Esos enfoques conducen, en su opinión, a una competencia centrada en identificar los factores que en escenarios contemporáneos generan resultados políticos de consideración, sobre la base de algunos supuestos en torno a la forma en que opera el mundo social. Pierson considera la posibilidad de defender una perspectiva orientada a moverse desde la fotografía a los cuadros móviles. En su lectura,

*“Ubicar la política en el tiempo –identificando sistemáticamente momentos particulares (incluyendo el presente) en una secuencia temporal de eventos y procesos– puede enriquecer considerablemente nuestra comprensión de una dinámica social compleja.”*  
(Pierson, 2000: 72)

También Theda Skocpol introduce en su análisis de las políticas sociales en el siglo XX una firme defensa de la aplicación del enfoque histórico:

*“La importancia de los feedbacks generados por una política es una de las mejores razones por las cuales cualquier explicación válida del desarrollo de las políticas sociales de una nación debe ser genuinamente histórica, sensible a procesos desarrollados a lo largo del tiempo (...).*

*“Debemos tener en mente que los resultados de una política no están nunca establecidos. Las políticas de un periodo a su vez afectan los arreglos gubernamentales y activan políticamente a grupos sociales que debatirán y ayudarán a determinar qué políticas vendrán. La política es inextricablemente histórica –y nuestra teoría desdeña este hecho sólo a su propio riesgo.”* (Skocpol, 1994: 205- 206)

En paralelo, Pierson, sin embargo, acota:

*“afirmar que la historia importa es insuficiente; los cientistas sociales quieren conocer por qué, dónde y cómo, se genera ese aporte específico”.* (Pierson, 2000, 72)

Para aceptar la admonición de Pierson, en primer lugar considero necesario reconocer que no todo trabajo historiográfico posee condiciones hermenéuticas. Abundan en nuestra disciplina autores cuyas obras se elaboran con un formato similar al de una crónica. Describen un determinado conjunto de hechos ordenados a lo largo de una línea de tiempo. Pueden recuperar escenarios complejos y brindar información importante sobre acontecimientos, actores, ideologías, impacto en los respectivos escenarios. Sin embargo, su intención no es hermenéutica, su objetivo no es la explicación de las condiciones del presente, sino la reconstrucción del pasado.

La elaboración de una respuesta a los desafíos que nos presenta a los historiadores la construcción de una historia con aportes hermenéuticos, no se sostiene a mi criterio en la construcción de un relato dependiente de los procesos propios del nivel macro social –ya suficientemente conocidos– sino en recuperar la dinámica propia de nuestro objeto de estudio. En mi caso, esto supone analizar las instancias y mecanismos de regulación que operan sobre el sistema de servicios de atención médica y sus resultados y, muy en particular, reflexionar sobre las formas de intervención del estado, que se reconoce como responsable de la eficacia y eficiencia en la operatoria de ese sistema, en tanto garante del acceso a la atención médica de la población usuaria.

Demostrar que “la historia explica”, es a mi criterio una tarea metodológica. Supone aprovechar la descripción densa propia del relato histórico para construir un objeto de investigación con el decidido apoyo de coordenadas teóricas.

### **3. Breve recuperación de un derrotero de trabajo**

Mi trabajo de investigación en las últimas tres décadas se ha ido deslizando en forma paulatina hacia el enfoque que acabo de sintetizar. Quisiera en este punto historizar brevemente algunos hitos.

En el intento de construir una mirada de largo plazo sobre el desarrollo de los servicios de atención médica en el país, la primera herramienta conceptual que consideré útil fue el concepto de *régimen social de acumulación*, defendido en Argentina por José Nun y aplicado con matices por los economistas que se inscriben la autodenominada Escuela de la Regulación (Nun, 1987; Boyer, 1989). Volveré sobre esta orientación más adelante.

En mis investigaciones, la categoría definida por Nun fue utilizada en forma relativamente libre, con el objeto de periodizar el desarrollo de las políticas de salud y los servicios de atención médica en la larga duración, que en mi caso cubre la totalidad del siglo XX.

En su transcurso he /reconocido tres etapas en las formas organizativas de dichos servicios, que tienen la misma dinámica que introduce Nun en su análisis de las transformaciones producidas a nivel macro social: un momento de emergencia de una nueva modalidad organizativa, su consolidación como dominante, y posteriormente su agotamiento y crisis. El período paradigmático en nuestro país es el que transcurre entre los años '40 y '80 del siglo XX. Un nuevo régimen de regulación se comienza a debatir en los años '30, sus primeras formas organizativas se instalan partir de los '40, se consolidan con la ley 18.610 a partir de 1970, *para ingresar, desde comienzos de los '80, en una etapa de agotamiento de las posibilidades de cumplir las funciones sociales que le han sido asignadas.*")

Los procesos de cambio, que identifiqué como cambio institucional en función de la transformación significativa que sufren las reglas de juego aplicadas a las relaciones internas de los tres subsistemas identificables en los servicios de salud, son particularmente ilustrativos de las estrategias puestas en marcha por los actores sociales y estatales en la construcción de nuevas instituciones/reglas de juego.

Considero tales períodos de generación de nuevas normas reguladoras como transiciones, y concluyo que esa dinámica es fundamentalmente política. En esa caracterización de tales procesos como políticos me diferencio de los regulacionistas.

Estos investigadores definen como objeto específico de su preocupación la variabilidad en tiempo y espacio de las dinámicas económicas y sociales. El análisis de los mecanismos regulatorios responsables de dicha variabilidad conduce a elaborar la noción de *regulación* como la "*conjunción de mecanismos que conllevan a la reproducción de todo el conjunto, tomando en cuenta las estructuras económicas y las formas sociales vigentes*" (Boyer, 1989: pág 42).

Aunque se hable de "*formas o relaciones sociales*" y se incorpore al estado, el objeto de análisis se construye a partir de la economía: las relaciones sociales consideradas son fundamentalmente las que vinculan capital y trabajo, la actividad estatal se recorta en función de su política económica. El análisis de los componentes específicos de orden cultural y político, sin duda esencial para la comprensión de estos procesos, ha sido aportado en nuestro país por pensadores provenientes del área de la teoría política.

En el desarrollo de mis trabajos de investigación, la identificación de un cambio del régimen de regulación a partir de 1943/46, de las alternativas sufridas por ese régimen en los años entre 1955 y 1966, y del fracaso de una nueva intervención ordenadora del estado puesta en marcha bajo el gobierno de Onganía, generó la necesidad de buscar una explicación no sólo para ese reiterado fracaso sino también para la frustración de los muy diferentes proyectos de reordenamiento –sustentados en visiones de orden también muy diversas– que se sucederán en 1973, 1978 y 1984. En los primeros años ‘90, el problema se manifiesta a partir de una nueva frustración por parte de los reformadores estatales ubicados en el Ministerio de Economía.

El interés por develar las razones de la permanencia de rasgos negativos en la organización de los servicios de atención médica, pese a las transformaciones producidas como consecuencia de coyunturas críticas, me llevó a identificar actores con intereses en el sistema de seguridad social médica y a reconstruir sus enfrentamientos con una lógica de identidades e intereses en conflicto. En un libro publicado en 1994 definí una propuesta ordenadora orientada a abordar lo que tradicionalmente se conocía a través de la expresión *sector salud* como un *campo* particular de la dinámica social. La idea de campo fue tomada del universo conceptual de Pierre Bourdieu y procesada conforme a los objetivos y problemática específicos del respectivo objeto de trabajo (Bourdieu 1989, 1990).

Esa perspectiva se orienta, en un intento por encontrar caminos para definir las mediaciones entre las propiedades estructurales de las instituciones y las prácticas individuales y grupales, hacia la posibilidad de analizar la sociedad a través de la delimitación de campos relativamente autónomos, donde dichas mediaciones puedan ser observadas y definidas con mayor precisión. La búsqueda de mediaciones entre estructura y acción tiene como objetivo metodológico la construcción de herramientas teóricas para abordar el estudio de los procesos de cambio social.

Para su operación es necesario definir un campo, área o sector con especificidad propia, de manera de posibilitar el análisis en profundidad de los conflictos fundados en el control de los recursos materiales y simbólicos que se generan o circulan en su interior, la observación de mecanismos constitutivos de las relaciones de poder que en última instancia los dirimen, la reconstrucción de los contenidos de la producción ideológica destinada a justificar el *statu quo* o a elaborar propuestas alternativas, la constitución de los sujetos que son defensores de tales alternativas.

A medida que mi proyecto de investigación avanzaba y su objeto se tornaba cada vez más complejo, la definición de un campo me permitió identificar con mayor precisión un recorte del objeto, que se focalizó en la evolución de los servicios de atención médica, con

atención particular a los pertenecientes al subsistema de la seguridad social médica. (Belmartino y Bloch, 1994)

Como consecuencia de esa orientación teórica, me propuse analizar lo sectorial con un encuadre de delimitación de actores. Ese abordaje supone pensar las relaciones que se establecen en el interior del campo como fruto de la interacción entre agentes dotados de intereses y capacidades específicas, y en condiciones de defender formas organizativas que suponen una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en ese campo. En tanto el interlocutor principal para tales actores es el estado, en función de su control de la capacidad –al menos teórica de normatizar prácticas y organizaciones y reasignar recursos, la presencia de tales actores descubre, junto a referentes técnico-administrativos y financieros, una instancia que es fundamentalmente *política*.

Pese al reconocimiento de la importancia de la acción o inacción del estado, el eje principal de ese análisis se colocó en la dinámica de los actores sociales y sus consecuencias sobre las instituciones que regulaban el funcionamiento del sistema de servicios, siguiendo, en parte mecánicamente, la orientación predominante en la bibliografía destinada a analizar diferentes aspectos del sistema político en Argentina (Portantiero, 1988).

Cuando despuntaban los años '90, mi continuado interés en la evolución del sistema de servicios se vio potenciado por una circunstancia muy particular: el reconocimiento del proceso de emergencia de un nuevo régimen de regulación destinado a su reordenamiento. A lo largo de esa década, la mayor parte de mi producción se volcó hacia el análisis de ese proceso que contemporáneamente se reproducía bajo muy diferentes formas en múltiples escenarios internacionales, siendo identificado como *reforma de la atención médica*.

#### **4. Adopción de un enfoque institucional**

La preocupación por recuperar en el proceso argentino las diferentes propuestas de reforma incorporadas al debate internacional me puso en contacto con determinada bibliografía que me permitió verificar los límites de la perspectiva teórica que acabo de sintetizar. Mi preocupación por los actores descuidaba la necesaria mirada de lo que ocurría en el interior del aparato estatal. El análisis de las demandas elevadas desde la sociedad civil hacia el estado y los resultados de la acción o inacción de su aparato sobre la organización del sistema de servicios no prestaba adecuada atención a los procesos de toma de decisiones generados en el interior de las agencias estatales involucradas.

Ese abordaje del estado como una *caja negra* cuyo contenido no se devela, y el estudio de los procesos de toma de decisiones en su interior, llevado adelante en función de

considerar exclusivamente los *inputs* colocados por los actores en la sociedad civil y los *outputs* concretados en las decisiones emanadas de las respectivas agencias, se ubicaba en una orientación analítica que algunos científicos políticos caracterizan como una *perspectiva centrada en la sociedad*.

En la evaluación de Jonathan Fox (1993), por ejemplo, los enfoques sociocéntricos explican la acción del estado sobre la base de los intereses, relaciones y estructuras de la sociedad civil. Algunos enfatizan la influencia que las fuerzas sociales ejercen directamente sobre el estado, mientras otros iluminan las restricciones externas que ellas imponen. Entre las limitaciones propias de ese enfoque se señala el reduccionismo resultante de atribuir exclusivamente a la intervención externa toda acción significativa por parte de sus agencias. No se considera que los actores estatales tienen sus propios intereses económicos y políticos, como individuos y como grupo. También tienen sus propias perspectivas sobre cómo responder a los desafíos desde dentro y fuera del estado, y su control sobre las decisiones de políticas a menudo les proporciona la capacidad para poner en práctica esas ideas. Las perspectivas sociocéntricas fallarían por consiguiente en tanto no reconocen que los actores estatales pueden tener la disposición y capacidad para iniciar y proseguir sus propios intereses entre fuerzas sociales contrapuestas.

La propuestas superadoras, tanto de las perspectivas sociocéntricas como de aquellas que colocan el énfasis en la forma en que los líderes y la burocracia estatales defienden sus propios intereses o sus propias visiones, y a partir de ellos modelan el orden social, proponen como alternativa de análisis la construcción de un *enfoque relacional*. Esto supone avanzar más allá de las simples lecturas instrumentalistas o subjetivistas del estado, adoptando una perspectiva *relacional y coyuntural* que lo analice a partir de la forma que adquiere el conflicto entre fuerzas sociales en competencia por sus decisiones (Jessop, 1982),

Un enfoque relacional requiere dar cuenta de cómo las capacidades de diferentes actores para alcanzar sus objetivos cambian a través del conflicto y la negociación. Tanto las respuestas que el estado pone en marcha frente a la movilización de los actores sociales como las formas en que estos procesos se desenvuelven no estarían, conforme a esa perspectiva, predeterminadas por la distribución inicial de recursos de poder. Por el contrario, la fuerza o debilidad de las fuerzas pro-reforma es modelada a través de su interacción estratégica unas con otras y con sus oponentes.

Otro concepto con valor instrumental en el análisis de la operatoria concreta de una trama institucional en una específica arena de política es la distinción que propone Douglass North (1990) entre instituciones y organizaciones. North aborda las instituciones

como *reglas de juego*, limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Las organizaciones, por su parte, proporcionan una estructura para esa interacción que expresa relaciones sociales. En este punto sería posible diferenciar reglas de juego y jugadores: las instituciones expresan conjuntos de reglas dotadas de capacidad de sanción –efectiva o moral– para ordenar el juego, mientras las organizaciones contienen a los jugadores. El objetivo de éstos últimos es ganar el juego y encuentran en las reglas determinadas posibilidades y limitaciones para diseñar sus estrategias, valorizar sus aptitudes y coordinar sus actividades. La política sería, precisamente, una práctica orientada a reproducir o transformar –según los intereses de diferentes actores– las reglas de juego vigentes.

El análisis de las instituciones recae en las reglas del juego y el de las organizaciones y sus dirigentes en su papel como agentes del cambio institucional. En este punto el análisis de North permite vincular procesos de nivel meso –actividad de organizaciones en diferentes ámbitos de la economía y de las relaciones sociales– con resultados macro: el impacto de las instituciones en el desempeño de las economías nacionales a lo largo del tiempo.

El interés por este tipo de perspectivas no se agota sin embargo en una receta simple de incorporar actores estatales al anterior análisis de actores sociales, por el contrario, abre nuevos problemas teóricos y empíricos, al tiempo que incentiva el ensayo de nuevas categorías para dar cuenta de la continuidad y el cambio históricos. En particular los trabajos del *nuevo institucionalismo histórico* enfatizan algunos enfoques que pueden orientar el análisis de las políticas de salud en Argentina. Algunos ejemplos claves serían la introducción de esquemas configurativos que intentan recuperar la multiplicidad de factores que inciden en el diseño de nuevas instituciones, el abordaje de coyunturas críticas, la emergencia de legados históricos o procesos *path dependent*.

Como instrumentos de referencia en esa tarea cuento con una serie de artículos dedicados a analizar políticas sociales y de salud que construyen enfoques relacionales e incorporan algunas categorías de análisis desarrolladas en los estudios neo institucionalistas, sin llegar a configurar metodologías cerradas o excluyentes, llevando el análisis muy cerca de los procesos históricos y la información empírica. A esquematizar esos enfoques dedico el próximo parágrafo.

#### **4.1. Los estudios que eligen como objeto las instituciones.**

El marco de la ciencia política, los estudios de institucionalistas y neo-institucionalistas, han abordado el tema de las políticas de salud y atención médica como parte de la

actividad del estado orientada a la puesta en marcha de políticas sociales. En este campo de análisis, las condiciones de surgimiento de los Estados de Bienestar en las sociedades de industrialización temprana, los determinantes de su expansión a lo largo de los *gloriosos treinta* y las limitaciones y obstáculos enfrentados por sus equivalentes en la periferia se han recuperado en el registro político y en vinculación con una cierta renovación de la reflexión sobre las capacidades del estado.

Un buen número de analistas políticos, sin suscribir explícitamente las teorías y los métodos de abordaje de los neo-institucionalistas, enfocan las políticas de salud y los servicios de atención médica bajo perspectivas similares. Un mérito significativo a reconocer en estos enfoques reside en el énfasis puesto en las condiciones específicas de espacio y tiempo –aún cuando se trate de analizar formas de estado y modalidades de definición de políticas reconocibles a nivel regional o mundial– y en los enfoques historiográficos en términos de proceso.

El *nuevo* y el *viejo* institucionalismo, en tanto corrientes de la ciencia política, enfocan preferentemente el problema del estado y su capacidad para construir y conservar el (de construcción y conservación del) orden social. No es fácil delimitar con precisión los alcances de uno y otro, salvo el interés específico de los estudios más recientes por recuperar la articulación entre actor y estructura, entre enfoques macro y micro y, particularmente, por abordar al estado desde una perspectiva relacional. La renovación del enfoque y la intención de reconocerse en una nueva identidad que es explicitada con la incorporación del prefijo *neo*, tiene como origen y estímulo, al igual que en su contraparte económica, los nuevos interrogantes derivados de la crisis de los años '70. Los déficits de gobernabilidad que puso de manifiesto dicha crisis, colocaron en la agenda de los politólogos el problema de la capacidad de los estados para regular la relación entre actores con expectativas divergentes en la definición de las relaciones sociales fundamentales.

En esa coyuntura, señala Skocpol, las ciencias sociales se hacen cargo del nuevo desafío consistente en analizar los estados en una doble dimensión: como actores dotados de diferentes grados de autonomía y como estructuras institucionales capaces de encauzar el conflicto social. (Skocpol, 1989).

Para dar respuesta a nuevos y viejos interrogantes Skocpol considera insuficiente la usual consideración del estado como un foro en el que los grupos sociales formulan demandas y emprenden luchas políticas o concluyen acuerdos. Esta perspectiva del estado como *arena* donde se explicitan y negocian intereses relativamente contrapuestos, propia de las corrientes pluralistas, estaría siendo revisada por una concepción que lo reivindica como *actor*, en parte a través de un retorno a las fuentes como, en este caso, Weber:

“Max Weber sostenía que los estados son asociaciones obligatorias que reivindican el control de los territorios y las personas que en ellos habitan. Las organizaciones administrativas, jurídicas, recaudatorias y coercitivas constituyen el núcleo de todo estado. Estas organizaciones tienen estructuras variables en los distintos países y pueden enmarcarse en algún tipo de sistema constitucional-representativo de gobierno parlamentario y contienda electoral por los puestos ejecutivos y legislativos claves. No obstante los estados deben ser considerados como algo más que ‘gobiernos’. Son sistemas administrativos, jurídicos, burocráticos y coercitivos permanentes que no sólo tratan de estructurar las relaciones *entre* la sociedad civil y la autoridad pública en una organización política, sino también de estructurar muchas relaciones cruciales dentro de la sociedad civil” (Skocpol, 1989: 72).

La lucha política debe ser pensada, en consecuencia, no como una contraposición de fuerzas en espacios de confrontación y negociación que se redefinen continuamente en función de los intereses y estrategias de los principales actores –tal como se expresa en la imagen de un *mercado político*. Esa lucha se insertaría, por el contrario, en el interior de una *trama institucional* con capacidad para establecer las reglas de juego para la confrontación y permitir la elaboración de acuerdos relativamente estables. Las capacidades institucionales del estado serían cruciales en la construcción y reproducción de esa trama. Su falta de coherencia, su inestabilidad, la inexistencia de capacidades sancionatorias o el no reconocimiento de su legitimidad por parte de actores con capacidad de veto, implicarían déficits significativos en la capacidad de gobierno por parte de las instituciones estatales.

El abordaje neo-institucional se ha aplicado también al análisis de la toma de decisiones en materia de política social. Los estudios históricos han verificado que las políticas sociales han sido trazadas en un buen número de casos a partir de iniciativas autónomas de las autoridades del estado. Algunos regímenes burocrático-autoritarios habrían desarrollado importantes capacidades administrativas y puesto en marcha determinadas políticas sociales con el objeto de facilitar el desarrollo económico mientras deflacionaban el descontento popular, como habría demostrado Malloy en su estudio del Brasil *patrimonial burocrático*. Otras investigaciones se han centrado mucho más específicamente en los recursos organizativos e intelectuales a través de los cuales los estados particulares han manejado –o fracasado en manejar– determinadas clases de problemas (Malloy, 1979; Skocpol y Amenta, 1986).

Un ejemplo relevante de ese tipo de abordaje histórico y comparativo es el trabajo de Esping-Andersen (1996) Allí se interpretan, en clave neo institucionalista, los resultados de su muy importante estudio dedicado a explorar las transformaciones del Estado de Bienestar en Europa Occidental, América del Norte, Australia, Nueva Zelandia, los países anteriormente comunistas de Europa Oriental, el Este Asiático y América Latina. Cuando se trata de evaluar el peso que han tenido en esas transformaciones las nuevas fuerzas mundiales en los años ‘80 y ‘90 (agenda neoliberal, privatización, globalización, etc.), la

conclusión de este analista es que su impacto no debe exagerarse. Los resultados de los estudios comparativos mostrarían que los mecanismos políticos e institucionales de representación de diversos intereses y de formación de consensos políticos afectan en gran medida el manejo de los objetivos asistenciales, de empleo y de crecimiento. Así como los distintos países se diferencian en cuanto a la fuerza relativa de los sindicatos y asociaciones patronales y su grado de organización y centralización, también registran diferencias en su capacidad para el manejo de los intereses en pugna.

Los países con instituciones débiles –abunda Esping Andersen– carecen de la capacidad de negociar convenios obligatorios entre actores con expectativas antagónicas, de modo que no es posible compensar los objetivos conflictivos de políticas de bienestar, empleo y eficiencia. Los sistemas débiles o fragmentados pueden perjudicar la capacidad de una economía para adaptarse al cambio.

Pese a la multiplicidad de enfoques vinculados a perspectivas propias de los institucionalismos con diferentes “apellidos”, considero oportuno en este punto avanzar en una presentación esquemática de dos de las corrientes que se han volcado al análisis de las políticas de salud en las últimas dos décadas: los nuevos institucionalismos, histórico y sociológico.

Como se verá en el siguiente apartado, no es tarea sencilla la diferenciación entre ambas corrientes. En un artículo publicado en 1999, Kathleen Thelen señalaba las dificultades que se presentan para delimitar ambas escuelas a partir de comparaciones sumarias, como las que intento realizar en este documento. Cada una de ellas, señala esta autora, está caracterizada por una gran diversidad interna, lo que a menudo dificulta la delimitación de líneas claras de diferenciación. Las perspectivas identificadas suman tendencias que se aplican en forma desigual entre autores específicos en el interior de cada escuela. Las paredes que dividen estas perspectivas –a las que suma también los trabajos del nuevo institucionalismo de elección racional– han sido erosionadas por “border crossers” que han resistido las tendencias a considerarlas de manera separada y que han tomado en préstamo sus hipótesis y categorías de análisis en forma libre y a menudo fructífera (Thelen, 1999).

#### **4.2. El nuevo institucionalismo histórico**

El institucionalismo histórico representa un intento para iluminar de qué forma las luchas políticas están mediadas por los espacios institucionales en los que tienen lugar. En general, las instituciones se definen como procedimientos formales o informales, rutinas, normas y convenciones enraizadas en la estructura organizativa del sistema político o la

economía política. Sus analistas pueden reconocer un rango desde las reglas del orden constitucional o los procedimientos operativos estándar de una burocracia, hasta las convenciones que gobiernan la conducta de los sindicatos o las relaciones banca-empresa. En general, los institucionalistas históricos asocian las instituciones con organizaciones y las reglas o convenciones promulgadas por una organización formal.

Estos investigadores están interesados en el completo rango de las instituciones del estado y la sociedad, que son las que modelan la forma en la que los actores políticos definen sus intereses y estructuran sus relaciones de poder con otros grupos. Así, están claramente incluidos en la definición algunos elementos del contexto institucional, tales como las reglas de competencia electoral, la estructura del sistema de partidos, la relación entre diferentes ramas del gobierno, y la estructura y organización de actores políticos, sociales y económicos.

Peter Hall es quien mejor explicita la cuestión de cómo las instituciones se ubican en el análisis, tanto de la toma de decisiones sobre políticas como del conflicto político, en el interior del institucionalismo histórico. Este autor, enfatiza el modo en que las instituciones modelan los objetivos que persiguen los actores políticos y la forma en que ellos estructuran las relaciones de poder que los vinculan, privilegiando algunas y poniendo otras en desventaja. En sus términos:

*“Los factores institucionales juegan dos roles fundamentales en este modelo. Por un lado, la organización de la toma de decisiones políticas afecta el grado de poder que cualquier conjunto de actores tiene sobre los resultados en políticas. (...) Por otro lado, la posición organizativa también influye la definición del actor de su propio interés, estableciendo sus responsabilidades institucionales y sus relaciones con los otros actores. De este modo los factores organizacionales afectan tanto el grado de presión que un actor puede llegar a ejercer sobre la política como la probable dirección de esa presión” (Hall, citado por Steinmo y Watts, 1992: pág.2)*

Explicar la persistencia de diferencias entre naciones pese a desafíos y presiones comunes fue un tema central en el trabajo de los primeros neo institucionalistas, y esto implicó un cambio en el énfasis a nivel empírico y teórico. Criticando el enfoque a-histórico de las teorías tradicionales de los grupos de interés, y también del análisis marxista, estos teóricos quisieron conocer por qué los grupos de interés demandaron diferentes políticas en diferentes países y por qué los intereses de clase se manifestaron en forma diferente entre sus ciudadanos. Al mismo tiempo, los neo institucionalistas se separaron de conceptos (como modernidad y tradición) que tendían a homogeneizar naciones, para aproximarse a conceptos que podían capturar la diversidad entre ellas (por ej. la distinción entre estados “fuertes” y “débiles” en los países industriales avanzados). Así, el desafío empírico planteado por las diferentes respuestas a cuestiones comunes orientó –entre los últimos años ’70 y los primeros ’80- un cambio parcial que dejó de lado la teorización

general y avanzó en la identificación de factores de nivel intermedio –arreglos corporativos, redes de política vinculando los grupos económicos a la burocracia del estado, estructuras de partido– y del rol que juegan en definir la constelación de incentivos y limitaciones enfrentadas por actores políticos en diferentes contextos nacionales.

Peter Hall y Rosemary Taylor, por su parte, enumeran cuatro rasgos distintivos del nuevo institucionalismo histórico. En primer lugar, los institucionalistas históricos tienden a conceptualizar la relación entre instituciones y conducta individual en términos relativamente amplios, utilizando alternativamente dos enfoques: el “enfoque de cálculo” y el “cultural”. En función del primero, sostienen que las instituciones afectan la conducta proporcionando a los actores un mayor o menor grado de certidumbre sobre la conducta presente y futura de otros actores. Más específicamente, las instituciones proporcionan información relevante sobre la conducta de otros, mecanismos de *enforcement* para los acuerdos, penalidades por defección, y demás. La interacción estratégica juega claramente un rol en tales análisis. En contraste, quienes adoptan el enfoque cultural, consideran que la conducta no es totalmente estratégica y está vinculada a la visión del mundo de cada individuo. Sin negar que la acción humana es racional o propositiva, se enfatiza la medida en la cual los individuos utilizan rutinas establecidas o patrones de conducta familiares para alcanzar sus propósitos. Desde esta perspectiva, las instituciones proporcionan modelos morales o cognitivos para la interpretación y la acción. (Hall y Taylor, 1996)

En segundo término, los institucionalistas históricos enfatizan las asimetrías de poder asociadas con la operación y desarrollo de instituciones. Se han mantenido especialmente atentos al modo en que las instituciones distribuyen el poder de forma desigual entre grupos sociales. Antes que plantear escenarios de individuos que contratan libremente, por ejemplo, es más probable que asuman un mundo en el cual las instituciones dan a algunos grupos o intereses un acceso desproporcionado al proceso de toma de decisiones, y antes que enfatizar el grado en el cual un resultado hace que cada uno mejore, tienen enfatizar cómo algunos grupos pierden mientras otros ganan.

Un tercer rasgo consiste en que los institucionalistas históricos están también estrechamente asociados con una particular perspectiva del desarrollo histórico. Han sido fuertes proponentes de una imagen de causación social que es *path dependent*, en tanto rechaza el postulado tradicional de que las mismas fuerzas en operación generarán el mismo resultado en cualquier lugar, a favor de una visión en la que el efecto de tales fuerzas será mediado por los rasgos contextuales de una determinada situación, a menudo heredada del pasado. Por supuesto, los más significativos de estos rasgos son considerados de naturaleza institucional. Las instituciones son vistas como rasgos

relativamente persistentes del paisaje histórico y como uno de los factores centrales que empujan el desarrollo histórico a lo largo de un conjunto de 'senderos'.

Para explicar cómo las instituciones producen tales senderos, es decir, cómo estructuran la respuesta de una nación a los nuevos desafíos, los primeros analistas enfatizaron el impacto de las "capacidades estatales" existentes y los 'legados de política' sobre las subsiguientes opciones de política. Otros enfatizan el modo en que las líneas pasadas de política condicionan las políticas subsiguientes estimulando a las fuerzas sociales a organizarse a lo largo de algunas líneas antes que de otras, a adoptar identidades particulares, o a desarrollar intereses en políticas que es costoso cambiar. En este contexto, los institucionalistas históricos enfatizan las consecuencias no esperadas y las ineficiencias generadas por las instituciones existentes, en contraste con imágenes de las instituciones como más propositivas y eficientes.

Por último: aunque llaman la atención sobre el rol de las instituciones en la vida política, los institucionalistas históricos raramente insisten en que las instituciones sean la única fuerza causal en política. Típicamente buscan ubicar las instituciones en una cadena causal que contemple el rol de otros factores, especialmente el desarrollo socioeconómico y la difusión de ideas. Han sido especialmente atentos a la relación entre instituciones e ideas o creencias.

#### **4.3. El nuevo institucionalismo sociológico.**

Los nuevos institucionalistas en sociología comienzan por argumentar que muchas de las formas y procedimientos institucionales utilizados por las organizaciones modernas no fueron adoptados simplemente porque se mostraron como los más eficientes para las tareas a su cargo, en línea con alguna 'racionalidad' trascendente. Sostienen en cambio que muchas de estas formas y procedimientos deben ser vistas como prácticas culturalmente específicas, semejantes a los mitos y ceremonias diseñados por muchas sociedades, y asimilados en organizaciones, no necesariamente para fortalecer su eficiencia formal medios-fines, sino como un resultado del tipo de procesos asociados más generalmente con las prácticas culturales. Así, argumentan, incluso la más aparentemente burocrática de las prácticas tiene que ser explicada en términos culturales.

Dada esta perspectiva, la problemática que adoptan típicamente los institucionalistas sociológicos busca explicaciones de por qué las organizaciones toman conjuntos específicos de formas, procedimientos o símbolos institucionales; y enfatizan cómo tales prácticas se difunden a través de campos organizativos o entre naciones.

Tres rasgos del institucionalismo sociológico la caracterizarían como diferente en el contexto de los otros nuevos institucionalismos en la lectura de Hall y Taylor:

En primer término, tiende a definir las instituciones de forma mucho más amplia que los cientistas políticos, para incluir no sólo reglas, procedimientos o normas formales, sino también los sistemas de símbolos, las escrituras cognitivas y los modelos morales que proporcionan las “*tramas de significación*” que guían la acción humana. Tal definición anula la división conceptual entre ‘instituciones’ y ‘cultura’. Las dos se influenciarían en forma recíproca. Esto tiene dos implicaciones importantes. Primero, desafía la distinción que muchos cientistas políticos hacen entre ‘explicaciones institucionales’, basadas en estructuras organizativas y ‘explicaciones culturales”, basadas en una comprensión de la cultura, como son las actitudes o los valores compartidos. Segundo, este enfoque tiende a redefinir la misma ‘cultura’ como ‘instituciones’. A este respecto, refleja un giro cognitivo en el interior de la misma sociología, separándose de formulaciones que asocian cultura exclusivamente con actitudes o valores afectivos y aceptando otras que ven a la cultura como una red de rutinas, símbolos o escrituras que proporcionan modelos para la conducta (Hall y Taylor, 1996:pág. 8).

En segundo lugar, los nuevos institucionalistas en sociología tienen también una comprensión particular de la relación entre instituciones y acción individual. Una perspectiva anterior de análisis sociológico resolvió el problema de especificar la relación entre instituciones y acción a partir de asociar las instituciones con ‘roles’ a los cuales se vinculaban ‘normas de conducta’ prescriptivas. En esta visión, los individuos que han sido socializados en roles institucionales particulares internalizan las normas asociadas con tales roles y de este modo las instituciones afectan la conducta. Podemos pensar esto como la ‘dimensión normativa’ del impacto institucional.

Aunque algunos continúan empleando tales concepciones, muchos institucionalistas en sociología colocan un nuevo énfasis en lo que podemos pensar como la ‘dimensión cognitiva’ del impacto institucional. Es decir, enfatizan el modo en que las instituciones ejercen influencia sobre la conducta a partir de proporcionar escrituras, categorías y modelos cognitivos que son indispensables para la acción, porque sin ellos el mundo y la conducta de los otros no pueden ser interpretados. En muchos casos, se dice que las instituciones proporcionan los verdaderos términos a través de los cuales se asigna significado en la vida social. De ello se sigue que las instituciones no simplemente afectan los cálculos estratégicos de los individuos, tal como afirman los teóricos de la elección racional, sino también inciden en preferencias más básicas y auténtica identidad. Las auto-imágenes e identidades de los actores sociales se consideran constituidas a partir de las formas e imágenes institucionales proporcionados por la vida social.

Consiguientemente, muchos enfatizan el carácter altamente interactivo y mutuamente constitutivo de las relaciones entre instituciones y acción individual. Cuando actúan como especifican las convenciones sociales, los individuos simultáneamente se constituyen a sí mismos como actores sociales, en el sentido de involucrarse en actos socialmente significativos, y refuerzan la convención a la cual están adhiriendo. Central para esta perspectiva es la noción de que la acción está herméticamente vinculada con la interpretación. Así, los institucionalistas insisten en que, cuando se enfrenta con una situación, el individuo debe encontrar la forma de reconocerla así como de responder a ella, y las escrituras o modelos implícitos en el mundo institucional le proporcionan los medios para llevar adelante estas tareas de manera más o menos simultánea. La relación entre el individuo y la institución, por consiguiente, es construida sobre una clase de 'razonamiento práctico', por medio del cual el individuo trabaja y re-trabaja con los modelos institucionales disponibles para diseñar un curso de acción. Nada de esto sugiere negar que los individuos sean propositivos o estén orientados por metas racionales. Sin embargo, se enfatiza que lo que un individuo ve como 'acción racional' está socialmente constituido. Si los teóricos de la elección racional a menudo proponen un mundo de individuos u organizaciones, procurando maximizar su bienestar material, los sociólogos frecuentemente proponen un mundo de individuos u organizaciones buscando definir y expresar su identidad en formas socialmente apropiadas.

Finalmente, los institucionalistas argumentan que las organizaciones a menudo no adoptan una nueva práctica institucional porque consideren que aumenta la eficiencia medios-fines de la organización, sino porque fortalece su legitimidad social o la de sus participantes. En otras palabras, las organizaciones eligen formas o prácticas institucionales específicas debido a que son ampliamente valoradas en el interior de un medio cultural más amplio. En algunos casos, estas prácticas pueden ser efectivamente disfuncionales con relación a lograr las metas formales de la organización.

## **5. El aporte de la historia y sociología de las profesiones**

Un segundo instrumento para el análisis de las políticas de salud y atención médica estará conformado por los aportes metodológicos generados por la historia de las profesiones. Este campo disciplinario no ha tenido muchos cultores en Argentina. Más allá de nuestras fronteras se lo suele integrar en una disciplina más amplia y dotada de cierto prestigio, en particular en el mundo anglosajón: la *sociología de las profesiones*, con escasa presencia también en nuestro universo académico. Ese reconocimiento supone un desafío en la presentación de mi trabajo: debo estimular al lector a introducirse en una

temática que no le resulta familiar, debo justificar esa temática como objeto legítimo de labor historiográfica, necesito eludir un posible etiquetamiento de mi esfuerzo como mera preocupación erudita.

Puedo utilizar en esa tarea algunos insumos del debate generado a nivel internacional a partir de los años 80, cuando la multiplicación de estudios, tanto en los países de habla inglesa –incluyendo Australia y Nueva Zelanda– como en el resto de Europa occidental, estimuló la adopción de enfoques histórico-comparativos. En particular por el especial interés asignado por historiadores y sociólogos al estudio de la profesión considerada más exitosa en la afirmación de sus reivindicaciones de autonomía: la que reúne a los profesionales de la medicina, también objeto del estudio al que alude este documento.

Es conveniente, en primer lugar, enfatizar que ese campo de investigación y análisis no se caracteriza por algún consenso, más o menos generalizado, en torno a las coordenadas teóricas que facilitarían la organización de la información empírica obtenida en estudios particulares. Por el contrario, es un campo que se afirmó a través del debate: el origen de los enfoques más modernos se identifica en los años '60/'70, con el cuestionamiento de las perspectivas estructural-funcionalistas dominantes en los estudios precedentes. Más tarde, la ampliación y renovación de enfoques en los años '80 y '90 se sustenta en la consideración de una supuesta o real crisis en el reconocimiento de la autoridad y autonomía profesional, dando origen a hipótesis en conflicto relativas a la presencia de condiciones de desprofesionalización –incluso de proletarización– en algunos escenarios. El consiguiente debate, tramado en torno al pasado, presente y futuro de la profesión médica, abrió un nuevo espacio de discusión teórica.

Sin desconocer la importancia de tales antecedentes, no pretendo incorporar en este trabajo los enfoques alternativos presentes en los estudios contemporáneos. Rescataré tan sólo algunos conceptos muy generales, adecuados para ilustrar y justificar los contenidos y énfasis de mi relato y la periodización que los historiza.

Para comenzar a desbrozar esa trama puede ser conveniente señalar las dificultades entre los analistas para alcanzar consenso en torno a una definición del objeto de este tipo de reconstrucción histórica. Un número importante de investigadores acepta la definición propuesta por Eliot Freidson (1970) en sus primeros trabajos, cuando defendió la selección de rasgos particulares como momento metodológico indispensable para llegar a una sistematización adecuada de la emergencia y consolidación de las profesiones reconocidas.

Tras ese objetivo, Freidson identificó a las profesiones como ocupaciones particulares, caracterizadas por una posición dominante en la división del trabajo que les permite

controlar las condiciones de su actividad; una situación autónoma o independiente obtenida a partir de la convincente promesa de integridad de sus miembros; y una práctica sustentada en el conocimiento científico y orientada por algunos principios éticos definidos por sus propias organizaciones, que se suponen incorporados por su membresía a través de la formación académica y la práctica profesional.

En un trabajo que procura avanzar sobre las definiciones de Freidson, Michael Burrage (1990a) defiende la utilidad operativa de la definición propuesta por Werner Conze y Jürgen Kocka, en tanto diferencia entre las características que describen las ocupaciones profesionales y las demandas y reclamos que ellas hacen, al tiempo que proporciona criterios de identificación que pueden ser operacionalizados y medidos:

*“Una profesión significa un ocupación decididamente no manual, de tiempo completo, cuya práctica supone entrenamiento especializado, sistemático y académico (...) El acceso depende de la aprobación de ciertos exámenes que dan derecho a títulos y diplomas, y sancionan por lo tanto su rol en la división del trabajo (...) [las profesiones] tienden a demandar monopolio de servicios así como libertad del control por otros, como los legos, el estado, etc. Basadas sobre la competencia, la ética profesional y la importancia especial de su trabajo para la sociedad y el bienestar común, las profesiones reclaman recompensas materiales específicas y alto prestigio social.” (Burrage, 1990a: 205)*

Volviendo a los orígenes, puede señalarse que una primera consolidación de los estudios sobre profesiones se alcanzó en los años '70, cuando los trabajos de Freidson (1970) en EEUU y Johnson (1972) en Inglaterra cuestionaron el énfasis puesto en la función social propia de las profesiones para incorporar a su estudio la problemática del conflicto y el poder.

En ese punto también se afirma el interés por el enfoque histórico, en tanto se enfatiza el carácter ideológico de las reivindicaciones profesionales, se reconstruye el proceso histórico de conformación de sus organizaciones, y se describen los caminos a partir de los cuales se obtuvo el privilegio de la autorregulación y se fortaleció su autoridad sobre las ocupaciones asociadas y la clientela.

A partir de estos nuevos enfoques, múltiples estudios realizados tanto en los EEUU como en Inglaterra, adoptan lo que pasa a denominarse un *enfoque de poder* en contraposición al *enfoque de rasgos* de los anteriores escritos estructural-funcionalistas. Más tarde, en la misma década, Magalí Safartí Larson publica su libro *The Rise of Professionalism* (1977), trabajo pionero que estimularía un número significativo de investigaciones sobre los procesos de profesionalización. En él se articula una perspectiva marxista de la evolución de las sociedades de clase con aportes de Weber referidos a las formas de dominación y la identificación de grupos de estatus.

Los años '80 se caracterizaron por la incorporación de un enfoque comparativo. Esto sucedió cuando la literatura anglo-americana sobre profesiones comenzó a atraer la atención de historiadores y sociólogos en la Europa continental, y los investigadores que habían liderado el desarrollo del campo reconocieron que sus teorizaciones originales descansaban sobre una evidencia estrecha, obtenida del desarrollo particular de su propia cultura. Al mismo tiempo, los historiadores refinaron sus formas de abordaje, entendiendo que la mera cronología del surgimiento de las instituciones profesionales no era suficiente para comprender de forma adecuada la influencia de las lealtades y aspiraciones profesionales sobre la vida y la salud de los individuos a su cuidado y las poblaciones en las que se insertan (Burrage et al. 1990b).

De interés particular para un abordaje histórico de la profesión médica en Argentina son los estudios publicados en EEUU con similar enfoque. La cantidad y calidad de la información disponible para EEUU fue uno de los motores que impulsaron mi interés por recuperar similares procesos en Argentina. La historia que construyen los escritos de Elliot Freidson (1970), el imponente libro de Paul Starr (1982), la reconstrucción de James Robinson (1999) sobre las transformaciones de las últimas décadas, y los múltiples trabajos que recuperan períodos particulares o recortes específicos, muestra semejanzas notables con los procesos identificados en nuestro país, a la vez que diferencias significativas que estimulan el interés por justificarlas, explicarlas, profundizarlas.

En función de satisfacer al menos en parte esa inquietud, intento utilizar en mi texto un enfoque intermedio que recupera los grandes trazos del desarrollo de la profesión médica en EEUU, de manera de establecer coincidencias y diferencias con los respectivos procesos en nuestro país y construir hipótesis en torno a su explicación. Puede encontrarse un primer ejemplo en las coincidencias sobre los criterios de periodización y las divergencias verificables en la respectiva cronología de los momentos de cambio.

### **5.1 Algunos referentes empíricos**

La obra de Paul Starr es fundamental en este aspecto. Construyendo un relato con hipótesis originales sobre los argumentos desplegados por Freidson, Starr dedica el capítulo introductorio de su libro a recuperar los orígenes sociales y culturales de la situación dominante en el interior del sistema de servicios alcanzada por la profesión médica a lo largo del siglo XX. Lo hace a partir de considerar que la autoridad y la autonomía que constituyen sus bases de sustentación fueron resultado de un proceso histórico complejo, y no consecuencias directas de los avances de la ciencia biomédica. En el siglo XIX, afirma, la profesión médica era débil, estaba dividida, sufría inseguridad en su

estatus e ingresos, era incapaz de controlar su práctica o de establecer las normas para la educación de su futura membresía. En el siglo XX no solamente la medicina se convirtió en una profesión poderosa, prestigiosa y rica. Además, a partir de los años '30 de ese siglo los médicos tuvieron éxito en modelar la estructura organizativa y financiera básica de la atención médica estadounidense. En las últimas décadas de ese siglo, esa organización comenzó a deslizarse fuera del control profesional, el poder se desplazó desde la profesión organizada hacia complejos de escuelas médicas y hospitales, agencias reguladoras, empresas de seguro, conglomerados, holdings y otras empresas, y desde profesionales de la medicina hacia economistas y expertos en administración.

En líneas generales podrían identificarse criterios similares para una periodización de la historia de la profesión médica en Argentina, aún cuando la cronología de los procesos de cambio difiera, y el poder de la profesión en la regulación y control del sistema de servicios haya estado en nuestro medio limitado por la presencia de otros actores con mayor capacidad de llegada al poder político.

En la perspectiva desarrollada por Eliot Freidson, la *American Medical Association* (AMA) gozó desde los primeros años del siglo XX de una autonomía considerable, tanto socioeconómica como técnica. Muchos de los poderes que en otras naciones quedaron en manos del estado le fueron delegados, y sus profesionales estuvieron bastante libres de la interferencia no profesional. En esas condiciones la AMA se constituyó como la principal fuente de influencia para preservar o restringir la autonomía en la práctica profesional.

No puede decirse lo mismo respecto a la Confederación Médica Argentina, que sólo logró una organización a nivel nacional en 1941, padeció las dificultades asociadas a su prudente oposición al peronismo, y enfrentó el riesgo de ser superada por organizaciones de médicos que se alineaban con las políticas gubernamentales. Sin embargo, a partir de los años '60 comenzó una decidida lucha por la afirmación de las libertades médicas en sus contrataciones con mutualidades y obras sociales. Y con posterioridad a 1970 construyó un espacio de negociación en el interior de Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) que le permitió obtener el reconocimiento de esas libertades en la contratación con esas organizaciones de cobertura.

La historia de ambos sistemas de servicios vuelve a vincularse en el tercer momento identificado por Starr, que marcaría, a partir de los años '70, la declinación de la legitimidad del poder profesional. El fenómeno se inscribe en un proceso más amplio, alimentado por la pérdida de confianza en la capacidad de la ciencia y la tecnología para promover el bienestar de las sociedades. En paralelo se pone en cuestión la capacidad de la medicina para hacerse cargo en forma integral de la problemática de salud. En el campo

específico de la atención médica preocupa el continuo incremento de costos y la falta de correspondencia entre el gasto en atención médica y los resultados en mejora de los indicadores de salud/enfermedad de las poblaciones.

Con diferentes énfasis, múltiples diagnósticos vinculan la crisis de costos con las excepcionales condiciones de autonomía y autorregulación en manos de la profesión médica. La siguiente cita justifica a mi criterio su extensión en tanto constituye una excelente síntesis de los factores en juego y, aunque fuera escrita en relación al sistema estadounidense, puede aplicarse con algunas salvedades a nuestro país:

*“La trama de profesionalismo médico crea una espiral de capacidad, tecnología, utilización y costos en expansión. El pago a los médicos según honorarios por servicio y los reembolsos a los hospitales sobre la base de costos recompensan la atención extensiva y compleja. Los médicos recomendaban más visitas, más pruebas, y más procedimientos. (...) La difusión del seguro protegió a la mayoría de los consumidores del costo de la atención, estimulando la demanda del paciente por servicios ambulatorios y adecuando las decisiones médicas para referir a consultas de especialistas. La calidad de la atención aumentó rápidamente en la medida que los aseguradores reembolsaron el capital y los costos operativos del nuevo equipamiento, nuevos fármacos y nuevas técnicas quirúrgicas. Los 70s y los 80s fueron en muchas formas la edad de oro de la profesión médica, basada en la práctica individual, el pago según honorario por servicio, el aislamiento de la competencia de precios y el generoso subsidio público.*

*“El talón de Aquiles del sistema profesional fue la falta de controles financieros. Médicos y hospitales fueron motivados a proveer siempre más y mejores servicios, dado que los mayores costos generaban mayores ingresos. Los pacientes estuvieron motivados para demandar más y mejores servicios dado que los costos fueron trasladados sobre los aseguradores y desde ellos a los empleadores y contribuyentes. Los empleadores estuvieron motivados para expandir la generosidad de los beneficios de seguro para capturar el subsidio impositivo. Medicare y Medicaid consideraron los servicios cubiertos como cobertura obligatoria para los beneficios, el coronamiento del edificio de seguridad social del New Deal, y estuvieron más dispuestos a adecuarse a los intereses de los médicos de modo de mitigar la hostilidad tradicional de la medicina organizada. Todos decían sí, y nadie decía no frente a la expansión de la utilización, especialización y gasto”. (Robinson, 1999)*

Los cambios en el escenario estadounidense se aceleraron como estrategia defensiva de los intereses dominantes en el sistema de servicios, ante la potencial amenaza de mayor regulación contenida en el Plan Clinton, elevado al Congreso en 1994 y nunca sancionado. En Argentina, las transformaciones se ponen en marcha con anticipación al proyecto de desregulación de las obras sociales sancionado por decreto en enero de 1993. Los contratos capitados pactados entre obras sociales y redes de proveedores introducen mecanismos de *managed care* destinados a controlar utilización y gasto.

En ambos casos la reforma queda en manos de los agentes con capacidad de control de las relaciones establecidas entre financiadores y proveedores de atención médica, con escasa o nula capacidad de regulación del poder político. En ambos casos, también, las estrategias puestas en marcha por dichos agentes difirieron considerablemente, al igual

que los resultados obtenidos, aumentando la fragmentación y heterogeneidad que constituyen características históricas de ambos sistemas de servicios.

## **5.2. La cuestión de las identidades profesionales y las relaciones profesión/estado**

La identificación de las transformaciones ocurridas a nivel del financiamiento y provisión de servicios es ineludible en función de una hipótesis de trabajo que sostiene que los cambios en las identidades y estrategias profesionales están vinculados a tales transformaciones, no a partir de una relación de causa/efecto sino obedeciendo a múltiples interacciones recíprocas. En mi estudio procuro develar esas interacciones, pero centro el análisis en las representaciones que la profesión médica construye sobre sí misma, su lugar en la sociedad argentina y su relación con otros agentes y actores, tanto sectoriales como estatales, vinculados al sistema de servicios de salud.

La cuestión de las identidades es importante en mis hipótesis de trabajo en función de las divisiones que genera en el interior del gremio médico la defensa de muy diferentes modelos organizativos, y la historicidad de estos enfrentamientos. En este espacio sólo puedo esquematizar algunos ejemplos, extraídos de un trabajo anterior (Belmartino, 2008).

En los años '30, la conmoción que genera entre los profesionales la percepción de una profunda crisis en su mercado de trabajo y la generalizada demanda de una intervención del estado orientada a reordenarlo, genera un extendido y complejo debate. En él se manifiestan diferencias en ideas y propuestas, que son parte de las dificultades del gremialismo médico para constituirse como actor unitario y proyectar sus demandas en la definición de nuevas instituciones. En ese escenario es posible discernir tres tendencias que identifican a los Círculos Médicos más activos en la Capital Federal: Oeste, Sud, Sudoeste.

Los dirigentes del primero se inscriben en lo que podría caracterizarse como una *orientación privatista*, partidarios de la limitación del hospital a la población indigente. Miran con desconfianza cualquier posibilidad de expansión de la actividad estatal, ya se trate de la implantación de cargos *full time* o de proyectos más ambiciosos como el de *oficialización* de la medicina. Conforme esa perspectiva, la práctica privada, orientada y controlada por el gremio, no debía encontrar obstáculos en la expansión de la actividad estatal.

Los profesionales agremiados en su principal antagonista, el Círculo Médico del Sudoeste, niegan categóricamente que la limitación del acceso a los hospitales pueda solucionar la crisis del consultorio profesional en tanto exponente de la actividad privada de corte individual. Progresos técnicos y cambios sociales, afirman, conducen al desarrollo

de las grandes organizaciones médicas: el estado debe expandir sus servicios, no retacearlos.

El Círculo Médico del Sud, por su parte, aunque cuenta entre sus dirigentes al creador de un proyecto de oficialización de la medicina –que la colocaría en manos del estado, bajo la conducción de los médicos– adopta una perspectiva pragmática, propone la oficialización como solución de largo plazo y en lo inmediato se inclina por limitar el hospital a la población sin recursos y el apoyo a formas organizativas que canalicen hacia las instalaciones privadas el sector de población de ingresos medios.

Nuevos y diferentes ejemplos se encuentran en la coyuntura de cambio sectorial que supuso la intervención del gobierno de Onganía en la regulación de las obras sociales a través de la ley 18610/70. En este caso el debate ideológico en el interior de la profesión resulta dominado por la confrontación política. El gremio se enfrenta a la agencia estatal que se propone limitar esa autonomía. El debate que recuperamos fundamentalmente se desarrolla en el interior de las estructuras de gobierno de la Confederación Médica y sus filiales. Allí, los argumentos se politizan y la discusión gira en torno a una tensión difícil de resolver entre el mantenimiento de una posición principista y la conveniencia / necesidad de aceptar la negociación con las estructuras del poder político.

Si se quiere esquematizar brevemente las posiciones planteadas en torno a la futura organización del sistema es posible agrupar las propuestas en dos grandes conjuntos. En el primero, el énfasis se ubica en la *integración* de servicios y el carácter *social* de la organización resultante. Lo *social* en este caso se define por oposición, por un lado a lo estatal / burocrático, por el otro a lo privado / lucrativo. La organización del futuro sistema no se piensa como una estructura única bajo la jurisdicción del estado. La integración resultaría por un lado de la existencia de un mecanismo financiador único organizado sobre bases solidarias, la provisión seguiría a cargo de entidades independientes, vinculadas a través de mecanismos de “planificación coparticipada”. Un segundo conjunto de opciones privilegia la alternativa *pluralista* frente a la integración, y opta decididamente por ubicar el sistema en la órbita de la actividad privada. En la formulación de propuestas el liderazgo corresponde a dirigentes de la Federación Médica de la Capital Federal; en el ámbito político gremial la defensa de un sistema pluralista quedará fundamentalmente en manos de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).

Sobre un tema al menos parece haber consenso generalizado, y es el relativo a la ubicación del médico en el sistema. “*Con rara unanimidad*”, señala Sergio Provenzano, en ese momento presidente de COMRA “*los médicos del mundo han planteado sus condiciones*”. La libertad de elección, la relación directa entre el médico y el paciente, la

libertad de prescripción, la defensa del secreto profesional, se manifestarían como reivindicaciones prácticamente unánimes del cuerpo profesional (Provenzano, 1960: pág. 58).

Otro es el eje de los enfrentamientos a principios de los '90 cuando la política de desregulación del gobierno menemista estimula una nueva configuración de los contratos entre financiadores y proveedores de atención médica. Para explicarlo necesito introducir algunas referencias a los cambios sufridos por la profesión en su mercado de trabajo

En los años de prosperidad disparados por sanción de la ley 18.610, el reconocimiento de una identidad profesional con capacidad de aglutinar voluntades en defensa de una modalidad organizativa se había visto afectado, más allá de las diferencias regionales, por las consecuencias de la expansión y diversificación del mercado de trabajo médico, la incorporación de tecnología compleja que es uno de sus aspectos más relevantes y el desarrollo de especialidades y subespecialidades, fuertemente vinculado a las modalidades de utilización de las innovaciones tecnológicas. El resultado será una fuerte estratificación de las condiciones de ejercicio y los ingresos profesionales.

En paralelo, y en forma independiente de los altibajos generados por la crisis financiera recurrente de las obras sociales, en los años '80 los médicos aceptaron finalmente aquello que Provenzano predicara en los años '60: el seguro de enfermedad –aún en su versión devaluada a través de las obras sociales– se había transformado en instrumento indispensable de inserción en el mercado de trabajo y vinculación con su clientela. De esa convicción surge la alarma cuando la reconversión de los contratos bajo modalidades capitadas se convierte en estrategia cierta de control de gasto por parte de las obras sociales.

La alarma de los profesionales ante los cambios que comienzan a operarse en las contrataciones, se manifiesta a través del cuestionamiento a la dirigencia gremial. En este espacio sólo cabe mencionar algunos ejemplos: los diferentes desmembramientos que se producen en la otrora poderosa FEMEBA; la emergencia de una nueva organización que nuclea a los médicos en relación de dependencia bajo la figura de un Sindicato Médico, que nace en el interior de una filial de la federación bonaerense, la Asociación Médica de Avellaneda; el traslado de la negociación contractual a las agrupaciones locales, que genera líneas de tensión entre los miembros de las asociaciones de primer nivel y sus conducciones; por último, la fractura de COMRA, a partir del surgimiento de una organización confederal alternativa, liderada por la Federación Médica del Chaco.

En EEUU la cuestión de las identidades profesionales tiene menos presencia en la bibliografía. Algunos indicios sobre una mayor homogeneidad –o menos ideologización–

pueden encontrarse en la convivencia armónica y las alianzas organizativas entre asociaciones de profesionales y de hospitales, opuesta a los enfrentamientos por el control del mercado que se produce en algunas provincias argentinas.

En el proyecto de investigación incorporaré un elemento común a las organizaciones de la profesión en EEUU y Argentina: los cambios incorporados en las prescripciones de los Códigos de Ética que tanto la AMA como COMRA adoptan en procura de disciplinar las conductas de su membresía en función de los intereses de la profesión en su conjunto.

### **5.3 La conflictiva vinculación con el estado**

Es posible señalar la presencia, para el caso argentino en particular, de un doble movimiento en las relaciones entre la profesión médica y el estado. Por un lado se reconocen los esfuerzos de autorregulación que conducen a reforzar la idea de autonomía y a rechazar toda ingerencia extraña, incluida la de los organismos del aparato estatal. Por el otro, la demanda de reconocimiento de dicha autonomía y de una esfera exclusiva de actuación, que es uno de sus pilares fundamentales por parte de otros sectores sociales, lo que supone la puesta en movimiento de alguno de los mecanismos coercitivos de ese aparato. La profesión demanda reconocimiento al estado, al mismo tiempo que le niega ingerencia en los aspectos técnicos de su práctica, y asume como exclusiva la función de establecer los parámetros éticos que la sustentan. Los pedidos de regulación del ejercicio profesional van incorporando, en adiciones sucesivas, los aspectos conflictivos que ese doble movimiento desnuda. A medida que la profesión médica avanza en la autoconciencia de la necesidad de mantener su autonomía, aumenta también el reconocimiento de que el apoyo estatal es una pieza clave en su proceso de afirmación.

La cuestión de las relaciones profesión-estado en la historia que intento narrar no se agota, sin embargo, en las dificultades del gremialismo médico argentino; por el contrario, con diferentes manifestaciones en Argentina y EEUU muestran las debilidades institucionales de los respectivos estados para ordenar los campos de la salud y el bienestar. La accidentada historia de los proyectos de seguro de salud obligatorio, que el ala liberal de partido demócrata estadounidense defendió en diferentes momentos a lo largo del siglo XX, es ilustrativa de los límites que ese régimen político colocaba a la introducción de políticas de bienestar en su agenda estatal.

### **5.4 . La identificación de coyunturas de cambio**

En lo referente a sustrato empírico, la presencia de coyunturas de cambio institucional en el sector de la salud es fácilmente verificable en Argentina. En EEUU el desarrollo de sus organizaciones tiene un carácter más evolutivo en las primeras siete décadas del siglo XX. La ya mencionada crisis de financiamiento que se reconoce en los años '70 dará origen a cambios significativos en los años '80 y '90, como ya hemos señalado.

En Argentina, la primera coyuntura de cambio puede ubicarse entre los años '30 y los primeros '40. La segunda se genera a partir de los años '70, llega a su clímax con la hiperinflación de 1989, que será ocasión para la puesta en marcha de estrategias de reforma del estado y reconversión económica, alcanzando también los servicios de atención médica.

En cada una de esas coyunturas se generaron cambios organizativos importantes en el subsistema público y de seguridad social. En los años '40 esto sucedió a partir de la creación de las primeras obras sociales. En el diseño de estas nuevas organizaciones de cobertura es posible reconocer la presencia de un legado. Pese las posiciones doctrinarias de aceptación generalizada en esos años, que defendían un sistema único, de cobertura universal, con capacidad para brindar una cobertura integral a través de servicios de atención médica organizados en diferentes niveles de complejidad, respaldados por condiciones de gratuidad y oportunidad en el momento en que se manifestara la necesidad de atención, y dotados de eficacia (entendida como la capacidad de resolver los problemas a su cargo dentro de los parámetros del conocimiento médico disponible), las primeras obras sociales creadas por ley reproducen las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron a las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX.

Un buen ejemplo de continuidades y rupturas puede encontrarse en la hipótesis de continuidad entre mutualidades y obras sociales, que he defendido en trabajos anteriores. Esa hipótesis, entre otros aspectos, enfatiza un rasgo cultural que las vincula: la fragmentación de las modalidades de agrupamiento y la heterogeneidad de las normas que las regulan. Rasgos con consecuencias significativas para sus beneficiarios ya que se expresarán en una estratificación de los recursos percibidos y en consecuencia de la cobertura efectivamente brindada.

En ese legado también es necesario reconocer la orientación hacia el autogobierno o la faccionalización propia de las agencias e instalaciones públicas como de las mutualidades. La primera característica que las define es su carácter celular. Multiplicidad de organismos relativamente autónomos con escasas o nulas vinculaciones sistemáticas. Caracterizadas frecuentemente por la superposición de funciones u objetos de trabajo, las relaciones

entre las organizaciones toman, por lo general, la forma de conflictos, ya sea por definición de jurisdicciones o prelações jerárquicas en una jurisdicción compartida.

Con los cambios introducidos al comienzo de los años cuarenta, los vínculos políticos adquieren mayor importancia sobre las características grupales o la formación de clientelas a partir de diferentes vínculos asociativos. El peronismo construye un régimen político fuertemente controlado desde la cúspide. La relación entre aparato estatal y organizaciones intermedias se articula en un juego de beneficios y concesiones recíprocas, con un fuerte control vertical fundado en la singular capacidad del Presidente para movilizar recursos y adhesiones a su política.

Las características de fragmentación y heterogeneidad se mantendrán en las nuevas organizaciones: también la estratificación de la cobertura y el acceso a los beneficios. Si en el momento de mayor énfasis distributivo del régimen peronista estas diferencias se planteaban como transitorias, proyectándose hacia un futuro próximo el otorgamiento de beneficios generalizados, luego de la crisis de la balanza de pagos de 1949 y el cambio de énfasis en la dinámica entre acumulación y distribución que es una de sus consecuencias en el mediano plazo, la idea de cobertura universal se convierte en una mera expresión de deseos, una aspiración que no puede datarse, o, peor aún, una posible amenaza para aquellos sectores con derechos adquiridos que se atrincheran tras los beneficios recibidos, percibiendo como *nivelación hacia abajo* toda propuesta de otorgar proyección nacional a los vínculos solidarios consolidados en la esfera gremial o sindical.

La caída del peronismo agudizó las características negativas del ese legado. Cuando la estructura vertical cimentada gracias a la capacidad aglutinadora de su líder se desmorona, las organizaciones que componían una pirámide relativamente ordenada quedan liberadas de vínculos y responsabilidades, conservando y en ocasiones acrecentando la cuota de poder delegado que habían conseguido acumular. El corporatismo estatista, relativamente eficaz en la consecución de objetivos sociales para una masa de trabajadores que había obtenido conquistas no imaginadas quince años antes, se transforma en un régimen signado por la inestabilidad de los acuerdos y la continua negociación en torno a concesiones, que paulatinamente dejan de operar como beneficios y comienzan a revistar como prebendas.

La segunda coyuntura de cambio, en lo que refiere a los servicios de atención médica, está signada en los dos países estudiados por una verificación del agotamiento de las formas organizativas preexistentes. Las políticas de desregulación se aplicaron en el sector salud de forma similar que en el resto de la actividad económica en los primeros años de la administración menemista. Sin embargo, el nuevo ordenamiento institucional destinado a regular las relaciones sectoriales, pese a haber cristalizado en proyectos de ley y haber

alcanzado principios de aplicación en algunos decretos, no logró el consenso necesario para afirmarse con el imperio propio de las decisiones de estado. El Decreto n° 9 del año 1993 intenta nuevamente poner en marcha los fundamentos de la reforma. Las disposiciones contenidas en este decreto tuvieron muy diferente alcance, en general debido a la resistencia de los agentes comprometidos. La libre contratación entre organizaciones financiadoras y proveedores estaba ya en marcha con anterioridad a la sanción del decreto, en función de cláusulas innovadoras que algunos agentes incorporan a sus contratos, procurando superar los límites impuestos por la contracción de los recursos destinados a financiar las prestaciones. Puesto que esos cambios se introducen sin intervención del estado, prefiero reconocerlos en términos de reconversión de los mercados de atención médica.

Algo similar sucedió en EEUU ante la amenaza que significaron para los financiadores y proveedores de atención médica las disposiciones del Plan Clinton, incluso pese a su rechazo en el Parlamento. También en este escenario, la reforma no fue implementada desde el estado sino a partir de estrategias defensivas de los múltiples agentes que operaban en el mercado.

## **6. Advertencia final**

Vuelvo a insistir en aquello que adelanté al comienzo de este escrito: el objetivo del estudio propuesto no es recuperar historias ya conocidas, sino diseñar una metodología comparativa que proponga explicaciones sobre las similitudes y diferencias entre los procesos involucrados. Se trata, además, de un primer ensayo comparativo en la larga duración.

Por consiguiente, creo que el texto resultante no deberá leerse en procura de conclusiones sino de la creación de herramientas de análisis aplicadas a la reconstrucción de procesos históricos, siempre con fines explicativos. Seguramente contendrá errores y probablemente una síntesis excesivamente apretada deje por fuera del relato acontecimientos y relaciones significativas. Mi objetivo de máxima es que despierte alguna polémica, y esto nos permita avanzar en nuevas perspectivas y enfoques que amplíen nuestro bagaje de conocimiento sobre las políticas de salud.

## Referencias bibliográficas

- Belmartino Susana y Bloch Carlos. (1994) "Presentación del problema", Capítulo I de *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos*. Buenos Aires: Ed. OPS/OMS, Delegación Regional
- Belmartino, S. (1995a) "Argentina: Alternativas de transformação no sistema de serviços de saúde" En: Marchiori Buss, Paulo y Labra, María Eliana *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Ed. Hucitec-Fiocruz, San Pablo-Río de Janeiro:28-60
- Belmartino, S. (1995b) "La seguridad social médica en Argentina: crisis y reformulación de los pactos constitutivos" En: Eibenschutz, Catalina (org.) *Política de Saúde: o Público e o Privado*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz. págs.113-138.
- Belmartino, S. (1996) "Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40". En: Lobato M.Z. (ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina*, Buenos Aires, Ed. Biblos/Universidad Nacional de Mar del Plata, 1996: 211-246.
- Belmartino, Susana. (2000a) "Argentina: Nuevas modalidades y espacios de regulación en la seguridad social médica" En: Oszlak O. (comp.) *Estado y Sociedad. Las nuevas reglas de juego. Volumen 2*, Buenos Aires: Eudeba: 185-215.
- Belmartino, S. (2000b) "Desregulación/privatización. La relación entre financiación y provisión de servicios en la Reforma de la Seguridad Social en Argentina". En: Hintze S. (comp.) *Estado y Sociedad. Las nuevas reglas de juego. Volumen 3*. Buenos Aires: Eudeba: 177- 201.
- Belmartino, S.(2000c) "The Context and Process of Health Care Reform in Argentina" "Reorganizing the Health Care System in Argentina" En: Fleury, S, Belmartino, S, Baris, E, (eds) *Reshaping Health Care in Latin America: a Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*. Ottawa: International Development Research Centre. Caps. II y III: 27-77.
- Fleury S, Belmartino S, Lobato L, Tamez S. (2000d) "Reformando el cuidado de la salud en América Latina. Un análisis comparativo de las reformas en Argentina, Brasil y México". En Martinic S. (ed), *Reformas de la política social en América Latina: Resultados y perspectivas*. Santiago de Chile: Edición CIDE, ILADES, BID y CIID,: 143-154.
- Belmartino, S. (2000e): "Delimitación del campo de investigación en Sistemas y Servicios de Salud", *Cuadernos para la Discusión*, nº 1 Río de Janeiro: Edición Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud 36-51.
- Fleury, S; Belmartino,S. Baris E. (eds). (2000f) *Reshaping Health Care in Latin America: a Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*. Ottawa: International Development Research Centre, 2000.
- Belmartino, Susana (2000g) *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar, 2000.
- Belmartino S. (2002) "Health Care Reform in Argentina". En: Twaddle AC. (ed.) *Health Care Reform Around the World*. Westport, Connecticut y Londres: Auburn House: 221-240.
- Belmartino S. (2003) "Esquemas conceptuales y producción de conocimiento en la investigación sobre reforma del sector salud". En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenat S. *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia: 457-480.

- Belmartino S. (2004a) "La emergencia del estado social en Argentina. Construcción de nuevas relaciones Estado/ Sociedad en salud". En: Alvarez A, Molinari I, Reynoso D, (editores) *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX*. Universidad Nacional de Mar del Plata: 257-289.
- Belmartino, S. (2004b) "Una década de cambios en la organización de la seguridad social médica ¿reconversión o reforma?". En: Spinelli Hugo (comp.) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial: 147-170.
- Belmartino S. (2004c) "La seguridad social médica y la evolución de su organización". En Boyer R, Neffa, J. (coordinadores) *La economía argentina y su crisis (1976-2001): visiones institucionalistas y regulacionistas*. Buenos Aires: Mino y Dávila, Caisse de Dépôts et Consignations, Institut CDC pour la Recherche: 221-259
- Belmartino, S. (2005a) "Servicios de salud y sistema político, Argentina, Brasil y Chile, 1920-1970" En: Armus, Diego (compilador) *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*, Buenos Aires: Lugar Editorial:101-144.
- Belmartino, S. (2005b) *Historia de la atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belmartino S. (2006a) "¿Estado social o Estado de compromiso? Agotamiento, crisis y reformulación de las instituciones de atención médica. Argentina 1920-1945". En Lvovich Daniel y Juan Suriano. *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina 1870-1952*. Buenos Aires: Universidad de Gral Sarmiento y Prometeo libros: 111-134.
- Belmartino S. (2006b) "La reforma del sector salud en Argentina". En: Rico, María Nieves y Marco, Flavia, 2006. *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*, Buenos Aires: CEPAL, Siglo XXI Editores, 2006: 101-150
- Belmartino S.(2007) "Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40" *Salud Colectiva* 3 2: 177-202, mayo/agosto- Belmartino, S. "Identidades profesionales médicas en el siglo XX". En Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo, *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*, Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba: 117 -146, 2008
- Belmartino S.(2008) "Identidades profesionales médicas en el siglo XX". En Carbonetti A. y González Leandri R. *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*, Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba: 117 -146.
- Belmartino, S. (2009) "Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría", *Política y Gestión* 11:33-59.
- Bourdieu, Pierre (1989) "A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo" y "A representação política. Elementos para uma teoria do campo político" En *O Poder Simbólico* Río de Janeiro: DIFEL y Editora Brertrand Brasil S.A.: 17-59 y 163-209.
- Bourdieu, Pierre (1990) "Algunas propiedades de los campos" En: *Sociología y Cultura* México DF: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Grijalbo
- Boyer Robert (1989) *La teoría de la regulación: un análisis crítico*. Buenos Aires: SECYT/ CONICET/Humanitas.
- Burrage M, Jarusch K, Siegrist H. 1990 An actor-bases framework for the study of the professions. En: Burrage M, Torstendahl R. (comp) *op.cit.*: 24-43

- Burrage M. 1990a. Introduction: the professions in sociology and history. En: Burrage M, Torstendahl R. (comp.) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. Londres: Sage: 3-23.
- Esping Andersen G. 1996. "Después de la edad de oro. El futuro del Estado Benefactor en el Nuevo Orden Mundial" *Desarrollo Económico* 36 142:523-553.
- Evans Robert (2008) 2Devil Take the Hindmost: Private Health Insurance and the Rising Costs of American Exceptionalism". En: Morone JA, Litman TJ y Robins LS. *Health Politics and Policy* Nueva York: Delmar: 445-474
- Fox J. (1993) "State-Society Interaction and Distributive Reform in Mexico" Cap. 2 de *The Politics of Food in Mexico. State Power and Social Mobilization*. Ithaca y Londres: Cornell University Press.
- Freidson E. (1970) *Profession of Medicine* Nueva York: Dodd Mead and Company. Existe versión en español: *La Profesión Médica*. Barcelona: Ediciones 62, 1978.
- Hall P, Taylor R. (1996) *Political Science and the Tree New Institutionalisms*. Paper presented to MPIFG Scientific Advisory Board.
- Hurst, Jeremy (1990) "Commentary to Alain Enthoven: "What can Europeans learn from Americans?" En: *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*. OCDE: París: 57-85.
- Jessop B. (1982) "Towards a Theoretical Account of the State" Cap.V de *The Capitalist State. Marxist Theories and Methods* Nueva York y Londres: New York University Press, 1982.
- Johnson TJ. (1972) *Professions and Power*. Londres: The Macmillan Press
- Larson, MS. (1977) *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley, University of California Press.
- Malloy James M. (1979) *The Politics of Social Security in Brazil* Pittsburg Pennsylvania: University of Pittsburg Press. (Citado por Skocpol y Amenta, *States ....op.cit*)
- McDonald, T. J. (ed.), *The Historic Turn in the Human Sciences*, The University of Michigan Press, Michigan, 1999.
- North D. (1990) *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: FCE.
- Nun J. (1987) "La teoría política y la transición democrática" En: Nun J. y Portantiero J.C. (comp.) *Ensayos sobre la transición democrática en Argentina*, Buenos Aires, Puntosur.
- Pierson Paul (2000) "Not Just What, but When: Timing and Sequence in Political Processes", *Studies in American Political Development* 14 1:72-92.
- Portantiero JC. (1988) *La producción de un orden. Ensayos sobre la democracia entre el estado y la sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Provenzano, Sergio (1960) "Aspectos económicos del Seguro de Enfermedad" En: Federación Médica de Entre Ríos. Círculo Médico de Paraná Federación Médica de Entre Ríos. Círculo Médico de Paraná *Colegiación Médica y Seguro de Salud*.: 51-62.
- Robinson JC. (1999) *The Corporate Practice of Medicine. Competition and Innovation in Health Care*, Berkeley y Los Angeles: University of California Press
- Skocpol T. (1989) "El Estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual". *Zona Abierta* 50: 71-122.

- Skocpol T. (1994) *The Origins of Social Policy in the United States: A Polity-Centered Analysis*. En: Dodd LC, Jillson C. (eds.) 1994. *The Dynamics of American Politics*, Colorado: Westview Press: 182-206.
- Skocpol Theda y Amenta Edwin (1986) *States and Social Policies* Ann.Rev.Sociol. 13.131-157.
- Starr P. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. Nueva York: Basic Books Inc. Publishers.
- Steinmo, Even y Watts Jon. (1995) "It's the Institutions, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20 2: 329-372.
- Thelen Kathleen, (1999) "Historical Institutionalism in Comparative Politics". *Annu.Rev.Polit.Sci.* 1999, 2: 369-404.
- White Joseph (2008) "American Health Care in International Perspective" En: Morone JA, Litman TJ y Robins LS. *Health Politics and Policy* Nueva York: Delmar: 416-431,

## ANEXO.

### I. Estudios histórico-comparativos de políticas sociales y de salud

- Collier RB, Collier D. 1991. *Shaping the political arena. Critical junctures, the labor movement and regime dynamics in Latin America*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.
- Ehlke, Daniel (2008) "Taking Medicine to Market: Competition in Britain and the United States" En: Morone James, Litman Theodore y Robins Leonard, *Health Politics and Policy*. Nueva York: Delmar: 431-444.
- Evans Robert (1991) "Competitive Mechanism for Collective Objectives" En: Hunter DJ. *Paradoxes of competition for health*. Leeds UK: The Nuffield Institute for Health Services Studies. European Healthcare Management Association: 37-50
- Evans, Robert (2008) Devil Take the Hindmost: Private Health Insurance and the Rising Costs of American Exceptionalism" En: Morone James, Litman Theodore y Robins Leonard, *Health Politics and Policy*. Nueva York: Delmar: 445-474.
- Fleury, Sonia (1994) *Estado sem Cidadãos. Seguridade Social na América Latina* Río de Janeiro: Editora Fiocruz
- Ham Chris. (1997) *Health Care Reform. Learning from International Experience* Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- Hernández Álvarez, Mario. *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación socio-política, 1880-1950*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Immergut Ellen (1992) "The rules of the game: The logic of health policy making in France, Switzerland and Sweden. En: Steinmo Even, Thelen Kathleen y Longstrech Frank (Eds) (1992) *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis* Cambridge: Cambridge University Press
- Marmor Ted, Freeman Richard y Okma Kieke (2008) "Learning about Health Care from Other Countries" En: Morone James, Litman Theodore y Robins Leonard, *Health Politics and Policy*. Nueva York: Delmar: 475-480.
- OECD (1990) *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency* París: OECD
- OECD (1992) *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. París: OECD.
- Oliveira, Francisco (Editor) (1994) *Social Security Systems in Latin America* Washinton DC: Inter American Development Bank, John Hopkins University Press.
- Repetto Fabián (1999) "Una mirada institucional a las políticas sociales" En. Cavarozzi, Marcelo (Comp.) *Hacia una matriz de gobierno en América Latina* Buenos Aires: Universidad de San Martín – BID.
- Ross, Marc 1999, "Culture and Identity in Comparative Political Analysis". En: Lichbach M. y Zuckerman A.. (Eds.) *Comparative Politics. Rationality, Culture and Structure*, Cambridge: Cambridge University Press: 42-80.
- Rueschmeyer Dietrich y Skocpol Theda (1995) *States, Social Knowledge, and the Origins of Modern Social Policies*, New Jersey: Princeton University Press.
- Saltman Richard y Figueras Josep (1997) *European Health Care Reform . Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization.

- Saltman Richard, Figueras Josep y Sakellarides Constantino (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Thelen Katheen (2004) *How Institutions Evolve. The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States and Japan* Cambridge. Cambridge University Press
- White Joseph (1995). *Competing Solutions. American Health Care Proposals and International Experience*. Washington DC: The Brookings Institution.

## 2. Estudios comparativos sobre procesos de profesionalización

- Burrage, Michael y Torstendahl Rolf. (Editores) (1990) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of Professions*. Londres, California y Nueva Delhi: SAGE Publications.
- Burrage, Michael y Torstendahl Rolf. (Editores) (1991) *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*, Londres, California y Nueva Delhi: SAGE Publications.
- Döhler Marian (1993) "Comparing national patterns of medical specialization: a contribution to the theory of professions. *Social Science Information* 32 2:185-231
- Freidson Eliot (1994) *Professionalism Reborn* Chicago: University of Chicago Press
- González Leandri, Ricardo (1999) "Resurgimiento de la historia de las profesiones. Nuevos estudios transnacionales y comparativos" Capítulo III de *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Editorial Catriel S.L.
- Hafferty Frederick W, McKinlay John B, (eds.) (1992) *The Changing Medical Profession An International Perspective*, Nueva York y Oxford: Oxford University Press: 81- 102.
- Moran Michael y Wood Bruce (1993) *States, Regulation and the Medical Profession* Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Orzack Louis (1991) "The General Systems Directive: Education and the Liberal Professions" En: Hurwitz L. y Lequesne C. (Editors) *The State of the European Community: Politics, Institutions and Debates in the Transition Years, 1989-1990*. Londres: Logman.
- Orzack Louis (1994) *Accountability, Credentialing, Codes of Ethics, Enforcement/ Discipline, and Accreditation in Professions*. Nato Advanced Research Workshop: Developing an Infrastructure for Science and Technology. Visegrad, Hungría: Mimeo.
- Speranza, Lorenzo (1992) "Professioni, potere et autorità: sei tesi sullo sviluppo del professionalismo" *Rassegna Italiana di Sociologia* XXXIII 1:12-17, enero-marzo.