

HISTORIA, PRESENTE Y FUTUROS POSIBLES

del Mutualismo en Salud
en Argentina



INAES
INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO
Y ECONOMÍA SOCIAL

FAMSA
Federación Argentina de Mutuales de Salud

 **CAM**

HISTORIA, PRESENTE Y FUTUROS POSIBLES

del Mutualismo en Salud
en Argentina



Encuesta Nacional de Mutuales
y Cooperativas de Salud 2023

Organizan  

Octubre 2023

INAES
INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO
Y ECONOMÍA SOCIAL

FAMSA
Federación Argentina de Mutuales de Salud

 **CAM**

Federación Argentina de Mutuales de Salud -FAMSA
Historia, presente y futuros posibles del mutualismo de salud en Argentina / 1a ed - Ciudad
Autónoma de Buenos Aires : Publiquemos, 2024.
Libro digital, EPUB

Archivo Digital: online
ISBN 978-631-90561-6-7

1. Sistemas de Salud. 2. Acceso a la Salud. 3. Asignación de Recursos para la Atención de
Salud. I. Título.
CDD 362.9

• • •

© 2024, FAMSA

Prólogo

HISTORIA, PRESENTE Y FUTUROS POSIBLES DEL MUTUALISMO DE SALUD EN ARGENTINA

Juan Antonio Pivetta

Este Prólogo no pretende hacer un repaso histórico de las principales líneas de acción de la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA) de los últimos años, sí mi intención es compartir que todo fue parte de una planificación estratégica que se basó en la detección de problemas sustentados en datos concretos y objetivos, la elaboración de diagnósticos precisos, la fijación de objetivos de mejoras y la construcción de propuestas superadoras.

Por supuesto que nuestro sector posee una filosofía determinada cimentada en los valores y principios mutualistas, pero eso no nos lleva a ser simplemente dogmáticos sino a realizar planteamientos objetivos, con datos reales y propuestas concretas.

En el año 2017 desde FAMSA firmamos un convenio con el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), con la finalidad de trabajar juntos en un Relevamiento Nacional de Mutuales y Cooperativas que brindaban servicios asistenciales de salud. El objetivo principal era conocer las características cuanti y cualitativas del universo registrado en el organismo, la cantidad de personas alcanzadas con los servicios de las organizaciones de la economía social, tipos de coberturas, infraestructura prestacional, impacto laboral, importancia en los territorios, diversificación de los servicios, etc.

El trabajo, que se llamó Relevar Salud (RS), significó un verdadero censo en las 329 entidades entrevistadas en todo el territorio nacional durante casi un año y medio, generó información certera que podía ser utilizada para la elaboración de políticas públicas y para las correspondientes al propio sector de la mutualidad. Justamente, también era muy importante conocer que había sucedido luego de haber sido incluidas en el 2011 dentro de la ley de regulación de medicina prepaga y si efectivamente la nueva norma había modificado

una realidad de libre elección de las personas, mejorando el acceso a los sistemas de salud de la población.

Los resultados demostraron que casi dos millones de personas estaban asociadas a las entidades y que un número muy importante también recibían servicios como beneficiarios del sistema mutual. Otro dato significativo fue que la mayoría de las entidades seguían brindando planes parciales, complementando coberturas con otros actores del sistema, como ser obras sociales sindicales y/o provinciales, prepagas locales, planes sanatoriales, etc., con lo cual, pudimos deducir que las personas libremente seguían eligiendo estas entidades por necesidades y posibilidades.

Podemos concluir también, que, si una norma no trae beneficios modificando realidades adversas y se mantienen las decisiones libres de las personas, esa norma no es la adecuada y se tendrá que pensar en modificarla. Claramente el legislador no comprendió la necesidad de sus representados.

Uno de los datos más significativos del Relevamiento Salud 2017, estuvo dado por el gran número de entidades de menor escala, es decir, con una cantidad escasa de asociados, que transforma la situación en una amenaza ante la obligatoriedad de cobertura de prestaciones de alto costo y baja incidencia. Este dato detectó un problema a estudiar con más profundidad y a generar alternativas que ayuden a superar las amenazas existentes.

Así, con la colaboración de cuatro entidades de la economía social, en el 2020 se generó el trabajo de investigación que desarrollaron los Dres. Mario Glanc y Sergio Del Prete, que terminó publicándose en el libro “Gestión del Alto Costo en Salud en Argentina -Un dilema no resuelto”.

Seguidamente en 2021 ante el surgimiento mucho más profundo de la crisis estructural del sistema de salud, pero acelerado por las consecuencias de la pandemia de COVID - 19, en FAMSA sosteníamos que el abordaje de esta situación ameritaba una reforma integral del sistema sanitario y no adecuaciones meramente coyunturales. Así nació el trabajo de investigación que nos llevaría al libro “Cambio de Rumbo, Lineamientos para el debate acerca de una reforma sectorial en salud”. La obra no solo abordaba el por qué realizar una reforma, sino

especialmente “como” llevarla a cabo, siendo lo que carecían los trabajos existentes hasta ese momento.

Así llegamos a finales de 2022 y comenzamos a diagramar un nuevo proyecto de investigación que incluyera la actualización de datos estadísticos, información histórica de la mutualidad y propuestas sectoriales en salud, que pudieran ser expuestas en los debates de un año electoral que se avecinaba.

Así nació “Historia, Presente y Futuros Posibles del Mutualismo de Salud en Argentina”. Un proyecto ejecutado por un grupo prestigioso de personas que llevaron a cabo un trabajo enormemente profesional y que se expondrá a través de esta obra.

El equipo estuvo integrado por el Dr. Mario Glanc, quien viene siendo parte de FAMSA a través de trabajos de investigación, académicos y asesoramiento profesional en los últimos años. Glanc tuvo la coordinación general del proyecto, compaginación documental y revisión de la redacción final del trabajo. Su desarrollo fue brillante y culminó con uno de los documentos sectoriales más amplios, sólidos e importantes del mutualismo de los últimos años.

El Lic. Felipe Rodolfo Arella, desarrolló una muy importante síntesis de la historia del mutualismo de salud en Argentina, resaltando el rol de la mutualidad en tiempos de ausencia de los estados en la protección social de las personas, hasta nuestros tiempos. Su participación y trabajo prestigió este documento.

Desde Valencia, España, la Lic. Tatiana Bagnis, quién ya fuera parte del Releva Salud 2017, coordinó todos los aspectos administrativos y el nexo formal con el INAES. Su gran profesionalismo, minuciosidad y rigurosidad, dieron la seriedad necesaria a la hora de la administración de los recursos y cumplimiento de las etapas del proyecto.

La Lic. Laura Baldarenas, quién también fuera parte del primer RS, nos brindó su experiencia, objetividad y profesionalismo, vinculaciones institucionales, su conocimiento de la cultura organizacional y la transmisión a las personas que realizaron las encuestas, para un mejor desarrollo de su trabajo.

La Dra. María Laura Benítez de Formosa y el Dr. Leonardo Biondi de CABA tuvieron la compleja labor de vincularse con las entidades a encuestar, detectar las personas responsables de interpretar y

responder el instrumento, y hacerlo en tiempo y forma. Sus trabajos se encontraron con la complejidad de una cultura vinculada a la carencia de datos internos, disimilitud y escasa voluntad de compartirlos.

El Lic. Manuel Espertino desarrolló la estrategia comunicacional y junto a la coordinación operativa de Rocío Bacolla, realizaron un aporte muy profesional interactuando con todos los integrantes del equipo de trabajo específico y además con los actores externos que participaron en la difusión y comunicación institucional.

Agradezco especialmente el apoyo desde el inicio del presidente de la Confederación Argentina de Mutualidades (CAM) Lic. Alejandro Russo, que a su vez es miembro del Directorio del INAES, a su por entonces presidente, Dr. Alexandre Roig, que no dudó en apoyar la iniciativa y a quien además le pedimos que elabore uno de los prólogos de este libro, y a todos los miembros del Directorio por apoyar este trabajo que presentamos a través de esta publicación.

Finalmente, agradezco a la Comisión Directiva y Junta Fiscalizadora de FAMSA por confiar en este grupo de trabajo, que con profesionalismo y pasión desarrollaron un documento fundamental para orientar las acciones y gestiones del mutualismo y por el aporte a un futuro promisorio del sistema solidario de salud.

Prólogo

UN MUTUALISMO DE SALUD CERCA DE LA REALIDAD VITAL

Alexandre Roig

El mutualismo todavía sufre una cruel paradoja. Fue uno de los primeros sistemas de salud del país. Son hoy las mutuales de salud que garantizan coberturas en zonas dónde ni el Estado ni las organizaciones con fines de lucro llegan. Sin embargo, debe seguir demostrando su valía y su especificidad, su centralidad en el sistema de salud y sobretodo su potencialidad para resolver los problemas de nuestros tiempos.

Este texto pretende revelar al propio sector y a la sociedad en su conjunto la realidad del mutualismo de salud y al hacerlo proponer senderos relevantes de modificación del sistema en su conjunto. Este libro, al presentar un diagnóstico del mutualismo de salud ofrece a su vez elementos para un método de organización social de la salud que son claves para el debate público que la sociedad argentina se debe sobre nuestro sistema de prestación. Me permito subrayar tres de ellos.

El primero es la construcción de una arquitectura coherente y complementaria entre los distintos actores y niveles del sistema. Entre los Estados (en sus diferentes escalas), las obras sociales, las prepagas y las mutuales se puede encontrar un ordenamiento que garantice cobertura a todas las familias, a todos los productores y las productoras y a las trabajadoras y los trabajadores, los que están en relación de dependencia, los autónomos, los de la economía popular, los que trabajan en plataformas, etc.

En segundo lugar, el mutualismo, en su propia historia, como bien leemos en el libro, tiene desde sus orígenes y por su forma organizativa una forma federal. El federalismo en el mutualismo no es solamente una adecuación a un nivel territorial, es también la comprensión que lo propio del federalismo es la garantía de una “escala de acción” que concreta las ambiciones democráticas, el buen acceso a las necesidades locales, el control por parte de la sociedad del buen desempeño del servicio y la realización de sus derechos.

El principio federal en el mutualismo de salud lleva entonces a otra concepción de la salud: la cercanía con la realidad vital de las personas. Y la realidad vital es la que describe la interdependencia entre individuos (en la familia, en el trabajo, en el espacio público...), con la naturaleza, con el hábitat, con el mundo. La solidaridad, como bien se describe en el libro, no es solamente una postura valorativa (que defendemos) es también una realidad social. La salud no se restringe en curar una enfermedad, sino en acompañar la sanidad de un proceso vital. Esta realidad no será la misma en tierras frías y ventosas que en selvas húmedas. La vida en el campo pampeano no transcurre igual que en las grandes urbes hacinadas. Cambiará si el mundo está en guerra o no lo está. Parece una evidencia, pero la forma de la prevención, del diagnóstico o del tratamiento variarán sustancialmente cuando nuestro mundo lo hace. Esta cercanía a la realidad llevó, por ejemplo, al mutualismo (conjuntamente con el cooperativismo) a ser los primeros en desarrollar sistemas de cuidados para adultos mayores frente al envejecimiento poblacional.

En este punto que podemos afirmar que el mutualismo de salud no es una forma organizativa como otra: sus propias reglas de funcionamiento instituyen un sistema de salud que defiende la realidad vital de sus asociados.

Este libro nos invita así a conocer al mutualismo de salud hoy en la Argentina, pero sobre todo a hacernos preguntas sobre el sistema por venir, el lugar de la vida y de la adecuación de la atención de salud a las realidades presentes y futuras de nuestra existencia y defender así que el crecimiento del mutualismo es también la expansión de una forma de cuidado de la vida.

Introducción

Relevar Salud 2023 se presenta como una puesta en valor del Mutualismo en Salud en Argentina, surgido de la . necesidad de actualizar el conocimiento acerca del alcance y carácter de su cobertura e hipotetizar posibles escenarios de intervención en la generación de propuestas efectivas y viables para una mejora consensuada del sistema en su conjunto.

Transcurridos ya seis años desde el Relevar 17, vemos, no sin preocupación, que las condiciones en las que se desenvuelve el sector salud han empeorado sensiblemente desde entonces. Atravesada la tragedia de la pandemia, nos encontramos con un escenario de deterioro de los principales indicadores que dan cuenta tanto del nivel de salud de la población, como de las herramientas con las que cuenta el sistema para dar respuestas eficaces. Indudablemente, el sector se enfrenta a desafíos inéditos, en términos de financiabilidad, sustentabilidad, alcance de su cobertura, oportunidad de la atención sanitaria, seguridad e incluso, rectoría.

Relevar 23 se desarrolló en las postrimerías de una gestión sanitaria que dejó inalteradas las principales carencias que en materia de equidad sufre el sector salud en nuestro país, y que se expresan esencialmente en brechas de calidad en su respuesta. El año 2024 se inicia con cambios substanciales en el ordenamiento de actores y de instituciones. Es altamente probable que, durante su transcurso, se produzcan definiciones -algunas de las cuales ya están ocurriendo -, que re ordenen su estructura y funcionamiento. De allí la importancia de conocer la contribución que el Mutualismo en Salud pueda hacer a ese proceso, resguardar la continuidad de cuidados de los casi 3.000.000 de asociados amparados por ellas, y aportar desde esa perspectiva a un debate sectorial impostergable.

Ya en el año 2022 FAMSA se anticipó a esta posibilidad, ofreciendo una propuesta de reorganización sectorial a través de la publicación de “Cambio de Rumbo. Lineamientos para el debate acerca de una reforma sectorial en salud”, de los Dres. S. Del Prete y M. Glanc. Hoy esa construcción colectiva resulta más necesaria que nunca.

Este libro pretende aportar en esa dirección.

Se trata de un esfuerzo colaborativo de todas las instituciones que de un modo u otro han participado del estudio, a través de una investigación que, en su desarrollo, integró tres etapas diferenciadas.

La primera de ellas, parte de la certeza de que, en nuestro país, el mutualismo en salud fue pionero de la organización sanitaria y que, desde esos orígenes, recorre y protagoniza el quehacer sanitario. como un actor silencioso pero central en nuestro devenir histórico.

Efectivamente: los sistemas de salud surgieron como un esfuerzo de las sociedades para dotar a sus integrantes de protección y cuidados frente a vicisitudes que no pueden ser afrontadas por las personas en forma individual. Aparecieron como eje de un modelo solidario en el que Estado, la Nación y los individuos aportan sus recursos para la construcción de un todo colectivo, en pos de un bien meritorio: la salud propia y del conjunto. Ese propósito se ordenó históricamente a partir de valores y premisas que conformaron su razón de existencia: la solidaridad, la equidad y la justicia, en el entendido de que su confluencia puede ordenar una vida más sana, y sortear, por tanto, enfermedades y muertes evitables.

Relevar 23 va a iniciar su desarrollo rescatando esos valores y aquella historia, para traerlos al presente en una descripción detallada de su alcance, y en una proyección en torno a un futuro que asoma complejo e incierto, en la expectativa de destacar el protagonismo de las mutuales de salud en la sociedad argentina, sus antecedentes, su actividad actual y los nuevos caminos que se abren en la práctica médica, a partir de los cambios sociales verificados desde aquel lejano nacimiento, en un contexto de franco cambio demográfico, profunda innovación tecnológica y, simultáneamente, honda crisis sectorial

El segundo capítulo del libro, describe la metodología y los resultados del relevamiento 2023, que se diferencia del anterior en que aquel fue un censo de instituciones desarrollado en modo presencial, mientras que el presente, conformó un estudio de corte transversal, basado en la exploración por medio de una encuesta desarrollada por medios virtuales, y dirigido a instituciones mutuales y cooperativas en efectivo funcionamiento que proporcionen servicios a una población mayor a 1000 beneficiarios

El tercer capítulo por su parte, se asienta en la información consolidada en la referida encuesta, para proponer alternativas de macro y meso gestión sanitaria, en un ejercicio prospectivo de tres escenarios: de continuidad plena de las condiciones macro sectoriales vigentes a 2023, de su transformación parcial, o de su reforma integral. El mutualismo en salud, se proyecta para cada una de ellas.

En los primeros días de este 2024, el sector salud se asoma a una oportunidad posiblemente auspiciosa para un replanteo estructural. Tal vez desde los orígenes mismos de su consolidación como tal, allá por los tempranos años '70, nunca estuvo tan presente en la agenda ciudadana como en estos días.

Al tiempo que damos la bienvenida a un debate necesario por el cual abrogamos desde hace mucho tiempo, ratificamos la inexcusable necesidad de confluir en un debate fundamentado, en el que autoridades y actores sectoriales, pero fundamentalmente ciudadanos, expresemos nuestro parecer frente al más meritorio de los bienes, ese que no admite ser regulado por la sola voluntad de los más fuertes, los más poderosos o los mejor organizados en sus corporaciones. Un bien que es condición necesaria para el usufructo de todos los demás. Un bien que, por definición, no puede ser excluyente: la salud de todos nosotros.

A su cuidado, preservación y mejora están en definitiva dirigidas estas páginas.

Reconocimientos

A quienes con sus conocimientos, dedicación y empeño hicieron posible este libro (por orden alfabético):

- Felipe Arella
- Tatiana Bagnis
- Laura Baldarenas
- Rocío Bacolla
- Laura Benítez
- Leonardo Biondi
- Manuel Espertino
- Mario Glanc
- Juan Pivetta

El largo camino solidario del mutualismo en salud

El cuidado del prójimo y la solidaridad

La solidaridad, desde un punto de vista biológico, se produce como un hecho propio de la naturaleza con el objetivo de defender la especie de depredadores. Las investigaciones de antropólogos, paleo antropólogos y paleo genetistas han demostrado que entre las distintas especies de homínidos hasta el *Homo sapiens*, existe una constante: la práctica de la solidaridad.

Sin la solidaridad no hubieran podido sobrevivir los miembros más viejos o enfermos de cada especie, ya que necesitaban que otros de su grupo les resguardaran y diesen alimentos. Dice Martín-Torres que “el individuo más débil, el de hace tres millones de años o el de ahora, no es el frágil o enfermo sino el que está solo y que la solidaridad es la que permite la sobrevivencia de la especie”.

El *Homo sapiens* (hombre sabio) fue solidario por instinto dentro de su grupo, lo que no quiere decir que fuera permisivo con todos los demás miembros y menos con quienes llegaban a ocupar su territorio. Una muestra de comportamiento solidario se deduce a partir de la lenta y larga utilización de herramientas y la transmisión a su descendencia de las formas de uso de cada instrumento. En ese devenir cambiante se fue alargando el tiempo de lactancia lo que permitió una mayor procreación. Esos nuevos hijos había que cuidarlos y de ello se encargaban las hembras mayores, quienes ya estaban en su menopausia, hecho que desde no hace mucho se conoce como la “teoría de la abuela”, todo un símbolo de solidaridad dentro de la tribu.

No hay registro acerca de cómo y cuándo apareció el lenguaje y el uso de la memoria para recordar las actividades y no tener que comenzar de cero o repetir siempre lo mismo., No obstante, podemos afirmar que esas incorporaciones en la vida de los Homo sapiens se plasmaron en los dibujos, pinturas rupestres, monolitos, dejando testimonio de un pasado que día a día se va develando. Esas imágenes y las palabras fueron los pasos previos a la elaboración de conceptos normativos de convivencia grupal.

La solidaridad ha permitido cuidar y fortalecer a cada miembro del grupo y al grupo en sí mismo, un avance que se produjo en el transcurso de miles de años y que, gracias a ella, cada tribu, cuando se asentó en un territorio, pudo construir ciudades y escribir en las paredes de templos y murallas su forma de vida, sus costumbres, sus guerras y sus creencias. Es decir, su historia desde hace apenas unos seis mil años.

Frente a la adversidad de estar enfermo, de encontrarse en soledad, o de carecer de sustento, apareció la idea de socorrer al necesitado, ya expresada en el Eclesiastés 3. 4. en el que se piensa en ella como algo necesario y bueno. A partir de entonces forma parte de la religión y de la ética que fue evolucionando hacia lo moral fáctico, en el entendido de que los humanos no somos seres aislados en busca únicamente de nuestro beneficio individual, sino individuos de relación, de convivencia con otros individuos y por eso es mucho mejor la cooperación que el conflicto. Para poder cooperar hay que buscar aliados y no adversarios, idea que alimenta un largo proceso cultural, aún no concluido, que nos permitió mejorar nuestras relaciones con los otros, para llegar a vivir en un “Nosotros” (Buber, 1956).

La solidaridad humana del siglo XVIII, reflejada en la Revolución Francesa (1789) estaba fundada en el predominio de la razón. En nuestra época, está sustentada en la existencia, en la vida misma, lo que no excluye la aparición de conflictos bélicos, persecuciones políticas, religiosas o desocupaciones y migraciones masivas, particularmente cuando la concentración económica verificada desde el último cuarto del siglo XX y progresivamente profundizada desde entonces, marca una impronta de exclusión que apunta en sentido contrario.

Podemos distinguir dos tipos de solidaridad: la que surge espontáneamente ante hechos catastróficos, imprevisibles pero posibles en algún momento y que asisten anónimamente a todos los afectados a través de organizaciones especializadas en ello, y la que resulta de una idea ordenadora previsor de defensa grupal y específica de los miembros que conforman el colectivo. Entre las primeras se encuentran los organismos de defensa civil, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) u organizaciones civiles creadas específicamente para asistir a los damnificados por inundaciones, terremotos, guerras, endemias, epidemias, pandemias, pobreza estructural, abandono de personas, etc. Aquí la solidaridad es unidireccional: de la organización hacia las personas afectadas, y no existe contraprestación por parte de los beneficiarios.

En el segundo grupo desarrollan su trabajo las mutuales en sus diferentes especialidades y cumplen sus funciones entre sus asociados que son reconocidos por los otros consocios, contribuyen al mantenimiento de la entidad, y pueden acceder a la conducción de la misma. Predomina en ellas el concepto de ayuda recíproca, de responsabilidad conjunta entre quienes dirigen y otorgan el beneficio y los tomadores de éste, que deben contribuir en su momento para restablecer los recursos para prestar futuros auxilios, porque es una manera evidente de establecer la igualdad entre cada uno de los asociados y la entidad para zanjar la deuda social que pudo haberse generado.

En las mutuales se establece un sistema de deudas y de créditos sociales que se expresan a través de una ecuación relativamente simple: “debo algo a la entidad (la contribución periódica y el pago de los servicios) y la entidad me debe algo (la prestación de los servicios establecidos estatutariamente)”.

Esta solidaridad orgánica tiene una larga historia, tan extensa como antigua es la humanidad.; Fue perfeccionando y estructurando su desenvolvimiento a medida que esta evolucionaba, primero a través de normas religiosas, morales y luego jurídicas, las cuales permitieron a estas organizaciones alcanzar altos niveles de organización y administración de sus recursos.

Los antropólogos infieren que en el pasado remoto nuestros ancestros se reunían en grupos alrededor del fuego manteniendo aún sus costumbres nómades de cazadores hasta alcanzar la etapa de vida sedentaria y organizada, lo que contribuyó a acrecentar la población y a ocupar mayor superficie territorial. Los distintos grupos chocaron entre sí y los que triunfan se consolidan en el terreno. Es allí donde se organiza el trabajo colectivo para reproducir localmente lo que antes había que ir a buscar lejos: la cría y el cultivo reemplazan la caza y la recolección (Teilhard de Chardin ,1974). La sociedad nómade es reemplazada por la de agricultores.

La solidaridad, en cualquiera de sus dos manifestaciones señaladas, propende a morigerar el individualismo en su manifestación egoísta, acaparadora e indiferente hacia los otros, sin que ello menoscabe la autonomía personal. Así es como se puede observar que con frecuencia se establece una zona de conflicto entre solidaridad y autonomía. Como señalan algunos autores, ciertamente la posición original responde a una concepción individualista en la medida en que cada individuo debe evaluar, como ser racional, qué principios serán más convenientes para proteger y fomentar sus planes, cualesquiera que sean.

Pero el hombre, precisamente por el hecho de ser racional, se dio cuenta de que no podía dar respuesta a todos sus problemas y necesidades sin la ayuda de otros y estableció reglas de reciprocidad. Así como se comparten las cargas también han de compartirse los beneficios, lo que introdujo, al lado de la racionalidad del egoísmo, la razonabilidad de la cooperación manteniendo cada individuo su autonomía personal. Un individuo es cualquier ser completo en su género, sea animal o vegetal, mientras que la persona autónoma se define por ser el punto de engarce entre lo individual y lo universal: por ser un individuo capaz de darse a sí mismo leyes universales (Cortina, 2018).

La persona autónoma tiene una libertad interna que se refleja en su moralidad y una libertad externa de carácter jurídico-político. La exteriorización de la libertad interna se aprecia en los actos que cada persona realiza frente a otros seres o cosas y según sean estos actos será juzgado de acuerdo a los cánones de la ética social. Las normas jurídico-políticas regulan y sancionan el impacto que la libertad

individual puede producir en la sociedad o estimulan las conductas que favorecen la armonía y la solidaridad entre los individuos o los grupos sociales como, por ejemplo, combaten la desigualdad y la discriminación (Dubet, 2017).

En los espacios públicos cuando se habla de solidaridad suele apelarse a la movilización de los sentimientos altruistas de las personas, lo cual es bueno y oportuno si tal solidaridad se orienta hacia la concreción de organizaciones libres constituidas para prestar auxilio a los necesitados y en las que predomine la ayuda recíproca entre sus miembros. En tal sentido, el concepto de solidaridad es el eje de las organizaciones mutualistas y se manifiesta con plenitud en las mutuales de salud ya que en ellas no solamente se procura atender al enfermo en su dolencia, sino a ayudarlo en la mejora de su calidad de vida.

El mutualismo reivindica tres principios éticos fundamentales:

- a. la libertad de las personas para hacer o no hacer, para asociarse o no a otros, pero cuando se decide a hacerlo no puede ser rechazado por su raza, nacionalidad, ideología, porque se lo valora como persona en sí misma.
- b. la democracia, mediante la cual cada miembro podrá controlar, aprobar o recusar la gestión, elegir y ser elegido para ocupar los cargos estatutarios,
- c. la práctica de la educación y capacitación, que contribuye al desarrollo de las personalidades para que los asociados estén en condiciones óptimas de comprender los problemas de la organización y proponer soluciones.

Cuando se dice que las mutuales son organizaciones en las cuales debe primar la solidaridad y la equidad, no se dice algo que “debe ser” sino que “ya” lo es, aunque lo fuera de manera rústica, sin perfeccionamiento, porque cada asociado, por el hecho de ser persona, lleva grabado en sus genes la práctica de la solidaridad, conducta que se perfecciona con la convivencia social transformando lo espontáneo

natural en un hecho cultural. Tal transformación se fue produciendo en la medida que el conflicto social tomaba cuerpo e interesó a numerosos pensadores a encontrar solución al mismo, generándose la doctrina “solidarista” que procuró ser superadora del “individualismo” y el “colectivismo”, poniendo sobre el tapete al sistema “mutualista” (González Bernaldo de Quirós, 2013).

Señala esta autora, que el término “solidaridad” comenzó a difundirse en Francia en el último cuarto de siglo XIX por el filósofo de orientación positivista espiritualista Alfred Fouillée, pero que fue el sociólogo y pedagogo Émile Durkheim quien le imprimió reputación internacional con su obra “La división del trabajo social” publicada en 1893, que considera a la solidaridad como la ley constitutiva de la sociedad.

Dice González Bernaldo de Quirós:

Desde entonces, la «solidaridad» pasa a ocupar un lugar de honor en el vocabulario republicano. Léon Bourgeois la consagra con su libro-programa «La solidaridad» publicado en francés en 1896. Sin cuestionar el postulado liberal, este afirma que la libertad debe ejercerse en el marco de la «ley de solidaridad natural». Fundada en la evidencia sociológica de la interdependencia social —que Durkheim define como solidaridad mecánica— de ella se desprende el principio de «deuda social» que tenemos todos con las generaciones pasadas, presentes y futuras.

La doctrina permite introducir, a través de la noción de deuda social, el principio de reparación hacia aquellos que en razón de esta interdependencia están más expuestos a los riesgos que implica la vida en sociedad que beneficia a todos.

La ley de accidentes de trabajo es la que mejor plasma estas nuevas teorías en el ámbito del derecho. Bourgeois hace suyo el concepto de «propiedad social» desarrollado por Fouillée que permitía concebir el principio de redistribución, el cual justificaba la noción de «deuda social» sin cuestionar la propiedad individual ni fundarla únicamente en el deber moral. Los accidentes ya no son concebidos como desgracias individuales sino como riesgos sociales, que comportan para los solidaristas una amplia paleta que va desde el desempleo hasta el de la enfermedad. Ahora bien, esta doctrina, que se erige tanto contra el individualismo como contra el Estado providencia (el concepto ya es utilizado entonces), coloca al mutualismo en el centro del dispositivo de promoción de la solidaridad social. Ello explica el renovado interés que van a manifestar los sectores reformistas locales, entre los cuales encontramos universitarios, profesiones liberales, políticos y técnicos, por las tradicionales prácticas de mutuo socorro como camino posible hacia la reforma social. Es entonces que constatamos la presencia en el debate local de

referencias a autores y doctrinas que integran lo que Serge Audier califica de «nebulosa solidarista». Esta comprende tanto el solidarismo católico, que difunde el catolicismo social, como el cooperativismo protestante, que llega a través del interés que suscitan los trabajos de Charles Gide, el solidarismo jurídico que encarna Léon Duguit, uno de los precursores del derecho social y que será invitado por la Universidad de Buenos Aires para dar una serie de conferencias en 1911, y un solidarismo científico y laico sobre el cual se funda la doctrina de la solidaridad de Léon Bourgeois, conocida gracias a la acogida que se hará a sus trabajos tanto entre los juristas como también entre los médicos higienistas (pág. 171/2)¹.

Antecedentes del mutualismo en la Argentina

La ayuda mutua, como manifestación organizativa aparece ya en los pueblos de la antigüedad vinculadas a los servicios religiosos y a partir de la Edad Media en los países europeos, donde comienzan a establecerse las obras de caridad con estructura organizativa dependientes de las órdenes religiosas de la iglesia católica.

Estas instituciones cofradías, hermandades, terceras órdenes (terciarios) fueron implantadas en América con la conquista española y como en España, requerían de los feligreses la contribución de alimentos y vestimentas que se repartían entre los enfermos e indigentes, y si eran monedas se compensaba el pago del servicio de cuidado del enfermo, el entierro de los difuntos y el ofrecimiento de “misas para el buen descanso de las almas”. Estas formas asociativas tenían reglamentos muy estrictos y la mayoría de ellas eran profundamente segregacionistas: no podían ingresar si no se pertenecía a la religión católica, rechazaban a los conversos, a las mujeres si estaban constituidas por varones y viceversa, las había exclusivamente étnicas, de indios o de negros; otras limitaban el ingreso solamente a los españoles, estableciendo el requisito de pureza de sangre. También las había abiertas, como la Cofradía del Carmen de Jujuy que admitía mujeres, varones, españoles, indios, cholos, negros y mulatos, libres o esclavos. También se organizaban hermandades de profesionales: artesanos, comerciantes, clérigos, militares (Di Stéfano, 2002).

Es interesante señalar que los reglamentos de las cofradías contenían capítulos dedicados a la ayuda mutua referidos, por lo general, a la

enfermedad o la muerte del cófrade. Así, por ejemplo, en muchos reglamentos se establecía que el enfermo fuera asistido por un médico o enfermero, los que serían retribuidos con fondos de la cofradía; también se disponía que las personas convalecientes tuvieran el acompañamiento de otro miembro y se hicieran oraciones para su sanación.

Desde 1727 en Buenos Aires y desde 1771 en Córdoba, comenzó a funcionar la Hermandad de la Caridad, dedicada a la beneficencia asistiendo a los cadáveres de pobres que morían en las calles o en las quintas cercanas, los condenados a muerte o los anónimos que fallecían en los hospitales. Esa asistencia consistía en el cumplimiento del ritual de oraciones para su alma y sepultura digna, por lo general en el predio de alguna iglesia. Ambas Hermandades tenían a su cargo el Colegio de Huérfanas y el Hospital de Mujeres en sus respectivas ciudades. Estipulaban que sus miembros “debían tener veinticinco años como mínimo, saber leer y escribir, ser cristianos viejos y libres de sangre morisca, tener patrimonio suficiente, no ser indio ni mulato, tampoco recientemente convertidos a la fe católica, como tampoco haber recibido penas de la justicia ordinaria”. Los herederos de los miembros podían acceder a formar parte de ellas. Estas restricciones estuvieron presentes durante todo el período colonial y recién en 1857 una cofradía de Buenos Aires estableció en sus constituciones que se debía tener especial cuidado en que pudieran formar parte de ella personas de ambos sexos de buen proceder y no estar impedidas por su raza. Algo fue cambiando, no mucho, a partir de la organización nacional.

Beneficencia y salud durante la colonia

Al inicio de la organización sanitaria en época de la dominación hispánica los hospitales en Buenos Aires practicaban la asistencia de los enfermos, protección de los pobres y el aislamiento de los que padecían enfermedades temidas por la sociedad; así, en los siglos XVII y XVIII, los hospitales constituían prácticamente albergues destinados a aislar a los enfermos contagiosos, a los dementes y a los indigentes. Los enfermos eran tratados de sus enfermedades y curaban o morían en

sus propios domicilios. Los partos, con el concomitante riesgo para la parturienta y los neonatos, eran patrimonio casero de las comadronas.

La primera institución médico-asistencial en territorio argentino en la época colonial fue el Real Hospital de Santiago del Estero. A muy poco de fundada la ciudad, en 1553, su gobernador, Francisco de Aguirre habilitó un modesto edificio a tal efecto; esto denota la importancia a priori que se le concedió a la incipiente capital, y su previsión de suponer que en él hubiere necesidad para el aislamiento de enfermos pestosos e indigentes. El primer médico fue Alfonso de Villadiego, sucedido por Juan Muñoz, Andrés Arteaga y Orlando Faya (Oddo, 1972)

La entonces extensa y escasamente poblada provincia de Córdoba albergó a otro de aquellos hospitales iniciales. Según el acta capitular del 8 de febrero de 1576, Lorenzo Suárez de Figueroa, teniente de gobernador, se presentó a los vecinos reunidos en cabildo diciendo

querer fundar un hospital para servicio de Dios y amparo de los pobres y descargo de mi conciencia” y por Acta del 13 de setiembre de 1577 nombraba “[...] patrón del hospital a la bien aventurada Santa Eulalia, a mi propia persona y al cabildo de esta ciudad y por mi fallecimiento o ausencia lo sea el propio cabildo y no otra persona alguna.

Además, donó tierras “donde pudiese criarse ganado cuyos productos naturales sirvieran al propio consumo de los enfermos a la vez que el acrecentamiento del capital del hospital y de sus réditos”. Fundado por los vecinos, tuvo su primer mayordomo, en la figura de Juan Bautista Daniel, recién en 1638 (Pérgola, 2014). Un segundo hospital se fundó allí mismo en 1583, mientras que, la colonia comenzaba a recibir auténticos facultativos, entre ellos don Manuel Álvarez, el primer médico establecido por estos lares en 1601.

En 1605, se construyó en la ciudad puerto (Buenos Aires) el Hospital de San Martín de Tours, que en 1726 pasó a ser atendido por la Orden Betlemítica. Buenos Aires había sufrido en poco más de diez años el azote de dos epidemias, las de 1718 y 1729, que en su trágico saldo de víctimas, habían devuelto a la ciudad y a sus autoridades la conciencia de la extrema precariedad de sus instalaciones sanitarias.

En la misma ciudad, la Hermandad del Señor San Pedro, fue la primera mutual de salud fundada en 1691. Prestaba atención médica a

los clérigos seculares de la ciudad y a partir de 1793 el primer servicio de enfermería. El enfermero tenía la obligación de verificar la situación del enfermo con el objeto de que, si se hallara en estado de pobreza, la asociación lo socorra de acuerdo con sus medios y en lo que fuera posible. En esta Hermandad se estableció un servicio de enfermería y el acompañamiento de los enfermos hasta su fallecimiento y entierro. Funcionó, a pesar de sus constantes dificultades económicas, hasta 1805, años después volvió a fundarse y hoy pervive como Mutual del Clero San Pedro, con el mismo objeto social.

El 7 de agosto de 1779 fue fundada la Casa de Niños Expósitos, la cual era destinada a socorrer niños abandonados, y especialmente a los recién nacidos en riesgo de muerte los que eran amamantados por amas de leche; al mismo tiempo fue una institución ya entonces destinada a la prevención del infanticidio.

El resto de las ciudades argentinas, como Mendoza, San Juan, Tucumán, Salta, Jujuy, Santa Fe, Corrientes y Paraná, fueron poco a poco construyendo sus hospitales, muchos de ellos encomendados al cuidado de los betlemitas, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, en que por razón del considerable aumento de la población se hacía necesario el establecimiento real y no solamente nominal de los mismos, los que, por otra parte, debían contar además con adecuados locales. Cabe resaltar la actitud de estos pobladores del Virreinato del Río de la Plata que con pocos recursos y una medicina que más que curar –como decían en sus edictos– lo poco que se podía hacer era cuidar, se animaron a fundar aquello que sería en realidad un asilo para pobres (Pérgola, 2014).

En 1780 el virrey Juan José de Vértiz y Salcedo instaló en Buenos Aires el Tribunal del Protomedicato², cuyas funciones y facultades permiten considerarlo el primer organismo de salud pública de nuestras tierras. Esa institución que ya funcionaba desde hacía años en el Virreinato del Perú, era un cuerpo técnico que tenía como funciones vigilar el ejercicio del arte de curar y ejercer una actividad docente formando nuevos profesionales. Contaba con un tribunal especial para castigar las faltas cometidas por los facultativos y para perseguir a los curanderos. También se encargó de la salud pública y el primer protomédico fue Michael O 'Gorman, de origen irlandés, que había

estudiado en París y Reims y que llegó al Río de la Plata en 1776. Durante su gestión dictó normas sobre abastecimiento de agua potable, panadería, mercados, construcción de letrinas, reglamentación de cementerios y tratamiento de la basura. Dedicó especial atención a la prevención de las epidemias, especialmente la de viruela, practicando primero la variolización (1785) y luego la vacunación (1805), que hizo obligatoria en todo el país; también propició el aislamiento de los enfermos contagiosos. Puede decirse que O´ Gorman sentó las bases de lo que sería por mucho tiempo la actividad central de la salud pública”. Miguel O´ Gorman, también fue el primer higienista que tuvo la Argentina. (Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba: “17 de Agosto: Creación del Protomedicato”)

Dictó los primeros cursos en 1801 pero los estudios de medicina no lograron atraer interesados: en la camada de 1804 hubo sólo cuatro inscriptos; en las de 1807 y 1810 ninguno. En 1812 sólo tres estudiantes, que practicaban en el ejército, estaban por graduarse.³

Posteriormente, con el reconocimiento del Estado, surgieron las organizaciones de beneficencia, con lo cual se restringía la acción de la Iglesia en la ayuda a los necesitados. Tal participación estadual en el campo de la solidaridad fue consecuencia de la adopción de la nueva filosofía política surgida con la Ilustración. Cabe señalar que, en aras de la libertad, luego de la Revolución Francesa de 1789, durante un período no muy extenso fueron prohibidas todas las asociaciones, gremios, cofradías y mutuales (Arella, 2008).

A continuación, resumimos el proceso expuesto en forma de relato cronológico (Veronelli, y Veronelli Correch, 2004)

1777	Pedro de Cevallos establece el Protomedicato Sustituto a cargo del Cirujano Mayor del Ejército Francisco Puig y del Boticario Mayor Luis Blet
1778	Juan José de Vértiz y Salcedo designa Protomédico sustituto a Miguel O´ Gorman. En diciembre una Orden Real lo confirma
1779	Vértiz designa a Gorman Protomédico General
1780	El 17 de agosto Gorman toma posesión del cargo
1783	Gorman presenta el proyecto de creación de una Academia de Medicina en Montevideo
1785	Gorman inicia la variolización

Los primeros pasos en la Argentina independiente

En la ciudad de Buenos Aires, en 1823, durante el gobierno de Martín Rodríguez, por iniciativa de su ministro de Gobierno Bernardino Rivadavia, se fundó la Sociedad de la Beneficencia cuya administración fue puesta en manos de las “mujeres de la alta sociedad”. Tuvo como atribuciones la dirección y vigilancia de las escuelas de niñas de la capital, la atención y cuidado de hospitales y todos los establecimientos públicos que se fundasen, dirigidos al bien de las personas de su sexo y al alivio de la humanidad doliente (Di Stétano, 2002).

También en la ciudad de Mendoza, a mediados del siglo XIX, se fundó la Sociedad de Beneficencia por iniciativa de damas de la sociedad local, asignándole el gobierno local, desde un principio, la supervisión de escuelas, del Asilo de la Casa de Corrección de Mujeres y del hospital. Posteriormente fundaron la Escuela Modelo de Señoritas en Mendoza, y otras en San Agustín, San Carlos y Paquehua.

Por la misma época, 1852, se fundó en Tucumán la Sociedad de Beneficencia que recién pudo comenzar a funcionar normalmente seis años después debido a las luchas políticas que ocurrían en la provincia.

En Rosario se fundó en 1854 la Sociedad de Beneficencia organizada como continuadora de una asociación de socorros mutuos fundada por ciudadanos franceses para asistir a sus connacionales enfermos. La Sociedad de Beneficencia, un año después, contaba con un Hospital de Caridad. Corrientes también tuvo su Sociedad de Beneficencia en 1858, organizada por las damas de la ciudad y funcionarios del gobierno.

La solidaridad civil organizada. Primeros tiempos

Entre las instituciones civiles de carácter solidario organizadas a instancias de los mismos beneficiarios se encuentran las cooperativas y las mutuales. Las primeras orientadas preferentemente hacia cuestiones de producción de bienes y servicios para distribuir entre sus asociados, y las segundas ocupadas en la atención prioritaria de cuestiones que ocurrirán en un futuro incierto y que afectarán

irremediablemente a sus asociados, lo que hace que se diseñe una trama de prevención para morigerar sus impactos.

Ambas aparecieron inicialmente como acciones recomendadas por la religión con el fin de atender a viudas y huérfanos y enterrar los cadáveres y honrarlos. Para ello se apeló siempre a la participación desinteresada del pueblo, alejada del comercio. De haber una contribución, la misma estaba destinada a tender la necesidad del prójimo desamparado. Tales formas de solidaridad civil se fueron perfeccionando en el transcurso del tiempo hasta llegar a las formas jurídicas de la actualidad.

A partir de 1774 y con más profundidad luego de la constitución del Virreinato del Río de la Plata en 1778, se incrementó la llegada de esclavos africanos, los que se organizaban por grupos de naciones con el objetivo de celebrar sus rituales y proporcionarse ayuda mutua, especialmente para comprar su libertad. En 1823, el gobierno de la provincia de Buenos Aires reglamentó el funcionamiento de las Sociedades Africanas y otorgó un fuerte impulso a su actividad asociativa. Ese reglamento da origen a un nuevo tipo de asociación étnica, fundada sobre las antiguas formas de sociabilidad y los tradicionales vínculos de solidaridad, pero dotada de un grado de institucionalidad no conocido hasta entonces. El reglamento, que podemos considerar como la primera norma reguladora de las asociaciones de socorros mutuos, establecía los objetivos de las organizaciones, entre los cuales el más importante era la obtención de la liberación de los socios en condición de esclavitud, a través de préstamos a bajo interés. Asimismo, las Sociedades debían ocuparse de la educación, la laboriosidad de sus miembros, su buena conducta y la celebración de misas anuales en recuerdo de los socios fallecidos (Di Stéfano, 2002).

Junto a las organizaciones de beneficencia de las élites, se fue desarrollando el asociacionismo popular, principalmente entre los grupos de inmigrantes que se asentaban en el país entre finales del siglo XIX y principios del XX. El número de habitantes de la provincia de Buenos Aires, del litoral y Córdoba se fue incrementando paulatinamente como consecuencia de la apertura del comercio que propició el arribo de extranjeros.

Es así que se fue conformando la colectividad francesa dedicada principalmente a la importación y exportación, como también al trabajo artesanal y rural. En 1832 fundaron la Sociedad Francesa Filantrópica y de Beneficencia que, debido a la carencia de hospitales y por el crecimiento de la colectividad, en 1842 inauguró el Hospital Francés, con el objetivo de atender a tanto a los residentes como a los marineros franceses que arribaban a la Argentina.

Como consecuencia de la firma, en 1825, del Tratado de Amistad, Comercio y Navegación entre la Argentina y el Reino Unido e Irlanda comienza la radicación de súbditos británicos, principalmente irlandeses que, organizados en asociación mutua, fundan en 1844 el Hospital Británico.

En 1836, también se crea la Estación Naval Sarda en el Río de la Plata luego que el reino de Italia hubo reconocido al estado argentino y comenzara un activo comercio de bienes y el servicio de navegación tanto con Europa como por los ríos interiores del país. También en este colectivo se expresaron iniciativas para crear algún hospital para sus marineros, idea que en ese momento no pudo plasmarse.

El Hospital Español fue fundado en 1852. En 1854 se inauguró el Hospital Italiano para atender la gran inmigración italiana que fundará en 1858 una mutua de trabajadores del mismo origen, "Unione e Benevolenza", que tomará los servicios médicos de ese hospital. En 1867 la Sociedad Alemana de Socorros a Enfermos dona un terreno en la ciudad de Buenos Aires para construir su propio hospital.

Los nuevos contingentes de inmigrantes que llegaban a la Argentina, organizados por nacionalidad o región de sus países de origen, también constituyeron sus asociaciones mutuales de las cuales surgieron nuevos centros de salud: en 1896 se funda la Sociedad Obrera de Ayuda Mutua Judía y la Asociación Mutua Israelita de Buenos Aires (AMIA) que dan origen al Hospital Israelita de Buenos Aires en 1921; los gallegos, luego de dos intentos fracasados crearon su asociación mutua Centro Gallego en 1907 para atender primordialmente la salud de sus paisanos; los sirio-libaneses se organizaron a principios del siglo XIX, en la Asociación de Beneficencia Sirio-Libanesa que dio origen al Hospital Sirio-Libanés en 1925.

Los Hospitales del Estado

El proyecto político de la Argentina de fines del Siglo XIX, introdujo un importante impulso a la obra pública, y con ello numerosos servicios públicos en sus ciudades más importantes: agua potable, alcantarillado, cloacas, adoquinado de calles, instalación de tranvías, alumbrado público, ferrocarriles, construcción de puertos fluviales y marítimos. Todo ello atrajo cada vez más inmigrantes de distintas nacionalidades que fueron poblando el territorio y reclamaban atención de su salud. La Argentina de entonces comenzaba a recibir la inmigración masiva que le daría ulteriormente una parte central de su fisonomía.

A pesar de la prosperidad económica esa población vivía en condiciones insalubres. La enfermedad, particularmente la infectocontagiosa, generaba brotes y epidemias. Las reacciones iniciales de la gestión pública estaban relacionadas a acciones preventivas, como el aislamiento de los enfermos contagiosos. Luego, se fue desarrollando la infraestructura necesaria para un abordaje más integral del problema a partir de respuestas asistenciales. El resultado de tales acciones fue que efectivamente mejoró el acceso a la atención en los centros asistenciales en expansión por entonces cuya conformación marcó la impronta que daría marco al futuro modelo beveridgiano argentino y muy especialmente, a la cultura hospitalocéntrica desde allí instalada. Así fue que entre los años 1880 y las primeras décadas del siglo siguiente se crearon el Hospital Rawson en 1887, el de Inválidos y el Sifilicomio en 1889, el Pirovano en 1896, el Argerich en 1900, el Álvarez en 1901, el Tornú en 1905 y el Alvear en 1910. Todos ellos en la ciudad de Buenos Aires y bajo la égida del municipio.

En la misma época se organizó la primer Asistencia Pública y la Administración Sanitaria, y se constituyó el Departamento Nacional de Higiene. Se construyeron otros hospitales bajo la rectoría y el financiamiento del Estado nacional: el Hospital Rivadavia, uno de los primeros en focalizar en la atención de la mujer; y el Hospital de Clínicas, con su protagonismo en materia de formación, investigación y docencia para varias generaciones de médicos argentinos.

Es interesante destacar que las tasas de mortalidad general mostraron descensos considerables, si bien menor en el ámbito

municipal que en el resto, lo que posiblemente se explique por sus mayores tasas de ocupación.

La marcada asimetría con el interior del país hizo que desde 1905 comenzara una mayor expansión hacia las provincias, verificada la marcada escasez de establecimientos de internación. La ley 4953, dio origen a la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, encargada de la expansión de hospitales nacionales polivalentes y monovalentes, psiquiátricos, para tuberculosos y quirúrgicos (Gutiérrez Vladislavic, Mila, s/f). Al no ser fruto de una planificación ordenada, tal expansión no corrigió la escasez por lo menos alineándola con la demanda. Este desbalance, aún es una característica del sistema hospitalario argentino actual.

Las Mutuales de Salud

Como fue presentado, la característica principal de las entidades mutualistas consiste en que son generadas y gestionadas por las mismas personas que en algún momento de su vida necesitarán contar con la ayuda de sus compañeros. Hay previsión en la conducta de cada miembro, no esperan a estar mal y pedir auxilio, sino que lo prevén cuando están bien. Esta característica constitutiva es reconocible en todo tipo de mutual: ayuda económica, seguros de personas y bienes, turismo, salud, farmacia, servicios fúnebres, pensiones y jubilaciones, entre otras prestaciones. Las mutuales son, en última instancia, organizaciones de previsión de riesgos varios.

El mutualismo de salud fue la forma asociativa que más desarrollo alcanzó en la Argentina dado que los ciudadanos y residentes extranjeros radicados en el país necesitaban contar, en un contexto de alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas y periódicas epidemias, con atención médica especializada.

Entre esas entidades organizadas entre mediados y fines del siglo XIX y principios del XX, que aún siguen activas, se encuentran:⁴

- Asociación Mutual Española de Rosario, de 1857
- Mutual Unione e Benevolenza de Rosario de 1861

- Asociación Italiana de Socorros Mutuos Unión y Benevolencia de Ayacucho, provincia de Buenos Aires, 1880.
- Asociación Española de Socorros Mutuos de La Plata, hoy Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia de LaPlata, de 1884
- Asociación Mutual Centro Unión Dependientes de Rosario, de 1884
- Asociación Española de Socorros Mutuos de Pergamino, provincia de Buenos Aires, 1888.
- Sociedad Española de Socorros Mutuos de Tres Arroyos, provincia de Buenos Aires, 1896.
- Hospital Italiano de La Plata, Asociación de Socorros Mutuos y Beneficencia, provincia de Buenos Aires, 1903.
- Asociación Española de Socorros Mutuos de Comodoro Rivadavia de 1910
- Sociedad Española de Socorros Mutuos de San Rafael, provincia de Mendoza, 1910.
- Centro Protección Mutua de Choferes de Rosario, provincia de Santa Fe, 1912.
- Sociedad Española de Beneficencia y Mutualidad (Hospital Español de Mendoza), Godoy Cruz, 1923.
- Centro Unión Viajantes Socorros Mutuos de Rosario, provincia de Santa Fe, 1926.

El fervor asociativo 1860 – 1890

¿Qué llevaba a las personas a buscar estas formas de acción colectiva? se pregunta Hilda Sábato en su trabajo “Estado y sociedad civil”. Responde que, a pesar de existir muy diversas motivaciones, es posible pensar en algunas razones compartidas por la mayor parte de la

población porque en el lapso señalado en el subtítulo, la sociedad argentina estaba viviendo múltiples conflictos y tensiones mientras que los vínculos tradicionales se iban diluyendo y los nuevos no llegaban a consolidarse.

En ese marco de diversidad e incertidumbre, la actividad asociativa funcionaba como un tejido conectivo a través del cual la población podía satisfacer necesidades concretas surgidas de nuevas relaciones económicas y sociales; construir lazos de pertenencia y solidaridad; representar y defender intereses sectoriales; desarrollar actividades recreativas, festivas y culturales; actuar colectivamente en el espacio público.

Las asociaciones más importantes de la época, tanto por su cantidad como por el número de sus afiliados y por su perdurabilidad en el tiempo, fueron las asociaciones de ayuda mutua. Su objetivo central era el de reunir fondos entre sus miembros para crear, para ellos y sus familiares, mecanismos de asistencia en materia de salud y enfermedad, protección en casos de desempleo o invalidez y, a veces, ahorro y apoyo educativo. (Sábato, 2002)

Su peso sectorial, y su representatividad se ilustra en los siguientes datos:

Tabla n° I
Mutuales por jurisdicción al 31 de diciembre de 1913

Provincia	Mutuales
Provincia de Buenos Aires	553
Ciudad de Buenos Aires	214
Provincia de Santa Fe	143
Provincia de Entre Ríos	68
Provincia de Córdoba	65
Provincia de Corrientes	46
Otras provincias	77
Territorios nacionales	36
Total de mutuales en el país	1.202

Fuente: Elaboración propia de Hilda Sábato en base a datos de los cuadros 23 y 24 publicados en Tercer Censo Nacional, 1914. Talleres Gráficos I. J. Rosso, Buenos Aires, 1916. Volúmen X. pp. 308 y 309

Tabla n° II
Mutuales por nacionalidad al 31 de diciembre de 1913

Nacionalidad	Mutuales
Italiana	463
Española	250
Cosmopolita*	181
Argentina	172
Francesa	92
Diversas nacionalidades	44
Total de mutuales	1.202

* Incluidos los Círculos de Obreros Católicos

Fuente: Elaboración propia de Hilda Sábato en base a datos de los cuadros 23 y 24 publicados en Tercer Censo Nacional, 1914. Talleres Gráficos I. J. Rosso, Buenos Aires, 1916. Volúmen X. pp. 308 y 309.

Los datos de entonces no revisten precisión académica. Por ello, estas cifras son estimativas. Según fuentes diversas hubo una dinámica formación de mutuales, cooperativas, partidos políticos y gremios no registrados y de corta vida. La carencia de normas que regularan el funcionamiento de esas entidades, dificultaba su encuadramiento con precisión y no fueron pocas las mutuales y gremios, por ejemplo, que se organizaban como asociaciones civiles o clubes o centros culturales que desarrollaban actividad política partidaria.

Nuevos tipos de mutualidades

En la última década del siglo XIX comenzaron a formarse asociaciones mutuales que escapaban a las habituales motivaciones de agrupación de personas en base a su nacionalidad o derivadas de organizaciones filantrópicas. Los incipientes sindicatos obreros organizaron mutuales para atender la salud y el socorro económico de sus afiliados; también los patronos organizaron entidades similares y, por último, los grupos católicos siguiendo la inspiración del papa León XIII indujeron a sus fieles a organizarse en círculos de trabajadores los que también crearon asociaciones de socorros mutuos.

Unión y Progreso, de 1852, brindaba a sus asociados, principalmente artesanos y pequeños burgueses, subsidios por enfermedad, atención médica, farmacia y sepelio en su panteón social. Sociedad Tipográfica,

de 1871, conformados por asalariados y patrones, recibían los mismos servicios; Sociedad Unión de Sastres, en 1873, cuyo objeto social primordial era el dictado de conferencia a sus asociados. Asociación Católica de Obreros de Córdoba, en 1877, que ofrecía conferencias religiosas. Unión de Artesanos, en 1874. Sociedad Católica de Socorros Mutuos, de 1884 organizada para la prestación de servicios médicos, farmacia, sepelios y conferencias de inspiración católica; y en el mismo año Protección de la Infancia, constituida por otro sector de la pequeña burguesía católica de Córdoba.

En la misma provincia también se fundaron varias mutuales de origen nacional como Sociedad Española de Socorros Mutuos, 1872; Unione e Benevolenza, 1874; Sociedad Francesa de Socorros Mutuos, 1875; Unione e Fratellanza, 1893, todas ellas para brindar atención médica, farmacia y sepelio a sus miembros, y la Sociedad Alemana de Socorros Mutuos, 1879, que abrió una escuela para niños (Iparraguirre, H. y Pianetta, O.: 1968). Los residentes suizos organizan sus mutuales: Sociedad Helvética de Socorros Mutuos de Córdoba (1874), Sociedad Suiza de Socorros Mutuos de Baradero (1895), Sociedad Suiza de Socorros Mutuos de La Plata (1885), Sociedad de Socorros Mutuos "Unión Suiza" de Paraná (1891), Asociación Mutual Suiza Helvetia, San Jerónimo Norte, Santa Fe (1897), Sociedad Filantrópica Suiza de Rosario (1868), Asociación Suiza de Socorros Mutuos y Beneficencia "Guillermo Tell" en Esperanza, Santa Fe (1874), Sociedad Suiza de S. M. La Unión, Rafaela, Santa Fe (1890), junto a otras entidades de carácter cultural, deportivo o comercial, las que en 1935 se agruparon en la Federación de Sociedades Suizas en la República Argentina.

La organización de mutuales de salud contribuyó en el cuidado de sus afiliados, descomprimiendo la asistencia pública oficial. Un ejemplo de ello fue lo realizado por el Hospital Francés durante la epidemia de fiebre amarilla de 1870/71 que le valió la mención del entonces presidente de la Nación Domingo Faustino Sarmiento, "por su valor y comportamiento durante esos trágicos sucesos". Con sólo 60 médicos diplomados y algunos sacerdotes habían atendido millares de casos. A su vez, como ayuda, el gobierno de Francia había enviado a varias hermanas de la Caridad, siete de las cuales fallecieron a causa de la epidemia (Cejas, 2011).

En Santiago del Estero, a principios de 1887, estalló una epidemia de cólera que causó la muerte de miles de personas; el gobernador Absalón Rojas organizó la Sociedad de Beneficencia con la que logró la construcción del Hospital de la Caridad, conocido también como Hospital Mixto. Al mismo tiempo se iniciaron los primeros planes de saneamiento hídrico de la ciudad capital.

Finalmente, y como corolario de este recorrido, se presentará una visión temporal del mismo (Veronelli y Veronelli Correch, 2004 y fuentes propias).

Cronología sanitaria en tiempos de la organización nacional (Veronelli, y Veronelli Correch, 2004 y fuentes propias)

1814	Creación del Instituto Médico Militar que se extingue en 1820
1821	Se crea la Universidad (provincial) de Buenos Aires
1822	El gobierno de la provincia de Buenos Aires suprime el Protomedicato
1822	Mediante un decreto, se reglamentó el ejercicio de la medicina y farmacia, y estableciendo que "...la elaboración de las medicinas en las boticas será en todo arreglada a la Farmacopea Española cuarta edición". La influencia de la cultura francesa en la formación médico farmacéutica de aquella época, hizo que se adoptara posteriormente la Farmacopea Francesa En algunas provincias se crean cargos de médicos titulares de ciudad, o profesores de Higiene (sin cátedra), o Tribunales de Medicina o Consejos de Higiene.
1824	Deja de funcionar la Academia y se inicia la declinación de la Universidad
1825	En Córdoba se solicita a Francisco Martínez Doblas formular el proyecto de un tribunal técnico en asuntos sanitarios, que no llega a ejecutarse
1828	El gobernador Dorrego crea la Sociedad Filantrópica para la administración de hospitales y cárceles.
1832	Los residentes franceses fundan la Sociedad Francesa Filantrópica y de Beneficencia que en 1842 inaugura su propio hospital
1833	El gobernador Reinafé crea en Córdoba un cargo con los derechos de un

	Protomédico, con el nombre de Catedrático de Higiene, Fisiología y Medicina Legal
1843	Luis Tamini, Protomédico de Córdoba, propone instruir a los curanderos para difundir la vacunación
1844	Se funda el Hospital Británico
1873	Primera Convención Sanitaria Internacional. Los delegados argentinos fueron Pedro Mallo y Eduardo Wilde. Se sanciona la ley orgánica de la Universidad y se reincorporó la Facultad de Medicina a esa institución
1879	Se crea una Junta Nacional de Sanidad
1880	La Junta Nacional de Sanidad se incorpora en la Junta Provisoria de Higiene que a su vez se integra en el Departamento Nacional de Higiene, creado por ley de presupuesto y reglamentado en diciembre del mismo año
1883	El intendente Alvear crea la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Se autoriza a la Comisión Nacional de Obras de Salubridad a contratar obras para algunas capitales provinciales.
1886	La Dirección de la Asistencia Pública detecta un caso de cólera y dicta medidas. El Departamento Nacional de Higiene niega la existencia de la enfermedad y la autoridad de la Asistencia Pública para intervenir. La epidemia se difunde al interior
1887	El ministro del Interior dicta un decreto facultando a la Asistencia Pública para actuar sobre amenazas epidémicas. Renuncia el presidente del Departamento Nacional de Higiene Dr. Pedro A. Pardo y lo reemplaza Juan B. Gil.
1887	Se reúne en Río la III Convención Sanitaria Internacional (Argentina, Brasil y Uruguay). Los Parlamentos ratifican el Convenio. Se convoca una Conferencia Sanitaria para examinar la procedencia de los cordones sanitarios; se propone subvencionar a las provincias para organizar en ellas Consejos de higiene y dotarlas de una organización sanitaria subordinada al Departamento Nacional de Higiene. Una ley autoriza a arrendar las obras de salubridad capitalinas y se adjudican a una empresa británica especializada en la materia.
1888	Se presenta al Congreso un anteproyecto de Ley Sanitaria preparado por el Presidente del Consejo de Higiene, Mariano Astigueta.

	Se crea el Cuerpo de Sanidad Militar. Se crea el Instituto Antirrábico Pasteur.
1890	Se rescinde el contrato de las obras de salubridad de la compañía inglesa y se crea una Comisión especial para que dirija las obras, encabezada por el ingeniero Guillermo Villanueva y en la cual participa Emilio Raúl Coni. En el Departamento Nacional de Higiene, el Consejo que preside Mariano Astigueta se organiza en seis comisiones
1891	Se dicta la Ley Orgánica del Departamento Nacional de Higiene y se disminuyen las atribuciones e independencia del Consejo. Se crea el Conservatorio Nacional de la Vacuna. Se desata un conflicto jurisdiccional con la Asistencia Pública. Se dicta el aislamiento de una nave brasileña por fallecimientos por beri-beri en la travesía. Protestas en Brasil que termina en la denuncia del Convenio. Creación de la Sociedad Médica Argentina, actual Asociación Médica Argentina.
1892	Se crea el Instituto Nacional de Higiene. El Departamento alcanza gran solvencia técnica y comienza a ser reconocido. Creación del Patronato de la Infancia. Integración del mismo en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires que se crea ese año. También la Escuela de Enfermería creada por Cecilia Grierson se integra en la Administración Sanitaria y Asistencia Pública que dirige Coni.
1894	Desatada una epidemia de cólera, el Departamento dirige las acciones en el interior a pedido de las autoridades provinciales
1896	Se formula y en buena medida se ejecuta el Plan de Saneamiento de Mendoza
1897	Se formula el Plan de Saneamiento de Corrientes
1899	Las autoridades sanitarias argentinas y uruguayas se preparan ante noticias de peste bubónica en la India. Se desata epidemia de peste en Asunción. Aparece un caso sospechoso en Rosario, al comprobar la peste se aísla la ciudad. Iniciación de los Congresos Científicos y los Congresos Médicos Latinoamericanos.

Tiempos de prevención de enfermedades

Nuevos tiempos. Las corrientes ideológicas barren continentes a medida que las personas migran, se comercian libros, se organizan seminarios, aparecen en periódicos y revistas especializadas o las difunden viajeros a modo de novedades. Nuevas tendencias se

producen en cualquier sector de la sociedad y el de la salud pública también participa en la difusión de los sucesos que se generan. Hay regiones que son productoras netas y permanentes de ideas. Europa marcó el rumbo con su Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, al inicio de la Revolución Francesa, las corrientes socialistas desde mediados del siglo XIX, el estado de bienestar impulsado por Otto von Bismarck durante la unificación alemana de fines del Siglo XIX, la creciente sindicalización de trabajadores y de patronos y profesionales a través de cámaras sectoriales y colegios. La encíclica Rerum Novarum del papa León XIII impulsó la acción social de la Iglesia a finales del mismo siglo. La consolidación de la Revolución Industrial y la instalación del capitalismo como modo predominante de producción. Las grandes corrientes de ideas del Siglo XX en el campo político e ideológico: el fascismo, el socialismo, el comunismo y también los grandes aportes de la ciencia y la tecnología aplicados a todas las áreas, particularmente, por lo que aquí nos concierne, a la salud.

Nos interesa señalar algunos de los elementos que influyeron en la atención de la salud tanto desde la medicina como ciencia, como de los financiadores y prestadores del sistema: organizaciones privadas, públicas y los profesionales independientes o contratados por las entidades. Y con ello, el protagonismo del mutualismo de salud frente a ese aluvión cambios en la sociedad.

Influencia de los cambios de paradigma en salud ocurridos en Europa y los Estados Unidos de Norteamérica

Casi un siglo después de la Revolución Francesa, luego de varias revueltas políticas y sociales promovidas por movimientos socialistas que actuaban en distintos países europeos, se consolidó la unificación de dos países, Italia (20 de septiembre de 1870) y Alemania (18 de enero de 1871), que hasta entonces tenían una diversidad de regiones independientes que se reconocían como pertenecientes a una misma nación, por su tradición histórica y por la lengua. El canciller alemán Otto von Bismarck, introdujo de un modo sistemático la protección social del trabajador a través de recursos contributivos, iniciando el seguro social que conceptualmente llevará su nombre. No lo hizo desde

una perspectiva de solidaridad ni dadivosidad. Fue el modo a través del cual, la consolidación del capitalismo incipiente amalgamaba a la población fidelizándola con su trabajo, a cambio de los beneficios sociales que promovía, contrarrestando las ideas y las actividades de los partidos de izquierda, y dando nacimiento a lo que más tarde se llamó el Estado de Bienestar. Resumiendo, sus medidas establecieron tres grandes reformas laborales: en 1883, la creación del seguro de enfermedad; al año siguiente, la del seguro de accidentes; y en 1889, el que fue el primer sistema de pensiones de jubilación de la historia, que dotaba de una asignación a los trabajadores a partir de los 70 años. Estos seguros se financiaban con la aportación económica de los trabajadores, la patronal y en menor medida, el Estado.

Poco tiempo después el papa León XIII sugiere, a través de la encíclica mencionada, que los estados no deben ser solamente observadores y represores de los conflictos sociales, sino que tienen que mediar entre las partes en pugna, lo que más tarde se tradujo en conciliaciones obligatorias en las que, frente al conflicto, sindicatos de trabajadores y empleadores discuten salarios, condiciones de trabajo, cuidado de la salud, régimen de licencias, etc., frente a funcionarios del estado que rubrican lo acordado entre las partes. Destacable es que, junto con ello, el pontífice impulsa la creación de sindicatos de obreros católicos con la finalidad de reducir la influencia que venían ejerciendo los trabajadores socialistas y comunistas.

Estos movimientos tectónicos se inscribían en la convulsionada atmósfera política e intelectual del fin del Siglo XIX. Mientras tanto, el mutualismo tradicional que venía creciendo en la Argentina se vio conmovido por aquellos acontecimientos que provenían de Europa, lo que provocó, que sus asociados se reagruparan ideológicamente produciendo, en algunos casos, la partición de la entidad. Ejemplo de ello fue Unione y Benevolenza que, como consecuencia del proceso de unificación italiana y la guerra entre monárquicos y republicanos, se produjo una escisión, creándose la Unione e Fratellanza en 1893. Años después las mutuales españolas tuvieron sus divergencias ideológicas internas, especialmente en época del inicio de la Guerra Civil Española, separándose los republicanos de los franquistas creando nuevas entidades.

Concurrentemente a los impactos políticos, económicos y culturales que se produjeron tanto en la Argentina y en numerosos otros países como consecuencia de lo que ocurría en Europa, comenzó a desarrollarse una nueva mirada sobre la salud, la enfermedad y el rol de los médicos.

Estamos en aquel momento en plena prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas. Muy lejos todavía de la transición epidemiológica que habría de producirse en el Siglo XX. Aun así, epidemias y enfermedades como tuberculosis, sífilis, cáncer, viruela, carbunco, cólera, malaria, trastornos psiquiátricos, rabia, la mayoría de presencia milenaria, las derivadas de accidentes laborales y domésticos comenzaron ya a ser abordadas desde un punto de vista de salud pública y no como un problema personal, aunque contagioso. Pero mientras en los países más adelantados, los avances diagnósticos y terapéuticos habían permitido controlar muchas de ellas ya sea a través de la prevención, la vacunación o nuevas terapias, en las naciones más pobres la desnutrición y el trabajo esclavo como marco de las enfermedades endémicas seguían devastando vidas y economías.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX comienza a ganar terreno la medicina científica y se consolida, a través de los investigadores, como la principal corriente del conocimiento y la práctica médica. Bismarck se interesó especialmente en ese desarrollo e hizo que la Alemania unificada se transformara en un centro privilegiado para el estudio de las causas de las enfermedades y su curación. Las universidades de ese país acogieron a biólogos, patólogos, infectólogos, físicos, biólogos y demás especialistas que pudieron desarrollar sus teorías y obtener resultados efectivos. Ese esplendor de la investigación médica, que se desarrollaba también en otros países de Europa, se frenó con la Primera y la Segunda guerras mundiales y se trasladó ulteriormente a los Estados Unidos de América.

A partir de 1842, en Inglaterra, comenzó la participación del Estado en las cuestiones de la salud pública. En ese año aparecieron los primeros estudios sobre las condiciones de trabajo de los obreros, estimándose las pérdidas económicas causadas por enfermedad y muerte prematuras. Como consecuencia de ello, y tras el dictamen de una comisión de trabajo establecida con el objeto de estudiar las

condiciones sanitarias de la población, se sancionó la primera ley de Salud Pública de ese país, en 1848.

Por la misma época, en Estados Unidos se constituyó la primera organización oficial de salud pública, proponiéndose la organización de juntas locales con el fin de organizar estadísticas de salubridad, promover la enseñanza de la medicina preventiva y fomentar la higiene escolar.

Francia, a su vez, creó el Consejo Superior de Sanidad Pública, y Alemania adopta el sistema creado por Inglaterra. Se desarrollan las primeras conferencias sanitarias internacionales, comenzando con la de París en 1851, que dieron lugar al nacimiento del sentido de cooperación internacional.

Louis Pasteur, en 1868 da a conocer su teoría microbiológica de propagación de las enfermedades que ejercerá una trascendental influencia en la legislación sanitaria. La defensa de la salud deja de ser considerada como un problema atinente a cada individuo, pasa a ser de toda comunidad, de toda la sociedad.

La teoría infecciosa de Pasteur dio por tierra la teoría de la generación espontánea de los virus y abrió el camino a posibilidad de prevenir enfermedades transmisibles. Con ello comenzó a valorarse la medicina preventiva, y a requerir el auxilio de otras ciencias al conocimiento médico, como la biología, la física, la ingeniería hospitalaria y las ciencias sociales como la política, la economía, la administración pública, la demografía y la estadística. Con el correr del tiempo se fueron incorporando nuevos instrumentos de observación y medición de las enfermedades. Es importante señalar, además, el nuevo papel que comenzaron a jugar las universidades y los centros de investigación.

Gutierrez Vladislavic señala como trascendental la I Prima Guerra Mundial ya que al finalizar la contienda los países comienzan a introducir importantes cambios en la política sanitaria mundial:

Pues si bien es cierto que pudieron existir con anterioridad precedentes doctrinarios de sociólogos, higienistas y aún algunos esbozos legislativos acerca de la armonización de la técnica sanitaria con la sociología y la economía, es después de 1918 que se inicia, por parte de los organismos estatales, una política sanitaria caracterizada

por la concurrencia de los factores que directa o indirectamente inciden en la salud de la población.

En 1921, en Estados Unidos, se crea el primer Departamento de Epidemiología en el orden mundial. Previo a este logro, ese país, a los efectos de resguardar el tránsito y el comercio internacional crea una Oficina Interamericana, precursora de la OEA, y una dependencia en relación a la salud, la Oficina Sanitaria Internacional, y la Oficina Sanitaria Panamericana, para luego convertirse en Organización Panamericana de la Salud. Todo ello basado en la Doctrina Monroe, “América para los americanos”.

Los ministerios de los jóvenes países de América, con sus distintas dependencias abocadas a la salud, estuvieron destinados a proteger las necesidades del comercio exterior –no a las personas- mediante el control de las enfermedades “cuarentenables”, por medio de campañas sanitarias en los principales puertos marítimos, y ese fue el espíritu inicial de la Oficina Sanitaria Panamericana, OSP, a cargo de funcionarios de salud pública o de sanidad del ministerio de guerra de los Estados Unidos, que ejercieron tanto la función de dirección como la de inspección a través de representantes viajeros. También fue esa la inspiración del Código Sanitario Panamericano de 1924.

El saber científico sepultó, en los ámbitos académicos, las creencias dominantes hasta entonces y las enfermedades dejaron de ser castigo de los dioses al mal comportamiento de los hombres, para pasar a ser el resultado de la acción de microbios, bacterias, virus, avitaminosis o degeneración celular. Estos estudios fueron sostenidos por el avance de la física, la química, la bioquímica y la farmacología.

A partir de descubrimientos ya presentes en el S XIX, como la introducción de la radiología (Röntgen, 1895), los avances en la bioquímica, los primeros procedimientos endoscópicos, la revolución resultante de la incorporación rutinaria de los procesos anestésicos introducidos por un odontólogo (Horace Wells, 1844) y, fundamentalmente el ingreso de la microbiología como entidad nosológica y su consecuencia inmediata: el saneamiento, la higiene y el descubrimiento de los antibióticos, en pocas décadas la medicina empírica se transformó en ciencia. Es el momento en el que dominan las teorías que explicaron la etiología de las enfermedades, entre ellas

la patología celular, la microbiana, la endocrinología, la epidemiología, la genética, la psiquiatría, la psicología.

Pero aun así, una mirada alternativa a la sociedad por parte de los mismos investigadores les permitió determinar que la situación en que vivían las poblaciones en el campo y en las ciudades, los niveles de pobreza, la carencia de agua potable, la alimentación deficiente, la falta de higiene urbana y familiar, la inexistencia de cloacas y de tratamiento de basuras, las zanjas con agua estancada, la proliferación de insectos y roedores, los perros vagabundos y con rabia, eran factores que facilitaban la transmisión de enfermedades. A fines del 1800 un médico húngaro de origen alemán, Ignaz Philipp Semmelweis fue conocido popularmente como el «Salvador de Madres» pues descubrió que la incidencia de la sepsis puerperal o fiebre puerperal (también conocida como «fiebre del parto») podía ser disminuida drásticamente si los médicos desinfectaban sus manos antes de atender los partos en las clínicas obstétricas. Es considerado como el creador de los procedimientos antisépticos (Arella, 2020).

Son las enseñanzas de Virchow, de Snow y de tantos otros que anticiparon en décadas al concepto de determinantes de salud.

La impronta higienista

El gobierno argentino comenzó a aplicar medidas de saneamiento en la Capital Federal, Corrientes y Mendoza, a construir hospitales generales y de tratamientos específicos de las enfermedades infecciosas, como el de tuberculosis. También estableció un sistema de asistencia médica pública en la ciudad de Buenos Aires, y un área administrativa el Departamento Nacional de Higiene que convocó la reunión de una Conferencia Sanitaria para evaluar la endemia leprosa, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales en 1906. Una de las primeras creaciones de la Comisión se produjo en el territorio nacional del Chaco: el Hospital Regional de Resistencia. Siguió luego el Asilo de Alienados de Oliva (Córdoba), el de "niños retardados" de Torres provincia de Buenos Aires, el Hospital de Bell Ville, el Sanatorio de Tuberculosos de Cosquín, ambos en la provincia de Córdoba, el Hospital Regional de Allen territorio nacional de Río Negro, el Asilo-colonia de

Olivera, provincia de Buenos Aires, el Hospital Común Regional Andino de La Rioja y el Sanatorio Nacional de Tuberculosos de Santa María, provincia de Córdoba.

Tal era el atraso, a principios de la década de 1930 en la ciudad de Córdoba, en la realización de las obras públicas de saneamiento que la mayoría de las barriadas, e incluso el aristocrático barrio de Nueva Córdoba, carecían de servicios de agua corriente. Ortiz Bergia, (2009) señala que en 1933 se comenzó a instalar una red de agua que se extendió por 1.200 hectáreas, duplicando el área existente, beneficiando a 48.000 personas, pero que la obra no alcanzó a suministrar el servicio a la totalidad de habitantes de la ciudad; recién en 1940 comenzó la ampliación de desagües cloacales y el tratamiento de aguas residuales en el casco céntrico de la ciudad.

Mientras esos hechos se desarrollaban en el ámbito gubernamental, el mutualismo de salud no se quedó en la pasividad, las mutuales de comunidades construyeron y ampliaron sus hospitales, incorporaron nuevos servicios contribuyendo así al cuidado de la salud pública también en el interior.

Desde otro ámbito de la sociedad, el de la educación, también generaron de mutuales que brindaban apoyo económico a los alumnos que enfermaban. El 23 de diciembre de 1913 la Obra Conservación de la Fe con sede en la ciudad de Buenos Aires, funda la Asociación Escolar Mutualista cuyos socios eran los alumnos y ex alumnos que solicitaran su incorporación con la autorización de sus padres. Éstos debían aportar mensualmente \$ 0.20 hasta la edad de 16 años, y \$ 0,50 a partir de la misma. La administración estaba a cargo de los miembros protectores que pertenecían a la Obra. En caso de enfermedad corriente de los alumnos y ex alumnos, la mutual los asistía con \$ 1,- diario, mientras que a los enfermos crónicos la ayuda económica variaba según cada caso particular. También brindaba un beneficio por vejez y por fallecimiento de acuerdo al capital aportado a la entidad (Rovella, y Arella, 2006)

Los dirigentes mutualistas vieron la necesidad de que sus organizaciones tuvieran un diálogo entre sí para fijar objetivos más ambiciosos como, por ejemplo, organizarse federativamente y reclamar la sanción de una ley orgánica para el sector.

El diputado Carlos Conforti presentó a su Cámara, el 17 de septiembre de 1913, un proyecto de ley para la creación de la “Mutualidad de Obreras Madres” que funcionaría como dependencia del Departamento Nacional del Trabajo. El objeto social de la entidad era proporcionar a las obreras asociadas una indemnización suficiente para que se abstengan de trabajar las cuatro semanas que preceden al parto y las cuatro semanas que siguen al alumbramiento, porque se consideraba que era imprescindible el descanso absoluto de las obreras y empleadas que se desempeñaran en fábricas, talleres u oficinas, fueran éstos privados o públicos. Las asociadas deberían aportar dos pesos por año que podrían aportar en partes semestrales y la entidad contaría con las contribuciones de asociados honorarios y benefactores.

En 1914 el diputado nacional Ángel Mariano Giménez presentó a la Cámara el primer proyecto de ley sobre asociaciones mutualistas.

En el mismo se contemplaban disposiciones tales como el reconocimiento de asociación de socorros mutuos a las entidades que tuvieran como objetivos la asistencia médica por enfermedad, puerperio o accidentes, pensiones o subsidios por incapacidad temporaria o definitiva para el trabajador, como también por vejez, el otorgamiento de pensiones a las familias de los asociados que fallecieran.

Dos importantes congresos mutualistas

Con el concurso académico del Museo Social Argentino los dirigentes mutualistas convocaron el “Primer Congreso Internacional de Mutualidades y Previsión Social” realizado en la ciudad de Buenos Aires en 1916.

Dos años después, y con la inspiración del Congreso Internacional, el mismo Museo Social Argentino llamó al movimiento mutualista a reunirse en el “Primer Congreso Argentino de la Mutualidad” que sesionó en la ciudad de Buenos Aires durante los días 24 al 26 de marzo de 1918. Participaron 295 entidades de socorro mutuo con sede en la ciudad de Buenos Aires y en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Mendoza, San Juan, San Luis, Salta, La Rioja, Santiago del Estero,

Tucumán y de los territorios nacionales de Misiones y Chaco. El temario abarcó los siguientes puntos:

1. Formas de previsión, legislación sobre mutualidades, bases de constitución, subvenciones, la mutualidad y los intereses nacionales, obra realizada por las mutualidades en la República Argentina.
2. Federación de mutualidades, objetivos de una federación, bases de organización, federación nacional y federaciones de reaseguro.
3. Seguro social, concepto del mismo, la mutualidad y el seguro social, objetivos; su oportunidad en la República Argentina.

El presidente del Congreso, Carlos Ibarguren, en su discurso inaugural de las sesiones señaló la situación penosa que, a pesar el crecimiento económico del país atravesaban los trabajadores nativos e inmigrantes y cómo buscaban la protección recíproca en instituciones mutuales sin tener otra guía que la solidaridad. En esos momentos ya requerían contar con una legislación que las ordenara en su constitución y promoviera su crecimiento para poder llegar al seguro social.

La aspiración de organizarse federativamente se concreta dos años más tarde: en 1920 en una entidad de muy corta vida que, tiempo después renace como Liga de Entidades Mutualistas, creada en 1936 y de la Liga Argentina de Entidades Mutualistas, organizada en mayo de 1940.

Juan José Díaz Arana, presidente del Museo Social Argentino, había presentado a la Cámara de Diputados de la Nación, en agosto de 1918, un proyecto de ley sobre sociedades de socorros mutuos titulado “Bases para una ley orgánica de la Mutualidad” en el cual establecía la forma de constitución, gobierno y funcionamiento de las mutuales, los derechos y obligaciones de los asociados y la organización de los servicios de salud, subsidios y seguros.

En el mismo año el diputado nacional Napoleón Robín Castro presentó su proyecto de ley a la Cámara de Diputados para la creación de un banco mutualista para atender las necesidades crediticias de los empleados públicos, y Augusto Bunge, diputado nacional, en 1919 otro proyecto de ley orgánica de mutualidades y seguros. Entre sus disposiciones contemplaba la creación de una dirección de la mutualidad.

Ninguno de estos proyectos fue tratado por la Cámara receptora a pesar del crecimiento del sector que se regulaba con las disposiciones del Código Civil para las asociaciones civiles, a pesar de sus particularidades de origen y funciones. Cabe señalar, que muchas entidades organizadas por extranjeros tenían sus estatutos redactados en sus idiomas de origen y las deliberaciones de sus órganos sociales y sus respectivas actas se realizaban también en lengua extranjera, lo que dificultaba el conocimiento de sus disposiciones.

Muchas de estas mutuales eran cerradas y no permitían el ingreso de argentinos, como da cuenta la Cámara Civil 1ra. de Capital Federal que el 25 de octubre de 1949 expresa:

La cláusula de exclusión de argentinos nativos de una asociación de socorros mutuos, es repugnante a la Constitución nacional. Persigue la formación de minorías nacionales o la perduración de conceptos y sentimientos contrarios a los americanos del «jus soli», formando dentro del Estado centros de resistencia a la necesaria asimilación del inmigrante y de sus descendientes, a la nacionalidad argentina (Arella, y Arella, 2006).

En el campo de la acción social la presencia de tantas entidades mutualistas llamó la atención de numerosas personas que veían que los inmigrantes se organizaban solidariamente mientras que los argentinos dependían de las sociedades de beneficencia y hospitales públicos para atender sus necesidades.

En ese ambiente social un grupo de ciudadanos argentinos decidió fundar, en 1894, una asociación de mutualistas cuyos asociados serían exclusivamente argentinos.

Transcribimos a continuación (respetando su grafía) el documento que dio nacimiento a la primera mutual constituida exclusivamente por argentinos:

En la ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina, a las 8½ P.M. en el local de la calle Lorea 1939 galantemente cedido para este acto por D. Juan M. Larrazabal, a los veinticinco días del mes de junio de 1894, presente los señores al margen designados, reunidos en Asamblea, abrió el acto el iniciador de tan plausible idea, señor Jacinto Cucchi diciendo: que de antemano todos habíamos sido informados acerca del objeto de aquella reunión, el cual no era otra sino la fundación de una sociedad de socorro mutuo nacional; dijo también que la utilidad e importancia de tales instituciones resaltaban á primera vista sin necesidad de mayores consideraciones, trayendo como ejemplo en corroboración de lo dicho la marcha próspera y benéfica de las sociedades extranjeras de esta misma índole.

La “Mariano Moreno” se había fundado para prestar servicios a los argentinos, como se expusiera en el acto constitutivo. No obstante, las previsiones que se tomaban al respecto, la memoria correspondiente al 8º ejercicio social (1901-1902), da cuenta de la expulsión de un asociado extranjero. La resolución fue adoptada por la comisión directiva y figura en la memoria que debía tratar la asamblea, órgano que ratificó lo dispuesto por el órgano administrador.

Solamente un párrafo de la memoria da cuenta del asunto: Pprevia comprobación de no ser argentino fue eliminado de la lista social el Sr. José Martínez. (Arella, 2019).

Otra mutual constituida exclusivamente por argentinos fue La Argentina, cuyo principal objeto social fue la organización de bailes populares.

La falta de legislación sobre las mutuales permitió la formación de falsas organizaciones que se hacían llamar mutuales o cooperativas de salud. Susana Belmartino (2006) señala que hasta la tercera y cuarta década existían cooperativas médicas o bien empresas controladas por legos, que contrataban profesionales remunerados por salario, y que en ambos casos ofrecían cobertura de atención médica a cambio de una cuota mensual. Esas falsas mutuales fueron muy cuestionadas por los dirigentes de las verdaderas mutuales de salud y por intelectuales que las consideraban como organizaciones explotadoras del trabajo médico y, a partir de los años treinta, por los voceros del gremialismo médico

que las consideraban como empresas de lucro privado y vulgares empresas de corretaje médico.

Recién en abril de 1938 el Poder Ejecutivo Nacional dictó el decreto 3.320 que constituye la primera norma legal sobre el ordenamiento y funcionamiento de las mutuales, con disposiciones generales en cuanto a la organización, administración, control y régimen de asambleas; hace referencia específica a las mutualidades de empresas, a la fusión y federación de mutuales y al fomento del mutualismo. Asimismo, se contempla la posibilidad de que las mutuales intercambien servicios para mejorar la prestación de los mismos a los respectivos asociados, anticipándose a disposiciones similares del decreto-ley 24.499 del 6 de octubre de 1945.

Segundo y Tercer Congreso Mutualista

En la ciudad de Buenos Aires, durante los días 29 de septiembre y 2 de octubre de 1942 se realizó el “Congreso Mutualista Argentino” organizado por la Liga Argentina de Entidades Mutualistas de la Capital Federal. Participaron representantes de 382 entidades que actuaban en las provincias y territorios nacionales y una delegación especialmente invitada de mutuales de la República Oriental del Uruguay.

Los temas tratados fueron:

- Legislación mutualista
- Reglamentos para mutuales
- Coordinación de las mutuales
- Convenios de reciprocidad de servicios
- Fomento del mutualismo
- Exenciones impositivas

Dos años después, durante los días 5 al 7 de octubre de 1944 se celebró el Congreso Mutualista Argentino, convocado por los directivos del sector y la División Mutualidades y Descanso de la Secretaría de

Trabajo y Previsión. Participaron 456 delegados entre representantes oficiales y mutualista y los temas abordados fueron:

- Legislación
- Fomento del mutualismo
- Acción mutualista

Al término del encuentro fueron aprobados varios proyectos, interesantes por demás:

- a. Anteproyecto de ley orgánica de mutualidades.
- b. Régimen de exenciones impositivas para las mutuales.
- c. Incorporación de la enseñanza del mutualismo en los programas de estudio de los establecimientos de nivel primario y secundario.
- d. Creación de servicios mutuales de salud en todo el país.
- e. Crear una colonia de descanso para los trabajadores asociados a mutuales.
- f. Establecer la industria farmacéutica mutualista.
- g. Promover la constitución de mutuales de primero y de segundo grado y la sugerencia de que se constituya una confederación de mutuales. (Castelli, 2014).

Crecimiento y financiamiento de las entidades

Las organizaciones mutualistas de salud fueron creciendo en la prestación de servicios y en instalaciones de manera prudente y constante a medida que aumentaba su número de asociados.

Desde sus primeros antecedentes hasta finales del siglo XX sus recursos provenían de los módicos aportes de sus asociados compuestos por cuota y el cobro de los servicios prestados a los

mismos. Es de señalar que, como se puede ver en páginas anteriores de este trabajo, las cuotas mensuales eran de muy bajo valor, por lo que de ninguna manera podía cubrir los costos de las prestaciones.

Las mutuales no recibían aportes del Estado que les permitiera compensar los gastos e inversiones en edificios y equipamiento. ¿Cómo lograron construir hospitales como el Español, el Francés, el Italiano, el Británico, y tantos otros? Por las donaciones de sus socios protectores pertenecientes a la misma colectividad, a legados testamentarios y, en algunos casos, a subvenciones procedentes de sus países de origen, fueran éstas oficiales o particulares.

Ello era posible por la solidez del sentimiento de solidaridad en cada colectividad, la noción de pertenencia y la todavía vigente práctica de la beneficencia. Quienes hacían fortuna contribuían con “sus paisanos” necesitados, ya sea por caridad o por prestigio social.

También existía otro factor de suma importancia: la honradez en la administración de los recursos y una seria vigilancia por parte de los síndicos de las entidades. Sin embargo, ya al transitar los años 40, los cambios en la práctica médica se superpusieron con las dificultades financieras poniendo en peligro la supervivencia del sistema a pesar de la probidad de sus dirigentes quienes comenzaron a modificar la perspectiva en relación con el acercamiento al Estado y la Liga Argentina de Entidades Mutualistas se constituye en elemento de presión y negociación frente a los poderes públicos. (Belmartino, 1996).

Organizaciones de médicos

Aquellos avances en la medicina, motivaron precozmente que los médicos argentinos organizaran una institución de carácter académico por fuera de las facultades de medicina dependientes de las universidades. Así se fundó en 1891 la Asociación Médica Argentina como entidad exclusivamente científica, sin fines de lucro, conceptualmente concebida para agrupar a los médicos de todo el país con el objetivo de su especialización, capacitación y actualización permanente, y así promover la ciencia médica, mejorar la salud y lograr el bienestar social.

Elías Hurtado Hoyo hace una interesante reseña del momento fundacional de la Asociación:

(...) por la inquietud de un grupo de médicos en búsqueda de comunicación científica, se propuso la formación de una entidad que los nuclee. A tal fin se cita a una reunión preparatoria para el 4 de agosto de 1891, por medio de una invitación que señalaba...”la conveniencia de fundar un Centro Médico a fin de propender el desarrollo de la ciencia que cultivamos y de estrechar los vínculos de la solidaridad que deben existir entre los miembros de nuestra corporación.

Fue elegido para presidir la sesión el oftalmólogo Dr. Pedro F. Roberts, designándose a su vez como secretarios de la misma a los Dres. José Penna y Alfredo Lagarde. Luego de una agitada discusión se rechaza la postura de que la sociedad incorpore aspectos gremiales, ganando la moción de constituir la con caracteres exclusivamente científicos. Principios que se mantienen hasta la fecha.

En la segunda reunión, del 1º de septiembre, se presenta y se aprueba por unanimidad el proyecto de estatuto y reglamento elaborado por una comisión especial constituida por Coni, Esteves, Penna, Lagarde y Romero. Se decide asimismo adoptar el nombre de Sociedad Médica Argentina.

El entusiasmo alcanzado llevó a acelerar las decisiones y en la tercera sesión, llevada a cabo sólo cuatro días después, el 5 de septiembre, se firmó el acta fundacional; la rubricaron 106 miembros. Luego de un clima de verdadera hermandad se procedió a elegir la primera Comisión Directiva que quedó constituida de la siguiente forma: Presidente, Dr. Emilio R. Coni; Vicepresidente, Dr. Eufemio Uballes; Secretario General, Dr. Alfredo Lagarde; Secretario de Actas, Dr. Juan B. Justo; Tesorero, Dr. Braulio Romero; Archibibliotecario, Dr. Jaime R. Costa; Vocales, Dr. José Penna, Dr. José A. Ayerza, Dr. Juan B. Señorans, Dr. E. Del Arca, Dr. Roberto Wernike y Dr. Antonio Gandolfo.⁵

La visión de ese puñado de hombres ponía en movimiento una de las instituciones más vigorosas de la República... el intelecto médico lograba unirse con fines de su ciencia.

La Asociación Médica Argentina no alcanzó aquella representatividad inicialmente pretendida. En su larga trayectoria se consolidó como un exponente de una parte de la profesión médica, la más ligada al ejercicio liberal de la profesión y al modelo galeno céntrico dominante. Pero, aun así, como pudo advertirse en la precedente transcripción, en el sector médico ya había comenzado a surgir la necesidad de agremiarse profesionalmente con la finalidad de proteger el trabajo y la

remuneración de quienes prestaban servicios en hospitales, públicos y privados, como también de quienes se desempeñaban como médicos independientes.

No todas las numerosas sociedades de socorros mutuos dedicadas a la salud tenían aquilatado prestigio y había muchas organizaciones que, ante la carencia de una legislación que las regulara, se llamaban mutuales o sociedades de socorros mutuos sin realmente serlo. La existencia de estas falsas mutuales generaba una conflictiva relación con los médicos, farmacéuticos, odontólogos, que debían atender a sus asociados. En la Primera Conferencia de Médicos de la Provincia de Buenos Aires realizada en 1924, el doctor Pedro S. Acuña denunciaba la actuación de cuatro falsas mutuales que funcionaban en la ciudad de Chivilcoy y las malas relaciones con los profesionales de la salud que incluso llegaban a ser injuriados a través de panfletos anónimos. En la misma ciudad había, según relata Acuña, otras dos instituciones genuinamente mutualistas con las cuales la relación era armónica. Esa situación se repetía en muchas otras ciudades, inclusive Buenos Aires, alimentado un gremialismo médico naciente.

La denuncia de Acuña pone de manifiesto que las autoridades no habían actuado para corregir una situación que ya había señalado, en 1910, el jefe de la sección de Higiene Industrial y Social del Departamento, doctor Augusto Bunge, quien había realizado en 1910 un estudio sobre mutualidades y pseudo-mutualidades en la ciudad de Buenos Aires, ciudad en la cual las primeras de estas instituciones (mutualidades) se habían iniciado pocos años después de la caída de Rosas. Bunge llamaba pseudo-mutualidades a emprendimientos fundados y dirigidos por médicos (empresas médicas) o por agrupaciones políticas o religiosas (por ejemplo, los Círculos Católicos de obreros) que se parecían, en algunos aspectos, a las verdaderas mutualidades, que, con base en la solidaridad de los asociados, ofrecían asistencia médica y otras ayudas a sus asociados. Para el Departamento, era novedoso extender su competencia de vigilancia del ejercicio de la medicina al estudio detallado de establecimientos de atención médica de carácter privado, asignándoles significado social.

Estamos en tiempos en los que progresivamente, el Estado va desempeñando un papel creciente en relación a las políticas sociales.

Europa mostraba un creciente intervencionismo frente a temas gran impacto en la vida de la comunidad tales como las relaciones entre trabajadores y empleadores, seguros de retiro, indemnizaciones por despido y salud. En este último punto los médicos, que tradicionalmente ejercían su profesión relacionándose con sus pacientes con total libertad, se sintieron, de pronto, vulnerados en su espíritu de ejercicio liberal cuando prestaban servicios en los hospitales públicos o privados.

Los médicos católicos, que no pertenecían por su calidad de profesionales independientes a los Círculos de Obreros Católicos, fundaron el Consorcio de Médicos Católicos. El párrafo no puede ser más representativo:

En la Argentina de los años treinta, cuando la Iglesia católica pretendía intervenir en los problemas de la población argentina, un grupo de ocho médicos católicos convocados en el Colegio de Salvador de Buenos Aires, por iniciativa del jesuita Guillermo Furlong decidió, en 1929, conformar el Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires. En aquella oportunidad, nombró presidente al Dr. Miguel Petty (hijo) e inmediatamente creó un órgano de difusión que fue la Revista Iatria.

Este grupo profesional constituyó una de las voces del amplio espectro político, ideológico, económico que, en diálogo compartido con Alejandro Ernesto Bunge, manifestó su alarmismo frente a la denatalidad, al neomaltusianismo, a la reproducción de los más pobres y a sus consecuencias sobre la “raza blanca” y la nación. Los médicos católicos se instituyeron en una pieza clave para incidir, de manera directa, en ciertas áreas de la sociedad civil como la asistencia social, la educación, la familia, la salud y la función reproductiva. Las concepciones y respuestas a las cuestiones demográficas que devinieron del corpus médico católico, proyectaban una forma política de organización de la sociedad y de los derechos de los individuos (Rodríguez, 2008).

En otro párrafo de su artículo Rodríguez señala que:

El grupo de médicos católicos tuvo una identidad masculina y porteña. Una cuestión de género explica la primera característica identitaria: la matriz constitutiva de la profesión médica fue masculina. Para la época, las organizaciones sociales públicas eran un espacio de los varones. Cuando las mujeres accedían a la esfera pública, como por ejemplo la beneficencia, lo hacían tanto en los ámbitos laicos como confesionales, separadas de sus pares.⁶

Otra de las organizaciones médicas surgidas en este período fue la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, con la particularidad de tratarse de una entidad gremial que agrupaba - y agrupa - a los médicos que se desempeñan en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Fue fundada el 20 de mayo de 1936, en épocas en las que la mayoría de los médicos no percibía salarios en los hospitales. Pero la muerte en la pobreza de un colega del Hospital Rawson movilizó a los profesionales a organizarse tras objetivos como la estabilidad laboral, el escalafón profesional y la percepción de sueldo acorde a las tareas realizadas. A lo largo de historia, se consolidó como una de las más importantes instituciones gremiales médicas primarias del país, con destacada trayectoria y protagonismo en la vida y desempeño de los hospitales de la ciudad.

Progresivamente, el ejercicio profesional comenzó a experimentar grandes transformaciones: el mercado de trabajo se tornó insatisfactorio, insuficientemente retribuido, mercantilizado por el aumento de médicos, el robustecimiento de la relación de agencia, e innovaciones diagnósticas y terapéuticas. Esto mermó las posibilidades de pago directo. Con el alejamiento de los pacientes de los consultorios privados creció el mutualismo, la asistencia pública y el sistema de previsión social.⁷

La incipiente amenaza al ejercicio liberal de la profesión indujo a los profesionales de la salud a la conformación de entidades gremiales, más que mutuales. Se vislumbra desde los orígenes mismos de la asociación, una visión más corporativa que solidaria, necesariamente vinculada a la defensa de sus intereses sectoriales, carácter que se acentuó en sus vínculos contractuales con las instituciones para las que brindaban servicios (mutuales entre ellas) y muy particularmente cuando décadas más tarde, la conformación del sistema de Obras Sociales y el INSSJP estructura el trabajo médico en una relación de empleo, muchas veces mal remunerado.

La crisis que vive hoy el sector salud en lo referido a su recurso profesional, es prueba cabal de ello.

Durante los primeros años de la década del cuarenta, el movimiento médico gremial vivió un proceso de franco crecimiento, particularmente en la conformación de entidades de segundo y tercer

orden. Surgió la Federación Médica de la República Argentina, hoy COMRA, se conformaron las Federaciones médicas de Córdoba y la de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA). Por su parte en octubre de 1939, se anunciaba en la prensa la posible unión de los distintos gremios médicos de la Capital Federal en una institución que uniría al Colegio de Médicos Regional Capital, a la Asociación de Médicos Municipales (AMM) y a la Asociación de Médicos de Beneficencia. Finalmente, fueron el colegio y la AMM a través de sus presidentes, doctores Mariano Barilari y Victorio Monteverde respectivamente, quienes en conjunto con el presidente de la Comisión de Higiene del Consejo Deliberante de la Municipalidad de la Ciudad, Dr. Adolfo Rubinstein, avanzaron en constituir un órgano federativo que agrupara a los médicos. Cada entidad tendría representatividad proporcional a su número de afiliados. La idea prosperó no sin que antes ambas entidades debieran modificar sus estatutos. Se redactó entonces el proyecto de estatuto de la futura Federación, cuyos objetivos, entre otros, serían:

Defender los intereses morales y materiales de los médicos, fomentar el espíritu de solidaridad gremial, aunar los esfuerzos de las instituciones, participar en el estudio de los problemas de la medicina social, representar a sus afiliados ante la Federación Médica de la República Argentina, y tener entendimiento en todas las cuestiones que no fuesen particulares y trascendiesen la esfera propia de las instituciones que la componían.

En el artículo 5 se destacaba que la Federación iba a ser prescindente de toda tendencia política y religiosa. El gobierno sería ejercido por la Junta Ejecutiva, el Consejo Federal y los congresos de representantes. El proyecto fue redactado por una comisión de enlace integrada por representantes de la AMM y el Colegio de Médicos de la Capital Federal. En agosto de 1941, se constituyó el Consejo Federal con la asistencia de 78 delegados sobre un total de 94, y se eligieron los integrantes de la Junta ejecutiva.

En mayo de 1941 nacen las bases de lo que hoy es la Confederación Médica de la República Argentina. Precisamente, el 22 de mayo de 1941 un grupo conformado por 3.728 médicos de todo el país se unieron en la Federación Médica de la República Argentina con el “objetivo de luchar por el derecho a ejercer la profesión en condiciones dignas”.

Pero, sobre todo, tras la utopía de un sistema que permitiera el acceso igualitario a la Salud. Bajo este paradigma, realizaron el primer Congreso Médico Gremial, que dio origen a la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). Entre los temas abordados en el primer Congreso Médico Gremial, se resolvió que la Federación propiciará la coordinación de todos los servicios médicos, creando la Dirección General de Salud Pública como entidad autónoma, aconsejando además a las federaciones gremiales la coordinación de todos los servicios provinciales.

En el editorial de la revista institucional de COMRA de abril de 1946 se transcriben un párrafo de los considerandos del decreto de creación de la Secretaría Nacional de Salud Pública cuyo director fue el doctor Ramón Carrillo:

(...) la vigilancia y atención de la salud del pueblo como función del gobierno plantea diversos y muy graves problemas de índole individual y social que este gobierno ha afrontado con decisión, dando vigor, amplitud y jerarquía y medios de acción al antiguo Departamento Nacional de Higiene, hoy Dirección Nacional de Salud Pública, y que no obstante la nueva organización y los recursos de que se ha dotado a dicha dependencia del estado, ésta no dispone todavía de los instrumentos y las facultades indispensables para dar solución eficiente y nacional a aquellos ingentes problemas de gobierno.

Vemos aquí claramente una preocupación directa por parte del Estado nacional para ordenar el sistema de salud y su propio reconocimiento de que a ese primer paso que significó la creación de la SNSP se le deberían sumar muchos otros para que su desempeño alcance la eficiencia que las circunstancias requerían, para lo cual, en los mismos considerandos, se manifestaba la aspiración del gobierno de crear un Ministerio de Salud Pública, lo que se mostraba como impostergable.

Otras profesiones vinculadas con la salud también se organizaron gremialmente a partir de mediados del 1900: Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires creado por el Decreto 5.373 del 10 de abril de 1945, ratificado por la ley provincial 6.682. Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal, desde 1963. Confederación Bioquímica Argentina, fundada en 1954 nucleaba solo a Bioquímicos. Confederación de Bioquímica Clínica, fundada en 1971. El

4 de diciembre del año 1982, se crea la Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA). Confederación Farmacéutica Argentina (CoFA) es, desde 1935, la organización farmacéutica de 2do grado, que agrupa a 20 Colegios, Círculos, Federaciones y Asociaciones de Farmacéuticos provinciales. Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA) La idea de su creación germina como una necesidad al finalizar la década de 1920 bajo la idea de organizar una Federación Odontológica Argentina (FOA), fundada el 15 de agosto de 1929 con la adhesión de la Asociación Odontológica Argentina, el Círculo Odontológico de Rosario, el Círculo Odontológico Santafesino y el Círculo Odontológico de Córdoba.

La agremiación médica y de otras especialidades vinculadas al arte de curar fue la respuesta que los profesionales pudieron dar al cambio de modelo prestador tanto en instituciones públicas como privadas. En la actualidad es posible encontrar colegios profesionales o gremios en todas las regiones del país, como, por ejemplo: Colegio de Asistentes Sociales; Colegio de Fonoaudiólogos; Colegio de Kinesiólogos; Colegio de Dietistas y Nutricionistas; Colegio de Obstétricas; Colegio de Psicólogos; Colegio de Ópticos; Colegio Profesional de Terapia Ocupacional. De destacar que cada una de ellas, como entidad de primer grado tiene injerencia provincial o incluso regional dentro de una misma provincia, creciendo en entidades federativas y de tercer grado a nivel nacional.

La tuberculosis como vector

A pesar de que Robert Koch descubrió el bacilo de la tuberculosis en 1882, hasta mediados del siglo XX la enfermedad era prácticamente incurable. En 1944, en plena Guerra Mundial, Albert Schatz y Selman Waksman descubrieron, a partir de un pequeño hongo, a la estreptomicina, capaz de inhibir el crecimiento del Mycobacterium denominado Streptomyces griseus (por lo que este último recibirá el premio Nobel de Medicina). Ese antibiótico tenía una eficacia limitada, pero superior a los tratamientos dietéticos y balneoterápicos empleados hasta ese momento. Este hito se considera el comienzo de la

era moderna del tratamiento de la tuberculosis, aunque la verdadera revolución se produce algunos años después, en 1952, con el desarrollo de la isoniacida (hidracina del ácido isonicotínico), el primero de los antibióticos específicos que conseguirán convertir a la tuberculosis en una enfermedad curable en la mayoría de los casos. La aparición de la rifampicina en la década de los sesenta acortó notablemente los tiempos de curación, lo que hizo disminuir el número de casos nuevos de manera importante hasta la década de los ochenta. Debido a su alto índice de morbilidad y a la falta de tratamientos efectivos, hubo, en el ambiente mutualista, una definida preocupación por los casos de tuberculosis, organizándose mutuales específicas para atender a las personas afectadas.

La Mutualidad Antituberculosa del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, en su memoria correspondiente al ejercicio 1931 – 1934 señala:

(...) Lentamente, pero con seguridad, se va imponiendo el fundamento de la acción contra la tuberculosis que es la previsión en el sano, la asistencia del enfermo y la profilaxis del hogar desventurado y triste porque se puede dar todos los beneficios estatutarios perfectamente sostenidos por la cuota social aparentemente exigua pero con capacidad financiera para sufragar los gastos que demanda la asistencia del enfermo y los que sugiere la protección pecuniaria de la familia.

Los párrafos que siguen ilustran el perenne conflicto entre el poder discrecional y el interés público.

(...) Sin precedentes en el país donde jamás existió el ejercicio de la lucha antituberculosa con la financiera popular, sin experiencia sobre el desarrollo de organismos mismos democráticos antituberculosos que nunca se fundaron en el medio nacional y, por último, sin la fuerza legislativa que al imponer un tributo no hace otra cosa que defender el fiel concepto de que la tuberculosis como flagelo del pueblo tienen en el pueblo mismo el medio de eliminarlo” (...)

(...) Pero la sucesión de hechos imprevistos [se refiere al golpe de Estado de 1930] alteraron el ritmo regular de la Mutualidad que pudo zozobrar sino tuviera tanta solidez en su base institucional y si aquel prestigio mencionado no hubiera servido de eficaz salvaguarda. Aquellos hechos estuvieron vinculados con el golpe de estado de septiembre y, firmado a pocos días de asumir el poder, dispuso que, en lo sucesivo, quedaba prohibido cualquier descuento practicado en los sueldos del personal administrativo (el resaltado es nuestro).

(...) El Consejo de Administración (...) consiguió del Dr. Ernesto Padilla, Ministro de la época, la suspensión LOCAL de los efectos de semejante medida de gobierno. (...)

Las autoridades de esta mutual habían conseguido, en octubre de 1924, que el Ministerio concediera a sus empleados enfermos una licencia con goce de sueldo por un determinado período, y al cabo del mismo la entidad otorgaba subsidios consistentes en \$110,- mensuales, pensiones de \$ 60,- mensuales a los asociados internados, pago de pasaje a los asociados que por prescripción médica debieran trasladarse a zonas climatéricas apropiadas, como lo era la provincia de Córdoba, tarifas reducidas para el pago del médico y para la realización de análisis, otorgamiento de medicamentos incluidos en un vademécum institucional. Además, contaba con médicos que atendían a sus asociados en distintas jurisdicciones: 8 en la Ciudad de Buenos Aires; 32 en distintas ciudades de la provincia de Buenos Aires; 10 en Córdoba; 7 en Santa Fe y Entre Ríos; 6 en Corrientes; 5 en Mendoza; 3 en Tucumán, Jujuy, Santiago del Estero, La Rioja y San Luis, 2 en San Juan y Salta; 1 en Catamarca; y en los territorios nacionales 7 en Chaco, 2 en Río Negro, 1 en Formosa, Misiones, Neuquén, La Pampa, y Tierra del Fuego.

También los maestros de educación primaria se organizaron para afrontar la tuberculosis y crearon la Mutualidad del Magisterio en la ciudad de Buenos Aires, pero que abarcaba a todos los maestros y empleados de las reparticiones vinculados a ellos en toda la República Argentina. En un folleto de la entidad publicado en 1939 se daban a conocer sus fines, establecidos en el estatuto: “creación y sostenimiento de dispensarios, sanatorios, colonias de vacaciones y casas de reposo para prevenir y curar la tuberculosis entre sus asociados”. Para lograr esos objetivos proporcionaban asistencia médica, medicamentos, pasajes, hospitalización, pensión y subsidio mensual a los asociados afectados por la tuberculosis.

El problema de la tuberculosis preocupó a las autoridades públicas de manera especial desde fines del siglo XIX como consecuencia de la participación de los médicos como funcionarios de organismos oficiales, principalmente los higienistas, que veían en las condiciones de

vida de la población trabajadora un foco de desarrollo de numerosas enfermedades.

Seguiremos aquí la obra de Diego Armus (2007) donde refleja cómo se vivía en el país la presencia de la tuberculosis. Señala este autor que a principios del 1900 comenzaron numerosas e intensas campañas de información y prevención contra la tuberculosis mediante la utilización de afiches, carteles, folletos y volantes que se colocaban en medios de transporte público, y se distribuían en fábricas, sindicatos, hospitales, iglesias, escuelas y mutuales.

Estos mensajes eran redactados no sólo en castellano sino, también, en varios idiomas dada la gran presencia de inmigrantes.

Además, se organizaban conferencias en distintos establecimientos, como los salones de la Sociedad Rural o las modestas salas de las asociaciones étnicas. También se llegó a utilizar la cajita de fósforos el reverso de las recetas farmacéuticas y en los certificados de pobreza para imprimir las “Instrucciones sobre cómo evitar el contagio de la tuberculosis”.

Las escuelas primarias también fueron un medio de difusión antituberculosa para llevar a las familias mensajes sobre higiene y salubridad, como también premiando “al niño más sano”. Los diarios, el cine, la literatura, las revistas populares también fueron medios para alertar y orientar a la población sobre esta enfermedad (pp. 272).

A pesar de todos estos esfuerzos “la «lucha contra la tuberculosis» estuvo marcada por una sensación de impotencia. Hubo sin duda una retórica antituberculosa, en ocasiones muy articulada e informada. Hubo propuestas ambiciosas, por lo general presentadas por los médicos higienistas primero y por los tisiólogos más tarde. Apenas esbozadas a comienzos de siglo fueron tomando forma en sucesivas reelaboraciones en los decenios posteriores.

Todo ello transcurrió a lo largo de casi cinco décadas, marcadas por repetidos reclamos dirigidos a lograr un mayor protagonismo estatal, a disponer de más recursos que permitieran un más acelerado crecimiento de la infraestructura hospitalaria, a crear un seguro antituberculoso, a profundizar la educación higiénica como modo de prevención de la enfermedad. Algo de estas iniciativas llegó a plasmarse

en políticas públicas específicas, pero muchos de los contemporáneos las juzgaron insuficientes (Armus, 2007).

En gran medida, la historia de esa lucha es una historia donde las continuidades dominan sobre los cambios y donde las incertezas biomédicas y la falta de un tratamiento eficaz parecen haber sido decisivos en la muy lenta caída de la mortalidad tuberculosa, que se mantuvo casi en una suerte de meseta hasta la llegada, en la segunda mitad de la década del cuarenta, de los antibióticos. A partir de entonces la mortalidad tuberculosa en Buenos Aires comenzó a disminuir de modo acelerado, poniendo de relieve ya no el problema de los que se morían por tuberculosis sino el de los que se enfermaban y debían ser atendidos.

Pero hasta que esto ocurriera, la tuberculosis fue probablemente la enfermedad que más atención concitó en las primeras décadas del siglo XX. Fue un tópico relevante en una agenda que destacaba los asuntos de la higiene, el ambiente urbano y el asistencialismo en el marco más general de una imprecisa ideología de lo público que desde la cima del Estado se proponía definir los rasgos dominantes de la sociedad argentina.

Esta ideología de lo público aspirará a ir definiendo las bases de un nuevo Estado social, obligado y responsable de la protección y bienestar de la población. Reformista y ambiciosa, invocando la solidaridad social, el orden y la expansión de ciertos derechos sociales, esta ideología de lo público apuntará a crear instituciones y expertos lanzados a producir políticas específicas que debían permitir dejar en el pasado a la filantropía y la caridad particular y limitar las atribuciones de las instituciones religiosas (Armus, 2007).

El reformismo higienista finisecular –en todos sus matices– tendió a confrontar las enfermedades urbanas, en especial las infectocontagiosas y la tuberculosis, como enfermedades sociales. Las asoció a otras urgencias y las abordó con una nueva convicción que indicaba que era necesario, y en algunos casos posibles, hacer algo que las evitara. (Armus, 2007).

La Liga Argentina contra la Tuberculosis

Muchos de los médicos que terminaron integrando el grupo burocrático profesional que animó los empeños estatales en materia de lucha antituberculosa hicieron sus primeras experiencias en iniciativas originadas en la sociedad civil.

Así, con un pie en el Estado y otro en organizaciones públicas de diverso tipo, este grupo intentó definir el estilo con que se debía enfrentar a la así llamada peste blanca. De todas estas organizaciones, la más relevante fue la Liga Argentina contra la Tuberculosis. Creada en 1901, la Liga buscó replicar en el ámbito local la performance de su similar norteamericana, esto es, una institución privada apoyada en ocasiones por el Estado.

La Liga fue la referencia institucional más influyente y perdurable de todos los esfuerzos originados en la sociedad civil. Desde la segunda década del siglo y hasta bien avanzada la del cuarenta hubo otros empeños, de vida más efímera y campo de acción mucho más limitado, alentados por sociedades de fomento, asociaciones mutuales o incluso médicos particulares como la Asociación de Ayuda al Niño Débil de Nueva Pompeya, la Liga Israelita contra la Tuberculosis, la Liga Anglo Americana Antituberculosa, la Liga Antituberculosa del Ferrocarril Central Argentino, la Mutualidad Antituberculosa del Personal Civil del Ministerio de Marina o los Servicios Médicos de la Mutualidad del Magisterio que articulaban su agenda de trabajo a la de la Liga o terminaban asociados a ella.

La Liga Obrera contra la Tuberculosis o la Liga Roja contra la Tuberculosis fueron esfuerzos mucho más ideologizados. Ambos tendían a subrayar un perfil clasista que se pretendía distinto y crítico del reformismo higienista que marcaba la agenda de la Liga. Encontraban en la tuberculosis un mal del capitalismo que sólo desaparecería con una profunda reorganización social. Esta postura, sin embargo, no les impedía asumir como propio, o con matices que no cambiaban la sustancia del mensaje, la prédica y acción asistencialista de la Liga o de las reparticiones del Estado activas en la cuestión de la tuberculosis. Así, mientras en el plano ideológico insistían en los problemas más vastos de la explotación como modo de producción y la utopía de una sociedad sin “males y enfermedades sociales”, en un plano más concreto, más práctico, ofrecían efímeras iniciativas

asistencialistas que apenas sumaban una fuente más desde donde se difundía el mismo código higiénico antituberculoso pregonado por sectores menos contestatarios o proponían la creación de una “Federación de Organizaciones Antituberculosas” que de modo autónomo pero usando recursos del Estado “organice, dirija y oriente la campaña sanitaria”.

A los tuberculosos provenientes de sectores con un buen pasar, más o menos acomodados, ser tratados en un sanatorio privado en la ciudad o en las sierras les significaba una serie de gastos extras que sólo en muy pocas ocasiones y por períodos limitados era cubierto por la Sociedad de Socorros Mutuos, las empresas de socorros médicos o un eventual asegurador, y que con frecuencia terminaba devorando el modesto bienestar disponible.

Los enfermos de sífilis y gonorrea, que también eran numerosos, no tenían mutuales específicas en las cuales atenderse. Ello hizo que Ángel M. Giménez (1918) presentara una ponencia en el Primer Congreso de la Mutualidad en la cual señalaba que esas dos enfermedades llenaban las estadísticas de los hospitales y que sus portadores quedaban incapacitados temporal o definitivamente y que las sociedades de socorros mutuos no se ocupaban de las enfermedades venéreas. Por ello proponía que el Congreso declarara:

1. Las Sociedades de socorros mutuos deben prestar asistencia médica a los enfermos venéreos, dándoles los mismos beneficios que a los atacados de enfermedades comunes.
2. Las Sociedades que excluyeran de estos beneficios a esta clase de enfermos, el Estado deberá negarles personería jurídica, prohibir su funcionamiento y quitarle los beneficios que pudiera conceder por leyes generales.
3. Las Sociedades harán una activa propaganda por medio de sus boletines, hojas volantes o al dorso de sus formularios para recetas, para hacer conocer por medio de instrucciones claras y precisas sobre los peligros de las enfermedades venéreas y su profilaxis.

Párrafo aparte merece la nueva sensibilidad por la infancia que se fue abriendo paso en Buenos Aires hacia fines del siglo XIX y que transformó a la niñez en objeto de variadas reflexiones y preocupaciones tanto desde el Estado como de la sociedad civil. Para esos años ya estaban perfilados dos discursos que reconocían la existencia de una niñez fragmentada. Por un lado, la figura del hijo-alumno, hijo de una familia nuclear y alumno de una escuela pública. Por otro, la figura del menor, asociada a los niños huérfanos, abandonados o trabajadores, todos ellos necesitados de asistencia en instituciones especiales porque el sistema educativo no lograba incorporarlos o retenerlos. Todo esto ocurría mientras el Estado avanzaba con paso firme en el proyecto de escolarización de la población infantil y florecían iniciativas educativas de muy diverso tipo, muy modestas y de impacto muy limitado, alentadas por el mutualismo, las visiones caritativo-filantrópicas, la autogestión y el regeneracionismo positivista.

El modelo higienista había desplegado un discurso particularmente enfático en concebir la atención de la salud como un derecho al que todos, de modo universal e igualitario, debían tener acceso. Su crecimiento fue acompañado, en una especie de camino paralelo, por las instituciones mutualistas que fueron floreciendo en el país de la mano de la inmigración las comunidades y los oficios. Durante las primeras décadas del siglo pasado, esa convivencia fue armónica. Puede decirse, complementaria incluso. Pero esta concepción, ya desde los 40 colisionó más o menos manifiestamente con el modelo bismarckiano impulsado por – una parte – del gobierno peronista.

En los hechos el Estado social o Estado de bienestar que surge de la concepción de “comunidad organizada” del justicialismo produjo una red bastante poco integrada y de relativa efectividad basada, por un lado, en aquellas instituciones estatales de salud pública potencialmente universales y, por otro, en un nutrido grupo de asociaciones de trabajadores, fragmentadas y diferenciadas, algunas existentes desde los años treinta y otras creadas en la segunda mitad de los cuarenta, que muchos años después se organizaron como seguro social obligatorio, dependiente de cotizaciones del salario. Estas instituciones politizaron como nunca antes en el pasado el vínculo

asociativo, aceleraron el estancamiento o crisis del mutualismo más tradicional y terminaron consolidándose en un sistema de obras sociales dependientes de los sindicatos cuando no del apoyo estatal.

En los tempranos años 70, el modelo se consolida con la existencia de los tres subsectores que definen el sector salud de nuestro país, en un todo fragmentado y desarticulado.

Ese modelo, es el aún vigente. Un sistema que no ha alcanzado los objetivos ni los sueños de sus primeros actores. Que – más allá del accionar de las instituciones - no ha logrado plasmar el ideal solidario de sus albores.

Como corolario: resulta evidente que ante problemas que afecta a la sociedad en su conjunto, y que por cuya gravedad comprometen a la sociedad toda, la acción de la sociedad civil es limitada e insuficiente. Ya no hablamos de la dualidad entre lo público y lo privado, sino del papel innegable e innegociable del Estado como regulador de las asimetrías en salud, de las imperfecciones de su comportamiento como mercado y de, - fundamentalmente - la obligación constitucional de resguardar el bien y el derecho máspreciado. En enfermedades que no responden a las motivaciones o impulsos personales para enfermar o no (A. Sen 1989) sino que son expresión de las condiciones materiales de existencia que las promueven y las agravan (enfermedades endémicas, enfermedades crónicas no transmisibles) la acción de las organizaciones civiles resulta simultáneamente necesaria, escasa y sectorizada.

Cronología de la primera mitad del siglo XX (Veronelli, y Veronelli Correch, 2004 y fuentes propias)

1901	Argentina de Lucha contra la Tuberculosis.
1902	Restitución del Consejo de Higiene como dependencia clave del Departamento Nacional de Higiene. Reunión de Conferencia Sanitaria para evaluar la endemia palúdica.
1904	Se reúne en Buenos Aires el 2º Congreso Médico Latinoamericano en el cual se analiza la profilaxis de la fiebre amarilla a la luz de los hallazgos de Finlay que han sido avalados por la Comisión Norteamericana. Se reúne la IV Convención Sanitaria Internacional, a la cual se ha invitado a

	delegados del Paraguay. El convenio fue ratificado por los parlamentos en 1905.
1906	Creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. El Departamento Nacional de Higiene convoca la reunión de una Conferencia Sanitaria para evaluar la epidemia leprosa. Se produce un intenso brote de viruela en la Capital y el director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública programa una campaña masiva de vacunación.
1907	Conflictos con la Dirección de Ferrocarriles por negar acceso a inspectores sanitarios. Conflicto con Departamento Nacional del Trabajo por legislación sobre higiene del trabajo de mujeres y niños.
1910	Se aprueba la propuesta de Malbrán para construir Hospitales Antipalúdicos en Rosario, Salta y Jujuy.
1911	En el Departamento Nacional de Higiene se conoce el Trypanosoma cruzi causante del Mal de Chagas-Mazza.
1912	Penna reorganiza el Departamento Nacional de Higiene e inicia una intensa campaña antipalúdica en varias provincias. Carlos Chagas visita Buenos Aires.
1913	El presidente Sáenz Peña aprueba el Reglamento Interno del Departamento Nacional de Higiene preparado por Penna.
1916	Se realiza el Primer Congreso Nacional de Médicos.
1917	Augusto Bunge presenta en el Congreso su anteproyecto de Seguro Social.
1918	Epidemia de gripe de alta mortalidad. Se realizó en la ciudad de Buenos Aires el primer Congreso Argentino de la Mutualidad, que sesionó durante los días 24 al 26 de marzo.
1923	Se realiza la 1ª Conferencia Sanitaria Nacional, centrada en la organización sanitaria. No se llega a acuerdos importantes.
1926	El D. N. de H. convoca la Primera Conferencia Nacional de Higiene de la Leche. Se sanciona la ley Aberastury de profilaxis de la lepra.

	Salvador Mazza funda la Sociedad Argentina de Patología Regional del Norte.
1928	Con el apoyo de J. Arce, Mazza crea la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) con sede inicial en Jujuy.
1928	P. Escudero crea el Servicio de Nutrición en el Hospital Rawson, que se convertirá en 1930 en Instituto Municipal de Nutrición
1933	Desde el Ministerio de Relaciones Exteriores Carlos Saavedra Lamas convoca la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. Con base en las Conclusiones, presenta un anteproyecto de ley de Asistencia y Previsión Social que no prospera.
1934	Se reúne en Buenos Aires la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, donde se discute sobre la organización sanitaria de los países federales. Se reúne en Córdoba el Primer Congreso Médico Gremial.
1936	Sussini destaca los logros en las campañas antipalúdica, en la cual se destaca su director, Carlos Alberto Alvarado, y antipestosa; reconoce el fracaso de la campaña antileprosa por negativa de las provincias a permitir la construcción de leprosarios.
1938	El Poder Ejecutivo nacional dicta el decreto 3320/38, primera ley de mutuales.
1941	En la provincia de Santa Fe se crea un Ministerio de Salud Pública y Trabajo.
1942	Sesionó el Congreso Mutualista Argentino durante los días 2 de septiembre al 2 de octubre, segundo que se realizó en el país.
1944	En la secretaría de Trabajo y Previsión se establece una Comisión para el estudio de la socialización de la medicina y el estatuto profesional del médico. Un decreto transforma la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en Dirección General de Salud Pública. El registro de Asistencia Social pasa a la Dirección General de Asistencia Social de la Secretaría de Trabajo y Previsión. En la Secretaría de Trabajo y Previsión se crea el Instituto Nacional de Previsión Social y la Comisión de Servicios Sociales. La D. N. S. P. establece cuatro delegaciones regionales. Sesionó, entre el 5 y el 7 de octubre el Congreso Mutualista Argentino, tercero en su modalidad.
1945	Se realiza en septiembre el Primer Congreso Nacional de Salud Pública, que recomienda transformar la D. N. S. P. en Secretaría de Salud Pública.

1946	<p>Se crea la Secretaría de Salud Pública y se designa Secretario con rango de ministro a Ramón Carrillo.</p> <p>Un decreto otorga a Salud Pública la exclusividad en acciones de medicina preventiva y curativa.</p> <p>Creación de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública y de la Escuela de Enfermería.</p>
1950	<p>Se transfieren a la Secretaría de Trabajo y Previsión la ex Sociedad de Beneficencia (sin los hospitales) y 6.000 cargos.</p> <p>La morbilidad palúdica se ha reducido en un 90%. Se disuelve la Dirección de Lucha antipalúdica para crear la Dirección de Sanidad del Norte.</p>

Camino Hacia la Confrontación. Seguridad Social – Obras Sociales Sindicales – Mutualismo

A lo largo del S XX la salud fue entonces evolucionando de una cuestión de carácter privado a una de orden público y paulatinamente, el Estado tomando parte activa en el cuidado de la salud de la población.

Aparece también la valoración ética de la intervención pública. Es interesante hacer una referencia acerca de la eugenesia, como método – para algunos – de prevenir el impacto negativo que, particularmente algunas de las enfermedades prevalentes supuestamente provocaban en la conformación de la sociedad futura. En esta línea de pensamiento no se hallaban solamente los médicos de distintas especialidades sino, también, políticos y gentes de letras. Un prominente intelectual como Joaquín V. González, por entonces rector de la Universidad de La Plata, que él nacionalizó, dictó una conferencia en la que relacionó el papel del mutualismo con la eugenesia, sosteniendo que el Estado debía intervenir “no solamente para impedir la reproducción de individuos orgánica o degenerativamente ineptos para concurrir a la continua selección de la raza”, sino también organizando y conduciendo el trabajo, lo que implicaba realizar una forma de higiene preventiva, “que denominaríamos eugénica social progresiva”. Mejorando las condiciones de vida de los trabajadores, por ejemplo a través de la promoción del mutualismo, se evitaba uno de los factores determinantes de la “degeneración racial”, tal como había postulado Niceforo . , Reconocer – incluso en estos términos - al mutualismo como

una organización capaz de contribuir efectivamente a la mejora de las condiciones de vida de la población demuestra que su protagonismo no pasaba desapercibido en las esferas políticas de diferente extracción ideológica, quizás por el buen ejemplo de la gestión administrativa y de los recursos aportados por sus asociados como por la eficiente respuesta que encontraban éstos en el momento de solicitar ayuda.

Si bien entidades como la francesa, española, británica, alemana, gallega, en la segunda década del siglo XX habían ampliado sus hospitales y sus servicios asistenciales, tanto en la ciudad de Buenos Aires como en las del interior donde había organizaciones similares, la inmigración europea se frenó a partir de la Primera Guerra Mundial, lo que permitiría una focalización de las organizaciones mutualistas en la atención de problemas locales en un momento en que en el país comenzaba a aflorar el pensamiento nacionalista. Al respecto dice Zimmermann (1995)

El socialismo no estuvo exento de esta influencia, como quedó demostrado en los conflictos internos que culminarían con la separación del partido de Manuel Ugarte y Alfredo Palacios, quienes progresivamente abandonaron el tradicional internacionalismo postulado por el partido para adoptar posiciones nacionalistas

Como consecuencia de estos nuevos enfoques acerca del impacto multidimensional de la salud en la calidad de vida de trabajadores y sus familias, el propio movimiento mutualista impulsó la sanción de leyes laborales como la de descanso dominical, el trabajo de mujeres y niños, las jornadas de ocho horas de trabajo diario y la ley 12.205, conocida en su momento con la “ley de sillas” establecía en su artículo primero que

Todo local de trabajo en establecimientos industriales y comerciales de la Capital Federal, provincias o territorios nacionales deberá estar provisto de asientos con respaldo, en número suficiente para el uso de cada persona ocupada en los mismos”. Los artículos segundo y tercero imponían que “El personal de dichos establecimientos tendrá derecho a ocupar su asiento en los intervalos de descanso, así como durante el trabajo si la naturaleza del mismo no lo impide, y que Los vehículos de transporte, ferroviarios, tranviarios, automotores, ascensores, etc., estarán igualmente provistos de asiento con respaldo para uso exclusivo del personal que en ellos presta servicio.

La época coincide con la consolidación del sindicalismo, cuyos inicios se pueden encontrar en la segunda mitad del siglo XIX junto con el

nacimiento del mutualismo, ya que ambos, a pesar de sus diferentes campos de acción, contaban con los mismos protagonistas. No pocas mutuales fueron impulsoras de gremios, como el de zapateros con San Crispín, la Sociedad Tipográfica Bonaerense o la Sociedad de Socorros Mutuos de Sastres. El conflicto comenzó por ser manifiesto, y a pesar de que durante el primer gobierno de Hipólito Yrigoyen se produjeron los primeros convenios colectivos de trabajo que permitieron acercar posiciones entre patrones y obreros, el mismo gobierno fue un férreo represor de los huelguistas urbanos y rurales.

Es a partir de la tercera década del siglo XX cuando el sindicalismo comienza a organizarse estructuralmente, luego de haber afrontado duros años de disidencia entre sí. No se puede encontrar un período largo en que las fuerzas sindicales se mantuvieran unidas ya que los componentes ideológicos de cada sindicato fueron poderosos factores de separación más que de integración. Como contrapartida, los trabajadores, como colectivo más débil dentro de la sociedad, recurrieron a las mutuales de salud a las que estaban asociados, sean éstas de colectividades o cosmopolitas, proceso que corre en paralelo con las organizaciones mutualistas de ayuda económica y cobertura de salud que los propios gremios fueron creando. Comienza a perfilarse aquella duplicidad a la que se hacía referencia más arriba, y que va conformando la superposición de coberturas y fragmentación de nuestro sistema de salud. Es de tener presente que hasta entonces y por largo tiempo, la afiliación a una mutual sindical o a un sindicato era un acto de decisión voluntaria, no obligatorio.

Es interesante conocer lo que ocurría en el interior del país. En Tucumán, para el caso donde⁸,

(...) a pesar de los debates y discusiones entre militantes y dirigentes obreros, en la práctica asociacionista no era atípico que las funciones se complementaran. En todo caso, es factible suponer que las fronteras fueron porosas y así, por ejemplo, como existieron gremios que llevaron adelante tareas mutuales también hubo sociedades de socorro mutuo que contemplaron la protesta obrera. (Teitelbaum, 2014).

Si bien la salud de los trabajadores era un tema de preocupación sanitaria, no lo era menor el de la mortalidad infantil como consecuencia de enfermedades transmisibles. Las medidas tomadas

por las autoridades de la provincia de Córdoba para controlar el impacto que provocaban una alta tasa de muertes y baja esperanza de vida al nacer, hizo que de un 16,4% en 1930, se pasara al 12,0 en 1944, destacándose dos períodos de mejoras netas entre los años 1930-1934 y 1940-1944 (Celton, 1992).

También en la provincia de Córdoba a medida que se desarrollaba el trabajo asalariado, fueron organizándose mutuales de trabajadores, algunas independientes, como las de colectividades y otras vinculadas a las sociedades de resistencia obrera o a los sectores vinculados a los Círculos Católicos de Obreros. Por la década de 1930 hubo varias asociaciones de socorros mutuos dedicadas a atender las necesidades primarias de sus asociados, como la salud, enfermedad y muerte de los mismos. La Sociedad de Socorros Mutuos de la Cervecería Río Segundo facilitaba atención médica en la sede por un abono de 0,30 centavos o a domicilio del asociado, por 0,50 centavos. En la mayoría de las asociaciones se otorgaba algún tipo de subsidio por enfermedad. También la Asociación Mutual Aerotécnica estableció en su estatuto el subsidio al asociado enfermo: 1,50 pesos por día los primeros 20 días, 2 pesos por los 60 subsiguientes y 1,50 pesos hasta cumplir los seis meses de asistencia.

Una norma reguladora

El mutualismo continuó su crecimiento en todo el país a pesar de no contar con una legislación específica que lo distinguiera de otros tipos de asociaciones a pesar de los numerosos proyectos de ley que legisladores nacionales presentaran en sus respectivas Cámaras. Por ello, cuando el Presidente Roberto M. Ortiz dicta el decreto reglamentario de la Asociaciones de Socorros Mutuos N° 3320/1938, primera norma ordenadora del mutualismo, no es de extrañar que incorporara un título sobre mutualidades constituidas por empresas y establecimientos comerciales con su personal:

Art. 22.- Las asociaciones de socorros mutuos constituidas por los establecimientos comerciales en cooperación con sus empleados y obreros, y en beneficio exclusivo de esos empleados y obreros, se regirán por las disposiciones de este Reglamento.

Art. 23.- La asociación y cada uno de sus socios en el carácter de tales, están en situación de absoluta independencia en relación a la empresa, la que no podrá intervenir en la administración y fiscalización de aquella, sino en carácter de asociado. A los efectos de la constitución en las asambleas y de la votación en las mismas, podrá considerarse a la empresa como equivalente a un número de socios proporcional a su contribución, sin que puedan exceder los derechos que en tal sentido se les reconozcan del 25% del número de socios presentes.- Podrá asimismo reconocerse a la empresa el derecho de integrar los órganos directivos y de fiscalización, por medio de sus representantes, pero el número de éstos no podrá exceder de la cuarta parte del total de los miembros que compongan dichos cuerpos.

Art. 24.- Cuando se establezca como causa de exclusión de los socios el hecho de que éstos dejen de formar parte del personal de la empresa, deberá reconocerse a los mismos el derecho a la devolución de la parte proporcional que les corresponda en los fondos de reserva y previsión, de acuerdo con las reglamentaciones que se dicten en cumplimiento del artículo 3°.⁹

Art. 25.- La Inspección General de Justicia podrá hacer extensivas las disposiciones de este capítulo a las asociaciones de socorros mutuos constituidas por instituciones que no revistan carácter de empresas comerciales, cuando la organización de las mismas ofreciese suficiente garantía. Asimismo, serán aplicables estas disposiciones a las mutualidades constituidas por instituciones oficiales.

Adhesión voluntaria u obligatoria

Ortiz Bergia (2009) dice que los trabajadores del gremio de choferes, tranviarios, mosaiquistas, empleados de comercio y molineros contaban con sus mutuales organizadas voluntariamente, mientras que los empleados de la Caja de Socorros Mutuos de la Policía y la Caja de Seguro de Vida de los Maestros, que se encontraban en la esfera estatal, su adhesión era obligatoria. En 1941, el centro de Empleados Públicos elaboró un proyecto de construcción de un sanatorio propio que prestaría atención médica en sus consultorios y en el domicilio de los asociados, como también laboratorios, rayos X, farmacia e intervenciones quirúrgicas con internación en el sanatorio. Para llevar a cabo el proyecto solicitaron al gobierno provincial que sancionara la sindicalización obligatoria de los empleados públicos, pedido que fue rechazado por las autoridades.

El mutualismo, que siempre cubrió sus necesidades con la participación voluntaria y libre de sus asociados y con la colaboración de socios protectores, comenzó, en la década de 1940, a acercarse al Estado para solicitarle leyes y decretos que establecieran la asociación obligatoria de los trabajadores, principalmente vinculados a oficinas públicas.

El ministro de Salud Pública y trabajo de la provincia de Santa Fe, Abelardo Irigoyen Freire¹⁰, en una conferencia dictada en la Federación Médica Argentina en 1941, proponía una organización sanitaria integral, por tratarse, “una de las preocupaciones más serias de todos los países del mundo y muy especialmente de los países americanos”. En su extensa disertación Irigoyen Freyre rescata la recomendación que la Novena Conferencia Panamericana hace a los gobiernos sobre la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública bajo el régimen de una sola autoridad.

(...) lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, a base de la creación de unidades de asistencia de previsión”, así como “aconseja a los países donde las resoluciones de los problemas de salubridad estén encomendados a autoridades de diversa índole, se esfuercen por la coordinación de todas las actividades de orden sanitario, bajo una orientación técnica común, influyendo en ello, si es posible, aún las instituciones particulares.

Cambios profundos en la relación salud/enfermedad y rol del estado

La década de los 40' encuentra profundas modificaciones en el tejido social. Concomitantemente con el surgimiento de los Estados de Bienestar originados tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial, la instalación del amparo social en las diferentes regiones hace que aparezca una concepción novedosa del rol del Estado, especialmente en lo que se refiere protección y previsión social. Con el cual, el viejo concepto de solidaridad social va encontrando formas organizacionales más adaptadas a aquellos nuevos tiempos, tanto en su expresión estatal como en su versión corporativa.

Belmartino (2007) dice que “el edificio social se levantaría sobre tres columnas: el Estado, los empleadores y los trabajadores; tres conjuntos

solidarios en función de los intereses recíprocos que los vinculan”. Esta concepción corporativa de la economía y la sociedad provocará reacciones principalmente en el tejido mutualista que comienzó a recorrer el camino de la federación de entidades afines y a la formación de un organismo confederal de tercer grado.

El 4 de junio de 1943 se produce el golpe de Estado que impondrá un nuevo orden socio-político en la Argentina y modificará para siempre el curso de los resguardos sociales, entre ellas la atención de la salud de sus ciudadanos. Seis meses después, por decreto-ley 12.311/43, se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. En los considerandos de la medida se señala que la finalidad del organismo será la de

Atender debidamente la salud del pueblo de la Nación, para lo cual es indispensable coordinar los servicios públicos de policía sanitaria, profilaxis preventiva y curativa, y asistencia social, concentrando su dirección para poder alcanzar así la más alta eficiencia en cuanto a protección del bienestar físico del individuo, de la familia, y de la colectividad, evitando la dispersión de energías y la superposición de esfuerzos de la misma índole o de análoga finalidad.

También se señala que las

(...) exigencias de la salud pública del pueblo son la suprema ley; y por consiguiente es inadmisiblesostener que nuestro régimen constitucional o legal pueda haber trabado, por razón de límites jurisdiccionales, la eficiencia gubernamental en materia de endemias, epidemias, y enfermedades sociales que no reconocen tales límites para su propagación, y que por lo tanto tampoco deben existir para su prevención, curación y asistencia.

En función a esas razones, se considera que es conveniente que un solo ministerio sea el encargado de atender todos los asuntos referentes a la salud pública y su asistencia, se acumulen materias que guardan entre sí íntima conexión y que deben ser atendidas con unidad de criterio, mejorando la eficiencia de la administración sin lesionar principio político alguno.

Las disposiciones del decreto-ley 12.311/43 determinan:

Artículo 1°.- Desde la fecha corresponde al despacho del Ministerio del Interior todo lo relativo a beneficencia, hospitales, asilos, asistencia social, sanidad e higiene.

Art. 2°.- Créase en el Ministerio del Interior la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que tendrá a su cargo la salud pública y la asistencia social en todo el territorio de la República, sin perjuicio de las atribuciones de los Gobiernos locales.

Art. 3°.- Pasarán a formar la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, el Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de la Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependan de los distintos ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas de la Nación.

Art. 4.- A propuesta del señor Director Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio del Interior designará una Comisión Honoraria que presidirá aquél, compuesta delinco miembros la que dentro de los sesenta días deberá someter a la consideración del Poder Ejecutivo en todo o en parte, un proyecto de reglamentación relativo a:

a) La organización, funciones y servicios técnicos y administrativos que tendrá a su cargo la entidad que se crea por el presente decreto;

b) La incorporación o la posibilidad de incorporar a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, - o de que funcionen bajo su dirección administrativa y técnica - el mayor número de establecimientos de sanidad que actualmente dependen de otras autoridades públicas, proyectando también normas tendientes a acordar con ellas la coordinación financiera y administrativa por el sistema de acuerdos bilaterales;

c) Los mejores métodos para armonizar en esta materia la acción oficial y privada, estimulando y cooperando a la mayor eficiencia de esta última;

d) La refundición en dos incisos (sueldos y otros gastos), del anexo B, (interior), que corresponderá a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, de los créditos que prevé el presupuesto general para las dependencias y reparticiones autárquicas y subsidios a cargo de dicha Dirección, se hará de modo que en el presupuesto resulten racionalmente unificadas y clasificadas odas las partidas que se destinen a los distintos servicios de sanidad y asistencia social;

e) Las bases para la más pronta implantación del seguro social obligatorio en toda la República.

Para llenar su cometido esta Comisión podrá pedir directamente los informes que juzguen necesarios a todas las dependencias del gobierno nacional y de los gobiernos provinciales y municipales.

Art. 5°.- La incorporación de los bienes y personal de los distintos organismos que pasan a integrar la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, re efectuará en la

oportunidad y forma que determine el Ministerio del Interior, con intervención de las direcciones re administración de los respectivos ministerios.

Las modificaciones y transferencias de recurso del presupuesto general de la Nación, serán resueltas con intervención del Ministerio de Hacienda.

Art. 6°.- Créase en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social la Dirección de Administración que se organizará sobre la base de la actual Secretaría Administrativa del Departamento Nacional de Higiene y funcionará de conformidad con las disposiciones del acuerdo general de ministros de 14 de julio de 1931.

Art. 7°.- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a las del presente decreto.

Art. 8°.- Dése cuenta oportunamente al Honorable Congreso de la Nación.

Art. 9°.- Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y archívese.

RAMÍREZ.- Alberto Gilbert. – César Amoghino. – Gustavo Martnez Zuviría. – Edelmiro J. Farrel. – Benito Sueyro. – Diego I. Mason. – Ricardo A. Vago.

En los primeros meses de 1944, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, se creó una Comisión para el estudio de la socialización de la medicina y, particularmente, del estatuto profesional del médico, la remuneración de los profesionales en los organismos nacionales, municipales y particulares y en la prestación individual de servicios; aspectos generales de la previsión médica —jubilación, pensiones, invalidez— y todo lo que atañe a la oficialización de la medicina, organizada sobre detenidos estudios estadísticos y en conexión con los organismos de medicina preventiva existentes y a crearse. Se designó, para presidir la Comisión, al profesor Victorio Monteverde de actuación destacada en el ámbito de los organismos gremiales médicos. (Veronelli, y Veronelli Correch, 2004).

A partir de entonces comienzan a sancionarse numerosos decretos-leyes referidos a la salud pública, acción social, como queda de manifiesto en la ley 12.912 de 1947.

Algunas de las numerosas normas, varias de las cuales tienen alcance de aplicación nacional son:

- Creación de la dirección nacional de salud pública y asistencia social.

- Extensión del accionar de la Dirección Nacional de Salud Pública a todo el país.
- Supresión del departamento nacional de higiene y direcciones y comisiones creadas por leyes, pasando todas a depender de la dirección nacional de salud pública.
- Creación de la secretaria de salud pública.
- Desarrollo de servicios de medicina preventiva y curativa.
- Obligatoriedad de la vacunación antitifoidea en zonas afectadas.
- Denuncia obligatoria de la “toxicomanía”.

El mutualismo realiza su tercer Congreso

Junto con toda esta legislación referida a acción social y cuidado de la salud, se producen dos hechos de singular importancia: el primero, una convocatoria de la Secretaría de Trabajo y Previsión del gobierno nacional a las organizaciones mutualistas del país, el cual concluye sin haberse llegado a acuerdos sobre asuntos relevantes, tales como la obligatoriedad de la incorporación de mujeres y niños, la consideración de la atención médica como objetivo prioritario del mutualismo, los mecanismos para la elección de autoridades, la posibilidad de autorizar el voto por poder o la asamblea de delegados. Los mutualistas, a la vez que reconocían la necesidad de un régimen legal que apoye su práctica sin restarles autonomía, reclamaban el apoyo del Estado, no sólo en lo jurídico, sino también en lo económico. La acción estatal, sostenían, debía ser concurrente con la actividad privada, no debiendo ejercerse bajo modalidades la absorción o exclusión (Belmartino, 2006).

En el acto inaugural de ese Congreso Nacional de Mutualidades que sesionó del 5 al 7 de octubre de 1944, la voz oficial estuvo a cargo del Secretario de Trabajo y Previsión Social, coronel Juan Domingo Perón, quien puso énfasis en destacar los siguientes aspectos:

(...) Están aquí los representantes de las mutualidades grandes y chicas, poderosas, débiles e incipientes; unas, con la estructura fortalecida por largos años de labor; otras, en los precarios o primeros pasos de la senda mutualista. Y está aquí, igualmente, el estado, en sus expresiones orgánicas, para servir específicamente las necesidades del mutualismo en el país. (...)

(...) Es que, señores, el sendero mutualista conduce a la integración de la justicia social, deidad humana que ilumina la lejanía ideal y que, a la inversa de los dones de Dios, hace sufrir y esperar; aunque se la alcanza con fe, perseverancia, comprensión y amor. (...)

(...) Y la obra de previsión que realiza el mutualismo, por sus características, no puede ser excluyente de la acción estatal, y ésta, al reclamar participación en el juego libre de la actividad mutual, solo necesita y quiere estimular, cooperar, sostener y defender la trayectoria de sus realizaciones dentro de una convivencia armónica que haga estériles las deserciones y termine con las anárquicas formas del desencuentro mutual. (...)

(...) Pero esa línea de continuidad histórica parece cambiar de tonalidad, y tras los nuevos ideales de concepción generosa y humanística, los pueblos modifican su pensar y su sentir, adaptándose también a las formas nuevas de los servicios sociales de ayuda mutua, de ayuda social, o de cajas de seguros mutuales.

El Estado ha fijado ya las finalidades de su política mutualista. El gran objetivo que orienta la acción oficial en esta materia lo constituye la implantación de un mutualismo integral, controlado por la Nación y en función subsidiaria del seguro social como valioso instrumento de ayuda mutua.

Un análisis de los participantes de este Congreso realizado por Susana Belmartino (2006) da cuenta de la numerosa presencia de mutuales constituidas en empresas, una modalidad que había comenzado unos veinte años antes y que tras alcanzar un notable desarrollo en la década del 30 se fue extendiendo tanto en las reparticiones de la administración pública como en el sector privado.

Estas nuevas mutuales de empresas participaron activamente en el Congreso Nacional de Mutualidades de 1944 como puede rescatarse de la lista de asociaciones que enviaron delegados al mismo. Además de un conjunto de mutuales dependientes de reparticiones públicas y de empresas privadas –entre ellas frigoríficos, talleres metalúrgicos, cervecerías y fábricas de tejidos– estaban representadas también, a través de sus organizaciones, actividades cuyo referente identificador era indudablemente el vínculo laboral, aunque los beneficiarios no

aparecieran explícitamente asociados con una empresa en particular o con un gremio: martilleros públicos, vendedores de diarios, empleados de compañías de seguros, enfermeros y enfermeras, empleados de escribanías y muchos otros.

Un año después de celebrarse el Congreso Nacional de Mutualidades, el gobierno dictaba, el 6 de octubre de 1945, el decreto N° 24.499, por el cual se creó la Dirección de Mutualidades, en el ámbito de la Dirección General de Previsión Social de la Secretaría de Trabajo y Previsión, organismo que, según el Art. 1º, tenía a su cargo “el contralor y superintendencia de todas las asociaciones que en el país tienen a su cargo el ejercicio y desarrollo de las actividades mutuales.”

Las atribuciones de esta Dirección de Mutualidades fueron sumamente amplias, como quedaban asentadas en el mismo artículo, entre las cuales destacamos:

- Conceder, derogar o retirar a las mutualidades la autorización para actuar como tales;
- Crear y organizar el Registro Nacional de Mutualidades;
- Controlar y fiscalizar la organización, funcionamiento, solvencias y liquidación de las asociaciones mutuales;
- Aprobar los reglamentos de los estatutos;
- Actuar como árbitro en los conflictos entre mutuales o de éstas con sus asociados;
- Propender al mejoramiento de los servicios sociales;
- Fomentar la práctica del mutualismo;
- Estimular la formación de federaciones.

Por su parte las asociaciones mutualistas debían cumplir, según el Art. 2º, “algunas o la totalidad de las siguientes prestaciones, en la forma que el decreto reglamentario los establezca:”

- Asistencia médico – farmacéutica;

- Subsidios por enfermedad, accidentes y maternidad;
- Curas de reposo, manutención de enfermos, reeducación física de enfermos y accidentados;
- Pensiones y subsidios para la vejez, invalidez y desocupación;
- Subsidios para el caso de fallecimiento de los asociados a favor de: descendientes, ascendientes, cónyuges o personas instituidas especialmente por aquellos;
- Servicio de panteón, gastos funerarios y primeros lutos;
- Establecer servicios profesionales en beneficio de sus asociados;
- Cualquier otro servicio complementario de los numerados, que tenga la naturaleza y característica de ayuda y protección recíproca.

Este decreto establecía normas generales para la constitución, administración y fiscalización de la entidad. Pero se caracterizaba por incorporación de nuevos conceptos vinculados a la vida mutual como, por ejemplo, la obligatoriedad de contribuir a la formación de policlínicos regionales, según se expresa en los Arts. 36 y 37:

Art. 36.- Fijase una contribución obligatoria a partir del 1° de enero de 1946 y con carácter permanente, de diez centavos mensuales a cargo de cada asociado de las mutualidades comprendidas en las disposiciones del presente. La percepción de este impuesto estará a cargo de cada asociación, y se depositará en el Banco Central de la República Argentina, en cuenta especial denominada "Dirección de Mutualidades, cuenta Policlínico Mutualista".

Art. 37.- Créase un fondo especial destinado a construir y mantener policlínicos mutualistas y colonias de vacaciones regionales, para aprovechamiento exclusivo de sus asociados.

Este fondo se formaba con:

- La contribución obligatoria que determina el Art. 36;

- El importe de multas impuestas de acuerdo a lo determinado en los arts. 35 y 38;
- Donaciones y legados;
- El remanente que resultara de las disoluciones o liquidaciones de las asociaciones mutualistas;
- Cualquier otro ingreso que establezcan otras leyes, decretos, ordenanzas o resoluciones.

Otros temas interesantes fueron (artículo 48) el que trataba las remuneraciones de todos los profesionales que prestaran servicios en las mutuales,

los que se determinarán en reunión conjunta de un representante de la entidad, un funcionario de la Dirección y otro en representación de la asociación gremial respectiva” y, la prohibición (artículo 49) “de recibir subvenciones o donaciones de cualquier índole desde el extranjero, sin previa autorización de la Dirección de Mutualidades, porque podrán ser intervenidas por el organismo.

En el contexto del pleno conflicto entre las cosmovisiones que dividieron al mundo después de la Segunda Guerra Mundial, tanto en las sesiones del Tercer Congreso Mutualista como en el texto del decreto N° 24.499 se consolidaba la idea de ordenar el mutualismo en línea con el pensamiento imperante en la esfera pública y las mayorías de nuestro país: despojarlo de toda connotación vinculada con el soviétismo y con el socialismo incluso, para orientarlo hacia una expresión nacional acorde con las ideas de filosofía política de la época. Si bien el movimiento mutual no asumió como propias las banderas del gobierno de entonces, su posición se ubicaba, de acuerdo a su origen y composición entre la concepción colectivista cercana a la socialdemocracia europea y la orientación nacional del justicialismo local, que a la sazón no sólo intervenía en la economía, como el Estado nacional lo venía haciendo desde la década de 1930 a partir del proceso de industrialización por sustitución de importaciones, sino que también expandía notablemente sus funciones relacionadas con la conformación de la versión local del Estado de Bienestar, actuando

activamente – y cada vez más - en el ámbito de la protección social, la asistencia y la previsión.

Aun así, y a pesar de que tanto el gobierno de facto, como el gobierno surgido de las elecciones de 1946 intentaron limitar las organizaciones de carácter étnico en favor de las organizaciones dependientes de la organización sindical que se gestaba y fortalecía, no se logró convertir a las entidades mutualistas en una base social de apoyo al proyecto político que encarnaba¹¹.

La realización del Tercer Congreso contó con la activa participación de las autoridades del Centro Gallego de Buenos Aires que convocó a las mutuales y contribuyó económicamente con la importante cifra de \$ 500,-, la más alta de todas las aportadas. Señala Di Cristóforis que ésta fue una instancia en la cual el Centro Gallego se posicionó frente al gobierno argentino y frente a otras entidades mutuales del país sudamericano, luego de un importante desarrollo de casi cuatro décadas. En las jornadas previas a su realización Manuel Cao Turnes, vocal de la Junta Directiva del Centro Gallego, en un mensaje radial señaló la importancia de su institución:

En Buenos Aires, los gallegos tenemos como colaboración al bien público, al bien del pueblo argentino y sobre todo de esta Capital, 200 profesionales médicos, con un presupuesto superior a dos millones de pesos anuales, con una farmacia que ha servido de modelo a muchas en a la mutualidad del país; tenemos esto con gran orgullo porque lo ofrecemos al pueblo argentino compensando en una forma mínima lo que él nos da [...]

Acciones concretas a partir de la segunda mitad del siglo XX

La organización tricéfala del sistema de salud – hospitales y sector público nacional, organizaciones obreras/mutualidades y sector privado – siguen en tensa coexistencia a partir de los intereses subsectoriales, las diferentes representaciones ideológicas y la puja distributiva resultante. Mutuales de salud que brindaban asistencia directa al afiliado debían contar con la participación de médicos y otros profesionales vinculados al sector, lo cual generaba el conflicto en el pago de las remuneraciones. También ocurría lo mismo entre los hospitales y sus médicos que, mediante el sistema de internados o

practicantes debían trabajar gratuitamente en la atención de los pacientes.

Estas situaciones generaron frecuentes reclamos por parte de los médicos que consideraban que la atención gratuita en los hospitales públicos era aprovechada por personas que estaban en condiciones de pagar una consulta privada. Esa había sido la razón por la cual cuando en 1938 se propuso la dedicación full time en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires, las organizaciones médicas la rechazaron firmemente ya que conspiraba contra los ingresos de numerosos profesionales que quedarían fuera del sistema como consecuencia de la extensión horaria, por entender que la buena prestación de servicios médicos a la población era responsabilidad del Estado y que la remuneración del trabajo era una cuestión de carácter gremial.

Y es cierto, la función rectora corresponde al Estado. Sólo que, con lamentable frecuencia, la gestión de ministerios, secretarías y subsecretarías de Salud, en ámbitos nacionales, provinciales y municipales, quedó en manos de representantes de la clase médica, es decir, personas mediante las cuales se imponían los criterios sustentados por la corporación. Las decisiones en materia de salud han estado siempre fuertemente sesgadas por la presencia en los niveles de gobierno del poder corporativo.

En verdad, la cantidad de médicos remunerados en cada hospital era muy escasa y los montos salariales, bajos. Una cantidad importante de médicos brindaba sus servicios en forma gratuita, asumiendo así que la capacitación que adquirían era remuneración suficiente. Lo que podría denominarse el drama del ejercicio profesional en los hospitales constituía en ocasiones la tragedia de los que demandaba atención (Dal Bó, 2008, pp. 34 y 35)

La reconfiguración del mundo a partir del término de la Segunda Guerra Mundial una de cuyas consecuencias fue la creación de las Naciones Unidas (1946) y a puesta en marcha la Organización Mundial de la Salud (OMS), revitalizaron pretéritas consignas como el derecho a la salud y la universalización de la cobertura, que se expresaron en la creación del Servicio Nacional de Salud británico, que sería la base de la modernización de los sistemas de salud europeos. Estos vientos de cambio se expresaron en el país de manera contundente y diferente.

Se nacionalizaron establecimientos y el Estado asumió la financiación. Durante la gestión del ministro de Salud (1946-1954) del

gobierno peronista, el doctor Ramón Carrillo, se construyeron nuevos hospitales, con los que se elevó en número de camas de 66.000 en 1946 a 134.218 en 1954 (Neri, en Dal Bó, pp. 39).

Dal Bó (2008) estima que no se han vuelto a dar en el país condiciones tan favorables para la creación de un sistema nacional de salud como las existentes durante la gestión del ministro Carrillo, y lo dice porque, en efecto, los servicios públicos estaban distribuidos en todo el territorio nacional, las grandes instituciones sanatorias aún estaban por nacer y las futuras obras sociales se encontraban en proceso de gestación, por ende, maleables a un objetivo integrador. Y todo ello en el marco de un gobierno que gozaba de una cuota de poder importante y que se había manifestado contundentemente acerca de la orientación de la política de salud basada en la constitución de un sistema unificado de alcance nacional.

La oportunidad no fue aprovechada. La consecuencia fue la conformación de un modelo asimétrico, fragmentado y segmentado, en el que la universalidad nominal alcanza a todos los habitantes del país, pero los gradientes de calidad, y por ende, las inequidades, son la otra característica central del modelo. Señala asimismo este autor que

(...) los efectores de salud existentes en el país no actúan coordinadamente, y tampoco puede asegurarse que persiguen el mismo objetivo. Varios factores facilitan esta situación: la competencia mercantil en ausencia de un firme marco regulatorio, las obvias diferencias de objetivos entre establecimientos con fines de lucro o sin ellos, la falta de coordinación de los niveles de gobierno sobre las instituciones de los tres subsectores¹² la pertenencia simultánea de profesionales a establecimientos públicos y privados, y la falta de integración funcional en zonas en las cuales coexisten establecimientos de diferentes jurisdicciones políticas (pp.40-41).

El futuro iba a deparar unos pocos intentos de reforma, orientados todos ellos hacia la integración del sistema. Uno de sus mentores, el Dr. Aldo Neri ya hablaba, en pleno liderazgo de uno de esos intentos, probablemente el último registrado hasta el presente, que existe

(...) abundancia relativa de recursos, sobreutilización y subutilización simultánea de los mismos, anarquía en la conducción multiplicidad ineficiente de jurisdicciones, irracionalidad en sus prioridades de acción, insatisfacción de usuario y prestadores,

regresividad social en la asignación de cargas y beneficios, tendencia a la corrupción mercantilista en los modos de prestación.

A continuación, recuperamos algunos hitos de la salud pública argentina durante ese período

1946	<p>Perón asume la presidencia y confirma a Carrillo como secretario de Salud Pública. Deroga la norma preexistente y otorga a Salud Pública la exclusividad en cuestiones de medicina preventiva y curativa.</p> <p>Creación de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública y de la Escuela de Enfermería.</p>
1947	<p>El presupuesto de la Dirección Nacional de Salud Pública que en 1945 había sido de 55.6 millones de pesos y la planta de personal de 7.800 cargos; alcanza en 1947 el a 157.8 millones y la planta de personal supera los 22.000 cargos.</p> <p>Se amplía la lucha antipalúdica bajo la dirección del Dr. Alvarado, quien quedaría a cargo del Programa de Paludismo de la Nación desde 1946 hasta 1954 y se le asignan entonces 13 millones de pesos.</p>
1949	<p>El presupuesto alcanza a 240 millones y los cargos superan los 24.000. Se inicia la lucha contra el Aedes Aegypti.</p>
1950	<p>Se transfieren a la Secretaría de Trabajo y Previsión la ex Sociedad de Beneficencia (sin los hospitales) y 6.000 cargos.</p> <p>La morbilidad palúdica se ha reducido en un 90%. Se disuelve la Dirección de Lucha antipalúdica para crear la Dirección de Sanidad del Norte.</p>
1951	<p>Creación del Servicio Nacional de Lucha contra la enfermedad de Chagas.</p> <p>Desarrollo durante todo el período de numerosas obras de infraestructura, incluida la construcción de hospitales.</p>
1954	<p>El ministro solicita a la OPS cooperación para perfeccionar l integración de los servicios de salud Pública. (junio)</p> <p>Se reintegra a Salud Pública la Dirección Nacional de Asistencia Social y el Ministerio pasa a llamarse de Asistencia Social y Salud Pública. (julio)</p> <p>Carrillo renuncia y es reemplazado por Raúl Bevacqua</p>

Con Panacea o con Hygeia. Centralismo y Periferia. Seguridad Social o Mutualismo. Las opciones no resueltas

Los antiguos griegos organizaron su vida creando una innumerable cantidad de dioses, semidioses y héroes que influían en los mortales de manera directa de tal manera que podría decirse que hacían lo que los dioses les mandaban. Uno de ellos fue Asclepio, dios de la medicina y la curación, quien casado con Epione, hija de Helios, engendraron varias hijas e hijos, todos vinculados con el arte de curar: Panacea, la que todo lo curaba con una cataplasma o poción; Yaso, la curadora; Hygeia, diosa de la curación, la limpieza y la sanidad (de su nombre proviene la palabra higiene); Aceso, diosa del proceso de curación; y Egle, cuyo nombre, se decía, procedía de la belleza del cuerpo humano cuando tenía buena salud, o de los honorarios pagados a los médicos.

Los hijos varones de Asclepio también estaban relacionados con la medicina y el cuidado de los enfermos. Ellos fueron: Podalirio, médico; Macaón, especialista en cirugía; Telesforo, quien dedicó su vida a servir a su padre, una especie de enfermero; y Arato, fue un héroe griego al parecer no vinculado al arte de curar.

Desde entonces, aparecen ya dos estrategias de acción frente a las enfermedades: curar al enfermo, que era lo que hacía Panacea con su cataplasma, o prevenir que los humanos se enfermaran como pregonaba Hygeia con sus métodos de limpieza y sanidad. Tales tendencias continúan vigentes en el día de hoy: esperamos al enfermo y lo curamos o evitamos, mediante la prevención posible, que las personas se enfermen¹³.

Acerca de este tema, Veronelli plantea que

Los programas preventivos, muchos de los cuales requieren un cumplimiento permanente y riguroso de normas preestablecidas, suelen ser mejor desempeñados por personal con preparación diferente de la que reciben, en general, los médicos, a los cuales, durante el proceso de su formación, se les hablaba bastante de la prevención pero se les enseñaban pocos elementos concretos de prácticas preventivas (pp. 558).

Los mismos autores reproducen párrafos del Informe elaborado por la Comisión de Consultores Internacionales designada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana mimeografiado, en junio de 1957: “Estudio de los Servicios de Salud Pública de la Argentina”, p. 29 y sig.:

Uno de los graves defectos de los servicios federales de salud —decían los expertos— es la considerable ampliación que ha experimentado durante los últimos trece años como

consecuencia de una serie de rápidas reformas, ninguna de las cuales fue totalmente aplicada, pues eran sustituidas por otras antes de ser enteramente cumplidas. Esto ha dado lugar a una situación bastante confusa, por cuyo motivo la Comisión no pudo nunca saber exactamente cuál era la verdadera estructura y funciones de un determinado sector o dependencia, a pesar de estudiar repetidas veces los documentos disponibles y de celebrar largas conversaciones con calificados funcionarios.

Por consiguiente, la descripción presentada en este informe no indica con exactitud la estructura del Ministerio en ningún momento dado, puesto que la situación siguió siendo inestable debido a los constantes cambios que se produjeron incluso en el período en que se realizó este estudio. [...]

El desarrollo creciente de la organización nacional de salud pública llegó a su punto culminante en el período comprendido entre 1949 y 1954, cuando se produjo una duplicidad injustificada de organismos, una fragmentación de actividades fundamentales y un considerable aumento de funcionarios, que alcanzó la cifra aproximada de 36.000. Esta situación fue particularmente exagerada en la sede del Ministerio, en la Capital Federal, en donde el número de funcionarios excedió los 18.000, estableciéndose una estructura excesivamente ramificada y compleja, con graves perjuicios para la eficacia del servicio y la economía. La misma tendencia se observó en los niveles locales, en donde, en lugar de servicios unificados y polivalentes, se crearon servicios especializados, que actualmente funcionan con carácter independiente y sin coordinación.

Para enfrentar tal situación, los expertos proponían que se hicieran las cosas como lo establecía la organización federal del gobierno, revisando y “horizontalizando”, (o integrando en los servicios locales), incluso algunos de los programas “verticales” (las “grandes luchas”), lo que equivalía a desandar las anteriores seis o siete décadas de organización sanitaria.

Los programas de “grandes luchas” integrados u horizontalizados sufrieron por incertidumbres y carencias de recursos. El carácter fundacional de las realizaciones de la década anterior, reiterado en cuanta oportunidad se había tenido para exhibirlo, se volvió en contra de su permanencia, atándolo a una “doctrina” ideológica reciente, aunque tenían décadas de tradición.

El Informe destacaba, acertadamente,

la ausencia de un minucioso estudio de los problemas, necesidades y características de la población del país, y de la subsiguiente planificación de un programa objetivo, a desarrollarse a largo plazo. Esta deficiencia es fundamental. Las reformas excesivamente

ambiciosas en el último decenio no se basaron en un estudio a fondo de las verdaderas condiciones del país, eran demasiado teóricas y faltas de objetividad. Como consecuencia, al ser inaplicables, fueron sustituidas, una tras otra, con asombrosa rapidez, sin que de hecho se llevara a la práctica ninguna de ellas.

[...] La Comisión considera pertinente insistir en que un programa sólido de salud pública es, necesariamente, una empresa a largo plazo.

Son muchos los ejemplos acerca de acciones y reacciones, avances y retrocesos. Cada nueva propuesta generaba rápidamente una contrapropuesta, lo que no permitió alcanzar resultados sanitarios, por lo menos en relación al costo de oportunidad de los recursos en juego.

La organización política de la República Argentina fue posterior a la de sus provincias integrantes, las que, al consolidar –por lo menos inicialmente– la Nación en 1853 determinaron las competencias provinciales. Salud es una de las no delegadas, por lo que por lo menos en este aspecto el gobierno nacional está inhabilitado para imponerse sobre la voluntad provincial¹⁴. Esta singularidad confiere la autonomía que la manda constitucional establece, pero puede resultar disfuncional frente a situaciones tan simples como el tránsito de las personas dentro del territorio nacional, o tan disruptivas como lo fue la reciente pandemia. Más aun, son numerosos los casos en los que políticas sanitarias de carácter nacional tuvieron resultados asimétricos en el país por esa razón. Como por ejemplo el desarrollo de infraestructura, la construcción de hospitales, campañas nacionales no asociadas a presupuestos específicos, como la fiebre hemorrágica o paludismo. Incluso hospitales transferidos o construidos por Nación en el ámbito provincial regresaron al ámbito nacional por falta de presupuesto o de recursos humanos.

Pero hubo intentos de reforma, lamentablemente todos ellos frustrados. Durante el gobierno militar que derrocó en 1955 al presidente Perón, se convocó a una Comisión para el Estudio del Seguro Nacional de Salud. Sus miembros señalaron que el gobierno depuesto había creado un ministerio nacional de salubridad excesivamente sobredimensionado y que había concentrado mucho poder político frente a los organismos provinciales, a pesar de lo cual había modificado muy poco la situación sanitaria, por lo cual recomendaban

deshacer lo hecho y “restaurar en la salud pública un cierto “federalismo” que incluso colisionaba con el alto componente centralista del gobierno militar, ni tampoco resultaba claro para los expertos internacionales; “un federalismo que había sido muy cuestionado en asuntos sanitarios y que a lo largo de un siglo había hecho muy difícil la acción sanitaria uniforme y la redistribución de recursos sanitarios en el amplio territorio de la República” (Veronelli, pp.546).

Señalan los citados autores que los siguientes ministros de Salud convivieron con una organización de gran tamaño, con gran cantidad de personal cuyo número nunca se llegó a conocer con exactitud y con una multiplicidad de objetivos difícil de ordenar. Como respuesta, Héctor V. Noblía, Ministro de Asistencia y Salud Pública durante la presidencia del Dr. Arturo Frondizi, elaboró un anteproyecto de Servicio Nacional de Salud, que no llegó a plasmarse por efecto del nuevo golpe que destituyó al presidente.

En la provincia de Buenos Aires, su gobernador, Dr. Oscar Allende, y su ministro de Salud, Dr. Osvaldo Mammoni, a punto de partida de las organizaciones de médicos de la ciudad de Mar del Plata acerca de la necesidad de concretar un proyecto de reforma hospitalaria, pusieron en marcha, en 1961, los Hospitales Regionales de Mar del Plata (Planta Piloto N°1) y de Gonnet (Planta Piloto N°2), en el marco de la llamada Ley de Reforma Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires, que les aseguraba un funcionamiento descentralizado (Dal Bó, 2008).

Durante la presidencia del Dr. Arturo Illia, su ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Dr. Arturo Oñativia impulsó la Ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional y de Hospitales de la Comunidad y la creación del Servicio Nacional de Agua Potable, en una concepción de inserción del sistema de salud en uno más amplio de seguridad social, con el propósito de promoción del desarrollo de capital social y de organización en las comunidades. También fue autor de la Ley de Medicamentos que lleva su nombre, a través de la cual, estableció su carácter de bien social. Se atribuye al impacto que esta norma tuvo ante la industria farmacéutica, junto con la política petrolera del Dr. Frondizi, los determinantes de su derrocamiento, y con ello, la interrupción de los proyectos sanitarios en marcha. En efecto, en

1966 un nuevo golpe militar derrocaba a su gobierno y con ello quedaba trunca un nuevo intento de reforma sectorial.

En una especie de “eterno retorno” Ezequiel Holmberg, secretario de Salud Pública durante la presidencia de facto del general Juan Carlos, proyectó una reorganización del sistema hospitalario público basado en los “servicios de atención médica para la comunidad” proyectados en los años de Oñativia, pero sin el énfasis en el desarrollo del capital social, y la transformación del sistema de obras sociales en el núcleo de una seguridad social sanitaria, para la cual propuso cuotas uniformes y subsistemas provinciales que hiciesen más fácil las integraciones en cada uno de sus ámbitos.

Holmberg fue autor de la ley N° 17.102/66 de Hospitales de la Comunidad que permitía la creación de hospitales descentralizados con capacidad para integrar la asistencia de personas con y sin recursos y con cobertura. Esta ley se basaba la ley de Reforma Hospitalaria de la provincia de Buenos Aires durante el gobierno constitucional precedente, y que, por presiones sectoriales, paradójicamente el gobierno nacional de igual signo político que el provincial destruyó las experiencias de Mar del Plata y Gonnet.

El Hospital Regional de Comodoro Rivadavia fue inaugurado el 1° de agosto de 1968 con un marco jurídico y administrativo similar a los hospitales de “reforma” señalados, y como aquellos, sufrió el embate de los profesionales de la región que consideraron, desde el principio que un hospital eficiente, formador de especialistas atentaba contra sus intereses económicos (Dal Bó, 2008).

Le correspondió al Dr. Carlos Alberto Consigli, ministro de Bienestar Social desde junio de 1969 hasta junio de 1970 del gobierno de facto del Gral. Onganía, impulsar la ley 18.610, a través del cual se creaba el sistema de obras sociales, dando respuesta, de esa manera al importante reclamo sindical de la época. Lo sucedió en el cargo Francisco Manrique, quien además de introducir modificaciones a la mencionada ley creó, como brazo de apoyo a su proyecto político institucional el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y su rama asistencial, el PAMI. (Ley 19.032/71) destinado a proveer

(...) la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud.” (Art. 2º), además de otros servicios destinados a la promoción y asistencia social de los afiliados, tales como subsidios, préstamos con o sin garantía real, vivienda en comodato mediante programas y asistencia financiera de la Secretaría de Estado de Vivienda, asesoramiento y gestión previsional gratuitos, promoción cultural, proveeduría, recreación, turismo y todo otro servicio que el Directorio establezca.

Resulta interesante recordar que el Artículo 4º dispone:

A propuesta del Directorio, el Poder Ejecutivo podrá hacer extensivo el régimen de la presente ley, en las condiciones que fije, a las personas de sesenta o más años de edad o imposibilitadas para trabajar; o que gocen de pensiones graciables, a la vejez o de leyes especiales.” porque esta norma afectó, igualmente que la 18.610, la percepción de recursos de las mutuales por la desafiliación de los asociados mayores.

Acerca de la sanción de la ley de obras sociales es interesante conocer sus algunos aspectos políticos, como lo señala De Fazio, F. L. (2013):

Con el Decreto 2477/70 de Onganía, la legalidad sindical quedó enmarcada nuevamente en los grandes sindicatos y federaciones por actividad y, a su vez, con la nueva Ley 18.610 de Obras Sociales, el financiamiento para fortalecerlos aumentaría. En efecto, la nueva ley establecía la obligatoriedad, a los gremios reconocidos con “personería gremial”, de constituir obras sociales para sus representados y la exigencia de aportes para todo trabajador dependiente de la actividad correspondiente.

La “lógica corporativa” de la flamante Ley de Obras Sociales, en vista de un “colchón de gobernabilidad”, quedaría sumamente evidenciada, posteriormente con la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como centro de negociación corporativa (incluso, en 1971, el INOS se transfiere a la jurisdicción del Ministerio de Trabajo) y con la creación de una Comisión Paritaria Nacional, mediante la sanción de la Ley 19.710 de Obras y Servicios Sociales, que establecía un organismo donde se concertarían convenios tarifarios entre las organizaciones obreras y las médicas. Esa misma “lógica corporativa” se proyectaría en lo sucesivo, como manifestación de la correlación de fuerzas, a través de la obstrucción a cualquier intento regulatorio diferente. Los ejemplos al respecto son la resistencia al llamado “Proyecto Liotta”, en 1973, y a la intervención estatal, por parte de la dictadura militar, de las obras sociales a través de la Ley 22269 de 1980.

La ley 18.610 cubrió las necesidades del cuidado de la salud de los trabajadores en relación de dependencia, pretendiendo ordenar el

servicio médico asistencial, pero dejó fuera al resto de la población cuentapropista, pequeños y medianos empresarios, trabajadores informales, desocupados. También quedaron excluidas del sistema las mutuales y cooperativas de salud entre otros prestadores, cuyos adherentes lo eran por libre ejercicio de su voluntad y no obligados por la ley, como lo eran los trabajadores de la obra social de su gremio.

La norma estableció prestaciones mínimas: atención médica en consultorio y domicilio, internación, servicios de urgencia, prestaciones complementarias de diagnóstico y tratamiento y atención odontológica. Otra ley, la 19.710, fijó el régimen de contratos con las asociaciones gremiales médicas y otras instituciones prestadoras de servicios.

El siguiente intento le corresponde al tercer mandato de Juan Perón quien encomendó a quien ya había asumido como ministro de Salud, en 1973 (Héctor Cámpora) el Dr. Domingo Liotta la creación de un sistema unificado de salud. El SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) fue creado a través de dos leyes nacionales: la ley 20.748, de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y la ley 20.749, de Carrera Sanitaria Nacional (ambas de 1974) e implementado sólo en las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco, y parcialmente en El modelo proponía la centralización normativa, financiera y administrativa del Sistema como responsabilidad directa del Estado nacional, con la conformación de un sistema único, universal. regionalizado, con servicios ordenados por niveles de complejidad e identificación de población a cargo financiamiento público proveniente de Rentas Generales, conformando un Fondo Financiero Sanitario Nacional” (Maceira, Cejas y Olaviaga, 2010: 10).

Tampoco en este intento las mutuales fueron consideradas para su integración. Quedaron fuera de la norma y recién fueron incorporados casi dos décadas después y el SNIS, así como había sucedido con la parcial reforma Oniativia, fue abortado por un golpe militar. En este caso, por el inicio de la trágica dictadura 1976-83.

Con el re advenimiento de la democracia, y en un intento de generar un modelo de aseguramiento que, al tiempo de proveer condiciones de protección social universal e igualitario, operara como un ariete político frente a la presión sindical de las corporaciones gremiales. El proyecto original nunca llegó al Congreso y recién obtuvo sanción su versión

modificada, que llegó a tratarse en 1988, tras el alejamiento, en 1986 del Dr. Neri al frente de la cartera, pero sin llegar a reglamentarse durante el período.

La finalidad declarada del proyecto de Neri era crear un seguro social obligatorio, los habitantes del país,

sin discriminación social, económica, cultural o geográfica [...] donde la autoridad pública afirme su papel de conducción democracia social moderna” (Art. 1º); que “tendrá como objetivo fundamental [...] que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación” (Art. 2º); y que se adecúe a “las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social [...] encaminadas a articular los servicios de salud y acción social de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país (Art. 3º). Es decir, se buscaba la universalización de la cobertura de salud mediante la coordinación estatal de los recursos de los tres subsistemas que integran el sistema de salud: el público, el de obras sociales y el privado.

Con la sanción de la ley 23.661 se formaliza el ingreso de las entidades mutuales al Sistema Nacional del Seguro de Salud, considerándolas como “agentes del seguro” luego de establecer en su artículo 15, que

Las obras sociales comprendidas en la Ley de Obras Sociales serán agentes naturales del seguro, así como aquellas otras obras sociales que adhieran al régimen de la presente ley.

En el artículo 16 disponía que

Las entidades mutuales podrán integrarse al seguro, suscribiendo los correspondientes convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación. En tal caso las mutuales se inscribirán en el Registro Nacional de Agentes del Seguro tienen respecto de sus beneficiarios y del sistema.

Tras las reformas parciales introducidas particularmente en lo que hace a la apertura pro mercado de los términos regulatorios de la Seguridad Social (desregulación de Obras Sociales, libre elección, etcétera) las Cooperativas de Salud fueron consideradas e incorporadas al sistema por una vía diferente. En efecto: desde un punto de vista estricto, están integradas al sistema de salud pero no como posibles

agentes del Seguro, (ley 23.661) sino cuando se sancionó la ley 26.682 (2011) del Marco Regulatorio de Medicina Prepaga:

ARTICULO 1º — Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas en la presente ley las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa. En todas aquellas actividades que resulten ajenas a dicho objeto continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan

Esta norma es modificada en su Art. 1º por el decreto 1991/2011 de Medicina Prepaga, luego de un extenso considerando en el que se reconocía que en la misma quedaron excluidas las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones y obras sociales sindicales, y que la regulación del sistema de salud debe necesariamente contemplar la integración y articulación de todos los subsectores involucrados. Esas entidades que se incorporan al sistema en iguales condiciones de regulación y control que las obras sociales, por lo cual se decretaba:

Artículo 1º — Sustituyese el artículo 1º de la Ley N°26.682 por el siguiente:

ARTICULO 1º.- Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas en la presente ley las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa. En todas aquellas actividades que resulten

ajenas a dicho objeto continuarán rigiéndose por los respectivos regímenes que las regulan.

Además, - y esto no es menor - esta inclusión generó que queden alcanzadas por la ley N° 24.754, que exige la cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO), al igual que la ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor, más sus modificatorias, siendo que antes estaban alcanzadas por la (ley) 20.321.”

El modelo se completó con la progresiva aparición de Obras Sociales especiales”, conjunto de instituciones que no reconocen un ámbito asegurador común ni beneficios comparables. Tampoco se referencian a una norma común, sino que cada una posee en particular su propia Ley de creación y escala de aportes. Comprenden –entre otras– a las Obras Sociales del Poder Judicial, Poder Legislativo, Policía Federal, Universitarias, Obras Sociales de colectivos profesionales y Obras sociales de la FFAA. Estas últimas, originalmente no vinculadas entre sí, han pasado a conformar un ámbito común integrado por los ex institutos de las Fuerzas Armadas (Ejército Argentino, Armada Argentina y Fuerza Aérea Argentina, Prefectura Naval Argentina y Gendarmería Nacional Argentina) enmarcadas en un organismo común, la Obra Social de las Fuerzas Armadas (IOSFA – Decreto 637/13). (Del Prete S - Glanc M, 2022) y el damero de las Obras Sociales Provinciales (OSP). Al respecto, comenta Jaimarena Brion, (2017):

Estos entes de la seguridad social se originaron (como en un espejo) a imagen y semejanza de las obras sociales nacionales. Desde el año 1955, en que se creó la primera OSP en la provincia de San Juan, paulatinamente se fueron dictando leyes especiales de creación de institutos provinciales que con distintas denominaciones (Caja de Servicios Sociales, Institutos de Previsión Social, Institutos de Seguros, etc.) y funciones (servicios previsionales y de salud), constituyen en la actualidad –reconversión y/o transformación de por medio– las denominadas OSP.

Las OSP están agrupadas en el Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA). Esta institución civil sin fines de lucro nació en el año 1966 y contiene a las veintitrés obras sociales provinciales y a la obra social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Una experiencia santafesina en salud pública

En mayo de 1967 el gobierno de la provincia de Santa Fe sancionaba la ley N° 6312/67 por la cual se establecía la creación del “Servicio para la Atención Médica de la Comunidad” (SAMCO) en las localidades en fueren necesarios, sin finalidad lucrativa, siendo sus objetivos serán propender al mayor rendimiento y la mejor prestación de los servicios médicos curativos y preventivos en toda sociedad organizada dando a la comunidad beneficiaria la oportunidad de participar en forma activa en la concreción de esos propósitos con su aporte, e intervención directa.

El Servicio se estructuraba sobre las bases de los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse en cada localidad, que dependan o debieran depender del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la provincia. Los SAMCO debían ser promocionados en cada lugar por las instituciones de bien público de reconocida solvencia moral y económica que no persiguen fines de lucro, existentes en la localidad respectiva y/o en la zona de influencia de la jurisdicción territorial que se le asigne y que libremente deseen hacerlo, debiendo la Municipalidad o Comisión de Fomento del lugar, integrar obligatoriamente el Consejo de Administración que regirá los destinos del mismo. Dichas instituciones debían, según la norma “ser o estar constituidas legalmente y es deber inexcusable de las mismas, promover y ayudar al mantenimiento del Servicio con fondos propios”.

El Artículo 17º de la ley 6312/67 establecía que

En el aspecto técnico, estos entes estarán a cargo exclusivamente del Médico Director designado y rentado por el Poder Ejecutivo de acuerdo a las normas del Decreto - Ley 07216 /63 y/o disposición que lo reemplace, con las mismas obligaciones y derechos en ese aspecto que las que tienen en la actualidad esos agentes. Él es el único responsable de la conducción técnica del servicio e integra el Consejo de Administración en calidad de Asesor y no tendrá voto en las resoluciones, pero sí voz en sus deliberaciones.

Cabe señalar que, en esta experiencia, que ya lleva 56 años, cooperativas y mutuales de ciudades de Santa Fe han participado, y continúan haciéndolo, en los respectivos consejos de administración de los SAMCO.

El mutualismo acorralado

Ya a partir del primer gobierno de Juan Domingo Perón las mutuales de diversos orígenes y servicios iniciaron un diálogo constante con las autoridades, intercambio que, por momentos se tornó ríspido dado que, mientras el gobierno intentaba contar con el apoyo de las mutuales en el campo de la salud y la seguridad social, los dirigentes de las entidades bregaban por la independencia de su gestión. En vista de ello Perón instó a la dirigencia gremial a la creación de mutuales en sus sindicatos, que fuera fortaleciendo el sentido de pertenencia sindical, y el poder corporativo de sus dirigentes, apareciendo además como un posible reaseguro en caso de un avance del gobierno frente a sindicatos y sus obras sociales.

En parte como respuesta, y por el propio empuje de las organizaciones, el 7 de agosto de 1951 se fundó la Confederación Argentina de Mutualidades (CAM), organización de tercer grado que agrupó a gran parte de las federaciones de mutuales existentes en el país.

En 1965 el Consejo Nacional de Desarrollo –Sector Salud– realizó una “Encuesta Preliminar sobre Obras Sociales y Mutualidades”, según lo dispuesto por el decreto N° 8298/64 del Poder Ejecutivo Nacional. La Encuesta se hizo llegar a 2.083 entidades, de las cuales se recibió información de 1.544; 447 no respondieron y 92 organizaciones ya habían sido disueltas. Los servicios prestados se agruparon en médicos asistenciales y no médicos. Las primeras, en total 1.050, brindaban la asistencia médica en servicios propios o contratados. Otras prestaciones eran: subsidios por casamiento, maternidad, enfermedad, invalidez, muerte, vivienda y otros muy diversos. El total de beneficiados era de 3.516.197 cotizantes.

En este contexto, se fueron generando mutuales de médicos de distintas especialidades ya no como agrupamiento de pares, sino como proyecto asistencial que brindaba servicios de salud a la población que se asociara a ellas. Estas mutuales tenían antecedentes en distintas regiones del país ya desde principios del siglo XX y que en su momento fueron calificadas como “seudomutuales” por considerarlas una variedad de empresas médicas que ofrecía un seguro de salud.

Por fuera del gobierno, algunos médicos reaccionaron frente al aumento de costos de la atención médica resucitando las empresas de atención médica de prepago, aquella variedad de “seudomutualidades” que no se apreciaban en el Departamento Nacional de Higiene en los años de Bunge.

Las corporaciones médicas criticaron estos prepagos médicos. En mayo de 1960 se realizaron en Paraná unas “Jornadas Médico Gremiales” convocadas por la Federación Médica de Entre Ríos para tratar la “colegiación Médica” y el “Seguro de Salud”. Dijo allí uno de los dirigentes de mayor prestigio, el Dr. Bernardo Kandel:

Muchos peligros nos amenazan. Los que se ciernen en el frente externo nos distraen de otros inmediatos que surgen a diario en el frente interno médico. Por estos últimos tiempos, aprovechando el interés del público por la mutualización o pago adelantado de asistencia médica, llámese Seguro, están surgiendo una cantidad de seudo organizaciones médicas que se dedican a hacer abonos, contratos con sindicatos, se introducen en las industrias, desarrollan impresionantes campañas de promoción, reparten comisiones suculentas, todo ello destinado a conquistar afiliados.

Hojeando los prospectos, leyendo los anuncios, o escuchándolos por radio o televisión, asombra todo lo que se brinda. Nada queda fuera de las posibilidades. Las tres medicinas: preventiva, curativa, reparadora, la atención esmerada de los accidentados de trabajo, el control del ausentismo, en fin, las llaves del paraíso. (Veronelli, pp. 587-588)

Susana Belmartino (1996) comenta que:

En algunos casos conocemos los antecedentes, y entre éstos por lo general se registran organismos mutuales previos, en particular si los beneficiarios constituyen un gremio ya consolidado en el interior del movimiento sindical. Sobre estos nucleamientos originales, existentes también las reparticiones estatales y destinado por lo general a financiar gastos de atención médica, subsidios y otros beneficios de diversa índole, el poder político incide reglamentando, decretando la obligatoriedad del aporte, tanto del beneficiario como del empleador, interviniendo en la gestión, controlando las inversiones y, en algunos casos, otorgando un financiamiento previo para establecer algún tipo de capacidad instalada propia.

La obligatoriedad del aporte, tanto de los trabajadores mutualizados como de sus empleadores (privados o públicos) debilitó económicamente a las entidades preexistentes que brindaban el servicio de salud. Por su parte,

Al respecto señala Cracogna (1992):

Este es un campo (el de servicios de salud) en el que las mutualidades han venido tradicionalmente cumpliendo un papel destacado. Antes de la creación de las obras sociales por virtud de una ley de 1968, las mutualidades constituían las organizaciones más importantes en la atención privada de la salud con sentido social. El resto era atendido por el Estado a través de los hospitales públicos o de la medicina privada lucrativa.

A pesar de que la creación de las obras sociales significó una sensible disminución del quehacer mutual en el ámbito de la salud, estas entidades mantienen un nivel importante de actividad manifestado en las siguientes cifras:

Servicios	Entidades que las prestan	Usuarios asociados
Asistencia médica	910	3.299.566
Farmacia	863	1.980.406
Odontología	573	1.574.596
Sala de primeros auxilios	246	907.538

Existen también numerosos otros servicios de menor significación, tales como óptica, laboratorio, ambulancia, enfermería, etc.

Cabe destacar la importancia de la actividad en el campo de la salud donde la labor pionera del mutualismo continúa realizándose pese a las dificultades que debe enfrentar, entre las cuales se halla la propia regulación legal de esta materia.

Las mutuales, luego del impacto recibido con la sanción de la ley de Obras Sociales 18.610 que la importante baja de asociados generada, comenzaron a transitar otros campos de prestaciones solidarias para intento de subsistencia. Las que exclusivamente prestaban asistencia médica o subsidios por enfermedad fueron fuertemente afectadas. Es así que los altos costos de las prestaciones asistenciales, de los medicamentos y de la tecnología, y la pérdida de ingresos por el retiro de asociados y de los socios benefactores, los conflictos gremiales de médicos y personal auxiliar, dieron como resultado la desaparición de mutuales emblemáticas como el Hospital Francés¹⁵, el Israelita¹⁶ o el Español de la ciudad de Buenos Aires¹⁷.

La dinámica interna de las asociaciones mutuales basada en la solidaridad libre y voluntaria de sus asociados les ha permitido

remontar los duros momentos de adversidad y desarrollar otros nuevos servicios que demandaban sus miembros, manteniendo sus servicios de atención de la salud, farmacia y subsidios. Ese compromiso natural fue ejemplo para que otros grupos de personas necesitadas y previsoras organizaran mutuales que atendieran otras necesidades como, por ejemplo, turismo, ayuda económica con fondos propios o con ahorros de sus asociados, seguros generales, construcción de viviendas, actividades deportivas, educativas y culturales; también proveedurías y servicios fúnebres.

Al mismo tiempo que se producía tal ampliación de objetivos sociales, las mutuales de salud reacomodaron sus funciones tanto en lo interno como en sus relaciones con los poderes públicos nacional, provincial y municipal, y a nivel internacional formando parte de varias organizaciones,

Censo 2008 del INAES

El Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) realizó, en el año 2008, un “Re-empadronamiento Nacional y Censo Económico Sectorial de Cooperativas y Mutuales”. Como resultado del mismo se observó que ambos sectores brindaban servicios de salud a aproximadamente 2,7 millones de personas, a través de 1056 entidades radicadas en todo el país, de las cuales un 18% eran cooperativas y un 82% mutuales.

Las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, concentraron el 75% de los beneficiarios, y el 90% de las organizaciones tenían un promedio de 5.000 asociados.

De ellas, un 81% brindan planes de cobertura parciales, por lo cual, sólo 19% de la totalidad de entidades brindan planes de cobertura integrales (PMO).

Un 3% poseían establecimientos con internación, y el 21% tenían establecimientos para prestaciones ambulatorias. (Pivetta, J. A., s/f).

La diputada Soledad Carrizo, presidenta de la Comisión de Asuntos Cooperativos, Mutuales y de Organizaciones no Gubernamentales de la Cámara de Diputados recibió a Juan A. Pivetta presidente de la

Federación Argentina de Mutuales de Salud -FAMSA- en el marco de una invitación a destacados referentes mutualistas.

De acuerdo al relevamiento de Cooperativas y Mutuales de Salud, que hiciera nuestra Federación con el aval de la Confederación Argentina de Mutualidades y en forma conjunta con el INAES, sobre 329 entidades de las cuales 294 son mutuales y el resto cooperativas.

Casi dos millones de personas en Argentina tienen un servicio de salud de una mutual o una cooperativa; del total del sistema privado que son seis millones y medio de personas, representamos un tercio de ellas; este relevamiento marca algunas cuestiones territoriales de ámbito y jurisdicción, muy importante ya que el 54% tienen una acción local y territorial o por lo menos actúan en su zona de influencia. O sea, actúa sobre las necesidades de las personas en su territorio y por eso su presencia es muy importante; el 23% tiene posiciones provinciales, un 8% es regional o sea en más de una provincia y hay un 7,6% de entidades que tienen ámbito nacional.

Es significativa la infraestructura prestacional propia que tiene el sector desde pequeños consultorios ambulatorios odontológicos hasta grandes centros de alta complejidad como son los hospitales de colectividad; por lo tanto, aquí hay una gran capacidad prestacional y se dispone de estructura propia.

Relevamiento de mutuales y cooperativas de salud. Releva 17

En el año 2017 la Federación Argentina de Mutualidades de Salud (FAMSA) y el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) realizaron un trabajo conjunto denominado “Releva Salud 17” que contó con la colaboración de los organismos provinciales de cooperativas y mutuales.

Se encuestaron 329 entidades, de las cuales 294 fueron mutuales de salud y 35 cooperativas de salud distribuidas en todo el país. La suma de asociados de ambos sectores fue de 1.944.970, no registrándose las personas que reciben los servicios sin ser asociados directos a través de centros médicos o asistenciales con internación como hospitales mutuales de comunidad, sanatorios mutuales, entre otros.

Respecto a la cobertura otorgada por las 271 entidades que respondieron la encuesta, 59 cubren totalmente el Plan Médico Obligatorio (PMO), es decir, un 17,93%; parcialmente lo hacen 206

entidades (un 62,62%); 16 (4,86%) cubren el plan parcial más PMO. Solamente 48 entidades (14,59%) no suministraron información.

Del mismo informe, respecto al perfil de la oferta asistencial, resulta que de las 281 entidades que aportaron información, 151 (53,8%) cuentan con servicios médicos asistenciales correspondientes al primer nivel de atención; 31 (11%) al segundo nivel; 28 (9,9) poseen servicios de tercer nivel de complejidad y 117 (41,7%) proveen servicios de emergencias médicas y traslados.

Asimismo, ofrecen planes odontológicos 115 entidades (40,8%); 72 cubren servicios varios de farmacia, cuidados básicos, enfermería y otros (26%). 11 (3,9%) no especificaron datos.

Se trata entonces de un particular segmento asegurador/financiador del sistema de salud, que asiste en forma directa y a través de planes de diferente complejidad a alrededor de 1/3 de la población bajo aseguramiento privado, encontrándose dentro de esta categoría importantes instituciones del sector mutual. (Del Prete, y Glanc, 2022, pp.88 y 89).

Internacionalización del mutualismo argentino

El sector mutualista argentino de salud y otras prestaciones diversas, de nivel primario, federaciones y confederaciones, está integrado, entre otros por los siguientes organismos internacionales:

AIM

La Asociación Internacional de Mutuas (AIM) es una organización internacional que agrupa a federaciones de mutuales y organismos de salud, que cuenta con 64 miembros de 31 países de Europa, América Latina, África y Oriente Medio. Sus miembros son organizaciones sin ánimo de lucro que proporcionan cobertura sanitaria a alrededor de 240 millones de personas, así como servicios relacionados con el seguro médico obligatorio y/o complementario, algunos de los cuales también gestionan servicios sanitarios y de seguro.

Los miembros son “mutuas” (es la expresión europea) o seguros de salud. No dependen de accionistas: todos los excedentes se utilizan en

beneficio de sus miembros y cumplen con el principio de solidaridad entre estos últimos se encuentran:

- Entidades jurídicas independientes y privadas.
- Organizaciones democráticas: cada miembro tiene derecho a voto.
- Organizaciones públicas o privadas dirigidas por representantes de los usuarios y de los asociados sociales.

ODEMA

La Organización de Entidades Mutuales de las Américas -Odema- es una organización sin fines de lucro que representa, con fuerte protagonismo en la comunidad internacional, a más de 80 entidades mutuales y afines, de 16 países de América.

Odema, con su accionar representativo e integrador, contribuye en la tarea de erradicar la pobreza y la desigualdad, haciendo prevalecer la equidad y la inclusión social en el mundo.

Desde su creación en el año 2004, impulsa un mutualismo americano, moderno y eficiente, trabajando en su integración, promoviendo la capacitación, el intercambio de experiencias, los acuerdos de complementación, y el desarrollo de políticas globales en la región.

AMA

La Alianza del Mutualismo de América (AMA) es una asociación civil cuyo fin es difundir, defender, consolidar y expandir los principios del mutualismo en el continente americano. Fue creada en 1987 en Buenos Aires y en 2004 trasladó su sede a Montevideo donde, con fecha 1º de febrero de 2006, obtuvo el reconocimiento de su personería jurídica y la aprobación de sus Estatutos por parte de las autoridades nacionales competentes.

Agrupación Confederaciones, Federaciones, Uniones e Instituciones de carácter nacional, regional y sectorial compuestas por entidades de segundo o tercer grado sustentadas en los principios del mutualismo,

relacionadas en términos generales con actividades de desarrollo social, a saber: la seguridad y la previsión social, la cultura y la educación, el turismo y la recreación, el deporte, la defensa del consumidor y el cuidado del medio ambiente.

Miembros

- ABRAPP – Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Complementar
- CAM – Confederación Argentina de Mutualidades
- CONAM – Confederación Nacional de Mutualidades de la República Argentina
- CONAMUTUAL – Asociación Comité Nacional Mutualista de la República de Colombia
- FAMSA – Federación Argentina de Mutuales de Salud
- FEMUPAR – Federación de Mutuales del Paraguay
- FEMUSSS – Federación de Mutuales de Servicios de la Seguridad Social de la Ciudad de Bs. As.
- GESTARSALUD – Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud
- UMU – Unión de la Mutualidad del Uruguay
- UNIRCOOP: Red universitaria de las Américas en estudios cooperativos y asociativismo, aprovechando la plataforma GIMI.
- Convenio de cooperación AMA-DANSOCIAL Colombia.
- Participación ante el Grupo Mercado Común (Mercosur).

Metas

- AMA está fuertemente comprometida en la lucha contra la exclusión social y la consecución de una protección social del más alto nivel para todos.
- AMA afirma que en el contexto mundial actual las organizaciones basadas en la comunidad se constituyen en instrumentos eficaces para la inclusión social.

Acuerdos alcanzados

- Firma del documento: “Una estrategia de desarrollo de la mutualidad sobre el continente Sud y Centroamericano” (STEP/OIT – AIM - AMA, El Salvador, México, Uruguay, Paraguay, Colombia, Nicaragua y Argentina. Buenos Aires, 2005).
- Convención General de Cooperación AMA-AIM.
- Protocolo de Colaboración Red ACYM (América Cooperativa y Mutual)

Red UNIRCOOP

Vinculaciones con Universidades que forman la Red UNIRCOOP

América del Norte y el Caribe

- Universidad de Sherbrooke (Canadá)
- Universidad Autónoma de Chapingo (México)
- Universidad Autónoma de Querétaro (México)
- Universidad de La Habana (Cuba)
- Universidad de Moncton (Canadá)

América Central

- Universidad de Costa Rica (Costa Rica)

- Universidad de El Salvador (El Salvador)
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Honduras)

Región Andina

- Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Ecuador)
- UNISANGIL (Colombia)
- Universidad Central de Venezuela (Venezuela)

Cono Sur parte Sur

- Universidad de Chile (Chile)
- Universidad de la República (Uruguay)
- Universidad Nacional de La Plata (Argentina)

Cono Sur parte Norte

- Universidade Federal Rural de Pernambuco (Brasil)
- Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Brasil)
- Universidade Federal do Parana (Brasil)
- Universidade Federal de Rio de Janeiro (Brasil)

El mutualismo argentino de salud, el primero en organizarse en la Argentina continúa vigente a pesar de las diversas contingencias adversas que tuvo que afrontar, algunas de carácter general y otras destinadas a dejar disimuladamente, apartado a un sector dinámico de nuestra sociedad sostenedor de principios básicos para la convivencia social tales como la asociación libre, las prestaciones equitativas, la solidaridad voluntaria y espontánea, la gestión democrática de sus

organizaciones, la educación y capacitación de sus miembros y su accionar silencioso pero permanente de la economía solidaria.

Corolario y compromiso: Hacia dónde va el sistema de salud

En territorios locales, provinciales y también a nivel nacional, en las 23 provincias y en CABA existe una Mutual o una Cooperativa que está brindando Servicio de Salud. Nuestra convicción es que debemos transitar hacia un sistema más integrado, eficiente, eficaz, y por encima de todo, en el que los valores fundantes sean la justicia y la equidad. Y en ese sentido, nuestras Organizaciones Mutuales y Cooperativas tienen un rol preponderante, no solo porque garantizan la gestión transparente de los recursos sino también porque propician el involucramiento de la sociedad en su propia salud a partir de los Principios y Valores de nuestras entidades.

El Mutualismo y el Cooperativismo de Salud seguirán vigentes ya que la confianza social y su labor de administradores de recursos harán que puedan trascender en el tiempo.

1955	En diciembre se presenta ante la OPS una solicitud de cooperación para reorientar los servicios de salud.
1956	La epidemia de poliomielitis pone en evidencia la falta de preparación de los servicios de salud para afrontarla.
1956	Se crea la Comisión Nacional del Seguro de Enfermedad que propone en el siguiente año la creación de un Instituto Nacional de Seguridad Social.
1957	Después del decreto de febrero se inicia, a través de la firma de convenios con las provincias, el proceso de las transferencias. Se difunde el informe del experto en Administración de Hospitales Dr. Odair Pedroso y poco después el “Informe de los Consultores Internacionales”. En 1956 y 1957 se registra un aumento de los casos de paludismo respecto de los registrados en 1955.
1958	Se presenta el Informe “Plan de Atención Médica” del experto chileno Dr. Hugo Enríquez Frödden.
	Las Fuerzas Armadas destituyen al presidente Illia y los Comandantes designan a

1966	<p>Juan Carlos Onganía para ocupar ese cargo. (julio) Se crea el Ministerio de Bienestar Social a cargo de R. Petracca. En la Secretaría de Salud Pública se designa a Ezequiel Holmberg y como Subsecretario a Alberto Mondet.</p>
1967	<p>Se crea por decreto la Comisión Coordinadora de Obras Sociales. Se sanciona la ley 17.102 de servicios de atención médica de la comunidad y la 17.189 que devuelve la regulación de precios de medicamentos a la Secretaría de Industria y Comercio y su fijación a los productores.</p>
1967	<p>En abril se sanciona la ley 17.230 que establece la Comisión Nacional de Obras Sociales, presidida por el Subsecretario de Salud Pública, Alberto Mondet.</p>
1968	<p>Se continúa el proceso de transferencias que incluye actividades de programas como lucha contra la enfermedad de Chagas y contra la lepra.</p>
1969	<p>Se produce un estallido social en Córdoba. Se designa a Carlos Alberto Consigli en el Ministerio de Bienestar.</p>
1970	<p>Las leyes 18.233; 18.611 y 18.691 retrotraen, congelan y regulan desde Salud Pública los precios de los medicamentos. La ley 18.610 generaliza el seguro obligatorio y obliga a crear obras sociales para los sectores que no las poseen. Sus recursos serán administrados por sus sindicatos. El general Onganía es destituido y reemplazado por Roberto M. Levingston. Renuncian Holmberg y Mondet. Los reemplazan Horacio Rodríguez Castells y Julio Etchegoyen. Se pone en marcha el Plan Neuquén . (diciembre) Francisco Manrique se hace cargo del Ministerio de Bienestar Social. Se dicta la ley 18912, que modifica a la 18.610.</p>
1971	<p>Levingston es reemplazado por Alejandro Agustín Lanusse. El Instituto Nacional de Obras Sociales se transfiere al Ministerio de Trabajo. Se dicta la ley 19.032 que crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.</p>

Datos complementarios

Tabla nºIII Censo del INAES 2008 “Re-empadronamiento Nacional y Censo Económico Sectorial de cooperativas y Mutuales del Año 2008”

Total de entidades: 1056	Cooperativas 18%
---------------------------------	-------------------------

	Mutuales 82%
Planes de coberturas parciales	81%
Planes de coberturas integrales (PMO)	19%
Poseen establecimientos con internación	3%
Poseen establecimientos para prestaciones ambulatorias	21%

Las prestaciones de mutuales y cooperativas alcanzaron a 2.700.000 asociados

Tabla nº IV
Relevar Salud 17

Entidades encuestadas: 329	Mutuales 294
	Cooperativas 35
Total de beneficiarios (socios directos)	1.944.970

Tabla nº V
Cobertura otorgada por 271 entidades que respondieron la encuesta

Plan Médico Obligatorio (PMO)	59 entidades	17,93%
Plan de Cobertura Parcial	206 entidades	62,67%
Plan PMO más cobertura parcial	16 entidades	4,86%
Sin información	48 entidades	14,59%

Disminución de asociados entre 2008 y 2017: 755.030 (- 27,9%)

1 Esta doctrina era conocida en Argentina, pero aparentemente estaba asociada al «colectivismo» si juzgamos por la reacción que tendrá el cuerpo docente frente a la primera tesis doctoral presentada por Alfredo Palacios sobre «La Miseria» en 1901, tesis rechazada por el jurado de la Facultad de Derecho y ciencias sociales. En ella Palacios sostiene que hasta que se socialicen los medios de producción, la solución a los males causantes del hambre en la sociedad argentina se encuentra en el mutualismo. «La ley de la lucha por la vida quedará tan atenuada que casi podrá decirse que no existe. En cambio, la ley de la solidaridad triunfante, establecerá el perfecto acuerdo y la benevolencia entre los hombres». Palacios, 1900 (reedición del Colegio Público de Abogados, 2004).

2 “La creación en 1776 del Virreinato del Río de la Plata dio lugar a que el 17 de agosto de 1780 se estableciera el Protomedicato, primera organización sanitaria que regulaba el ejercicio del “arte de curar” sobre bases éticas y jurídicas. Significó el comienzo de la preocupación del Estado por la higiene pública, responsabilidad que hasta ese momento había recaído en los vecinos a través de sus asambleas o cabildos.

3 (https://www.sadamweb.com.ar/news/2019_06Junio/El_Sistema_de_Salud_en_Argentina.pdf)

4 Todas ellas integrantes de la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA).

5 Hurtado Hoyo, E. (2023). Historia de la Asociación Médica Argentina. Recuperado de <http://www.ama-med.org.ar/page/ver/Institucional-Historia>

6 Cabe señalar que a fines del siglo XIX nuestro país ya tenía varias mujeres que ostentaban el título de médicas: Cecilia Grierson, Julieta Lanteri, Petrona Eyle, Alicia Moreau de Justo, María Amalia Dolores Úbeda, entre otras.

7 Esta información fue extraída de <https://www.femeca.org.ar/historia>

8 En la ciudad de Tucumán, Monteros, Concepción y Aguilares entre finales del siglo XIX y principios del XX, se habían numerosas mutuales de colectividades: Sociedad Extranjera de Socorros Mutuos (1868); Sociedad Española (1878); Sociedad Italiana (1878); Sociedad Francesa de Socorros Mutuos (1893); Sociedad Unión Israelita (1912); y las de trabajadores: Sociedad Argentina de Socorros Mutuos (1877); Sociedad Protectora de Socorros Mutuos de Panaderos (1889); Sociedad Unión Tipográfica (1894); Centro de Socorros Mutuos (Aguilares, 1899); Centro de Trabajadores (Monteros, 1899); Umberto I (Concepción, 1904); La Mutua: sociedad de socorros mutuos para empleados públicos y de comercio (1905); Sociedad Progreso (Villa Alberdi, 1906), además de numerosos clubes, centros socialistas y anarquistas, gremios, sociedades de resistencia, cooperativas, etc. (Teitelbaum,2014).

9 El Art. 3° se refiere a los tipos de servicios que pueden prestar las mutuales en general y al número mínimo de asociados necesarios para que los mismos no provoquen quebrantos a la entidad.

10 Impulsó la formación del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe y fue su primer ministro; creador del Código Bromatológico y del Instituto correspondiente. Puso todo su impulso en la construcción de las primeras colonias e institutos psiquiátricos de Santa Fe. La salud mental le debe iniciativas primigenias en el país.

11 Dicen Veronelli y Veronelli Correcho op. cit. Tomo II, págs. 503-504: Veamos las ideas del presidente Perón, expuestas frente al Congreso extraordinario de la CGT en abril de 1950, sobre la actividad social de los sindicatos: “En primer lugar, hay que crear una mutual. Mutualidad dentro del sindicato, para que no tenga que recurrir para la ayuda extraordinaria a sus asociados a otra organización que no sea el propio sindicato. La mutualidad sindical lleva la ayuda de la colectividad al hombre que por sus propios medios no puede atender al infortunio o al riesgo imprevisto de la profesión o de la vida.” “Esa mutualidad se utiliza para la conservación de los vínculos, para aumentar los vínculos entre los propios asociados del sindicato y para atender la asistencia médica, pero hay otra organización que debe funcionar también dentro del sindicato para ayudar en forma colectiva a la necesidad de abastecimiento de todo el personal y es la cooperativa...”

12 Se refiere a las obras sociales, las instituciones privadas y los hospitales públicos.

13 Lo que hoy conocemos como “panacea” en relación a la droga milagrosa, viene de ella. Así como el término Higiene, proviene de Hygis.

14 Constitución Argentina: Artículo 1o.- La Nación Argentina adopta para su gobierno la forma representativa republicana federal, según la establece la presente Constitución. Artículo 121.- Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación. Artículo 122.- Se dan sus propias instituciones locales y se rigen por ellas. Eligen sus gobernadores, sus legisladores y demás funcionarios de provincia, sin intervención del Gobierno federal. Artículo 123.- Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el artículo 5 asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero.

[15](#) Luego de algunos años en conflicto por su quiebra, el Hospital Francés pasó a manos del Programa de Atención Médica Integral para jubilados y pensionados (PAMI), por la Ley de Expropiación. A partir de entonces, el Hospital Francés pasó a ser nombrado en 2008 Unidad Asistencial Doctor César Milstein.

[16](#) En los años noventa las donaciones fueron cayendo y la crisis en el hospital se fue profundizando hasta ingresar en 2001 en concurso preventivo. Finalmente, el 6 de septiembre del 2004, las autoridades se presentaron en quiebra. Dos días después, la Justicia designar un interventor para que se haga cargo de la gestión del centro asistencial.

[17](#) Actualmente depende del PAMI.

El Mutualismo en Salud Hoy. Encuesta Releva 23

Presentación

Se presenta el resultado de “RELEVAR SALUD Encuesta 2023”.

En este apartado, hemos de presentar los resultados de la encuesta desarrollada entre abril y septiembre 2023, a los efectos de estimar la situación actual del mutualismo de salud en Argentina, acercarnos a su dimensionamiento y alcance, con el objeto de proyectar su protagonismo sectorial, en particular en el escenario político sanitario que se abre a partir de la próxima gestión de gobierno.

El relevamiento se desarrolló a través del instrumento Encuesta.

Antecedentes / Introducción

Del mismo modo que Releva 17, Releva 23 fue desarrollado por la FEDERACIÓN ARGENTINA DE MUTUALES DE SALUD (FAMSA) y el INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO Y ECONOMIA SOCIAL (INAES)

La Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA), entidad de segundo grado representativa de la Economía Social argentina, fue creada el 30 de agosto de 1991. Nuclea a 36 entidades que brindan cobertura médico-asistencial a más de 1,2 millón de personas desde la perspectiva de la articulación entre el sector mutual y el Estado nacional y provincial en pos de la preservación, promoción y cuidado de la salud.

Entre otras, FAMSA forma parte de la Alianza del Mutualismo de América (AMA), integra la Junta Ejecutiva de la Confederación

Argentina de Mutualidades (CAM), coordinando su Comisión de Salud. FAMSA forma parte también de la Comisión Directiva de la Unión Argentina de Salud (UAS)

El Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), organismo público dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación, tiene a su cargo la promoción, desarrollo y control de la acción cooperativa y mutual en el país.

INAES es la entidad de control de Mutuales y Cooperativas. Pero además es un sólido impulsor de la actividad mutualista y cooperativista en todos los ámbitos, a través de la promoción del accionar de las entidades, el financiamiento, la capacitación y el estímulo, y promoción de la Economía Social.

En el año 2017, FAMSA e INAES desarrollaron un Relevamiento Nacional de Mutuales y Cooperativas de Salud, mediante la realización de una entrevista personal y presencial con directivos y/o funcionarios representantes de más de 300 entidades, utilizando un cuestionario semi-estructurado que en todos los casos se sumó a la observación directa del entrevistador. Esto requirió el desplazamiento territorial de un significativo grupo de encuestadores, a lo largo de todo el país, por un período de más de un año lo que permitió desarrollar en todos los casos una entrevista semiestructurada a la que se sumó la incorporación de observaciones por parte del funcionario FAMSA

Los resultados fueron publicados en 2017 y se encuentran disponibles en [www. https://www.famsa.org.ar](https://www.famsa.org.ar)

En la versión 2023 de la Encuesta, se optó por desarrollar una investigación, también cuantitativa, pero a través de un instrumento virtual.

Métodos de implementación

Según lo expresado más arriba, la metodología implementada fue de investigación cuantitativa, a través de un cuestionario estructurado como instrumento de recolección de datos primarios y el universo objetivo de la investigación fueron las Mutuales y Cooperativas de Salud localizadas en el país. El cuestionario se configuró a través de un

formulario *Google Form* por considerarse práctico y de cierta familiarización entre los usuarios.

Este formulario fue emitido desde un email oficial de dominio de FAMSA, el cual fue cogestionado exclusivamente por usuarios específicos y contiene un banner identificador, con los logos de CAM y FAMSA respectivamente. El modelo escogido se caracterizó por ser flexible y transparente, dando la posibilidad de modificar la respuesta, enviar una copia al email del encuestado y permitía a través de un link disponible recibir sugerencias y desarrollar intercambios entre encuestador y encuestado.

El formulario fue diseñado con secciones principales que agrupan los tipos de datos a recolectar, y dividido en las siguientes secciones:

- Datos de identificación de la entidad (los cuales se reservan).
- Datos institucionales, que recolecta datos de tipo jurídico e institucional y tipos de servicios que presta.
- Datos de composición de cartera de asociados y socios por género y rango etario.
- Datos prestacionales, que recolecta datos de dimensión y trayectoria de las entidades.
- Datos estructurales, vinculados a infraestructura propia y nivel prestacional.
- Datos funcionales, de nivel operativo y organizacional.

Su estructura final es la que se reproduce a continuación.

1	Tipo de institución	asegurador
		prestador
		ambas
2	¿Además de salud, proporciona otros servicios?	si
		no
3	Cuánta población tiene como asociados	menos de 1000
		1.000 - 5.000

		5.000 - 10.000
		10.000 - 50.000
		50.000 - 100.000
		Más de 100.000
4	A cuantas personas proporciona servicios (sean o no asociados a la institución)	menos de 1000
		1.000 - 5.000
		5.000 - 10.000
		10.000 - 50.000
		50.000 - 100.000
		Más de 100.000
5	Marque el alcance geográfico que crea que mejor describe a su entidad	local de cercanía
		municipio
		provincia
		más de una provincia
6	Antigüedad de la entidad (en años)	menos de 5
		5 a 10
		10 a 20
		20 a 50
		50 a 75
		75 a 100
		Más de 100
7	Está vinculado contractualmente con alguna Obra Social	si
		no
8	Cuenta con instalaciones propias para proporcionar servicios de salud	si
		no
9	Nivel de complejidad de las instalaciones (marque todas las que crea necesarias)	consultorios
		laboratorio
		laboratorio esopecializado
		Radiología
		Ecografía

		Guardia 24 Hs
		traslados en ambulancia
9	Nivel de complejidad de las instalaciones (marque todas las que crea necesarias)	Tomografía Computada
		Resonancia Magnética
		Internación de baja complejidad
		Internación de mediana complejidad (no tiene UTI)
		Internación de alta complejidad (Tiene UTI y/o UTIN)
10	Cuenta con una red asistencial propia	si
		no
11	Forma parte de una red asistencial	si
		no
12	Cuál es el alcance de la cobertura (marque todas las que crea necesarias)	Consultas y/o prestaciones ambulatorias
		Emergencias
		Programa Integral pero no PMO
		Programa Integral pero PMO
13	Estimación de número de consultas ambulatorias anuales	1.000 - 5.000
		5.000 - 10.000
		10.000 - 25.000
		25.000 - 50.000
		50.000 - 100.000
		más de 100.000
14	Estimación de número de internaciones ambulatorias anuales (si aplica)	menos de 100
		100 - 200
		200 - 500
		500 - 1.000
		1.000 - 5.000
		5.000 - 10.000
		más de 10.000
	Estimación de número de atenciones por	1.000 - 5.000

15	guardia anuales (si aplica)	5.000 - 10.000
		10.000 - 25.000
		25.000 - 50.000
		50.000 - 100.000
		más de 100.000
16	Estimación de número de partos anuales (si aplica)	100 - 200
		200 - 500
		500 - 1.000
		más de 1000
17	Cuenta con informatización	Sí. Sólo en áreas administrativas y sin conectividad
		Sí. En áreas administrativas y asistenciales sin conectividad
		Sí. En áreas administrativas y asistenciales con conectividad
		Sí. Y demás cuenta con Historia Clínica Electrónica
17	Cuenta con informatización	Sí. Y demás cuenta con Historia Clínica Electrónica integrada en red
18	Hace encuestas de satisfacción	si
		no
19	Cuánto personal se desempeña en la institución	menos de 10
		10 - 50
		50 - 100
		más de 100
20	Está adherida a FAMSA	si
		no

Así entonces, el universo inicial se conformó con 317 entidades, mutuales y cooperativas distribuidas a lo largo del territorio de la República Argentina. Todas ellas se consideraron como en actividad por su sólo incorporación al padrón original (Relevamiento Nacional de Mutuales y Cooperativas de Salud realizado en 2017), también entonces, como fue expresado coordinado por FAMSA/INAES.

De este total, 315 entidades fueron contactadas inicialmente a través de la remisión de la encuesta durante los meses de abril / mayo de 2023. El procedimiento “en cascada”, que se implementó fue aguardar 15 días desde la remisión original del formulario, para a partir de allí iniciar el intento de comunicación telefónica con cada una de las entidades, buscando en cada caso el interlocutor adecuado. Este ciclo (remisión del formulario – contacto telefónico) se repitió con una periodicidad máxima quincenal durante los meses de mayo a agosto de 2023, sumándole comunicaciones y gestiones por parte de las diferentes federaciones provinciales o regionales.

Existe una consideración central antes de pasar al análisis de los datos obtenidos. Fueron múltiples las razones que llevaron a escoger un formato virtual para el desarrollo de la investigación, a diferencia de lo sucedido en 2017, donde todo el relevamiento se desarrolló de modo presencial. Consideraciones en materia de tiempos de operación y recursos disponibles condicionaron la elección. Pero significativamente, la presunción de que, al contar con la data de las 317 instituciones relevadas en la primera experiencia, sus puntos de contacto, e incluso interlocutores institucionales, resultaría posible entablar una vía de comunicación remota que, sustituye el engorroso trámite de llegar presencialmente a cada una de las entidades encuestadas. A ello se le sumó la familiarización con los medios de comunicación virtuales que la pandemia nos legó como innovación necesaria. Como consecuencia, la investigación partió de una hipótesis que el desarrollo demostró ser sólo parcialmente apropiada:

- a. Que las instituciones contaban con la data requerida,
- b. Que ella estaba actualizada,
- c. Que el intercambio despertaría la participación de toda la base de datos disponible.

Estas presunciones demostraron ser sólo parcialmente aplicables.

Sobre un universo estimado en 1.944.970 asociados en 2017, Releva 23 obtuvo información sobre 1.317.263 (67.7%). Aun en un supuesto

en el que la población total no se hubiera incrementado (hecho ciertamente improbable, ya por razones demográficas, ya por incremento nominal de cartera como consecuencia del accionar institucional), tal población recoge sólo una parte del universo total. Sin embargo, tratándose de las 2/3 partes de la población asociada 2017, entendemos que los datos desagregados, son representativos del sector y permiten visibilizar su estructura y su proyección.

Ciertamente, la comparación ya no en torno al número de asociados, sino al número de instituciones, arroja resultados más disímiles. Esto se explica por la predominancia en lo que se refiere a población asociada, de instituciones de mayor porte, y mayor alcance territorial.

Resultados obtenidos

Datos institucionales

En relación al primer grupo de preguntas, se observa que casi el 95% de las entidades relevadas están constituidas como mutuales y sólo un 5% como cooperativas, manteniéndose la composición relevada en 2017, en la cual la composición por tipo jurídico era del 89,36% para mutuales y 10,64% para cooperativas.

Tabla n° I
Estructura jurídica de las entidades relevadas

Tipo Jurídico	Participación
Mutual	94,87%
Cooperativa	5,13%
TOTAL	100,00%

Fuente: Relevar 2023

Tabla n° II
Clasificación por Tipo de Institución

Tipo de institución	Participación
Prestador	35,90%
Asegurador	46,15%
Ambas	17,95%
TOTAL	100,00%

Fuente: Releva 2023

En relación al tipo de institución, se ha pretendido a través de la misma reflejar la estructura propia que tiene la economía social en salud en Argentina. Tal como se referencia a lo largo de este documento, estas entidades ampliaron progresivamente sus prestaciones y desarrollaron estructura propia de manera sostenida. En esta tabla se puede observar que la participación de las entidades que son prestadores directos de servicios es del 53,85%. Esto significa que desarrollan infraestructura invirtiendo en capital y recursos en diversos servicios, generando empleo directo y apostando al desarrollo local, en pos de brindar servicios de calidad a sus miembros.

Dicho en otros términos: si se proyecta la población asociada verificada en 2017 al año 2023 aplicando sólo como criterio el crecimiento demográfico argentino, estimable en 1.1% anual¹⁸, el mutualismo en salud contaría con una población (proxy) de 2.100.000 asociados. El 53,85% de ellos: 1.131.140 asistidos a través de instalaciones y recursos propios.

Poniendo en perspectiva el dato: se trata de la tercera parte de la población que accede voluntariamente a seguros privados en el país. Y algo más de la mitad de ellos, asistidos integralmente a través de instituciones mutuales.

Y por insuficiencia de data, la información no consigna fehacientemente una realidad evidente en terreno: las organizaciones que proveen servicios no integrados, básicamente referidos al primer nivel de atención dominan el universo asistencial de todos ellos, en la medida que la capacidad resolutive, usualmente llega a niveles de alrededor del 85%.

Esta información es la que se revela en las próximas preguntas de la encuesta estructurada y que muestra el impacto de las entidades en la consulta corriente.

Alcance de la cobertura

- Promedio simple cantidad de servicios por entidad: 2,9.
- Mediana: 2.

- Los 2 servicios combinados más frecuentes: Consultas y Farmacia.

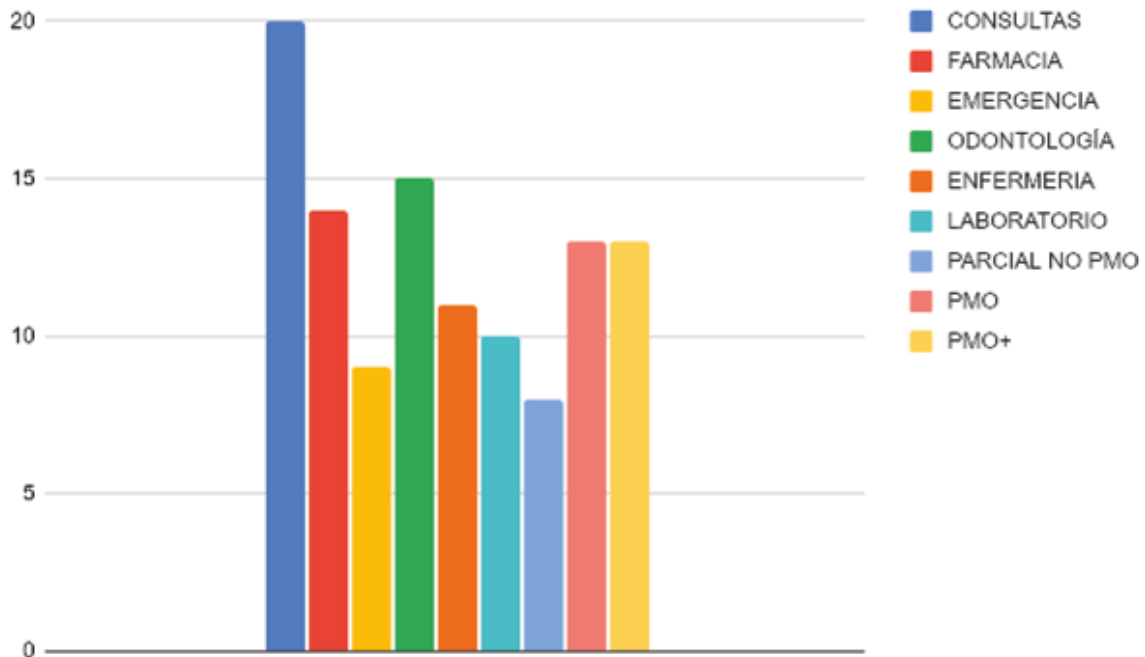
Tabla n° III
Servicios ofrecidos por frecuencia observada

CONSULTAS	FARMACIA	EMERGENCIA	ODONTOLOGÍA	ENFERMERÍA
51,28%	35,90%	23,08%	38,46%	28,21%
LABORATORIO	PARCIAL NO PMO	PMO	PMO+	
25,64%	20,51%	33,33%	33,33%	

Fuente: Relevaer 2023

A continuación, expresamos esos resultados en un gráfico.

Gráfico n° I
Servicios ofrecidos



Fuente: Relevaer 2023

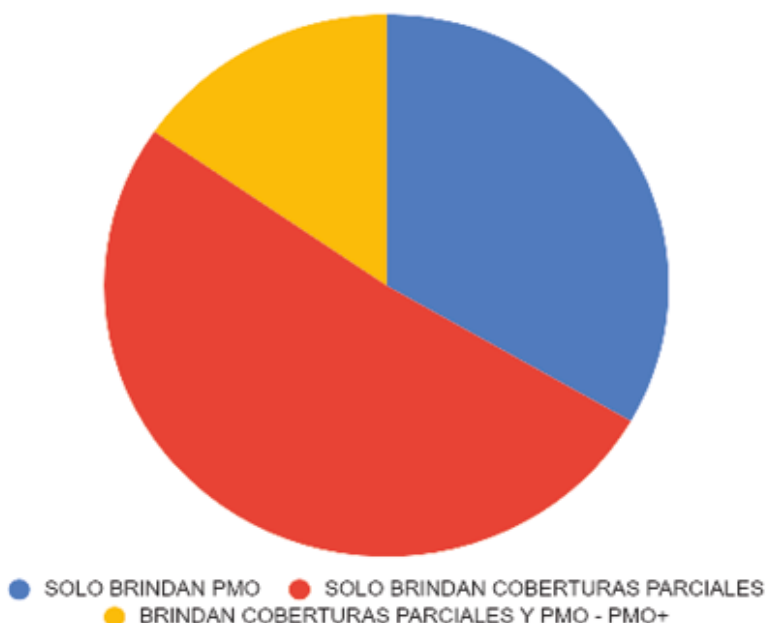
El gráfico expresa la amplitud de la cobertura ofertada.

Es importante destacar que las entidades pueden brindar diferentes tipos de cobertura y varias a la vez, siendo lo más frecuente que presten dos tipos de servicios. El 33,33% de ellas proporciona cobertura de

Plan Médico Obligatorio y Plan Médico Obligatorio Superador, con las consecuencias que esta amplia cobertura conlleva para las pequeñas y medianas entidades. El 51,28% brindan exclusivamente servicios de cobertura parcial y el 15,38% brinda tanto alguna cobertura parcial como cobertura con PMO/PMO Superador. Los servicios combinados que más se repiten son: Consultas y Farmacia.

En el Relevamiento Salud 2017 el 17,93% de las mutuales proporcionaban un alcance prestacional en línea con el PMO 17,93%. El 62% de ellas ofrecían un plan parcial, y el 4,86% plan parcial + PMO.

Gráfico n° II
Alcance de la cobertura



Fuente: Relevamiento 2023

La cobertura en salud no excluye la prestación de otro tipo de servicios.

En la siguiente tabla, se detalla la diversidad de los mismos, siendo los principales tres: farmacia (51,28%), subsidios (35,90%) y turismo (33,33%).

Independientemente de la cobertura en salud, unas de cada 3 entidades ofrecen otros 2 servicios y una cada seis ofrecen 3 servicios. Ello muestra que los servicios mutuales exceden el ámbito meramente

asistencial, para proporcionar servicios vinculados con el bienestar integral de la persona. Y ello tiene importancia también en la salud del individuo y la comunidad.

Tabla n° IV

Alcances de la cobertura. Aspectos extra asistenciales

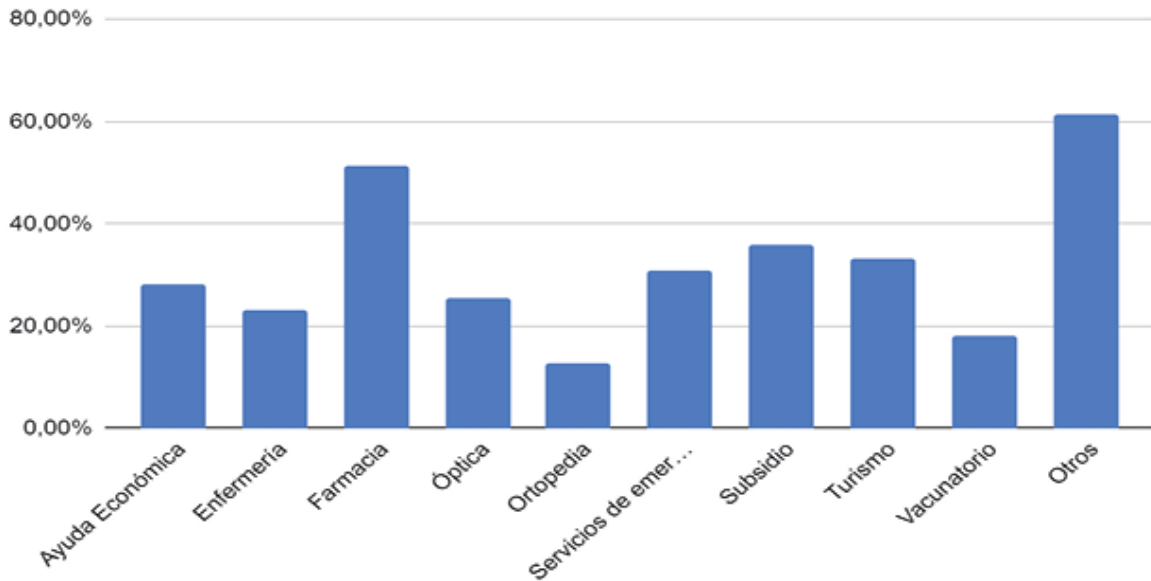
¿Brinda otros servicios mutuales/cooperativos?	Participación
Ayuda Económica	28,21%
Enfermería	23,08%
Farmacia	51,28%
Óptica	25,64%
Ortopedia	12,82%
Servicios de emergencia	30,77%
Subsidio	35,90%
Turismo	33,33%
Vacunatorio	17,95%
Otros	61,54%

Fuente: Releva 2023

Expresados en forma de gráfico, esos valores se manifiestan del siguiente modo.

Gráfico n° III

Alcances de la cobertura. Aspectos extra asistenciales



Fuente: Relevaer 2023

Tabla n° V
Servicios por agrupamiento.

¿Cuántos servicios brinda?	%
1 servicio	11,11%
2 servicios	33,33%
3 servicios	16,67%
4 servicios	11,11%
5 servicios	5,56%
6 servicios	13,89%
7 servicios	2,78%
8 servicios	5,56%

Fuente: Relevaer 2023

Datos de composición de cartera

Consecuentemente con lo expresado más arriba, no se cuenta con la respuesta del total de las entidades a las que inicialmente estuvo dirigida la encuesta. De allí que, en este caso, la distribución de asociados por banda etaria y por género se referirá a la población fehacientemente relevada.

Sin embargo, quienes lo hicieron, brindaron los siguientes datos.

La banda etaria de mayor participación es la de 25 - 30 años, constituyendo un 19,36% del total de los asociados. Seguida de la banda de 35 - 44 años, con una participación de 17,85% años sobre el total de asociados.

La participación de las mujeres por banda es mayoritaria, a excepción de las primeras dos bandas etarias: de 0 - 4 en la que la participación de varones es del 59,70% y de 5 - 14 años la participación es de 50,91%.

Para el resto de las bandas, la participación de mujeres es mayoritaria, dando un promedio de 5,1% por encima de la categoría de hombres. la banda etaria con mayor distancia entre géneros es la de +75 años, siendo la diferencia de 18,96%.

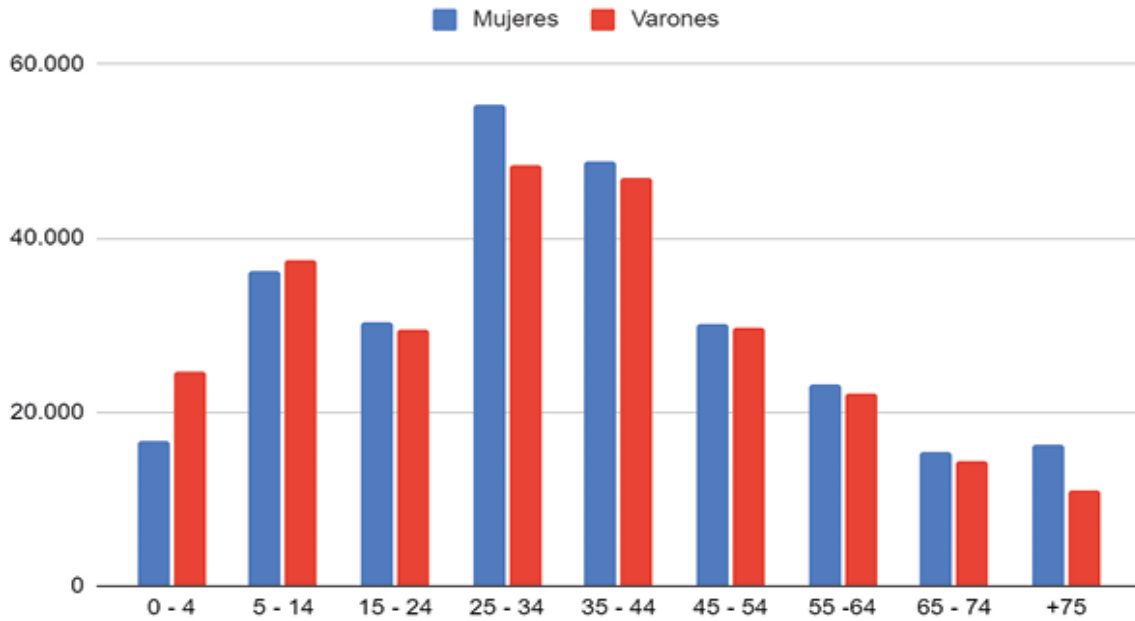
En el comparativo de cantidades totales, las mujeres constituyen el 50,75% y los varones el 49,25%.

Tabla VI
Asociados clasificados por género

Mujeres	694.473
Varones	622.790
TOTALES	1.317.263

Fuente: Relevaer 2023

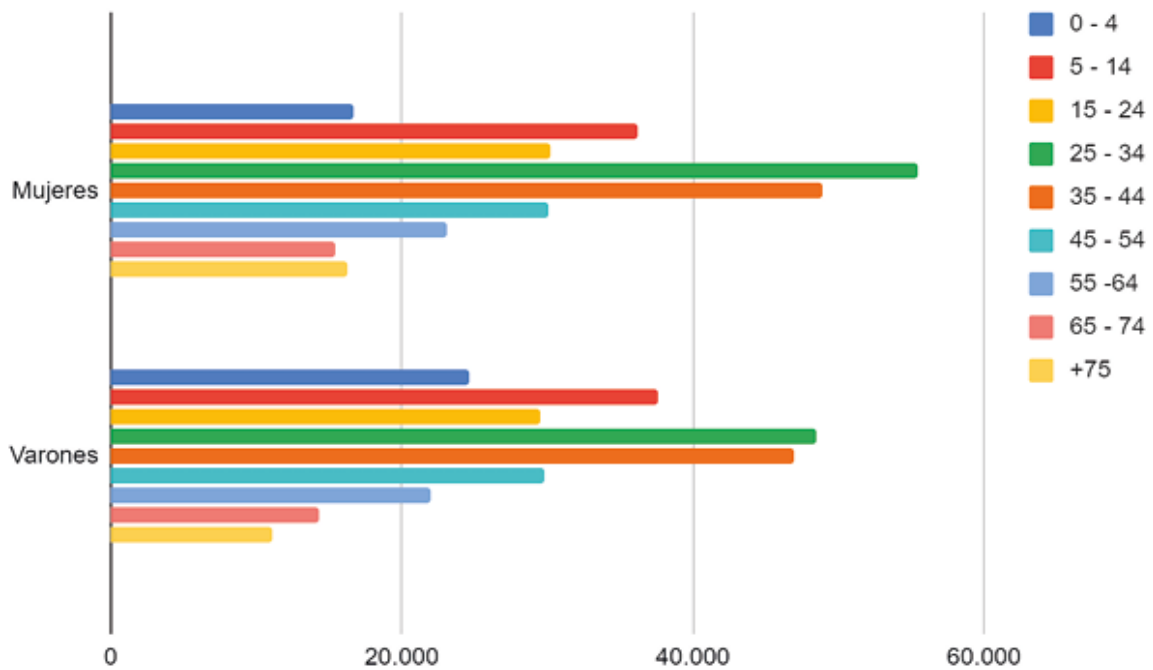
Gráfico IV
Población por género y banda etaria.



* Agrupando las tres bandas entre 25 y 54 años, la participación de las mujeres es de 49,34% y la de los hombres del 47,34% sobre el total de cada género.

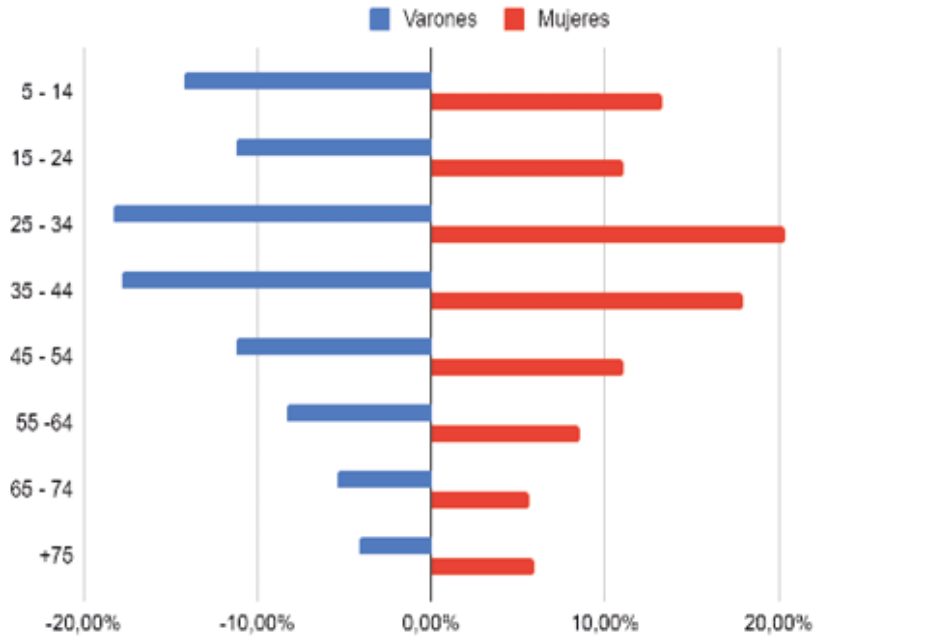
Fuente: Relevaer 2023

Gráfico V
Población por género y banda etaria (desagregado)



Fuente: Relevaer 2023

Gráfico VI
Población por género y banda etaria (porcentuales)



Fuente: Relevaer 2023

Datos Prestacionales

Conocida la población y la estructura de las entidades, procede investigar los datos prestacionales. Los siguientes, fueron recabados con el fin de comprender el rol del tercer sector tanto en su territorio, su trayectoria y su vinculación con el sector de la seguridad social nacional, en tanto y en cuanto, por el espíritu de la ley 23.661, las entidades mutuales podrían ser – y el artículo 16 de la misma así lo dispone – agentes del seguro de salud nacional.

El alcance geográfico local de las entidades alcanza al 41,03% de las mismas, mientras que el provincial es del 28,21%. Este dato expresa que las entidades mutuales sostienen una relación de cercanía con sus asociados. Los conocen. Forman parte de aquel espíritu localista que involucra al mutualismo con el desarrollo comunitario y el beneficio social. Ello no implica resignar alcance ni integralidad. Se trata más de una característica sectorial que de un despliegue territorial. Aun así, y comparando la data porcentual actual con la de 2017 los datos sufren

una leve variación reduciendo la participación de las entidades con alcance local y ampliando la participación de la categoría alcance provincial

Tabla n° VII
Alcance prestacional de la entidad

Alcance geográfico de la entidad	Participación
Local	41,03%
Provincial	28,21%
Más de una provincia	15,38%
Nacional	15,38%
TOTAL	100,00%

Fuente: Releva 2023

Casi la mitad de las entidades que respondieron el formulario tienen una antigüedad de más de 50 años. Una de cada cuatro, más de 70. Y ello se relaciona con la historia del mutualismo en salud de Argentina, descrito en el capítulo 1 de este trabajo. El sistema de salud argentino se consolida precisamente hace unos 50 años, cuando las leyes 18.610, 19.032 y posteriormente 23.660 y 23.661 le dan forma definitiva.

Tabla n° VIII
Antigüedad de la entidad.

Antigüedad de la entidad (en años)	Participación
menos de 5	0,00%
5 a 10	2,56%
10 a 20	7,69%
20 a 50	43,59%
50 a 75	20,51%
75 a 100	7,69%
Más de 100	17,95%
TOTAL	100,00%

El mutualismo en salud ya estaba allí. Y sigue estando. Sigue siendo un actor clave que genera trabajo, protección y salud y producen servicios orientados a la calidad humana aún en el contexto de las

sucesivas crisis que el sector viene atravesando, al deterioro de las condiciones del mercado laboral y a la espiralización de los de los costos asociados a la tecnología médica.

Asociación con la Seguridad Social Nacional (Obras Sociales)

La siguiente pregunta hace referencia a la relación contractual de las entidades mutuales con las Obras Sociales.

El 46.15% de las entidades relevadas están vinculadas contractualmente con una o más obras sociales. Esto es: por efectos de la desregulación de las mismas, y la capacidad de libre elección del beneficiario, éste deriva sus aportes a una entidad mutual. La participación de asociados con esta característica es del 51,31%. 675.890 asociados “obligatorios” relevados.

Un 12.82% se vincula con ellas, pero sólo en calidad de prestador de servicios que la seguridad social contrata.

Las instituciones que son prestadores de servicios y se encuentran involucradas con las obras sociales representan el 12,82%.

Tabla n° IX
Vinculación Mutuales – Seguridad Social

Vinculación contractual con la Seguridad Social	Participación
Sí	46,15%
Sí. Soy prestador de servicios a obras sociales	12,82%
No	41,03%
TOTAL	100,00%

Fuente: Relevar 2023

Tabla n° X
Asociados asegurados a través de la Seguridad Social Nacional en instituciones relevadas

Cantidad de asociados obligatorios	Absoluto
Cantidad	675.890

Fuente: Relevar 2023

La información colectada permite argumentar que, en un escenario de reingeniería sectorial, la imbricación del mutualismo en salud en el universo de la seguridad social nacional no es una aspiración quimérica.

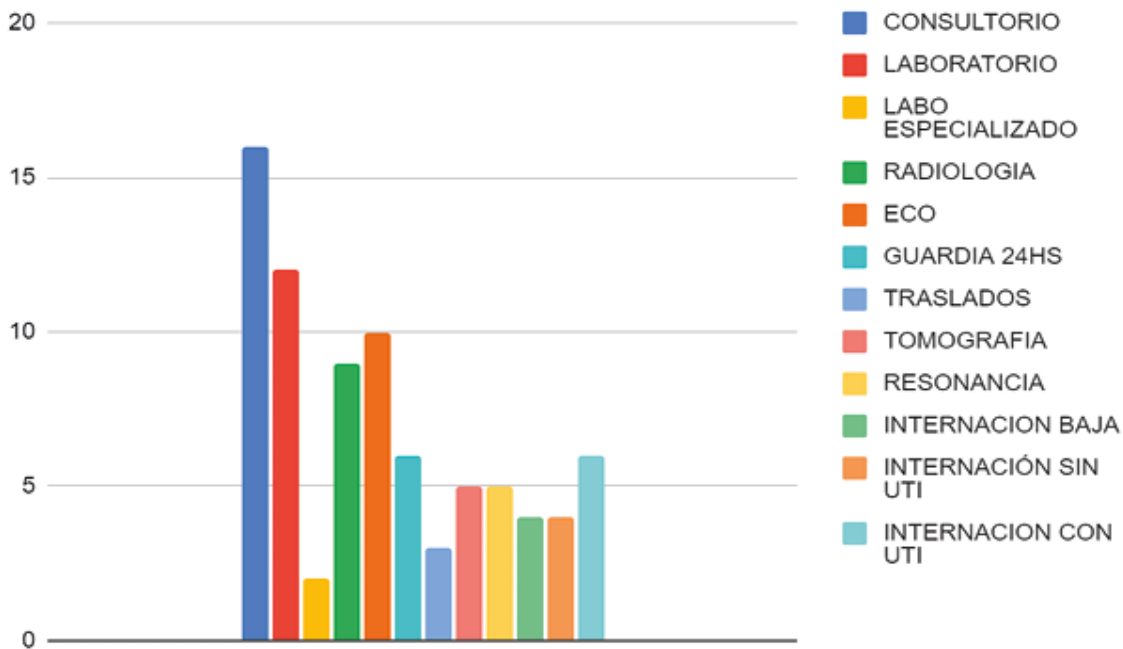
Por el contrario, no solamente que el plexo normativo así lo admite, sino que tal conexión ya existe. Y se verifica en los circuitos asistenciales y las condiciones de aseguramiento de millones de personas.

Datos Estructurales

El siguiente bloque de preguntas indaga sobre la estructura prestacional propia del sector y el volumen total de los servicios prestados tanto propios como tercerizados.

En relación a los servicios propios, se trata del 41,03% de las entidades relevadas.

Gráfico VII
Datos prestacionales. Servicio propio.



Fuente: Relevaer 2023

Obviamente, prevalece el primer nivel de atención, ya sea por limitación de la cobertura o porque los niveles de complejidad se comportan de modo progresivo, de tal modo que quien ofrece los mayores niveles necesariamente debe tener cubiertos los precedentes. De allí que considerada la producción (y no sólo la estructura) las consultas ya que constituyen el 91,23%.

Del total de servicios prestados, el 19,50% son prestaciones de consultorio, seguido del servicio de laboratorio que representa un 14,60%.

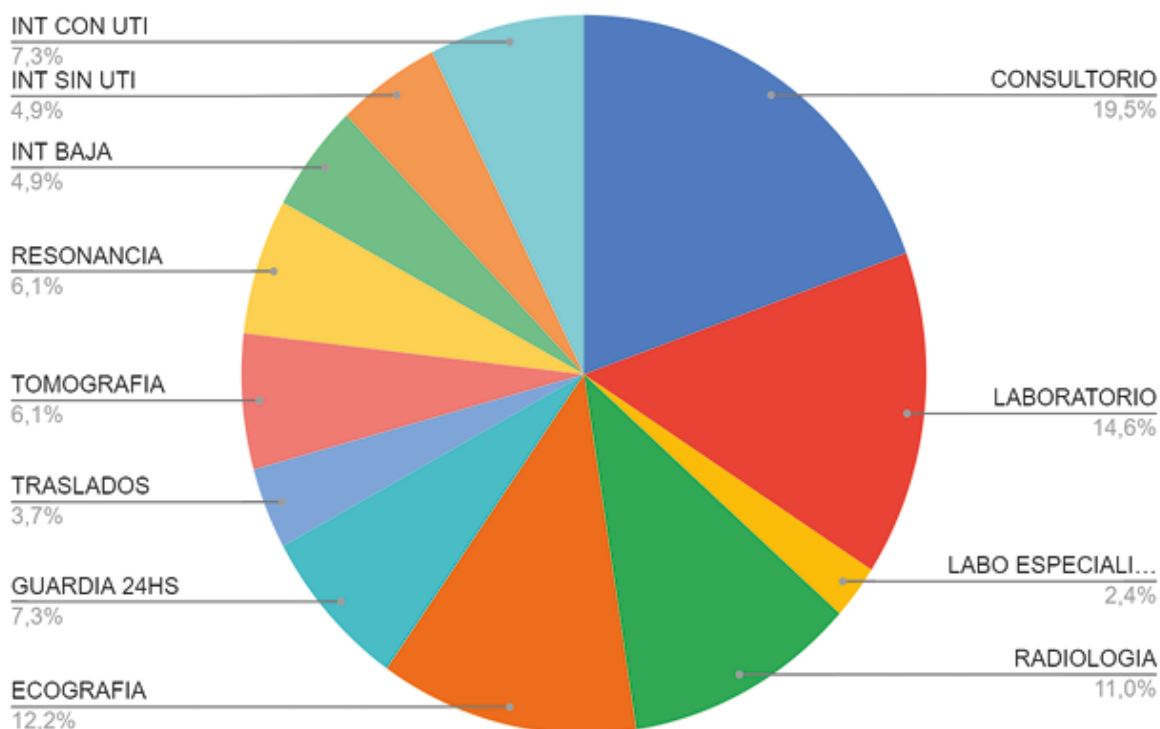
El 50% de las entidades que tienen alcance local son prestadores directos de los servicios. Y las que tienen un alcance provincial, lo son en un 72,73%.

Nivel de complejidad de las instalaciones propias

- Promedio simple de servicios observados: 2,7
- Los 2 servicios combinados más frecuentes: Consultas y Laboratorio.
- Un 50% de las entidades con alcance local, son prestadoras de servicios con instalaciones propias. En relación a las de alcance provincial, este porcentaje alcanza al 72,73%.

Gráfico n° VIII

Nivel de complejidad de las prestaciones propias.



Fuente: Relevaer 2023

Datos de Producción de servicios

Como corolario de la información expuesta, procede mostrar la producción anual de las instituciones relevadas durante el último año.

Se observa que 9% de los asociados cursó una internación bajo la estructura del sistema mutualista. Que la tasa de uso de consultas y procedimientos diagnósticos es la usualmente observada para una población con acceso efectivo al sistema asistencial, dato que se corrobora por la comparativamente escasa tasa de utilización de los servicios de guardia. (habitualmente utilizados como sustitutos de la consulta programada cuando existen barreras significativas para ella).

Tabla n° XI
Prestación de servicios.

Tipo de prestación	Cantidad	tasa uso promedio simple
Consultas ambulatorias anuales brindadas	6.938.033	5,27
Internaciones anuales	123.220	0,09
Atenciones por guardia anuales	524.621	0,4

Partos anuales	5.516	0,01
Total prestaciones	7.605.332	5,77

Fuente: Releva 2023

Y de un modo análogo a lo expresado más arriba, si estas tasas de uso fueran aplicables al conjunto del sector mutualista, se ratificaría su presencia, ya no sólo en calidad de asegurador, sino también en cuanto prestador en los tres niveles de atención.

Considerando la población bajo cobertura, y la cartera de servicios en oferta, sin duda que tal posición es protagónica.

Conclusión

Por su historia, y particularmente por su presencia, el mutualismo en salud expresa a un actor clave en el sector salud en Argentina.

El mutualismo en salud no sólo provee servicios de salud. Provee salud y promueve vidas saludables, en tanto y en cuanto no se organiza detrás del objetivo de la maximización de la renta privativa, sino detrás del beneficio social.

Y si salud es entendida como un derecho inalienable y como un bien social cuya construcción es colectiva y permanente, la trascendencia del mutualismo en salud excede el mero aseguramiento, o el papel de efector, para constituir por encima de todo, un modelo solidario de cuidados humanos.

Ese es el mensaje que se traducirá en propuestas efectivas en las próximas páginas: El mutualismo en salud es un actor central del sistema, tiene historia, tiene con qué aportar al conjunto, y propone alternativas para ello.

Del mismo modo que el resto de los componentes del sistema, el mutualismo en salud requiere aun encontrar un nivel de organicidad que al presente, aun es incompleto. Estructuras orgánicas de la seguridad social y por supuesto, del sector privado, carecen aún de un registro ágil de instituciones, de un padrón actualizado de beneficiarios (aunque no necesariamente nominalizado) y de un mapa de cobertura y prestaciones orgánicamente conformado.

Relevar Salud 2017 y 2023 han intentado suplir estas carencias. Sin embargo, es propicia la oportunidad para proponer, la institucionalización orgánica de este proceder, a través de la conformación de un Observatorio del Mutualismo en Salud, coordinado desde las instancias regulatorias centrales, y con participación de los órganos federales y confederales del sector mutual.

Existen antecedentes claros: La Resolución 328/02 SSS, referida al ACTA ACUERDO entre el INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO Y ECONOMÍA SOCIAL (INAES) SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS) se encuentra vigente y constituye un inestimable precedente para sumar acciones tendientes a la integración inter subsectorial de nuestro sistema de salud.

Anexo capitular

Entidades integrantes de FAMSA

1. Asociación Española de Socorro Mutuos y Beneficencia de La Plata .
2. Asociación Mutual Argentina de Azul – AZUL.
3. Asociación Mutual de Empleados Provinciales de la Prov. de Buenos Aires – LA PLATA.
4. Asociación Mutual del Centro de Empleados de Comercio de Lomas de Zamora y Esteban Echeverría - LOMAS DE ZAMORA.
5. Asociación Mutual Farmacéutica “Florentino Ameghino” - LA PLATA.
6. Hospital Italiano de la Plata, Asociación de Socorros Mutuos y Beneficencia - LA PLATA.
7. Obra Asistencial Mutual para Agentes Municipales – MAR DEL PLATA.
8. Programas Médicos - LOMAS DE ZAMORA.

9. Asociación Mutual Argentina del Turismo. (CABA)
10. Asociación Mutual de Empleados del Banco Provincia de Buenos Aires. (CABA) 11 Asociación Mutual de Trabajadores Argentinos Estatales. (CABA)
11. Cooperativa de Prestación de Servicios Médicos Asistenciales Limitada. (CABA) 13 Obra Social Mutualidad Industrial Textil.
12. Asociación Mutual Protección Familiar.
13. Asociación Mutual de Empleados Bancarios – RESISTENCIA. (CHACO)
14. Mutual Cosecha Salud – RESISTENCIA.(CHACO)
15. Asociación Española de Socorros Mutuos de Comodoro Rivadavia – CHUBUT)
16. Asociación Mutual Centro Médico de San Francisco – SAN FRANCISCO. CÓRDOBA
17. Asociación Mutual Intercooperativa Solidaria de la Provincia de Córdoba - CÓRDOBA.
18. Asociación Mutual Mercantil Argentina – VILLA MARÍA. CÓRDOBA
19. Instituto Municipal de Previsión Social – RÍO CUARTO. CÓRDOBA
20. Asociación Mutual de Profesionales del Hospital Italiano de Córdoba- CÓRDOBA.
21. Mutual Médica – RÍO CUARTO (CÓRDOBA)
22. Mutual Médica - VILLA MARIA (Córdoba)
23. Mutual de ex- empleados de Agua y Energía Eléctrica y otras actividades – SAN SALVADOR DE JUJUY.

24. Sociedad Española de Beneficencia y Mutualidad (Hospital Español de Mendoza) - GODOY CRUZ. MENDOZA
25. Asociación Española de Socorros Mutuos de Villa Constitución – VILLA CONSTITUCIÓN.
26. Asociación Italiana de Socorros Mutuos Unione e Benevolenza – ROSARIO. SANTA FE
27. Asociación Mutual Argus Salud – GÁLVEZ. SANTA FE
28. Asociación Mutual Ruralista – SANTA FE.
29. Asociación Mutual Sancor – SUNCHALES. SANTA FE
30. Mutual de Integrantes del Poder Judicial – SANTA FE.
31. Mutual del Personal del Centro Industrial ACINDAR – VILLA CONSTITUCIÓN. SANTA FE
32. Mutual Federada “25 de Junio” - ROSARIO. SANTA FE
33. Mutual SM Salud de Sociedad Médica del Departamento Las Colonias- SANTA FE.
34. Asociación Mutual San Valentín – SAN MIGUEL DE TUCUMAN.

El Mutualismo en Salud en perspectiva. Crisis sectorial y ámbitos de intervención

El sector salud argentino frente a su crisis estructural

La disparidad, segmentación y fraccionamiento del sistema de salud argentino plantea desde su idiosincrasia un constante reto en términos de igualdad, efectividad y viabilidad

Es altamente probable que, en tiempos cercanos, el sector se enfrente a la necesidad encontrar modelos innovativos en materia de financiamiento, gestión y provisión de los servicios de salud que provee, dado que existe consenso generalizado ya no solamente en torno a las asimetrías verificables en materia de calidad y acceso efectivo, sino también, en torno a su sustentabilidad financiera.

Poco más de uno de cada 10 pesos que producimos y gastamos los argentinos se destina a financiar nuestra salud. Y lo hacemos insertos en una cultura y una norma constitucional que la reconoce como un derecho inalienable, pero en un escenario de fragmentación sistémica en el que muchas veces, la posibilidad de acceder a un tratamiento oportuno, calificado y seguro es función más de la capacidad de pago – pre o pos datada - de quien habrá de recibirla, que del reconocimiento de la necesidad manifiesta.

Nuestro sistema de salud, clásicamente descripto como integrado por tres subsectores – público, seguridad social y privado – se desagrega a su vez por imperio de la condición federal del sector en 24 singularidades provinciales y en diferentes sub sistemas derivados de

los principales que componen un archipiélago en el que impera la fragmentación, la segmentación y muchas veces, la selección adversa.

Un subsector público que sólo se financia con el 2,7% del PBI, integrado por la administración nacional, las 24 provincias argentinas y los municipios que las componen que, más allá de su heterogeneidad en materia de gestión y resultados enfrenta y enfrentará restricciones fiscales que desafiarán su desempeño. La Seguridad Social Nacional, (2pp. PBI de OO.SS. NN más 1% INSSJP) en un contexto de transformación demográfica y epidemiológica que conduce a la progresiva desaparición de los supuestos que dieron origen al modelo contributivo (ocupación plena, formalidad, baja morosidad, suficiencia de aportes, relativamente más bajos costos prestacionales, etc.), atomizada en casi trescientas entidades, de las cuales sólo el 25% recauda recursos suficientes para financiar el programa prestacional al que están obligadas y cuyos recursos ahora agotadas las fuentes originales, dependen de remesas discrecionales desde el Tesoro para sostener su viabilidad. Un modelo de Obras Sociales que al final de la trayectoria activa de sus beneficiarios los deriva a un aseguramiento carente de sustento actuarial sustrayéndolos del pool del seguro social al que pertenecían hasta ese momento. Y un componente contributivo provincial (1% del PBI) desarticulado entre las diferentes jurisdicciones.

El sector privado, integrado en dos terceras partes por beneficiarios de la seguridad social quienes derivan sus aportes a aseguradoras / prestadoras de mercado constituyendo un universo selectivo cuya financiabilidad también peligra a partir de la reducción de la masa salarial, el encarecimiento de las cuotas y las tensiones de allí derivadas.

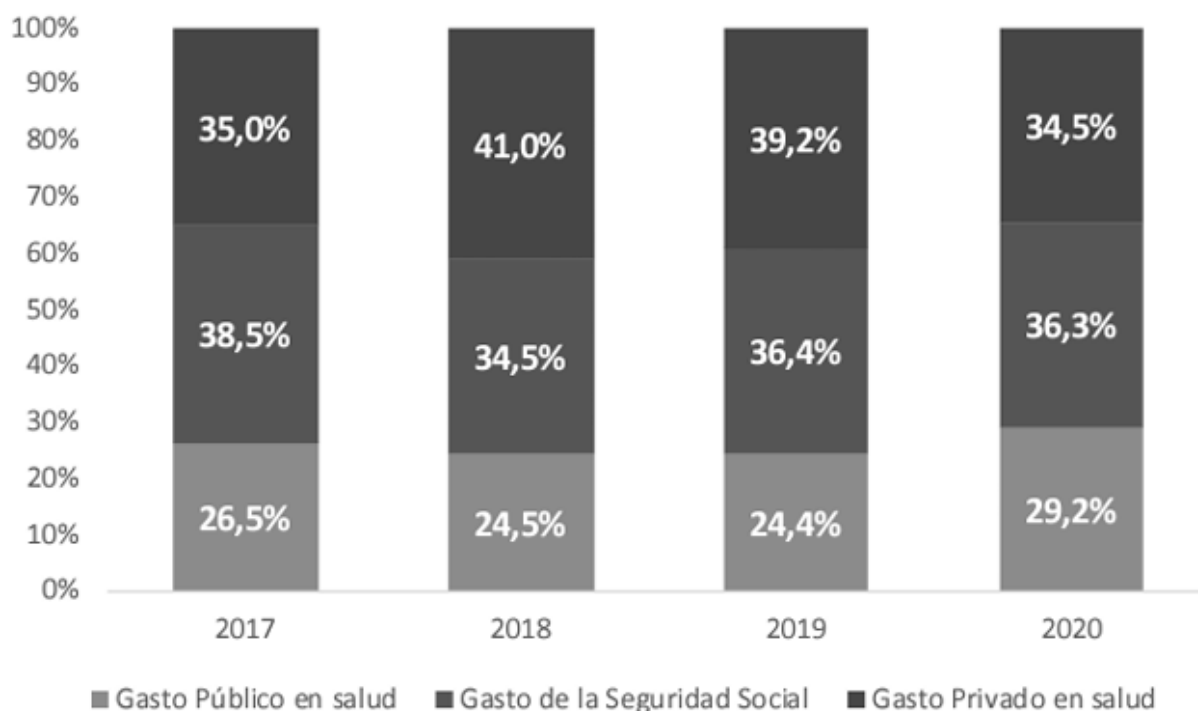
Es preciso ver esto con cierto detalle:

El gasto en salud, según las estimaciones más recientes (diciembre 2022, y correspondientes a 2020) ascendió a \$ 2.947.103 millones, (\$ 2.947 billones) siendo que \$861.285 millones (\$ 0,861 billones) corresponden al gasto consolidado del sector público, dentro del cual se computa el gasto genuinamente público obtenido a partir de recursos provenientes de Rentas Generales, mientras que el gasto en Seguridad Social, contributivo integrado por el seguro público social (Obras

Sociales Nacionales, la Seguridad Social Provincial, el INNSSJP ascendió a \$1.069.406 millones. Por su parte el financiamiento de bolsillo (pre y pos datado) sumó \$ 1.016.412 millones. (Ministerio de Salud, 2022)

Ello implica un monto total que nos coloca en un rango alto en relación con la región (sólo superado en monto per cápita por Uruguay) e incluso en el mundo. Con una distribución peculiar: El gasto en salud en nuestro país es principalmente contributivo, seguido por el gasto de bolsillo y en una última posición aparece el gasto público de origen Beveridiano.

Gráfico n° I.
Participación porcentual de cada financiador en el gasto total en salud. Periodo 2017 -2020.



Fuente: Dirección de Economía de la Salud Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud Argentina 2022

Con leves oscilaciones, este gasto y esta composición es una constante en el tiempo, siendo que el incremento del gasto proveniente de las administraciones nacionales / provinciales / municipales en 2020 se ve incrementado, particularmente en su porción nacional a

expensas del gasto en capital devengado como respuesta a la pandemia CoVID19, aunque el cálculo ofrece ciertas limitaciones. ¹⁹

Si bien resulta relativamente accesible desagregar el gasto Beveridgiano por jurisdicción y el contributivo por entidad, la información suministrada no permite conocer el gasto de bolsillo en su composición específica, particularmente en lo que hace al pago de cuotas de seguros de aquél otro que se corresponde con el gasto de bolsillo. Tampoco esta información aporta datos para conocer con precisión cuál es el flujo de recursos que migra desde el sector de la seguridad social nacional hacia el sector privado como consecuencia de la participación de este último en el gerenciamiento y/o tercerización de carteras de Obras Sociales, ni el gasto genuino de estos a través de afiliados que no discurren por el seguro público. Menos aún, la participación absoluta o porcentual del sector de las instituciones sin fines de lucro, o el gasto de empresas diferentes a las de medicina prepagas que también realizan gastos en bienes y servicios de salud.

Tabla Nro. I.
Gasto en Salud en Argentina como Porcentaje PBI.
Comportamiento 2017 / 2022.

	% PIB	% del total	P. constantes 2017=100
Gasto total en salud	10,4%	100,0	101,9
Gasto público en salud	3,1%	29,7	114,2
Gobierno nacional	0,8%	7,5	168,6
Gobiernos provinciales	1,9%	18,2	103,7
Gobiernos municipales	0,4%	4,0	100,0
Gasto de las Obras Sociales	3,4%	32,6	85,0
Obras Sociales Nacionales	2,6%	24,6	84,5
Obras Sociales Provinciales	0,8%	8,0	86,4
Gasto privado en salud	3,9%	37,7	111,8

Fuente: Fuente: Cetrángolo y Goldshmit (2023). Crisis del sistema de salud. ¿El DNU como solución final? En Alquimias Económicas Diciembre.

Sin embargo, es posible hacer algunas proyecciones, que, con amplias limitaciones pueden dar una idea acerca de su participación relativa a partir del aporte de otros investigadores. Cetrángolo y Goldshmit

(2023) citan cifras basadas en estimaciones más recientes y desagregan con mayor precisión el dato al mostrar su estimación porcentual y su crecimiento / decrecimiento en pesos constantes del año 2017 (Cetrángolo O, 2023).

Se ratifica un modelo de tres tercios, con leve predominio contributivo en el que la participación relativa del sector privado asciende a uno de ellos, aunque significativamente con un gasto per cápita claramente superior al del resto de los subsectores, con una población estimada (“genuina” y “por derivación de aportes”) de 6 millones de personas.

Tomando en cuenta que los datos de Relevar 17 arrojaron un universo de 1.944.970 personas bajo cobertura dada la información recogida en la actualización 2023, una estimación conservadora permitiría suponer, sin precisión, pero tampoco sin mayor riesgo de error grosero, que la contribución del movimiento mutualista a ese universo, se correspondería con alrededor del 40% del mismo: esto es, la representación de más de 2.500.000 personas, y una participación en el PBI nacional del orden del 1.2 a 1.5%.

Aun con la salvedad de que se trata de un proxy cuya estimación definitiva es un tema pendiente, este dato revela que, en su peso sectorial, el mutualismo en salud supera, como porcentaje del PBI al que representa el PAMI y como mínimo duplica al del propio Ministerio Nacional.

Visto en el espacio sectorial la situación ofrece matices, pero un común denominador: en un contexto dominado por una fuerte caída del ingreso por habitante, y un escenario de crecientes desequilibrios macroeconómicos y descontrol inflacionario, con registros que ya se ubican en los dos dígitos mensuales lo atraviesa la crisis de desfinanciamiento, espiralización de costos, incremento de la demanda por reemergencia de patologías descuidadas en su prevención / atención durante la pandemia, caída de la oferta física por obsolescencia, mantenimiento insuficiente y desinversión, y gran cuota de frustración por parte del recurso profesional con el consecuente abandono sectorial. En ese contexto, no es de sorprender que Salud ocupe titulares de las noticias cotidianas, a partir de la pauperización del recurso humano – el equipo de salud -, el alargamiento de las listas

de espera, la postergación de respuestas efectivas, el encarecimiento de insumos, muy particularmente medicamentos, y la irrupción de nuevas tecnologías que inducen a costos incrementales de horizontes inciertos.

En el plano fiscal, a pesar de que el gasto público proveniente de esa fuente es uno de los más bajos de la región, y claramente por debajo de lo que las recomendaciones de organismos internacionales establecen, las restricciones a las que el país se enfrenta y se enfrentará como mínimo por los próximos años hacen suponer que tal participación no se incrementará. Es más, más allá de posibles decrementos, el sector público enfrenta un desbalance entre su oferta y la demanda verificable, a partir de que, por defección de otros subsectores, por imposibilidad de pagar los copagos que por vía lícita o informal los subsistemas y/o los prestadores imponen, un segmento significativo de la población acude al hospital público y/o a los centros de atención ambulatoria en busca de una atención que por derecho propio le asiste. Esta tendencia progresiva y creciente, impacta e impactará en el resultado financiero también.

De hecho, aunque no se han presentado cifras consolidadas, se han comunicado recortes ciertos al presupuesto 2022/ 2023 y se especula con nuevas restricciones para 2024.

Tabla N° II.

Ministerio de Economía. Deducciones al presupuesto en salud. Argentina 2022

PRESUPUESTO 2022

MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS - CREDITOS (GASTOS CORRIENTES Y DE CAPITAL)

Administración Central

Jurisdicción : 80 Ministerio de Salud
 Sub-Jurisdicción : 0
 Programa : 20 Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles e Inmunoprevenibles
 Sub-Programa : 0
 Proyecto : 0

FIN	FF	ECON	INC	PPAL	PAR	SUBP	DENOMINACIÓN	IMPORTE EN \$
3							SERVICIOS SOCIALES	-10.000.000.000
	11						Tesoro Nacional	-10.000.000.000
		21					Gastos Corrientes	-10.000.000.000
			2				Bienes de Consumo	-10.000.000.000
				5			Productos Químicos, Combustibles y Lubricantes	-9.000.000.000
					2		Productos Farmacéuticos y Medicinales	-9.000.000.000
					9		Otros Bienes de Consumo	-1.000.000.000
						5	Utiles Menores Médico, Quirúrgico y de Laboratorio	-1.000.000.000
TOTAL PROGRAMA								-10.000.000.000
TOTAL GASTOS CORRIENTES Y DE CAPITAL								-10.000.000.000

Fuente: Disponible en BORA y en <https://www.infobae.com/economia/2022/08/22/massa-recorto-el-presupuesto-de-gastos-de-la-administracion-central-en-lo-que-resta-de-2022-en-128000-millones/>

La Seguridad Social Nacional enfrenta limitaciones derivadas de la caída del financiamiento y de características propias del subsector. El modelo bismarckiano ha perdido viabilidad como mecanismo excluyente de financiamiento de servicios de salud. Los supuestos históricos que dieron origen a su creación y sustentabilidad bajo financiamiento contributivo han perdido vigencia, y es posible que no la recuperen en un horizonte de mediano plazo, si es que ello alguna vez fuera posible. Contextos como la progresiva y permanente inclusión de trabajadores al empleo formal en condiciones de relativa homogeneidad de aportes, con predominancia franca de empleo registrado, baja morosidad en el cumplimiento de contribuciones y salarios cuyo monto posibiliten la conformación de una recaudación equilibrada con las necesidades de financiamiento ya no son verificables. Simultáneamente, la ecuación

demográfica al presente, supone una expectativa de vida que desafía los cálculos actuariales del sistema en su conjunto, lo que coincide con el progresivo incremento de los costos de la atención médica, cuyo comportamiento espiralizado, ya no sólo para patologías de alto costo y escasa incidencia, sino particularmente para aquellas de mayor verificación en el sistema, desequilibra todo cálculo actuarial vigente hasta no hace mucho tiempo. Tan importante como lo anterior: el carácter necesariamente cíclico de la recaudación contributiva, expone el financiamiento del sistema a una vulnerabilidad manifiesta que se expresa en déficits crónicos que, tal como ha sucedido en nuestro país con el sistema previsional, ha debido en numerosas experiencias internacionales ser complementado con financiamiento del tesoro. (Bertranou F, 2016).

En un escenario mundial de declinación del trabajo pleno como ordenador del sistema productivo, la consolidación del derecho a la salud en torno al trabajo formal expone un supuesto cuya viabilidad histórica es incierta, por lo que más que presenciar el surgimiento de una demanda laboral como las que hemos visto a lo largo de la historia, es posible que encontremos – aun alcanzada la ocupación de la capacidad ociosa por razones vinculadas a ciclos económicos - , altas tasas de desocupación con demanda insatisfecha por insuficiencia de oferta calificada.

No es posible definir aún con claridad la naturaleza del cambio en curso y el modelo final resultante en el mercado laboral de las próximas décadas. Aun así, y en el entendido de que el debate trasciende en mucho la puja entre automatización y trabajo humano, (Harari Y, 2018) lo que resulta ciertamente indiscutible es que si las condiciones que permitieron el surgimiento y consolidación del modelo bismarckiano de financiamiento de políticas públicas (particularmente salud) ya no están vigentes como lo estuvieron hasta las postrimerías del SXX, y no resulta verosímil suponer que podrán ser el ordenador y resguardo de un derecho básico – incluso posicionable por encima del derecho al empleo digno – como lo es la salud y la vida. Más aún: En la medida que el empleo formal tiende en nuestra región a cubrir a una proporción cercana al 50% de la fuerza laboral (OIT, 2018), y que es esa la población que goza de la protección social referida a su condición de empleo, la estructura fragmentada que la sub sectorialidad expone, se revela insuficiente para resolver tanto las externalidades como las asimetrías del sector salud.

Y aquí aparece la singularidad argentina, que constituye un modelo único de provisión de servicios asistenciales.

El consenso sectorial señala que la insuficiencia de recursos distribuidos entre casi trescientos agentes del seguro de salud, desiguales en cuanto a su integración de beneficiarios y su cápita media, deficitarios muchos e incluso con patrimonio neto alguno de ellos, imposibilitados más en más de la mitad de los casos de alcanzar una recaudación que alcance al costo prestacional que la ley los obliga, compelidos a cubrir una canasta prestacional que a lo largo de los años se engrosó con gran cantidad de leyes por patologías que las obligan a su cumplimiento, desvirtuado su cometido solidario a partir de la asociación asimétrica con aseguradoras privadas y sujetas muchas veces a los vaivenes de la discrecionalidad política, las Obras Sociales argentinas suponen un modelo que requiere reformulación imperiosa.

El listado de amenazas al modelo queda expresado en el siguiente orden (Del Prete y Glanc, 2022).

- a. *Progresivo desfinanciamiento por insuficiencia estructural de aportes*

- El deterioro del salario en relación a la inflación fue de 8 puntos nominales sólo en los primeros 5 meses del año, y 3,7% de poder adquisitivo real en un año, de acuerdo a los datos que dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) el 27 jul 2023 en. La pérdida de la participación salarial en el período 2010 – 2022 fue del orden del 20% para la misma fuente.
- b. *Excesivo número de agentes (Obras Sociales), con manifiesta desproporción de aportantes entre ellas.*
- El 83,4% de los beneficiarios se concentran en las primeras 65. El 16,6 en los 226 restantes (SSS, 2020)
- c. *Predominio de instituciones en riesgo financiero (217 sobre 291), 107 de ellas elevado o muy elevado (SSS, 2020)*
- La información oficial da cuenta del agravamiento de la situación a pesar de contabilizarse como activos los créditos provenientes de reintegros del FSR de dudosa efectivización y/o licuación por depreciación.
- d. *Insuficiencia de recursos para dar respuesta a requerimientos prestacionales.*
- Sólo el 25% de las Obras Sociales recauda recursos capitarios capaces de financiar el Programa Asistencial (PMO)
- e. *Coexistencia de subsidios de dudosa complementariedad y sinergia.*
- Por el contrario, una parte de los seguros “automáticos” suma inequidad al sistema por manejarse por medios excluyentemente cuantitativos sin considerar otras variables (demográficas, prestacionales, etc.)
- f. *Insuficiencia - desfinanciamiento del Fondo Solidario de Redistribución*
- Particularmente a punto de partida de la inclusión dentro del mismo de la cuenta “Integración” y el financiamiento por esa fuente de prestaciones de discapacidad, tanto netamente vinculadas a lo asistencial, como aquellas

vinculadas a apoyos auxiliares que la ley dispone (transporte, educación, etc).

- g. *Coexistencia de diferentes franjas de aportes / contribuciones con diferenciación de poblaciones de bajo rango contributivo y consecuente quiebre del sentido solidario del sistema*
 - Al haberse vulnerado el modelo solidario a partir del mecanismo de libre elección de asegurador con portación de la cápita (“descreme”), y el efecto consecuente: Obras Sociales ricas y Obras Sociales pobres.
- h. Canasta amplia de prestaciones sin criterios de racionalidad prescriptiva ni racionalización.
 - Por (entre otras razones) incorporación al PMO de leyes específicas por patología sin previsión presupuestal.
- i. *Estrategia de respuesta episódica sin capacidad ni desarrollo de prevención / promoción de la salud*
 - El modelo no prevé, ni mucho menos incentiva la prevención como estrategia de salud.
- j. *Desacople con el ciclo de vida de los beneficiarios*
 - Particularmente porque al cesar el beneficiario en la OO. SS su vida activa y ser derivado por default al PAMI no se generan incentivos para prevenir / evitar enfermedades de la tercera y cuarta edad.
- k. Superposición de aportes cuando dentro del mismo grupo familiar coexisten aportantes a diferentes regímenes de la Seguridad Social
 - Por coincidencia de diferentes “tipos” de OO. SS
- l. *Coexistencia del seguro obligatorio con diferentes modalidades de seguro privado, para beneficiarios de mayores ingresos o dispuestos a erogar la diferencia a través de gasto de bolsillo con instituciones que operan como meros intermediarios sin agregado de valor al conjunto, aunque con incremento de los costos transaccionales. Consecuente quiebre del sentido solidario del aporte proporcional a nivel salarial.*

- Consecuencia directa de la libre elección y la intermediación parasitaria de entidades que se limitan a recaudar los aportes y contribuciones de sus beneficiarios y simplemente derivarlos a un tercero reteniendo un canon por ello.
- m. *Vulnerabilidad frente a la inflación de costos con ausencia de consolidación de compras ni ejercicio de capacidad monopsonica.*
 - Cada entidad compra y negocia – en términos generales – por sí misma. El sistema renuncia a ejercer su posibilidad de regulador de mercado.
- n. *Desactualización de los valores de recupero de prestaciones por el FSR.*
 - Más allá de recientes actualizaciones, el proceso inflacionario en curso impide alinear costos prestacionales con aranceles racionales.
- o. *Inexistencia de un organismo rector en materia de racionalidad prescriptiva o de incorporación de tecnologías al menú prestacional.*
 - La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología, bajo la órbita del Ministerio de Salud no tiene mayor entidad que emitir recomendaciones. Las que, obviamente no tienen carácter vinculante.
- p. *Fragilidad ante judicialización de disputas por demandas insatisfechas.*
 - Precisamente por la ausencia de un organismo rector de carácter vinculante o como mínimo de pleno reconocimiento sectorial.
- q. *Inexistencia de indicadores de resultados.*
 - El Observatorio de la Seguridad Social cumple este papel de un modo claramente parcial y limitado.
- r. *Desarticulación y fragmentación horizontal, con ausencia de redes intra subsectoriales ni complementación de estructura prestacional ni clearing entre instituciones.*

Definitivamente, el sector de la seguridad social nacional enfrenta un escenario complejo y desafiante. El mutualismo en salud, tiene, como se verá más adelante, mucho para aportar al respecto.

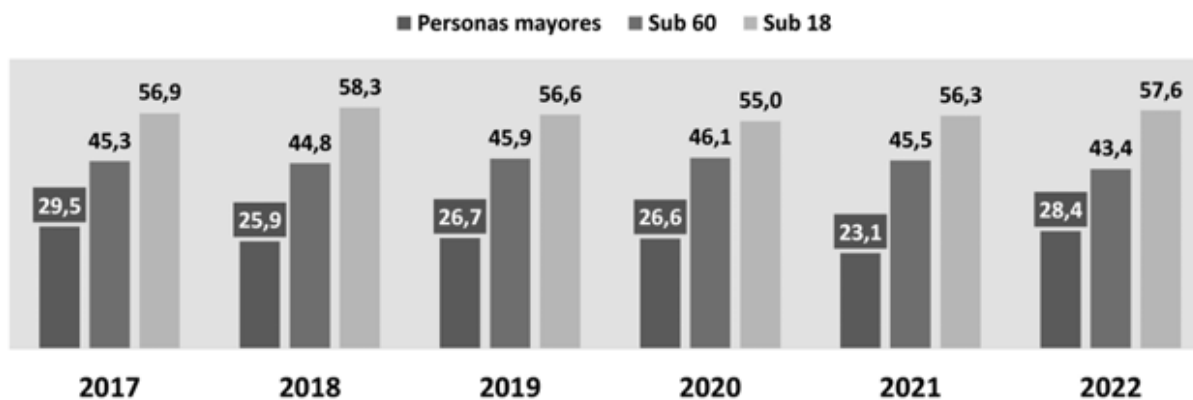
La otra vertiente singular del seguro contributivo de salud es el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, y su sistema asistencial (PAMI). Por su modelo de financiamiento, cobertura prestacional y vulnerabilidad de población a cargo, constituye un modelo ya insustentable, que, además, por vicio de diseño conforma un pool de riesgo concentrado que no encuentra parangón en otros sistemas sanitarios, generando además un desincentivo para el desarrollo de políticas de salud orientadas al ciclo de vida de las personas. Más allá de su carácter redistribuidor de recursos financieros hacia la población de adultos mayores, e incluso del enorme volumen de prestaciones socio-sanitarias que dispensa, el INSSJP traduce los resultados alejados de una iniciativa que desde sus orígenes hizo más foco en un cometido político - territorial que en lo puramente sanitario. Durante décadas ha cristalizado este particular carácter, independientemente de los vaivenes del esquema de financiamiento que le dieron origen, y del paralelo desfasaje entre su modelo de atención y el aumento de los costos operativos, sin disponer de los recursos genuinos suficientes. Al presente, la política del Instituto sostiene la necesidad de una casi irrestricta ampliación de sus beneficios nominales, sin que se acompañen de la concomitante garantía de calidad y resultados (Torres, 2020).

A ello se suma el carácter político que reviste al Instituto.

Es de tener presente que según refieren connotados autores, “en 2019, por cada peso que el Estado gastaba en asignaciones familiares para niños/as pobres, gastaba 5 pesos en jubilaciones no contributivas para adultos mayores pobres”. (Schipani, 2021), pero que los datos coinciden en mostrar que la franja de argentinos de mayor edad, no es precisamente la más vulnerable, ni la más castigada por las gravosas condiciones de subsistencia del momento actual.

Gráfico n° II.

Personas mayores de 60 años con 2 o más carencias multidimensionales en relación a personas de menor edad



Fuente: (UCA-EDSA, 2023) Disponible en <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/720>

Un tercer protagonista de la seguridad social lo constituyen las Obras Sociales Provinciales, creadas desde mediados del siglo pasado, y que, en número de 24 – una por provincia – constituyen un damero heterogéneo dispuesto territorialmente con criterio de plena autonomía entre ellas y sólo parcialmente concertadas por medio de un organismo federal de coordinación, sin alterar su autarquía administrativa y financiera en virtud de lo previsto por sus leyes de creación, y a través de sus propias normas jurídicas. Su peso sectorial alcanza al 1% del PBI. No existe vinculación estatutaria ni complementación prestacional consolidada dentro del sistema. No existe un marco jurídico común, ni tampoco uniformidad en aportes y contribuciones.

**Tabla n°III.
Obras Sociales Provinciales. Características principales.**

Provincia	Obra Social	SIGLA	Norma de Creación	Año	Aportes	Contribuciones	Total
CABA	Obra Social Ciudad de Buenos Aires	OBSBA	Ley 472	2000	3,0%	6,0%	9,0%
Buenos Aires	Instituto de Obra Médico Asistencial	IOMA	Ley 6892	1987	4,5%	4,5%	9,0%
Catamarca	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 3509	1981	4,0%	4,5%	8,5%
Córdoba	Administración Provincial de Seguro de Salud	APROSS	Ley 9277	2005	4,5%	4,5%	9,0%
Corrientes	Instituto de Obra Social de Corrientes	IOSCOR	Ley 3932	1984	6,0%	4,0%	10,0%
Chaco	Instituto de Seguridad Social y Seguro de Previsión	INSSSEP	Ley 4044	1994	5,0%	5,0%	10,0%
Chubut	Instituto de Seguridad Social y Seguros	SEROS	Ley 1404	1975			
Entre Ríos	Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos	IOSPER	Ley 5326	1973	3,0%	4,0%	7,0%
Formosa	Instituto de Asistencia Social de Empleados Públicos	IASEP	Ley 27	1974			
Jujuy	Instituto de Seguros de Jujuy	ISJ	Ley 4282	1987	4,0%	7,0%	11,0%
La Pampa	Servicio Médico Previsional	SEMPRE	Ley 1170	1989	3,5%	4,5%	8,0%
La Rioja	Administración Provincial de la Obra Social	APOS	Ley 7212	2001	4,0%	2,5%	6,5%
Mendoza	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 4373	1983	5,0%	6,0%	11,0%
Misiones	Instituto de Previsión Social de Misiones	IPSM	Ley 568	1971			
Neuquén	Instituto de Seguridad Social del Neuquén	ISSN	Ley 611	1970			
Río Negro	Instituto Provincial del Seguro de Salud	IPROSS	Ley 2753	1993	3,5%	3,5%	7,0%
Salta	Instituto Provincial del Seguro	IPS	Ley 7127	2001	5,5%	6,5%	12,0%
San Juan	Instituto Provincial de Seguridad y Asistencia Social	IPSA	Ley 4680	1979	6,0%	3,5%	9,5%
San Luis	Dirección de Obra Social del Estado Provincial	DOSEP	Ley 118	2004	4,0%	4,0%	8,0%
Santa Cruz	Caja de Servicios Sociales	CSS	Ley 364	1984	2,0%	2,0%	4,0%
Santa Fe	Instituto Autárquico Provincial de Obra Social	IAPOS	Ley 8288	1978	3,5%	6,0%	9,5%
Santiago del Estero	Instituto de Obra Social del Empleado Provincial	IOSEP	Ley 4021	1973	5,0%	6,0%	11,0%
Tierra del Fuego	Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego	ISST	Ley 534	2001			
Tucumán	Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán	IPSST	Ley 4373	1975	4,5%	4,5%	9,0%

Fuente: Elaboración propia sobre base de datos provinciales

El sistema, dirigido a empleados públicos (con sus grupos familiares) o jubilados del Estado provincial, y en ciertas jurisdicciones también los provenientes del ámbito municipal, es financiado con recursos provinciales que se obtiene de fuente contributiva. Es decir, es el Estado provincial, el que con modelo contributivo financia al seguro público y con modelo no contributivo lo hace con la población sin cobertura, proveyendo en muchos casos idénticos centros asistenciales y equipos para ambas modalidades.

Se trata de un ejemplo meridiano en torno a la fragmentación del sistema de salud argentino, particularmente cunado, además, no existen puentes comunicantes entre las obras sociales provinciales entre sí, ni tampoco con la seguridad social nacional (PAMI incluido)

Un último actor lo constituyen las Obras Sociales “especiales”, creadas para poblaciones específicas – empleados del área legislativa, judicial, FF. AA, integrantes de agremiaciones específicas, etc. -, cada una de ellas conformando un universo autárquico, y no vinculado con el resto del sub sector.

Así entonces, la simultaneidad no confluyente de estos sub – sub sistemas da respuesta inorgánica y al mismo tiempo genera, circunstancias de difícil gestión.

Las más importantes:

- Inconsistencia / inviabilidad demográfica, epidemiológica, actuarial y financiera de INSSJP y desacople con el resto de la seguridad social
- Diferencias regulatorias, financieras, prestacionales y de cobertura de la Seguridad Social Provincial
- Coexistencia de instituciones de la seguridad social para poblaciones particulares, con autonomía normativa, administrativa, financiera y regulatoria en relación al resto del sistema.
- Desarticulación entre todas ellas.

La siguiente información sintetiza los conceptos expresados.

Tabla n° IV.
Seguridad Social en Argentina.

Entidad	Leyes	Poblacion	Cobertura	Financiamiento	Organo de Control	Población
OO.SS.Nacionales	23660 y 23.661	Trabajadores en rel.de dependencia sect. Privado	PMO	% s/aportes y contribuciones y monto fijo Monotributo	S.S.S	18.000.000
OO.SS Provinciales	De creación, o Constit. Pcias.	Empleados Públicos Provincias	Según leyes de creación	% s/aportes y contribuciones (estados provinciales)	Controles provincias	6.000.000
ISSJP	19.032	Jubilados, pensionados, vet. guerra, hijos c. discapacidad, hijos < 25 años, personas b/curatela, > 70 s/cobertura	Según leyes específicas	% activos (aportes y contrib); % pasivos y Autónomos	Ministerio de Salud	6.000.000
Poder Judicial, Poder Legislativo, PP.FF, Gendarmería, FF.AA.	Leyes de creación	Empleados del área	Leyes de creación	% s/aportes y contribuciones	Leyes de creación	1.000.000
OO.SS Universitarias	24.741	Docentes y no docentes	Sin regulación	% s/aportes y contribuciones	Ministerio de Salud	300.000

Fuente: Torres, 2020

El carácter singular del sector privado en la Argentina se instaló a partir de la estrecha interrelación y dependencia desde sus orígenes entre la seguridad social y el submercado prestador privado. A su vez, las regulaciones de mercado introducidas en el terreno de la seguridad social en los años 90, produjeron un efecto similar entre el sector privado asegurador y la seguridad social nacional particularmente a partir de la posibilidad que habilitó la “opción de cambio” (Decreto 9/93 P.E.N) y la derivación de aportes entre los agentes de la Ley 23.660 con lo cual, y a través de las alianzas estratégicas que el sector privado asegurador estableciera con algunas Obras Sociales. Al presente, este mecanismo de derivación supone las $\frac{3}{4}$ partes de la cartera de Empresas de Medicina Prepaga. Se estima que de un total de cerca de los 6.000.000 beneficiarios que registran, la cifra de afiliados genuinos representa alrededor de 1.500.000.

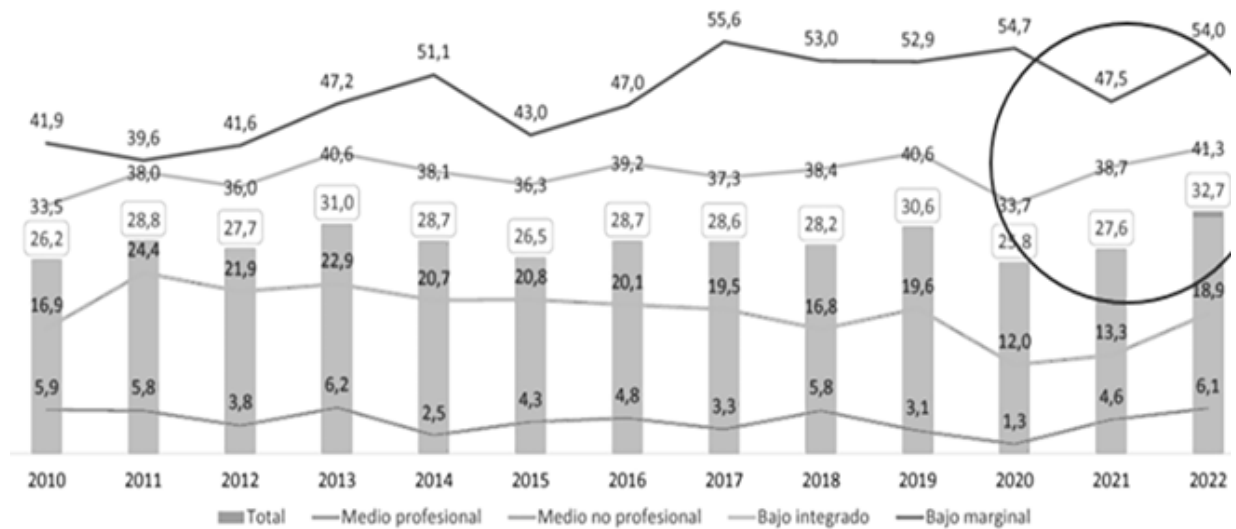
Tras ser obligadas a partir de la Ley 24.754/96 a proveer la misma canasta de servicios que la exigida a la Seguridad, a partir del año 2011 quedaron reguladas por la Ley 26.682/2011 y los Decretos 1991/2012 y 1993/2012, a partir de un nuevo marco normativo que desde su comienzo no conformó las expectativas y necesidades del mercado asegurador privado. Tampoco se generó con la sanción de estas leyes un modelo de seguro complementario o suplementario al de la seguridad social, sino que se le dio un carácter sustitutivo que, sin embargo, no renuncia a la provisión desde otros subsistemas, particularmente el público. La ley obliga, como requisito para su financiamiento a la regulación del Estado para la fijación/aumento de sus cuotas, lo que se traduce en un foco permanente de conflicto, particularmente en épocas de alta inflación como las actuales, llevando, como consecuencia directa a ajustes en materia de oportunidad y calidad de atención, particularmente con la consolidación de listas de espera, dilación de turnos y un deterioro del nivel de oferta prestacional para los planes menos calificados). Referentes sectoriales expresan que, hasta 2011 la inversión en el sistema crecía a tasas del 7% anual, con cobertura médica de amplio alcance y calidad. Ese nivel fue cayendo “hasta menos de la mitad” (La Nación 10/09/23, sobre opiniones de Acami y UAS).

La consecuencia, en un sistema de salud fragmentado y segmentado según capacidad de pago, pero en el que el sector público opera como prestador universal, es la creciente – y ya aludida sobrecarga de demanda para éste.

Así, el mercado tiende a la concentración en pocas empresas y básicamente en los grandes centros urbanos del país. En el año 2010 las 11 principales entidades aglutinaban al 71% de los beneficiarios. En 2022, las 12 principales entidades concentran el 90,5% de ellos.

Es de entenderse que en una economía inflacionaria el mercado asegurador opera en Argentina como un actor financiero a partir del cobro pre datado de un monto dado, y el pago eventual de una prestación 60 – 90 e incluso 120 días más tarde. Y que ello explica una parte importante de su lógica empresarial. Al presente, y por efecto del DNU 743 de febrero/22 los incrementos se encontraban limitados (topeados) por los guarismos que revelaba el índice de precios en salud y/o el 90% del que muestre el RIPTE (Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables) según el monto de los ingresos familiares, disposición que fue anulada a partir de octubre/23 por vigencia de congelamiento de las cuotas mensuales (salvo excepciones).

Gráfico n° III.
Utilización del sistema público según nivel social y educativo.



* en porcentaje de población de 18 años y más. Años 2010-2022.

Fuente: Observatorio de la Deuda Social. UCA 2023

Pero el escalamiento de los costos prestacionales opera en sentido inverso, y muy particularmente para el sector prestador.

Ambos: financiadores y prestadores privados exponen sus demandas – y sus conflictos - a partir de la comparación entre el incremento del costo de los insumos sectoriales, las negociaciones paritarias y el aumento en la paridad cambiaria. Sostienen que tal incremento establece un gap que supone la inviabilidad de la operación. Más allá de los números con los que mensualmente el sector ilustra su posición – y que la inestabilidad macroeconómica modula diariamente, para el pasado mes de agosto, en el que el IPC general arrojó un incremento del 12.4%, el IPC salud lo hizo en un 15.3% a expensas, según estas fuentes, principalmente del rubro Productos Medicinales, Artefactos y Equipos para la salud (ADECRA – Cedim Sept-2020).

La comparación de factores 2012/20023 es ilustrativa.

Gráfico n° IV.

Incrementos registrados Enero 2012 a Julio 2023.

Aranceles Prestadores	3859%
Cuotas Prepagas	5070%
Paritarias Sanida	5568%
Dólar Oficial	6295%
Medicamentos	6939%
IPC (INDEC)	7292%
PMO	7902%
IPC Salud	10460%
Dólar Paralelo	11504%



Fuente: Adecra - Cedim

Así entonces, el sector asegurador privado equilibra su dinámica entre dos grandes conjuntos de clientes. Uno proveniente de la Seguridad Social, con extensión de cobertura mediante contratos individuales o corporativos y otro el de los afiliados genuinos que adquieren diferentes planes al no tener seguro social obligatorio y recurrir a su gasto de bolsillo. Esta diferencia no es trivial, porque en el primer caso – particularmente el de los beneficiarios individuales – su pertenencia está condicionada por la posibilidad de cubrir la brecha existente entre el monto del aporte obligatorio a la Obra Social sobre su salario y el plus que pueden pagar para optar por la cobertura adicional complementaria que les provee la EMP.

Aunque las prepagas están obligadas a trasladar “al menos” el 92% del porcentaje de suba de las cuotas a sus afiliados a los aranceles que les pagan a los prestadores el universo prestacional privado, como

eslabón terminal de esta cadena de producción recibe las consecuencias del diferimiento de pagos, del atraso de aranceles y de la presión de demanda. El agravamiento de las condiciones mencionadas, lleva a un progresivo deterioro en términos de calidad y oportunidad, cuando no a la desaparición de entidades prestadoras. En la provincia de Córdoba, el número de clínicas privadas se redujo 77% en 20 años. Hoy quedan 93 y hay oferta privada de salud en 51 de los 427 municipios de la provincia. (Origlia G, 2023)

Pero también a un escalamiento de la deserción de profesionales. La Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) estima en no menos de 15% el número de profesionales que han salido del sistema de seguros privados, y en un número creciente el de médicos que abandonan en país. Especialidades críticas tales como Clínica Médica, Medicina Familiar y/o comunitaria, Pediatría, Neonatología, UTI, no alcanzan a completar las vacantes anuales ofrecidas para la formación de médicos residentes. Es comprensible: Tras atravesar la tormenta de la pandemia y hacer frente a sus secuelas, hoy un profesional comprueba que, en 1985 se destinaba uno de cada cinco pesos de atención médica al clínico y al pediatra en el consultorio (20%). Hoy es de 35 centavos por cada 5 pesos (7%) (IDESA, 2023).

Según datos de 2020, durante la pandemia CoVID19, el 96,3% de los médicos y 68,1% de enfermeros registraban multiempleo. La media fue de 3,1 de empleos para médicos/as y de 1,89 para enfermeros/as. Largamente, las causas invocadas fueron la necesidad de subsistencia y la insuficiencia de ingresos, predominando la relación de dependencia como forma de contratación (62,5% entre enfermeros, 43% entre médicos). Como era de esperar, en estos, la segunda forma de contratación fue la locación de servicios y luego el pago por prestación o cápita (Duré I, 2021).

Recientemente, en un suceso que configura un verdadero quiebre de las relaciones contractuales que regían el sistema hasta el presente, 31 Asociaciones, Cámaras, Consejos, Federaciones y Sociedades Médicas Autoconvocadas con el apoyo de algunas otras han determinado unilateralmente imponer un “honorario medico ético mínimo” de 6000 (seis mil) pesos argentinos, que en caso de que el honorario fijado por el financiador no lo alcance, deberá ser abonado por el paciente en la

consulta, asumiendo el carácter de un “bono complementario no reintegrable”, el que será reajustado bimestralmente.

La unilateralidad de la medida, la ausencia de todo otro tipo de consideración sistémica, y la desvinculación con la posibilidad cierta de financiamiento de bolsillo por parte de una población extenuada en sus ingresos, provocará su expansión a todo el universo prestador, y necesariamente una sobrecarga a un sector público ya incapaz de sostener ese incremento de la demanda.

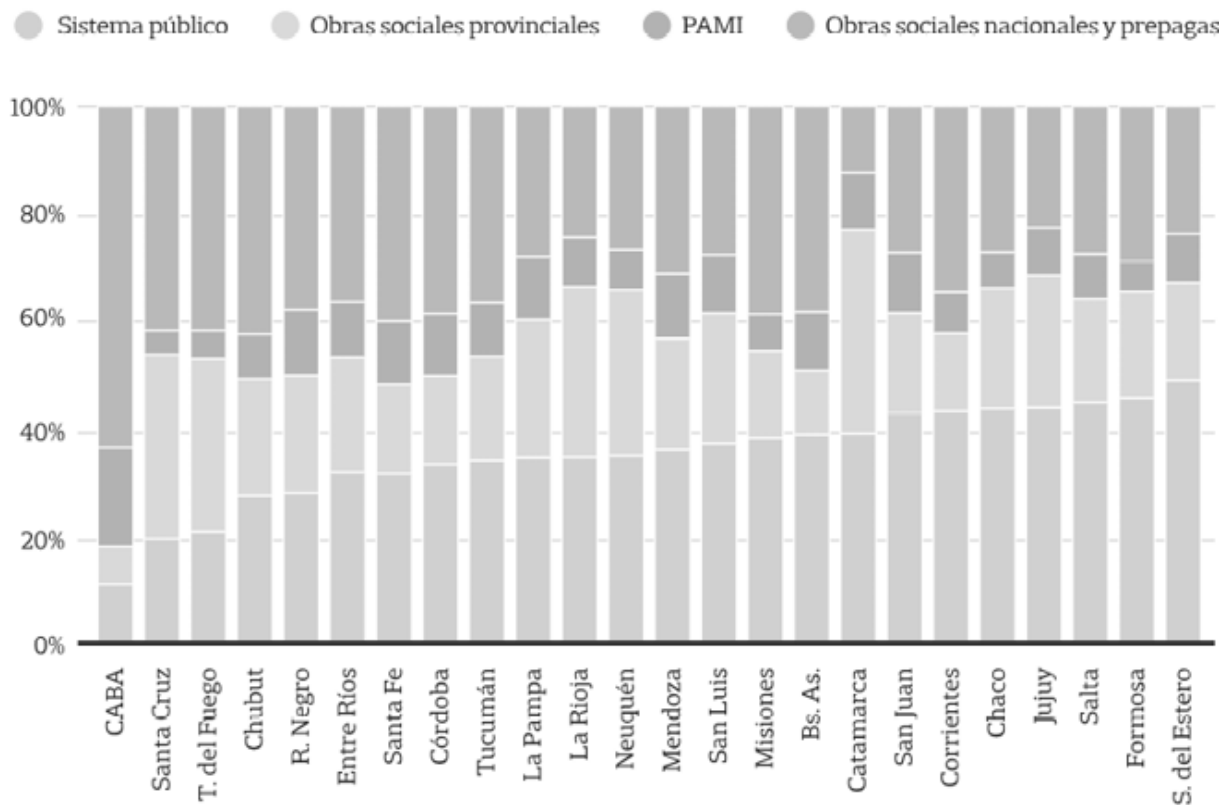
Es preciso entender que más allá de lo atendible del reclamo y la decisión, y delo justificable o no de la referida unilateralidad, se trata de un hecho inédito en la historia del sistema de salud argentino y sin dudas, un antes y después en su trayectoria. ²⁰

Así entonces, los argentinos habitamos un sistema de salud que más allá de su universalidad enfrenta enormes dificultades estructurales, que finalmente se manifiestan, en términos de equidad, coma una profunda injusticia.

La existencia de tres subsectores, y en particular la historia y premisas de su conformación determinan que la heterogeneidad y fragmentación del sistema de salud argentino se asienta en relación a quienes acceden a sus servicios, cuales son los riesgos cubiertos, los alcances de la protección y las fuentes de financiamiento, generando coberturas diferentes, exposiciones a riesgos asimétricos y en definitiva, sub sistemas dentro de los sistemas donde a pesar de aquel universalismo conceptual, cada cual recibe según lo favorecido o no que haya resultado en su existencia, por lo que la amplitud y el alcance de los servicios ofrecidos termina siendo función de posición relativa de cada uno en el vasto y heterogéneo tejido social argentino y más directamente de la capacidad de pago, sea voluntaria o compulsiva de los aportantes y sus familias, replicando sectorialmente una constante verificable en toda la sociedad argentina.

Gráfico n° IV.

Argentina. Cobertura en salud según jurisdicción. Como % de los habitantes.



Fuente: Tomado de Idesa (con datos de la EPH/ Indec; Adecra+Cedim)

Este esquema, muestra señales de agotamiento. Más allá de ser manifiestamente inequitativo tanto en un sentido económico entendido como la más eficiente obtención del costo de oportunidad de los recursos empleados, como desde su concepción de igualar las condiciones de vida y las posibilidades de respuesta a las necesidades particulares y la injusticia, también es insustentable.

Pocas veces como ahora, Salud ocupa espacio en los medios de difusión y en las redes. Pocas veces como ahora su replanteo se ha hecho tan imperioso.

El mutualismo en salud tiene mucho para aportar al respecto.

El mutualismo en salud ante la Argentina que viene

Por todo lo precedente, y ya en términos más amplios, por formar parte de un mapa político y sanitario que clama por un replanteo que en el país asoma como imperioso, el sector salud argentino se encuentra en una encrucijada insalvable. O produce una reconfiguración plena de su

modelo, o de lo contrario, continúa postergando soluciones en aras de mínimas reformas que sostengan su perdurabilidad, pero sin afrontar la posibilidad cierta de su insustentabilidad. O, en otros términos: que avance en el sentido de la universalidad, la equidad y el ejercicio pleno al acceso efectivo a la salud, o que opte por sostener las singularidades subsectoriales, en beneficio de alguna parte, en detrimento del todo.

Ciertamente, desde aquel esperanzado y esperanzador “con la democracia se come, se educa y se cura”, con el que en 1983 emergimos de la oscura noche, cada administración intentó – en mayor o menor medida – introducir la noción de “reforma” en el devenir sectorial. En algunos casos, no fue posible, en otros, estas se limitaron a la a través de la descentralización administrativa y financiera en el sector público y la introducción de lineamientos de economía de mercado en el subsector de la seguridad social. En otros casos, la estrategia fue la de sostener el statu quo reforzando algunos aspectos puntuales, o intentar cambios que, tibiamente no pasaron mucho más allá de la formulación.

Pareciera que los tiempos actuales ofrecen una urgencia y una oportunidad confluyentes. No está claro si ambas constituyen una prioridad para un gobierno – cualquiera sea el espacio emergente entre los que al momento de redactar estas líneas están en pugna – que necesariamente afrontará retos inmediatos. El desafío es múltiple: reducir efectivamente las tasas de pobreza, resolver la indigencia, garantizar el derecho a la educación calificada para toda la población, transformar la asistencia social en trabajo digno, y sí.... avanzar hacia un sistema de salud más justo y equitativo.

Sin embargo, sería iluso suponer que con el nuevo ciclo político se producirá un efecto bisagra fundacional que replantee el sector salud en todo y en lo inmediato. Es más probable que, a menos que aparezca un fenómeno francamente disruptivo en medio de la situación dominante, en el mejor de los casos, se inicie un camino progresivo que confluya en esa dirección en un futuro más o menos mediato.

Sin embargo, el momento es propicio para proponer alternativas y sumar más voces a la necesidad y la posibilidad de tal reformulación.

En este contexto, dada su trayectoria, su representatividad y su presencia en el cuidado de la salud de más de dos millones de personas, el Mutualismo en Salud ocupa un sitio propio en el mapa sectorial. Sin

embargo, por múltiples razones, la singularidad de su carácter social es relativamente sub visibilizada, lo que contrasta con su dinamismo y su inserción a lo largo y ancho del país. Efectivamente: a pesar de su importante presencia, población bajo cobertura e historia en el desarrollo del sistema de salud argentino, el Mutualismo en Salud no adquiere en las descripciones clásicas una ubicación singular que lo distinga. Y como se ha presentado en el capítulo correspondiente, esta pugna por ocupar el sitio que merece y en el que de hecho participa, es una vieja historia que se remonta a sus propios orígenes, y a los del sistema de salud en su conjunto.

Lo hemos visto, pero antes de pasar revista acerca de las posibilidades y potencialidades del mutualismo en la Argentina que bien, es conveniente repasar su posicionamiento.

El particular modelo de conformación del sector salud en Argentina reconoce al mutualismo desde sus propios orígenes. Las corrientes migratorias que arribaron al país desde fines del Siglo XIX trajeron sus ideas de asociación y ayuda mutua para la contingencia de riesgos, fundamentalmente salud y vejez. Ya a partir de 1883 se desarrollaron los primeros seguros de enfermedad para trabajadores, y que luego se extendieron al grupo familiar. Las primeras entidades mutualistas comenzaron a otorgar cobertura para accidentes de trabajo (1884), maternidad y vejez (1889). Las primeras sociedades de colectividades iniciaron este incipiente mutualismo contando con servicios propios de asistencia. (Del Prete y Glanc, 2022) Este desarrollo, mantuvo su vigencia a pesar de las vicisitudes del S XX. Aunque pasando por diferentes períodos de auge y retroceso, en la medida que muchas entidades fueron pereciendo, pero nuevos actores ocupando sitios de relevancia, el mutualismo en salud ha conservado un sitio que usualmente no es suficientemente considerado. (Belmartino, 2018).

Como el presente estudio ha mostrado, tras ese tránsito protagónico por el sistema de salud argentino, el mutualismo en salud hoy da cobertura a una población largamente superior a los 2.5 millones de asociados, y representa casi 1.5 puntos del PBI. Se encuentra íntimamente intrincado en el devenir cotidiano de las prestaciones y servicios que reciben muchos otros beneficiarios, a través de sus

organizaciones prestadoras, y se relaciona con los tres subsectores a través de los múltiples canales de servicios que integra.

Como tal, el Mutualismo en Salud es un segmento altamente heterogéneo dentro del sistema de salud argentino, bajo regulación del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social. (INAES), en el que coexisten instituciones de alto porte e historia, y de presencia nacional en toda su extensión, con otras más pequeñas, estrictamente locales y acotadas a un segmento parcial de la actividad asistencial. Está regulado por la Ley Orgánica para las Asociaciones Mutuales N° 20.321/73, a la sanción de la Ley Nro. 23.661/89 fueron incluidas explícitamente dentro del Seguro Nacional de Salud en su artículo 16, aunque tal inclusión nunca fue reglamentada y al momento de la sanción de la Ley 26.682, de Regulación de la Medicina Prepaga, se las excluyó explícitamente de la misma, hasta que en el año 2011, a partir de los cuestionados DNU N° 1.991 y 1.993 (Biglieri 2011) las incorporaran, obligándolas por imperio de la Ley N° 24.754/96 , a brindar cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO), con la sola excepción de que se tratare sólo de servicios odontológicos y/o de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas y/o que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

A partir de allí se ha creado una situación relativamente imprecisa, en la que organizaciones mutuales prestan servicios asistenciales y/o proveen aseguramiento en salud a lo largo y ancho del país en diferentes niveles de sofisticación y escala, de modo tal que aquella impronta de la inmigración del S XIX sigue fuertemente vigente, en algunos casos, a través de expresiones pequeñas, pero otras, con importante presencia dentro del panorama sanitario, ya como prestador bajo un esquema proveedor de servicios de variable alcance y complejidad, - desde básicos hasta otros integrales - , como también, en ciertos casos, de financiador integral, obviamente, con cobertura total de PMO

Al presente, la información más relevante en torno a la composición, penetración e impacto del mutualismo en salud en el país, había sido proporcionado por la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA) e INAES en su Relevamiento Nacional de Mutuales y

cooperativas de Salud: “Relevar Salud17”. En aquella oportunidad fueron encuestadas 329 entidades vinculadas con la prestación y o aseguramiento de servicios de salud, de las cuales 294 eran mutuales y 35 cooperativas, y que al momento del relevamiento, contaban con algo más de 2.000.000 de beneficiarios, cifra que, sin embargo no incluyó a las personas que sin ser asociados directos, recibían servicios por parte de ellas a través de centros médicos u hospitalarios (usuarios de los hospitales mutuales de comunidad, sanatorios mutuales, etc), distribuidas en todo el país – aunque con predominio en la región centro – con jurisdicción nacional, regional, provincial o local y de amplia diversidad de origen. Estas 329 entidades proporcionaban diferentes tipos de cobertura, siendo que 59 (17,93%) proveían el PMO en su totalidad, 206 (62,62%) en forma parcial, 16 (4,86%) ambos y 48 (14,59) no suministraron datos (FAMSA, 2017). Para entonces, el Mutualismo en Salud ya asistía en forma directa, y a través de planes de diferente complejidad a alrededor de 1/3 de la población cubierta por el aseguramiento privado, encontrándose dentro de esta categoría importantes instituciones del sector.

Este protagonismo no ha hecho más que intensificarse desde entonces.

A pesar de tratarse de una fracción del total, el estudio presentado permite sostener su vigencia y su relevancia como actor clave del sistema de salud argentino. Sus asociados reciben no sólo prestaciones de salud, sino protección frente a necesidades asociadas y ante contingencias imprevistas, por lo que, por su carácter de organizaciones sin fines de lucro, por su concepción solidaria, por la población a cargo, y por encontrarse insertas en el amplio y cada vez más concurrido mapa de la Economía Social argentina, el Mutualismo en Salud ocupa un espacio singular y de peso sectorial creciente, particularmente considerando el deterioro ya estructural del mercado de trabajo argentino, que se vio profundizado a partir de la baja creación de empleo formal en la última década y agravada por los efectos económico – sociales de la pandemia y post pandemia.

Se trata de un actor de peso cuantitativo y de trascendencia en lo cualitativo.

Un protagonista de la historia de la salud argentina desde sus inicios, en su conflictivo presente, y en un esperanzado futuro.

A ello se refieren los párrafos siguientes, porque Salud, se enfrenta a un probable escenario de cambio organizacional, cuya resultante es aún poco predecible, dado que sus múltiples representaciones sub sectoriales, en un entorno de autonomía federal, y dadas las limitaciones mencionadas, confluyen en una puja distributiva que hegemoniza la tarea cotidiana y que, en definitiva, expresa el riesgo de sustentabilidad del sistema en su conjunto. Así entonces, el sector, tras cincuenta años de relativa inmovilidad estructural se encamina hacia un cambio. Pero aún no sabemos cuál.

En ese escenario, cada gran actor sectorial debería estar en condiciones de sumar su aporte singular a la necesaria construcción colectiva, en camino hacia un modelo de mayor y mejor alcance y equidad.

Dedicaremos las próximas páginas a proponer alternativas al respecto.

El mutualismo en salud en prospectiva

Resulta obviamente complejo en medio de un contexto de incertidumbre como el que transitamos, desarrollar un ejercicio de prospectiva capaz de sustentar una hipótesis cierta.

Sin embargo, es imperioso hacerlo.

La contribución del Mutualismo en Salud a la mejora de las condiciones de equidad, calidad y justicia distributiva de nuestro sistema de salud trasciende las alternativas posibles, para proponer su aporte desde la singularidad de su intervención como actor sectorial, hasta su posibilidad de formular alternativas totalizadoras que supongan una aportación integral a la macro gestión del sistema.

En su carácter de actor sectorial, el mutualismo en salud ofrece singularidades que dan sentido a sus propuestas. Se trata de organizaciones con una amplia representación en lo que a su población concierne. Fue mostrado más arriba.

El mutualismo en salud es profundamente federal. Desde su origen y su trayectoria, abarca toda nuestra geografía. Desde los grandes centros

urbanos, hasta los sitios más recónditos de nuestro país.

Son instituciones creadas por y para sus beneficiarios. En las que el concepto que las sostiene no es el lucro sino la colaboración y la solidaridad. Organizadas democráticamente y administradas con la transparencia que la norma y los principios rectores ordenan.

Tienen historia. Pertenencia. Una herencia que defender.

Proveen servicios de baja, media y alta complejidad y están en condiciones de conformar redes integradas capaces de dar respuestas integrales a las necesidades en salud. Se trata de instituciones de diferente tamaño y complejidad, pero cuya asociación posibilita el crecimiento y la capacitación de todas ellas.

Por su carácter social, han roto la falsa dicotomía estado – mercado, integrando de un modo virtuoso una síntesis innovadora. El mutualismo en salud expresa presencia local, trascendencia nacional y presencia sectorial a través de su vinculación con las entidades de primero, segundo y tercer orden del sector.

Y finalmente... El mutualismo en salud ha aportado en los últimos años investigaciones, material académico y propuestas innovativas sectoriales, algunas de las cuales se encuentran en ejecución.

Por todo ello, en ejercicio del derecho propio a opinar que lo asiste, se plantearán diferentes escenarios prospectivos, y para cada uno de ellos, las alternativas que el mutualismo ofrece al respecto.

Se presentarán entonces una serie de propuestas subsectoriales ordenadas desde un supuesto de mínima, en un escenario de relativo sostenimiento de las condiciones que caracterizan al presente a nuestro sistema de salud. – es decir, bajo una hipótesis de continuidad sectorial -, y una iniciativa de mayor peso disruptivo, ya formulada en comunicaciones previas (Del Prete y Glanc, 2022) en la que la reforma integral del sistema de salud se pone en marcha.

Obviamente que las propuestas planteadas para los escenarios de continuidad son parte integrante del Cambio de Rumbo final propuesto, por lo que su presentación no es contradictoria ni excluyente.

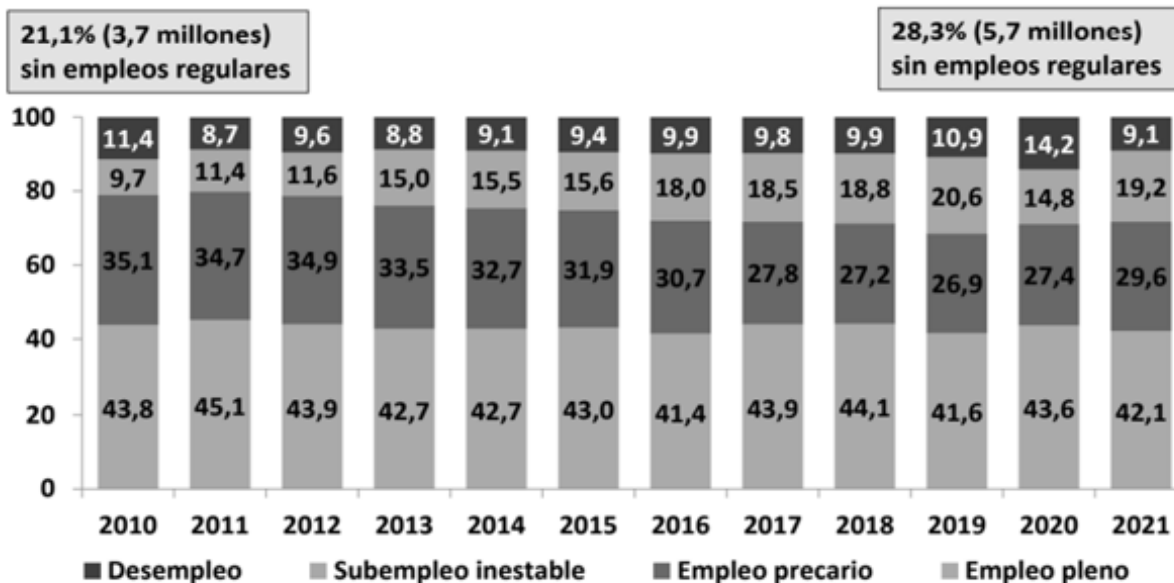
El Mutualismo en Salud como pivote de una la Protección Social en Salud del trabajador no formal

El mercado laboral de nuestro país reconoce niveles de informalidad que alcanzan a poco menos del 50% de los trabajadores activos. Los asalariados registrados superan por poco los 9,6 millones de puestos de trabajo. 6.2 millones forman parte del sector privado y 3.4 lo hacen en el sector público. Estos trabajadores representan casi la mitad de los empleados. La otra mitad, la integran los asalariados y cuentapropistas informales con 7.5 millones, los monotributistas, 1.8 millones y los autónomos, 0.4 millón. Este conglomerado heterogéneo está también integrado por sectores de bajos ingresos que desacoplados de la economía formal han engrosado las hoy nutridas filas de la economía social. Se trata de un colectivo numeroso que ha logrado inserción, aunque precaria en el entramado productivo y que pugna por encontrar su espacio y su futuro.

El espacio es importante, a partir de que el empleo formal no ha crecido en el país en la última década. Y que al decir de la OIT, “la inserción ocupacional de la población económicamente activa durante la última década expresa la persistencia de un mercado de trabajo segmentado y precariado que excluye a parte de los trabajadores de un empleo de calidad” (OIT, 2018). Dadas las condiciones en las que se desenvuelve la economía argentina y el mercado laboral subsecuente, no es previsible el crecimiento inmediato de la población recetora de empleo pleno en condiciones de formalidad y protección social satisfactoria en términos previsionales y de seguridad social. Antes bien, es esperable, en el mejor de los casos, una lenta integración a la formalidad, bajo un formato que, al día de hoy, está en cuestión.

Gráfico n° V.

Composición de población activa. Argentina 2010 - 2021.



* en porcentaje de población de 18 años y más, años 2010-2021.

Fuente: Observatorio social de la Universidad Católica Argentina

El así denominado Monotributo Social aporta beneficios fiscales y sociales a personas en situación de vulnerabilidad que desarrollan actividades económicas informales y de pequeña escala. Su objetivo es facilitar la formalización de estas actividades y brindar a los trabajadores informales acceso a servicios de salud, jubilación y otros beneficios sociales.

Dirigido a personas que realizan actividades económicas informales y de pequeña escala, como vendedores ambulantes, artesanos, productores agrícolas familiares, etc, los monotributistas sociales obtienen beneficios fiscales, simplificación de procedimientos tributarios, realizan aportes previsionales y pueden –teóricamente– acceder al sistema de seguridad social.

Constituye un intento de facilitar la incorporación de estos trabajadores informales a la economía formal. Los beneficiarios del Monotributo Social aportan una contribución considerablemente más baja que los impuestos tradicionales, ya que está subsidiado el 100% del componente impositivo y del previsional, y el 50% de la seguridad social, con el propósito de acceder a niveles aceptables de protección social, particularmente salud jubilación y asignaciones familiares. El

subfinanciamiento resultante, es cubierto por el Estado a través de subsidios, transferencias y aportes

Es en este punto donde parece la contradicción entre la posibilidad nominal y la viabilidad efectiva.

Dado el escaso monto del componente de seguridad social que el impuesto simplificado obliga, existe una manifiesta reticencia a la aceptación de esta población por parte de los agentes del seguro de salud. Más aún, si se trata de grupos familiares numerosos y/o conforman un colectivo de alto riesgo prestacional a partir de las condiciones materiales de existencia en las que transcurre su vida.

El sector público termina siendo el proveedor de servicios de esta población que, de esta manera, eroga un subsidio invertido por una doble imposición: por un lado, financia – como el resto de la población – al sistema público a partir de su aporte fiscal a través de impuestos indirectos, y por el otro lado, realizan un aporte que, muchas veces, no se traduce en una cobertura efectiva siendo por tanto estéril el gasto.

Es manifiesto por tanto un gap de cobertura entre la ampliación nominal de derechos que la iniciativa propone y lo efectivamente verificable en el mundo real, en la medida que el monotributista social es víctima de la selección adversa, cuanto no de la insuficiencia o inexistencia de oferta aseguradora, siendo un problema que afecta a un universo de más de 750.000 personas.

Existe una malla que interrelaciona el universo de la economía social con las organizaciones mutualistas de salud.

En el ancho espectro del cooperativismo, las cooperativas de trabajadores mantienen una relativa identidad de origen con las organizaciones en las que se agrupan, o para las que desempeñan tareas los monotributistas sociales y las instituciones del mutualismo en salud. De allí que sea posible vincularlas y formular un modelo propio y alternativo a través del cual, estas personas puedan integrarse a una modalidad de aseguramiento que les proporcione cuidados efectivos.

En camino hacia la integración posible del sistema, las Mutuales y Cooperativas de Salud, pueden ser capaces de estructurar un modelo de cuidados, a través de la provisión y la gestión de un seguro efectivo al

monotributista social, en reemplazo superador del que al presente reciben.

Mutuales y Cooperativas de Salud, necesariamente investidas como Agentes del Seguro de Salud (Inciso “h”, artículo 1 Ley 23.660) pueden tomar a su cargo la conformación, gestión y operatoria de Equipos Básicos de Salud, a cargo del Primer Nivel de Atención para población nominada y asignada a su cargo.

Estas Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) conformadas por prestadores propios y/o contratados, tanto del sector privado sin fines de lucro, como del sector público y prestadores privados, deberían – y requerirían – alcanzar cobertura territorial, lo que no implica necesariamente que deban desde un inicio dar cobertura a todo el país, particularmente a partir de que su conformación debería conformar un modelo progresivo de integración planificada.

Se propone entonces generar un modelo de cobertura que permita transitar de un modelo hospitalocéntrico basado en estructuras aisladas y de respuesta episódica, hacia otro patrón integrado a través de un continuum de atención organizado por una red interactuante. Un modelo asistencial ya no diseñado para dar una respuesta a un individuo que acude por una afección aguda sino para una población nominada a la que conservar en condiciones de salud y eventualmente proveer cuidados según necesidades sanitarias, y en el que el alineamiento de los incentivos se incline hacia la conservación y promoción de la salud de las personas más que a la retribución por acto o prestación. (Singh, 2005)

El concepto, remite a Servicios de Salud Integrales (WHO, 2000) definido como:

La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de vida”. Hace referencia a un conjunto de posibilidades confluyentes en la percepción efectiva por parte del usuario de un continuo asistencial acorde a sus necesidades y preferencias a través de un modelo asistencial estructurado para tal fin. Y tal marco conceptual, lleva necesariamente a la consideración de las Redes Integradas de Servicios de Salud, recomendado por organismos internacionales ya desde octubre del año 2009

(Organización Panamericana de la Salud) que instaba a los Estados Miembros a elaborar planes de acción para el establecimiento de esas redes. Las RISS son así definidas como: “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (pp. 36).

Y diversas experiencias reivindican su potencialidad para atenuar el impacto de la fragmentación del sistema en lo referido al acceso a los servicios de salud, mejorar la eficiencia a través de proveer cuidados integrados e integrales sujetos a problemas sanitarios previamente definidos, reducir la superposición y duplicación de servicios y mejorar las expectativas de las personas.

La posibilidad de dar respuestas efectivas en el primer nivel de atención a través de efectores igualmente acreditados y por medio de guías asistenciales homogéneas para toda la población, independientemente de su pertenencia a cualquier subsistema y con prescindencia de las relación de propiedad de la infraestructura y la identidad del efector, posibilitaría reducir las brechas de equidad igualando un piso de derechos a través de una canasta prestacional o conjunto de protocolos asistenciales comunes.

En otras palabras, y tal como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud exponen:

La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida²¹.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud constituyen una alternativa eficaz para acceder a niveles ciertos de protección social en salud con el mejor costo de oportunidad para los recursos en juego y proponen una alternativa disruptiva en los sistemas de salud de la Región: re estructurar y homogeneizar la provisión de servicios de salud a través de la mejor utilización de la oferta disponible, y obtener ganancias de eficiencia medidas en términos de resultados sanitarios, satisfacción de usuarios y costo efectividad (Vargas, 2006).

La experiencia de RISS se lleva a cabo, con diferentes niveles de desarrollo en todos los países de la región a través del esfuerzo de gestores públicos que encuentran en su desarrollo una herramienta factible para el acceso oportuno a servicios de salud calificados, seguros y eficientes. Estas redes adoptan estructura intra subsectorial o inter subsectorial y el financiamiento es público, la prestación pública o público privada) y la población derecho habiente no cuenta con otra cobertura que la proporcionada por el sector público.

Ciertamente, el mapa de los sistemas de salud de la región es un damero heterogéneo en transformación permanente. Con experiencias e iniciativas más o menos integrales, América Latina avanza en la conformación de sistemas más justos, en los que los vicios de origen de nuestros modelos puedan ser superados, o como mínimo atenuados. En esa dirección, las redes integradas, pueden proveer como mínimo un supuesto de racionalidad, equidad y mejor uso de los recursos en juego.

El ámbito de acción no debería limitarse excluyentemente a la prestación de servicios asistenciales. Las Redes estructuradas, desarrolladas y gestionadas por el Mutualismo en Salud pueden asumir simultáneamente:

- a. La Gestión no presencial de asistencia, en relación al despliegue de capacidad de respuesta remota vía WhatsApp u otras redes sociales y de interconsulta con entidades de mayor complejidad.
 - En este punto aparece como crucial la utilización de la telemedicina en todos sus aspectos, pero particularmente en dos de ellos: Por un lado, la posibilidad de mantener un contacto amable, empático y permanente con el beneficiario. Lo que puede ser desarrollado combinando acciones a través de operadores con desarrollos informáticos rutinarios o inteligentes. Pero por el otro lado por la posibilidad de exportar archivos e imágenes y utilizar la capacidad instalada del Mutualismo para evacuar las consultas que los equipos de primer nivel de atención no estén en condiciones de resolver. Se estima que la asociación entre la consulta presencial y a la tele consulta

debe dar respuesta resolutive como mínimo al 90% de la demanda.

b. La gestión de la nómina: Padrón de población incorporada, registro de Altas Bajas y Modificaciones, y progresiva incorporación de registros electrónicos en salud (Incluye Historia Clínica Electrónica o como mínimo Complejo Mínimo Básico de Datos).

- Aunque el horizonte deba estar puesto en la interoperabilidad de datos, este propósito no puede satisfacerse hasta que el país acceda a tal tecnología. Sin embargo, la confección de una Historia Clínica electrónica no requiere de mayor sofisticación. Ni tampoco de contar con conectividad en cada centro de salud. Siguiendo el ejemplo de otros países de la región, la incorporación de datos puede hacerse “in situ” a través de tabletas, las que al momento de acceder a un sitio con conectividad (incluso el hogar del operador) descargan la información a la nube en la que se construye la base de datos del sistema.

c. La provisión de medicamentos ambulatorios esenciales: Gestión de la provisión, acopio y la dispensación en los Equipos Básicos de Salud, a través de convenio específico con Programas Nacionales (Remediar), ya a través de avenencia específica con Ministerio Salud o con la autoridad provincial.

- Argentina cuenta con un programa de dispensación / provisión pública de medicamentos: el Programa Remediar. Sus botiquines alcanzan a dar cobertura sin cargo a la patología más frecuente, en un rango que también en este caso orilla el 85 – 90% de las consultas. Si la RISS a conformar suma la participación del sector público, será necesario incorporar la provisión pública de productos farmacéuticos, sin cargo y bajo las modalidades de dispensación que se acuerden para cada jurisdicción. Ello no quita la posibilidad de compra centralizada de aquellos insumos no cubiertos, en caso de ser necesarios.

- d. La Gestión integral de la Red de Servicios, a través de convenios con el Hospital Público de Gestión Descentralizada y la gestión operativa de la derivación, la referencia y la contra referencia, lo cual requiere de convenio específico con Municipios y Provincias
- Una RISS es una Red Integrada pero también Integral. Por lo tanto, el sistema de cuidados no se remite exclusivamente al primer nivel de atención, sino que debe escalar toda la línea de complejidad necesaria para acceder a los niveles de complejidad más sofisticados. Será necesario por tanto desarrollar circuitos de referencia y contra referencia con e hospital público, corredores sanitarios por patología o entidades clínicas, y logística que, llegado el caso la posibilite, particularmente en la emergencia.
- e. La Gestión de la Emergencia, lo que implica la operación de *triage* a través de *call center* a través de sistemas públicos donde se halle disponible o entidades asociadas
- Obviamente que el sistema se basará en un principio en los sistemas públicos de emergencia. Lo que la RISS y su operación administrativa pueden proveer es la gestión de la emergencia. Y muchas veces, son los minutos los que salvan vidas, o por el contrario, evitan dedicar recursos y tiempos a requerimientos no apremiantes.
- f. La gestión y creación de un Fondo Fideicomisario de financiamiento para aquellos insumos que se incorporen a la canasta prestacional y que no estén incorporados en el listado provisto por la autoridad central (Remediar). Ello implica poner en funcionamiento – y gestionar – un modelo piloto de Fondo de Emergencia de Enfermedades de Alto Costo, replicable a nivel subsectorial y/o regional.²²
- FAMSA desarrolló esta propuesta a través de la edición de un libro en 2021. (Glanc y Del Prete, 2021). Allí se planteaba la conveniencia de la conformación de un Fondo fiduciario destinado al financiamiento de una cartera de medicamentos de alto costo, dirigida a toda la población contribuyente. El modelo no llegó a implementarse más allá

de un ensayo piloto, per aun en ese intento mostró su viabilidad y potencialidad como inductor de beneficios netos en la procuración de medicamentos. Se trata de una necesidad que el sector en su conjunto va viendo como imperiosa habida cuenta del incremento de los precios de los medicamentos, particularmente estos de elevado precio, uy la incorporación permanente de nuevas moléculas. La posibilidad de su utilización en la estrategia propuesta, constituiría por sí mismos una innovación sensible dentro de todo el sector salud.

g. Gestión y administración Gral. del sistema.

Obviamente que el modelo así planteado supone una innovación disruptiva en el escenario vigente, y requiere de una instrumentación progresiva, un supuesto de crecimiento cauteloso desde la periferia hacia el centro urbano, en un período prolongado de tiempo y en sucesivos reajustes que la evaluación de gestión exija. Supone, además de la inclusión de la mencionada incorporación del mutualismo en salud a la ley 23.660 la existencia superestructural de una mesa de enlace o mecanismo de coordinación entre Superintendencia de Servicios de Salud e INAES.

El modelo, que oportunamente fue presentado a consideración del sector se grafica en la siguiente figura.

Figura n° I.
Mutualismo y monotributo social.

MUTUALISMO Y SALUD Y MONOTRIBUTISMO SOCIAL.

Entidad	Objetivo	A cargo de	A través de	Requerimiento
Mutuales y Cooperativas de Salud	<i>Gestión sanitaria de población asignada a c/EBS</i>	P.N.A. a través de Equipos Básicos de Salud (ES)	Efectores propios y/o contratados	Financiamiento directo a través de cápita actuarial determinada por el costo de las prestaciones incluidas.
	<i>Gestión no presencial de asistencia</i>	Capacidad de interconsulta con entidades de mayor complejidad. Capacidad de respuesta vía	Callcenter, Telemedicina y Consulta Remota	
	<i>Gestión de la nómina</i>	Población asignada a EBS: aprox. 1000 filias con población nominada, registro de ABM y registros electrónicos en salud (Incluye HCE o CMBD)	Soporte informático de complejidad variable y creciente	
	<i>Provisión de medicamentos ambulatorios</i>	Gestión de la provisión, el acopio y la dispensación en los EBS	Programa REMEDIAR	Convenio específico con Ministerio Salud
	<i>Gestión de la Red de Servicios</i>	Normativa: convenios con HPGD Operativa: Gestión de la derivación (ambulatoria o por móvil)	municipal y provincial (Hosp. Publ. De Gestión Desc)	Convenio específico con Municipios y Provincias
	<i>Gestión de la Emergencia</i>	Operación de triage a través de call center	Gestión de la prestación	Convenio específico con SAME o similar
	<i>Gestión del Alto Costo de la Salud de la Economía Social</i>	Fondo Solidario para Financiamiento de prestaciones no incluidas en Programa Original.	Fideicomiso Mutua del Alto Costo de la Economía Social	Estructura piloto de fideicomiso con 9% de la cápita asistencial, y bajo gestión excluyente de las M y C de Salud
	<i>Gestión Financiera y Administrativa</i>	Administración, gestión y control de gestión	Estructura propia	Asignación de 9% de cápita no < 6% de la cápita

Escenario de continuidad

El Mutualismo en Salud como actor de la Seguridad Social

Ley 23.660 establece en su Artículo 1°, que

(...) quedan comprendidos (inciso "h") "toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley, [las que funcionarán] (art. 2) (...) como entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa y tendrán el carácter de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas jurídicas.

A su vez, la Ley 23.661, inescindible de la anterior, crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, y establece a través de su Art. 16 que

(...) las entidades mutuales podrán integrarse al seguro, suscribiendo los correspondientes convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación. En tal caso las mutuales se inscribirán en el Registro Nacional de Agentes del Seguro tienen respecto de sus beneficiarios y del sistema.

Dicho en otros términos: Las condiciones normativas para que el Mutualismo en Salud pueda formar parte del Sistema de Seguridad Social Nacional, como Agente del mismo, se encuentran previstas en la legislación vigente, más allá de su grado de reglamentación.

Efectivamente, la Seguridad Social Nacional afronta debilidades y amenazas significativas. Las más imperiosas probablemente estén referidas al desfinanciamiento del sistema, el quebranto del Fondo Solidario de Redistribución y la insuficiencia de recursos para oponer al gasto prestacional por parte del 75% de las casi 300 Obras Sociales que conforman el universo de agentes del seguro.

La Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA) ha propuesto a través de publicaciones propias alternativas para este subsector (Del Prete y Glanc, 2022). Allí, en materia de seguridad social nacional se puntualizaron las condiciones estructurales que ponen en tela de juicio la sustentabilidad de los sistemas bismarckianos de salud, particularizando aquellas características propias de nuestra organización nacional que aparecen como escollos afrontables incluso dentro de un escenario de continuidad institucional de la misma. Algunas de ellas fueron expuestas en párrafos precedentes.

Sin que aquel listado suponga agotar el listado de debilidades y amenazas, es innegable que el alto número de entidades, considerando además la fragilidad financiera de la mayoría, atenta contra la equidad y la sustentabilidad del subsistema. De allí que FAMSA propusiera la conformación de consorcios de OO.SS. con capacidad de absorber instituciones con número de beneficiarios menores a cierto punto crítico e instituciones en alto riesgo financiero, a los efectos de alcanzar economías de escala, sustentar financieramente al conjunto y ulteriormente, en una etapa de avance hacia la integración del sistema sostener la viabilidad de la seguridad social y de sus instituciones

representativas como actor central del modelo. Estos consorcios podrán sostener la identidad gremial preexistente y establecer nuevos puntos de partida financieros, prestacionales y de pool de riesgo para cada uno de ellos.

Estos consorcios podrán establecer nuevos puntos de partida financieros, prestacionales y de pool de riesgo para cada uno de ellos. Independientemente de la expresión legal que éstos asuman, la propuesta permite en una primera instancia optimizar la gestión del sistema, reducir costos transaccionales, alcanzar economías de escala, sustentar financieramente al conjunto y ulteriormente, en una etapa de avance hacia la integración del sistema sostener la centralidad de la seguridad social y de sus instituciones representativas como articulador y actor principal del modelo.

Las mutuales, en tal escenario, necesariamente investidas como Agentes del Seguro de Salud por imperio del ya invocado art. 16 de la Ley 23.661/89 podrían formar parte de estos consorcios, ya sea en confluencia con Obras Sociales Nacionales, ya sea en calidad de tales, cuando la entidad mutual se encontrará asociada a alguna de ellas, y/o simplemente por su condición de Mutual incorporada al régimen.

Establecidos incluso en un escenario de mínima, caracterizado por la existencia de consorcios de integración voluntaria en el que diferentes entidades mutuals pudieran conformar un consorcio mutualista - bajo tal formato o simplemente a través de la integración de un modelo asociativo-²³, capaz de generar mecanismos de gestión que aporten eficiencia e innovación al sistema. Pero al mismo tiempo, la incursión plena del mutualismo en el entramado de la Seguridad Social, podría ser impulsor de iniciativas que aporten innovación y alternativas de meso gestión del sistema en su conjunto.

Un consorcio o asociación integrada por entidades mutualistas podría incorporar iniciativas que apoyen a la transformación del sistema. La implementación de todas o algunas de ellas en el consorcio propuesto, y desde allí su impulso al subsector en su conjunto permitiría consolidar el aporte de nuestro sector en el complejo mapa de la Seguridad Social.

Un listado incompleto de tal aportación, que, el mutualismo en salud argentino estaría en condiciones de ofrecer, aún en un escenario de

reformulación parcial del sistema, incluye:

- a. En materia de Financiabilidad
- b. Implementación de compras conjuntas entre las entidades integradas y con otras instituciones de la SS
- c. Desarrollo de modelos de pago por riesgo compartido para MAC
- d. Impulso de la mancomunación de aportes para grupos familiares / convivientes independientemente del tipo de Obra Social que se trate.
- e. En relación a la Gestión integral del subsistema
- f. Apoyo a la reformulación de régimen de subsidios del Fondo Solidario de Redistribución (FSR)
- g. Re elaboración del mecanismo de Opción de Cambio
- h. Implementación del modelo de Médico de Familia en un todo similar a lo postulado para el caso del Monotributo Social
- i. Desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud
- j. Establecimiento de estándares de acreditación y desempeño para sus entidades prestadoras y por extensión, propuesta a todo el sistema
- k. Puesta en marcha de mecanismos de incentivos al efectivo cumplimiento de circuitos y procesos administrativos asistenciales.
- l. Registro informatizado de prestaciones en salud, y por extensión, propuesta a todo el sistema
- m. Generación de mecanismos de incentivos en políticas de prevención y promoción de la salud, con verificación efectiva de aplicación y resultados

En relación a la Canasta Prestacional

Actualización de PMO con incorporación de protocolos para patologías prevalentes y restricción prescriptiva en enfermedades de alto costo. Eliminación de prestaciones de efectividad clínica no fehaciente.

Limitación de cobertura exclusivamente a leyes específicas vigentes

Rediseño de canasta de Mecanismo Integración con acreditación de prestadores, racionalidad prescriptiva y de gestión clínica, y exclusión de prestaciones no asistenciales.

Alto Costo prestacional

Creación de Instituto Nacional de Evaluación de Tecnologías.

Creación de Fondo Fideicomisario de cobertura de MAC

Transformación del SURGE de mecanismo de reintegro a Agencia Centralizada de Compra de Servicios de Alta Complejidad y/o Alto Costo, con potestad de certificación de prestadores públicos o privados acreditados y capacidad de fijación de precios a través del ejercicio de su capacidad monopsonica.

Gestión de la Información

Consolidación de información epidemiológica, asistencial y prestacional del consorcio, con registro y análisis centralizado e impulso a iniciativas en la perspectiva de obtener información integrada.

Informatización plena de procesos centrales, administración y gestión del sistema

Litigiosidad

Creación de instancia obligatorias de mediación como mecanismo de evitabilidad de conflicto, e impulso como requerimiento previo a la judicialización plena de las demandas.

Registro y gestión mancomunada de amparos judiciales

Existen al presente iniciativas en curso en diferentes niveles de desarrollo: la adecuación del modelo de atención, la modificación del PMO y su traducción en un Programa Asistencial, más que en una

canasta de prestaciones; la innovación en la modalidad de gestión de las patologías consideradas como de alto costo (Paso del SUR a SURGE). El sistema de Seguridad Social parece percibir la necesidad de una reforma por parcial que fuera.

El mutualismo en salud puede sumar y sumarse a ella.

Puede y debe hacerlo como actor corriente del sistema, haciendo propias las prerrogativas que la ley le posibilita e integrando, mancomunadamente con otros agentes del seguro de salud, o por sí mismo, un modelo de consorcio asegurador – prestador en condiciones de afiliar población propia y aquella que opte por el Mutualismo en Salud como entidad aseguradora.

A tal efecto, las Mutuales en Salud podrán también conservar su carácter de prestador o asegurador privado interviniendo en el mercado desregulado del mismo modo como lo puede desarrollar al presente cualquier empresa con o sin fines de lucro.

El Mutualismo en Salud en el marco de una reforma integral del Sistema de Salud Argentino

En el actual escenario de incertidumbre política y económica, en el curso de un año electoral, y ante la falta de representación social de los principales exponentes de la agenda pública, resulta improbable esperar un proceso de reforma substancial del sector salud.

Sin embargo, la crisis que acecha y que ya forma parte del quehacer cotidiano va imponiendo una urgencia para la que es necesario estar preparado. Así como es improbable, es también necesario. Y ese es un dilema que nos confronta como ciudadanos, y no sólo como actores sectoriales.

Sin embargo, no es ocioso recordar que nuestro sistema de salud – salvo algunas reformas puntuales que ya atesoran alrededor de 25 años de antigüedad –, permanece inmutable desde su consolidación allá en los tempranos '70, a pesar de los cambios que nuestra sociedad ha experimentado. No ha cambiado a pesar de la precarización del empleo, la transición demográfica y epidemiológica, la transformación del mundo del trabajo, el deterioro de las condiciones de existencia en las que resisten obstinada, pero estructuralmente uno de cada tres

argentinos, la cotidiana puja distributiva, el desfinanciamiento y la ineficiencia....

Particularmente hoy, en octubre 2023, en un contexto de restricciones fiscales, caída de recaudación previsional, incremento del desempleo, deterioro social, sanitario y económico, emergencia de demanda insatisfecha y latente e incremento sostenido de precios de insumos y medicamentos, el sistema de salud argentino requiere encontrar el modo de reconfigurar su modelo de provisión de servicios, y proyectar un modelo sustentable y justo hacia el futuro.

La audacia por tanto es necesaria, siempre que pueda respaldarse en voluntad política, sin la cual toda formulación de cambio es inconducente.

Por esa razón fue que FAMSA impulsó la presentación de una propuesta de Reforma Sectorial. En sus propias palabras:

El complejo sistema de salud argentino se enfrenta a la disyuntiva entre potenciar sus virtudes apropiándose de su mejor historia y poner en marcha un proyecto de políticas de Estado en salud de mediano a largo plazo, o sostener un camino de reformas coyunturales de tipo cosmético y un destino de progresivo deterioro. Quienes formamos parte del mismo estamos inmersos en esa encrucijada y seremos, en mayor o menor grado, sus protagonistas. Del Prete y Glanc, 2022, pp. 181.

La propuesta general ofrece un esquema de confluencia posible de los componentes básicos de nuestro sistema de salud, con principios de financiamiento solidario y provisión universal de servicios, en el que en su modelo de gestión confluyan sectores públicos y de la seguridad social provincial con la Seguridad Social Nacional, la que sin perder su identidad se incorpore - a través del financiamiento propio y de la gestión integrada de las organizaciones gremiales - como parte constitutiva de un sistema más amplio destinado a la provisión de servicios de salud con igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos, y bajo financiamiento a partir de recursos contributivos y no contributivos.

En otras palabras: el Mutualismo en Salud entiende que la reforma posible en el sistema de salud de la Argentina de hoy no puede transitar por la ruptura de lo existente, ni por la integración desde una

centralidad estatista que adopte un modelo de unicidad excluyente de su cultura y su historia. La reforma posible se asienta en la posibilidad fáctica de conjugar financiabilidad, viabilidad y justicia, de allí que más que un empezar de cero, se trata de reordenarlo vigente, para dotarlo de estas cualidades en una perspectiva de tiempo que excede el mandato de una gestión y que implica, como pre condición determinante, la confluencia de actores sectoriales y ciudadanía en la elaboración de un consenso que le dé sentido.

Esta confluencia de ideas considera en forma excluyente (Del Prete y Glanc, 2002, pp. 165-166):

- Consenso y compromiso de continuidad respecto de los objetivos y tiempos de implementación, en base a la construcción de una Política de Estado cuyo horizonte excederá un período de gestión del Ejecutivo Nacional.
- Avance hacia un Sistema Universal de Salud con cobertura y acceso efectivo en cualquier punto del mismo, garantizado como derecho explícito por condición de ciudadanía, con igualdad de oportunidades y calidad de resultados.
- Solidaridad como corresponsabilidad social frente a los grupos más vulnerables reduciendo su riesgo e incertidumbre.
- Reorganización del sistema en base al planteamiento de nuevas funciones, y no a la resolución coyuntural de las problemáticas de cobertura según grupos sociales.
- Conjunción virtuosa entre oportunidad política y viabilidad técnica como requisito central de cualquier propuesta de Reforma.
- Principio de equidad, expresado en la igualación de derechos para todos los ciudadanos. independientemente de su condición laboral, social, capacidad económica y carga de enfermedad. La inclusión social e igualdad de oportunidades hace que la protección en salud deje de ser un privilegio u

objeto de asistencia para alcanzar la categoría de Derecho Social.

- Integración de fondos de cada subsector en particular, manteniendo continuidad de su identidad y origen.
- Superación de la polarización artificial entre los sectores público y privado de prestación de servicios asistenciales combinando lo mejor de cada uno
- Separación explícita entre financiamiento, aseguramiento, gestión y provisión de servicios en el campo público estatal.
- Construcción de un Programa Nacional Integral de Salud cuyos componentes garanticen la ampliación de cobertura e incluyan Líneas de Cuidado con Garantías Explícitas.
- Sustentabilidad financiera del sistema en su conjunto, con asignación per cápita ajustada por edad y riesgo y suficiente, como condición básica para cubrir el Programa Nacional que equilibre la condición de ciudadanía
- Participación social en todos los niveles, e involucramiento de los principales actores sociales.
- Generación de un ámbito técnico-político consensuado a nivel de la autoridad sanitaria Nacional, con perfiles adecuados para conducir el proceso a cargo de diseño, monitoreo y reformulación del proceso de Reforma.
- Sanción de un cuerpo normativo / jurídico que le de sustento al sistema
- Disponibilidad de los recursos fiscales necesarios y adicionales en su Ley de creación.

En términos desagregados, la propuesta posible del Mutualismo en Salud se expresa en:

Reforma integral de la cobertura y accesibilidad hacia el Derecho a la Salud

- Sustitución del actual PMO por un Programa Nacional Integral de Salud de tipo universal con garantías explícitas, como piso de derecho ciudadano en salud. Establecimiento del Programa Nacional Integrado de Salud único para toda la población, como garantía de Derecho ciudadano a la igualdad de oportunidades de acceso y atención (diagnóstico y tratamiento) basado en Líneas de Cuidado con Garantías Explícitas y a la calidad de resultados, sobre la salud materno infantil, del adolescente y adulto joven, del adulto medio y del adulto mayor.

Resulta crucial en este ítem entender la consolidación del concepto de equidad transversal, a través del efectivo ejercicio al derecho a la salud.

El Programa Nacional Integral de Salud que se propone, se concibe como un piso universal de derecho ciudadano, garantizado por imperio de la ley que le da sustento integrando un conjunto de prestaciones con revisión dinámica y definición explícita de prioridades que deben garantizar a sus beneficiarios las instituciones acreditadas como prestadores del modelo.

Si la solidaridad, el bien común y la igualdad de derechos constituyen valores esenciales del mutualismo, la existencia de diferentes canastas prestacionales o incluso la ausencia de ellas para sectores de la población, entendidas como derechos resulta inadmisibles. En la Argentina de hoy, ante una misma necesidad en materia de salud, la respuesta a obtener es función del punto de inserción – o exclusión – de la persona en el entramado productivo de nuestra economía, generando un modelo que no por naturalizado resulta menos oprobioso. En términos de justicia de acuerdos sociales (Sen 1999), resulta una carga insostenible tanto en términos individuales como colectivos. Así, el concepto de equidad resulta estructural. Y la corrección de las desigualdades remite a su importancia para las instancias decisorias respecto de garantizar explícitamente la cobertura de un número preciso, aunque necesariamente limitado de patologías o entidades clínicas que, hasta el día de hoy, reciben tratamientos desiguales en función del segmento poblacional de la persona afectada. Enfrentar

problemas de acceso efectivo según donde se vive, con qué tipo de cobertura se cuenta o cuanto se dispone de recursos monetarios rompe el marco de equidad e igualdad según el cual todos debieran tener las mismas posibilidades de obtener los bienes y servicios de salud necesarios al momento de su demanda. (Del Prete y Glanc, 2022)

Se enfatiza: el programa de referencia debe ser universal, igualitario y bajo los mismos estándares de calidad, oportunidad, seguridad y eficiencia para toda la población, independientemente de su condición social, inserción laboral, fuente de financiamiento y modo de aseguramiento.

Reforma del Subsector Público

- Avance hacia un Sistema Estatal de Protección Social en Salud por provincia a través de la integración inicial de los recursos fiscales no contributivos provinciales asignados a salud, con posibilidad de adhesión posterior de los correspondientes recursos contributivos de la Obra Social provincial, en un esquema teórico asimilable a un Seguro Público de Salud, bajo la administración de un Ente específico (Sistema Estatal de Protección Social en Salud). Consecuentemente: Confluencia con base territorial (provincial y eventualmente municipal) de la prestación de servicios de salud que incluya beneficiarios de la seguridad social provincial y población sin cobertura

En estudios precedentes hemos probado que el gasto en salud de las provincias, tomando como población beneficiaria a aquella que no cuenta con otra cobertura que la del sector público, resulta suficiente para cubrir los costos

del actual PMO en 18 de ellas. El desfasaje de los costos prestacionales y el desbalance con los recursos disponibles obligan a la reformulación del cálculo. Pero, aun así, será necesario prever para aquellos casos en los que tal condición no se cumpliera, eventuales recursos compensatorios de Nación, y recursos fiscales provinciales no contributivos que serán administrados bajo la modalidad de cápita única y universal - suficiente para financiar el

Programa Nacional de Salud - a través del Sistema Estatal de Protección Social en Salud

Por lo anunciado en el punto precedente, la canasta prestacional del sistema provincial resulta idéntica a la propuesta para el resto de los subsectores. Del mismo modo lo será el pago capitario por los servicios y prestaciones proporcionados.

- Separación financiación / provisión manteniendo la propiedad pública del efector con descentralización efectiva hospitalaria y mayor grado de autonomía de gestión
- Complementación asistencial público/público en base a Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. Fortalecimiento del pluralismo en la prestación de servicios a través de la conformación de Redes Integrales público – privadas de Servicios de Salud jurisdiccionales como prestadores mancomunados del sistema.
- Necesidad de un Fondo Nacional compensatorio en salud (Ley).

Reforma del Subsector de la Seguridad Social

- Transformación de la atomización de entidades de la seguridad social en Consorcios de Obras Sociales Nacionales, con resguardo de su trayectoria y patrimonio. Integración dirigida a revertir la ineficiencia y asimetría del actual modelo a partir de establecer un número limitado de agencias aseguradoras que gestionen en forma eficiente a la vez que permitan actuar eficazmente en la reducción de los costos de atención y en la mejora en la calidad de los servicios contratados.
- Posibilidad de integración a los mismos por parte de Instituciones de la Economía Social o de conformación de consorcios propios, a partir de su equiparación normativa con la Seguridad Social Nacional Creación del Instituto Nacional de

Seguro Social de Salud (INSSSal por sus iniciales) y concentración de los recursos de las OSN. A cargo de la centralización de la administración del financiamiento contributivo procedente de activos y pasivos (a partir de la sanción del instrumento jurídico necesario) de la Seguridad Social Nacional. Consolida recursos procedentes de aportes y contribuciones (AFIP) y los administra como pago capitado destinado a los Consorcios de Obras Sociales Nacionales. Consecuente sustitución de la actual Superintendencia de Servicios de Salud.

- Reformulación de sistema de subsidios y de los mecanismos de afiliación y traspaso de beneficiarios
- Integración de beneficiarios del sector pasivo al pool de trabajadores activos.

Reforma del modelo de financiamiento

- Conservación de las fuentes de financiamiento originales para la población del sistema. No se prevé la consolidación de fondos en un único financiador, sino la continuidad de las fuentes contributivas y no contributivas vigentes.
- Módulo capitado único, valorizado y ajustado por edad y por riesgo para el pago de beneficios incluidos en el Programa, tanto por parte del Sistema Provincial como del Instituto Nacional de Seguro Social de Salud. El costo por persona se refiere así a todos los habitantes del país, estén cubiertos por la seguridad social o por el componente público independientemente de cuál o quién fuere el prestador de servicios.
- Vinculación del “componente capitado” con un “componente metas” en base a incentivos relacionados con resultados, impacto y desempeños en salud.

- Incorporación de instrumentos de gestión por resultados (Contratos de Gestión) para los contratos capitados, orientados hacia actividades específicas tendientes al logro de objetivos delineados por la Autoridad Sanitaria, monitoreados a través de indicadores compartidos por el Ente provincial y el Instituto Nacional de Seguro Social de Salud y fiscalizado por áreas autónomas de cada uno de ellos.

Reforma del modelo de Atención:

- Modelo de Atención basado en la APS como puerta de entrada universal al sistema. Prioridad a la incorporación de la figura de Médico de Familia y Equipo de Salud para población nominada, vinculado horizontalmente a las Redes Integradas de Servicios de Salud con idéntico vademécum, informatización, políticas de incentivos, etc.) con circuitos de referencia y contra referencia y corredores sanitarios comunes.
- Conformación de Equipos Básicos de Atención multidisciplinarios con herramienta básica para la estrategia APS

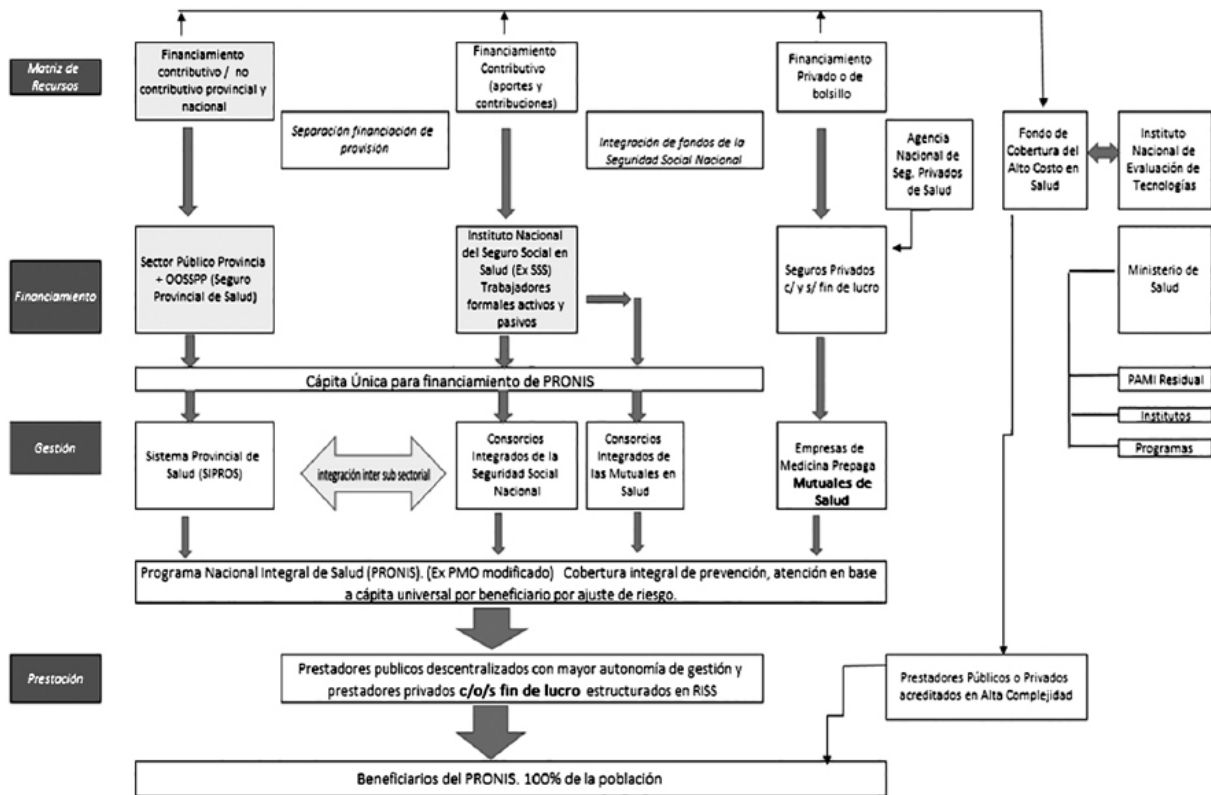
Reforma del modelo de Gestión

- Introducción / fortalecimiento de instrumentos de gestión por objetivos/resultados. (Obligatoriedad del Plan Operativo integrado a la red que conforman, Medición del producto e incentivo a la productividad, Consagración de objetivos, metas, etapas, e indicadores para cada una de ellas.)
- Creación de un Vademécum Básico nacional
- Las Aseguradoras privadas (Empresas de Medicina Prepaga) mantendrán su independencia en tanto organizaciones privadas oferentes de cobertura de servicios de salud sustitutivos a población con disponibilidad a pagar y a través

de contratos privados supervisados por la autoridad pertinente.

- Desarrollo de modelos innovativos para este tipo de contratos de modo de posibilitar un perfil complementario al seguro universal, más que de sustitución excluyente. Incluso, previendo la posibilidad de creación de modelos de seguros de contraprestación dineraria. Regulación a cargo de una Agencia Nacional de Seguros Privados de Salud a ser creada.
- Las EMP que ya participan en calidad de prestadoras de la Seguridad Social bajo diferentes modalidades de gestión / provisión de servicios podrán mantendrán su operatoria en calidad de tales, pudiendo eventualmente a partir de la vigencia del modelo, ofrecer a los consorcios modelos de pago voluntario complementarios o suplementarios para la prestación de servicios a los beneficiarios que opten por ellos.
- Desarrollo de Instituto Nacional de Evaluación de Tecnologías como entidad autárquica, a cargo de la recomendación vinculante de financiabilidad y cobertura de nuevas tecnologías bajo criterios de costo efectividad demostrada.
- Generación de Fondo de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, bajo protocolización a cargo del Instituto de Eval. De Tecnologías de carácter universal y obligatorio, en condición de comprador monopsónico y orientado hacia el conjunto del sistema.

Figura n° II.
Modelo integrado.



Fuente: Del Prete y Glanc, 2022.

El Mutualismo en Salud es consciente que ninguna reforma que se plantee podrá ser producto de una sola administración política.

En un país federal, diseñar e implantar una reforma sanitaria requiere la más amplia participación de todos los grupos y sectores involucrados o a involucrarse en la misma. Por ello, sólo un Acuerdo Social por la Salud que ponga en marcha un mecanismo plural y participativo de interacción entre estos podrá tener la suficiente fortaleza como para analizar y consolidar las opciones de reforma, al mismo tiempo de permitir avanzar en un proceso transicional que, al mismo tiempo de ir incorporando gradualmente los cambios necesarios, proteja el funcionamiento del actual sistema.

Un Acuerdo Social en Salud, en el que decisores políticos nacionales y federales, financiadores, entidades gremiales vinculadas con la salud, asociaciones de consumidores y de pacientes, prestadores institucionales, representaciones médicas y todos aquellos directamente vinculados con el cuidado de salud, acuerden un rumbo claro en términos de sustentabilidad, equidad y justicia, asumiendo

compromisos y obligaciones precisas, defendiendo principios, pero declinando intereses parciales, proponiendo alternativas y abandonando la mera respuesta reactiva en resguardo de la conveniencia decidamos un punto de llegada y un camino hacia ese futuro.

Que será largo, sinuoso y difícil. Pero que es imprescindible.

Por ello, aunque los vientos no sean propicios, los tiempos son necesarios.

Sea cual fuere el escenario inmediato y mediato del sistema de salud argentino, desde el Mutualismo en Salud estamos preparados para dar una respuesta, aportar nuestra experiencia y sumar nuestro trabajo, en pos de los ideales solidarios que nos dan sentido.

Referencias bibliográficas

- Acuña, Pedro S. “Un rimero de verdades sobre la profesión y el gremialismo médico”; La Semana Médica; Imprenta E. Spinelli; Córdoba, 1934, págs.. 67 y sig.
- Arella, Felipe Rodolfo y Arella, Santiago José: (2006) “Mutualismo y Cooperativismo Argentinos. Aporte Documental de la Legislación”, Documento de Trabajo N° 163, Universidad de Belgrano, Área de Estudios en Cooperativismo y Mutualismo, Departamento de Investigaciones, Octubre de 2006.
- Arella, Felipe Rodolfo: (2019) “Mutuales Centenarias: la Mariano Moreno”; Revista digital Mundo Mutual, 6 de marzo de 2019.
- Arella, Felipe Rodolfo (2020): “Higiene y salud”; Revista digital Mundo Mutual, 27 de diciembre de 2020.
- Armus, Diego (2007) La ciudad impura - Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950; Edhasa, Buenos Aires.
- Belmartino, Susana (2006): “Estado social o estado de compromiso? Agotamiento, crisis y reformulación de las instituciones de atención médica. Argentina 1920-1945”; en Lvovich, Daniel – Suriano, Juan (editores), “La políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina 1870-1952; Universidad Nacional de General Sarmiento; Prometeo Libros; Buenos aires, 2006; pág. 114 y sig.
- Belmartino, Susana (2007) “Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años ´40”, en Salud colectiva, Buenos Aires, Mayo – Agosto 2007, pág.181.
- Belmartino, Susana: 2016, en Lobato, Mirta Zaida (editora) “Política, médicos y enfermedades – Lecturas de historia de la salud en la Argentina”; Editorial Biblos y Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, 1996, pág. 227.
- Belmartino, Susana. Las políticas sanitarias en el Siglo XX: Legados históricos. Extraído de <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>
- Bertranou F, C. O. (2016). “Protección social universal en América Latina: desafíos, experiencias y estrategias para enfrentar la

- informalidad de los mercados laborales”, Santiago de Chile : CEPAL/OIT.
- Biglieri, A Comentarios al DNU 1991/2011 y al decreto 1993/2011, reglamentario de la ley de Medicina Prepaga: LA LEY2011-F, 1359.
- Castelli, Blas José: (2014) “Mutualismo y y Mutualidades”. Edición actualizada por Horacio Federico Domínico, 2014, CGCyM, pág. 66 y sig.
- Celton, Dora Estela: “La mortalidad en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 1869 y 1990”, Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, vol. 10, N° 1, 1992, págs. 31-57, citado por Ortiz Bergia, María José: “De caridades y derechos. La construcción de políticas sociales en el interior argentino. Córdoba 1930-1943”, Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. A. Segrete”, Unidad Asociada al CONICET, Córdoba 2009.
- Cetrángolo O, G. A. (22 de Diciembre de 2023). Alquimias Económicas. Obtenido de <https://alquimiaseconomicas.com/2023/11/13/respuestas-de-gobierno-a-nuevas-demandas-sociales/>
- Cracogna, Dante (1992): Mutuales – Comentario de las leyes 20.321 y 19.331; Intercoop, Buenos Aires, 1992, págs. 17 y 18.
- Colina, J. (2022). Una vacuna contra la decadencia. Babel.
- Dal Bó, Alberto: “Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido”; Editorial Biblos, Buenos Aires, 2008.
- De Cristóforis, Nadia Andrea: El Centro Gallego de Buenos Aires frente a la comunidad inmigrada, la política española y el Estado argentino: crisis y oportunidades de expansión del modelo mutualista. Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, CONICET, Rep. Argentina, s/d.
- De Fazio, Federico Leandro: Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político; Salud colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Vol. 9, N° 3, Septiembre/Diciembre 2013.
- Del Prete, Sergio y Glanc, Mario (2022): Cambio de rumbo – Lineamientos para el debate acerca de una reforma sectorial en salud; FAMSA, Buenos Aires.

- Duré I. (2021). El multiempleo en profesionales de la salud de la provincia de buenos aires: Estudio transversal de profesiones y especialidades más demandadas en la pandemia. CABA: Becas Salud Investiga 2021.
- Giménez Ángel M. (1918): "Las mutualidades en la lucha contra las enfermedades venéreas", Ponencia presentada en el Congreso de la Mutualidad; La Semana Médica, Imprenta de Obras de E. Spinelli; Córdoba, 1918.
- Glanc y Del Prete. (2021). Gestión del Alto costo en Salud. Un dilema no resuelto. CABA: FAMSA - ISALUD.
- Gutierrez Vladislavic, Mila: Surgimiento y desarrollo del sistema de salud en la Argentina.
<https://www.revistapersona.com.ar/Persona33/33Gutierrez.htm>
- Harari Y. (2018). 21 Lecciones par el Siglo XXI. Buenos Aires: Debate.
- IDESA. (2023). Continúa la demagogia con la medicina privada mientras la gente se queda sin médico. disponible en <https://idesa.org/continua-la-demagogia-con-la-medicina-privada-mientras-la-gente-se-queda-sin-medico/>
- Jaimarena Brion, Guillermo (2017) Obras Sociales Provinciales; Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS); Buenos Aires, Argentina.
- Kahneman D. (2011). Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Ministerio de Salud. (2022). El gasto en salud en Argentina 2017 - 2020. Ministerio de Salud.
- OIT. (2018). Presente y Futuro de la Protección Social en A. Latina. Lima: OIT.
- OPS. (2018). [paho.org. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9229:2013-tecnologias-sanitarias&Itemid=41687&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9229:2013-tecnologias-sanitarias&Itemid=41687&lang=es)
- Origlia G. (06 de Septiembre de 2023). Alerta por las prestaciones: por qué cruje el sistema de salud. La Nación, págs. <https://www.lanacion.com.ar/economia/alerta-por-las-prestaciones-por-que-cruje-el-sistema-de-salud-y-cuales-son-las-posibles-soluciones-nid10092023/>

- Ortiz Bergia, María José, 2009, "De caridades y derechos. La construcción de políticas sociales en el interior argentino. Córdoba 1930-1943; Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti" Unidad Asociada al CONICET, Córdoba, 2009 pág. 46
- Pivetta Juan Antonio, "Orígenes, Historia y Actualidad del Mutualismo y Cooperativismo de Salud en Argentina", trabajo final integrado de la Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad Isalud, Buenos Aires, 2019.
- Revista institucional de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) años 1941 y siguientes.
- Rodríguez, Ana María T. 2008 "Los médicos católicos argentinos en los años treinta" en Revista Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur, vol. XX, núm. 30-31, 2008, pp. 137-170 Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, Buenos Aires, Argentina.
- Rovella, Alicia Susana y Arella, Santiago José (2006): "Asociación Escolar Mutualista" Documento de Trabajo N° 165, Universidad de Belgrano, Área de Estudios en Cooperativismo y Mutualismo, Departamento de Investigaciones, Noviembre de 2006.
- Schipani, A. Z. (2021). Mapa de las Políticas Sociales en la Argentina. CIAS.
- SSS. (2020). Sin rotulo. Buenos Aires.
- Teitelbaum, Vanesa: "Asociacionismo y mutualismo en Tucumán. Una reflexión a partir de la visita de Léopold Mabillean en 1912"; revista Prohistoria, vol. 21 - Artículos - Rosario junio 2014
- Torres R. (2020). Mitos y Realidades de las Obras Sociales. Buenos Aires: Eds. Isalud.
- UCA - EDSA. (septiembre de 2023). Agenda para la Equidad 2017 - 2025. Obtenido de Barómetro de la Deuda Social Argentina: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/720>
- Veronelli, Juan Carlos y Veronelli Correch, Magalí, Los orígenes Institucionales de la Salud Pública en la Argentina, Tomos I y II, Buenos Aires, 2004.
- WHO - PAHO. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Nueva York: WHO-PAHO.

WHO. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Disponible en www.who.int/whr/2000/es/.

Zimmermann, Eduardo A. (1995) "Los liberales reformistas - La cuestión social en la Argentina 1890-1916, Editorial Sudamericana y Universidad de San Andrés, Buenos Aires, 1995, pág. 114.

[19](#) En palabras de los autores: “Dado que el gasto de consumo en salud del INDEC solo incluye las erogaciones corrientes, mientras que las mediciones del gasto público consolidado en salud contemplan adicionalmente el gasto de capital, no fue posible descontar el gasto de capital de las estimaciones del GPCS mientras que no se incluye el gasto de capital del sector privado. En este sentido podría considerarse que se establece una sobrevaloración de la participación gasto público en detrimento del gasto privado”.

[20](#) Suscriben:

Agremiacion Argentina De Ortopedia Y Traumatologia Y Asociacion Argentina De Ortopedia Y Traumatologia, Asociacion Argentina De Cirugia, Asociacion Argentina De Cirugia Pediátrica Acacip, Asociacion Argentina De Cirugia De Cabeza Y Cuello. Aaccyc, Sociedad Argentina De Cirugia Ginecológica Sacig,, Asociacion Argentina De Menopausia Andropausia Aama, Asociacion Argentina De Controversias En Obstetrica Y Ginecologia Aacog, Asociacion Argentina De Ginecologia Oncologica, Asociacion Argentina De Oncologia Clinica, Asociacion De Otorrinaringologia De Buenos Aires, Asociacion Argentina Para El Estudio Del Climaterio (Aapec), Asociacion De Profesionales De Santa Isabel. Aprosi, Consejo Argentino De Oftalmologia .Cao , Camara De Medicina Oftalmica Cameof, Federacion Argentina De Cardiología, Federacion Argentina De Sociedades De Otorrinaringologia Faso, Federacion Nacional De Neurocirugia Fnnc, Sociedad Argentina De Cirugia Plastica, Estetica Y Reparadora Sacper, Sociedad Argentina De Cardiología Sac, Sociedad Argentina De Dermatologia Sad, Sociedad Argentina De Electofisiologia Cardiaca Sadec, Sociedad Argentina De Endocrinologia Ginecologica Y Reproductiva. Saegre, Sociedad De Obstetricia Y Ginecología De Buenos Aires Sogiba , Sociedad Argentina De Mastologia Samas, Sociedad Argentina De Medicina Interna General Samig, Sociedad Argentina De Medicina Reproductiva Samer, Asociacion Argentina De Neurocirugia, Sociedad Argentina De Patologias De Urgencias Y Emergentologia Sapue, Sociedad Argentina De Reumatologia Sar,Sociedad Argentina De Urologia Sau,Ederacion Argentina De Sociedades De Ginecologia Y Obstetricia. Fasgo

Solidarizan:

- 1) ASOCIACIÓN ARGENTINA DE RADIOLOGÍA
- 2) SOCIEDAD ARGENTINA DE ULTRASONOGRAFIA EN MEDICINA Y BIOLOGIA SAUMB
- 3) ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINA

[21](#) Fuente: WHO – PAHO Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2010, pp. 34.

[22](#) Ver: Glanc M, Del Prete S; Gestión del Alto costo en Salud. Un dilema no resuelto. Eds. FAMSA 2021

[23](#) Es innegable que estas consideraciones requieren precisiones de índole legal y fiscal. Así aún, en un escenario de continuidad estructural y reformulación sólo parcial de la Seguridad Social se propone avanzar en la factibilidad de estas propuestas, bajo el formato que la normativa posibilite.

Índice

[Prólogo 7](#)

[Prólogo 11](#)

[Introducción 13](#)

[Reconocimientos 17](#)

[Capítulo I](#)

[El largo camino solidario del mutualismo en salud 19](#)

[El cuidado del prójimo y la solidaridad 21](#)

[Antecedentes del mutualismo en la Argentina 27](#)

[Beneficencia y salud durante la colonia 29](#)

[Los primeros pasos en la Argentina independiente 33](#)

[La solidaridad civil organizada. Primeros tiempos 34](#)

[Los Hospitales del Estado 37](#)

[Las Mutuales de Salud 38](#)

[El fervor asociativo 1860 – 1890 39](#)

[Nuevos tipos de mutualidades 41](#)

[Tiempos de prevención de enfermedades 47](#)

[Influencia de los cambios de paradigma en salud ocurridos en Europa y los Estados Unidos de Norteamérica 48](#)

[La impronta higienista 54](#)

[Dos importantes congresos mutualistas 56](#)

[Segundo y Tercer Congreso Mutualista 60](#)

[Crecimiento y financiamiento de las entidades 61](#)

[Organizaciones de médicos 62](#)

[La tuberculosis como vector 70](#)

[La Liga Argentina contra la Tuberculosis 75](#)

[Camino Hacia la Confrontación. Seguridad Social –](#)

[Obras Sociales Sindicales – Mutualismo 84](#)

[Una norma reguladora 88](#)

[Adhesión voluntaria u obligatoria 89](#)

[Cambios profundos en la relación salud/enfermedad y rol del estado 90](#)

[El mutualismo realiza su tercer Congreso 95](#)

[Acciones concretas a partir de la segunda mitad del siglo XX 101](#)
[Con Panacea o con Hygeia. Centralismo y Periferia. Seguridad Social o Mutualismo. Las opciones no resueltas 105](#)
[Una experiencia santafesina en salud pública 117](#)
[El mutualismo acorralado 118](#)
[Censo 2008 del INAES 123](#)
[Relevamiento de mutuales y cooperativas de salud. Relevar 17 124](#)
[Internacionalización del mutualismo argentino 125](#)
[Corolario y compromiso: Hacia dónde va el sistema de salud 130](#)
[Datos complementarios 133](#)

[Capítulo II](#)

[El Mutualismo en Salud Hoy.](#)

[Encuesta Relevar 23 135](#)

[Presentación 137](#)

[Antecedentes / Introducción 137](#)

[Métodos de implementación 138](#)

[Resultados obtenidos 145](#)

[Conclusión 159](#)

[Anexo capitular 161](#)

[Capítulo III](#)

[El Mutualismo en](#)

[Salud en perspectiva. Crisis sectorial y](#)
[ámbitos de intervención 163](#)

[El sector salud argentino frente a su crisis estructural 165](#)

[El mutualismo en salud ante la Argentina que viene 189](#)

[El mutualismo en salud en prospectiva 194](#)

[El Mutualismo en Salud como pivote de una la Protección Social en](#)
[Salud del trabajador no formal 195](#)

[Escenario de continuidad](#)

[El Mutualismo en Salud como actor de la Seguridad Social 205](#)

[El Mutualismo en Salud en el marco de una reforma integral del](#)
[Sistema de Salud Argentino 210](#)

[Referencias bibliográficas 223](#)