



# 200 AÑOS NO ES NADA: LAS POLÍTICAS DE SALUD QUE NUNCA FUERON

No creo que debamos ser leales al país que somos, ni lamentarnos por lo que no pudimos llegar a ser. Nuestro deber es impulsar políticas que guarden lealtad a los ideales que nos dan identidad



**Por Mariano Fontela**

La conmemoración de los primeros dos siglos de vida independiente puede servirnos a los argentinos para volver a examinar una vieja cuestión: ¿somos realmente un país independiente? Hay diversas maneras de responder a esta pregunta, pero podemos acordar en que somos independientes en la medida en que a la Argentina la gobernamos los argentinos. Para eso debemos considerar no solamente la forma en que se tomaron las decisiones y se implementaron en cada área de gobierno –en este caso, en salud pública–, sino también el grado en que fueron nuestros ideales los que inspiraron esas decisiones. Sin embargo, el repaso de los logros que fueron jalonando nuestra independencia bien podría complementarse con la revisión de algunos proyectos

que no llegaron a ser ejecutados: ellos también se inspiraron en ideales, y si fallaron fue por la falta de poder de los reformadores –o por la abundancia de poder de sus adversarios–, o por la inestabilidad política que caracterizó a largos períodos de nuestra historia. En algunos casos, incluso, la decisión de promover reformas aceleró la caída de quienes las impulsaban.

En los años inmediatamente posteriores a 1816, el vacío dejado por la irrelevancia del Protomedicato llevó a que las ciudades retomaran la iniciativa en la vigilancia de la práctica médica, pero las guerras desincentivaban la profesión: las aulas servían como depósito de material bélico, y algunos de los estudiantes se resistían a rendir las últimas materias, pues eso habría significado la obligación de prestar ayuda en la guerra (Podgorny, 2010). En 1822 se creó en la provincia de Buenos Aires la Academia y el Tribunal de Medicina. Cuatro décadas atrás, Miguel

Gorman había sugerido la creación de la Academia, aunque proponía que su sede estuviera en Montevideo, para alejar de las influencias burocráticas a una corporación científica como la de los médicos (Veronelli, 2004). Por su parte, el Tribunal tendría a su cargo la tarea de vigilar la aplicación de vacunas, confrontando con la doctrina que 19 años antes había llevado a la corona española a solicitar la cooperación de los obispos para introducir las en el Río de la Plata: “Además de exigirle la caridad cristiana, resultará el beneficio de que no decaiga con la mortandad de sus feligreses la gruesa de diezmos de la dotación de sus iglesias, ni el Real interés de los dos novenos” (González García, 2005). Así se entienden mejor los reparos de Gorman.

En 1843, ante la inexistencia del Estado nacional y la escasez de médicos, Luis Tamini, “médico de Estado” de la provincia de Córdoba, propuso que se autorizara a ejercer en el ámbito rural a los curanderos más idóneos. Como era de esperar, su planteo de cooperación entre médicos y sanadores no prosperó (Guardia Lescano, 2012). Ya consolidado el Estado, en 1880 se

El autor es politólogo, director del Centro de Estudios de Políticas Sociales (UNM) e investigador de la Universidad ISALUD. Fue redactor de los informes sobre Desarrollo Humano en la Argentina y en la provincia de Buenos Aires (1995-2004), asesor del ministro de Salud de la Nación (2004-2007), coordinador del Instituto de Altos Estudios Juan Perón y de COPPPAL Argentina, y consultor de PNUD y CEPAL.



Ya consolidado el Estado, en 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene, que pretendía centralizar funciones relacionadas con la salud, aunque nunca lo logró (Veronelli, 2004). Entre otras cuestiones, los higienistas de la época –y fue así durante más de 100 años– asumían la conveniencia de unificar la coordinación de la “sanidad” con la asistencia médica y la social.

creó el Departamento Nacional de Higiene, que pretendía centralizar funciones relacionadas con la salud, aunque nunca lo logró (Veronelli, 2004). Entre otras cuestiones, los higienistas de la época –y fue así durante más de 100 años– asumían la conveniencia de unificar la coordinación de la “sanidad” con la asistencia médica y la social. En los hechos, el ámbito de actuación del Departamento se circunscribió a la recientemente creada Capital Federal, sus funciones siempre se superpusieron con las de otros organismos, y su actividad se orientó casi exclusivamente hacia la “sanidad”.

Durante la breve presidencia de Carlos Pellegrini (1890-1892), Emilio Coni se presentó en su casa particular para exponerle críticas hacia la Sociedad de Beneficencia (SB). Según su opinión, dado que el Estado aportaba el 90% de su presupuesto, la administración de hospitales y “hospicios” debía quedar en manos de personas idóneas con conocimientos específicos, pues en esa materia no bastaba “la distinción, la belleza, la alta posición social y los sentimientos de caridad indis-

cutibles en las damas argentinas”. La respuesta de Pellegrini fue profética: si bien estaba de acuerdo con el plan-teo de Coni, la SB era una institución demasiado poderosa, y “no ha nacido aún el hombre público en este país que se atreva a retirarle a dicha asociación la dirección de los nosocomios a su cargo, so pena de levantar ante sí una enorme montaña de resistencias y malas voluntades” (Coni, 1918). Tres años después nacía Juan Perón.

En 1936 el Departamento Nacional de Higiene elaboró un proyecto de ley de “creación de un organismo nacional de profilaxis y asistencia de las enfermedades sociales”, que resolvía la superposición de atribuciones con las de instituciones municipales y provinciales, la SB y la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. El proyecto presentaba una estrategia cuya unidad técnica y política fuera garantizada desde la base mediante “estaciones sanitarias”, y desde la cúspide a través del Departamento de Higiene. Las estaciones harían el reconocimiento médico periódico de todos los habitantes y se derivaría con una copia de su historia clínica a las

personas que requirieran atención de mayor complejidad. También se crearía un “padrón de salud de la población”. El proyecto nunca fue aprobado, aunque espero que ya haya nacido la persona que pueda lograr esos objetivos en nuestro país.

Por lo demás, se podrían escribir varios tomos describiendo 150 años de reclamos por parte de autoridades federales y provinciales sobre la indeterminación de sus respectivas atribuciones asistenciales y sanitarias, que dieron origen a una larga lista de proyectos de ley. Tal vez sea cierto que la mayor parte de las autoridades provinciales y municipales defendieron con mayor entusiasmo su autonomía en las políticas sociales que en las de salud, y que las provincias grandes tendieron a ser más celosas de sus atribuciones que las chicas.

Ni siquiera en 1946, cuando se instituyó la Secretaría de Salud Pública conducida por Ramón Carrillo, se logró la incorporación de los servicios municipales, tal como establecía el decreto que la había creado (Carrillo, 1951), y tampoco la asistencia social estuvo principalmente bajo su órbita, pese a

que fue el propio Carrillo quien más enfáticamente resaltó las relaciones causales entre pobreza y enfermedad. Durante las seis décadas previas se habían presentado varios proyectos de ley de Código Sanitario, pero el avance más significativo fue con la Reforma Constitucional de 1949, con la inclusión de la sanción de dicho código como atribución del Congreso Nacional. El proyecto presentado por Perón y Carrillo dos años después procuró –entre otros objetivos– **la gratuidad y la unificación de la asistencia médica y social, y la solución a la dispersión entre jurisdicciones**. Nunca fue aprobado por el Congreso, aunque varios de sus contenidos fueron incluidos en los planes quinquenales. La misma Constitución incorporaba bajo jurisdicción nacional “la salud pública y la asistencia social”. Fue “derogada” por una “proclama” de la dictadura militar en 1956. Pasando a la siguiente década, son conocidas las dificultades de Arturo Oñativia para implementar su política de medicamentos, pero también en 1965 el ministro de Illia presentó un proyecto de ley de “servicios de atención médica para la comunidad”, que llegó a tener media sanción en el Congreso. Su objetivo era avanzar hacia una seguridad social que cubriera la atención de la mayor parte de la población, incorporando prestaciones de servicios privados, aunque también contemplaba la eliminación de la gratuidad de los hospitales (Veronelli, 2004). Para algunos, este proyecto fue antecedente del Decreto-Ley dictado por Onganía seis meses después del golpe, mediante el cual se creó el Servicio de Atención Médica para la Comunidad (Villisac, 2007). Los radicales lo niegan categóricamente. Esta norma, si bien nunca fue derogada, tampoco entró en vigencia, salvo en unas pocas experiencias aisladas. Lo que sí terminó siendo realidad

**Ni siquiera en 1946, cuando se instituyó la Secretaría de Salud Pública conducida por Ramón**



**Carrillo, se logró la incorporación de los servicios municipales, tal como establecía el decreto que la había creado (Carrillo, 1951), y tampoco la asistencia social estuvo principalmente bajo su órbita**

efectiva fue el cobro de aranceles hospitalarios (Cappiello, 2011).

En 1974 Domingo Liotta impulsó la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que establecía para el Estado nacional “su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario para todos los argentinos”, asumiendo el criterio de “concepción centralizada y ejecución descentralizada”. La ley fue aprobada por el Congreso. Establecía la gratuidad de los servicios, la creación de un espacio de concertación entre sectores estatales, empresariales, sindicales, profesionales y educativos (el Consejo Nacional de Salud), y la incorporación voluntaria de todas las jurisdicciones

al sector público, aunque finalmente sólo adhirieron cuatro provincias poco pobladas. Juan Carlos Veronelli (2004), cuya hostilidad hacia el peronismo era ejemplar, pretendía que la resistencia de los sindicalistas fue lo que provocó un cambio en el proyecto original de Liotta que habría desvirtuado sus objetivos: supuestamente preveía la incorporación obligatoria del sector privado y de las obras sociales. Pero el texto del *Plan Trienal* (1973) dice explícitamente que la incorporación de las provincias, las obras sociales y el sector privado debía ser voluntaria. De todas formas, la ley fue “derogada” por la dictadura.

Indudablemente hay más ejemplos de proyectos fallidos. Lejos estoy de pretender sumarme a la legión autolesionista que nos expone a los argentinos como destinados al fracaso. Es obvio que los ideales suelen ser mejores que la realidad, pero mi intención fue demostrar que en estos 200 años supimos elaborar propuestas superadoras. Independientemente de si tienen hoy vigencia, los ideales que las inspiraron seguramente sí la tienen. No creo que debamos ser leales al país que somos, ni lamentarnos por lo que no pudimos llegar a ser. Nuestro deber es impulsar políticas que guarden lealtad a los ideales que nos dan identidad. 

## Bibliografía

- Cappiello, M.A. (2011): *La construcción de un sistema de salud para la Argentina*. Santa Fe, CEMUPRO.
- Carrillo, R. (1951): *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública.
- Coni, E. (1918): *Memorias de un médico higienista*. Buenos Aires, AMA.
- González García, G., C. De la Puente y S. Tarragona (2005): *Medicamentos: salud, política y economía*. Buenos Aires, ISALUD.
- Guardia Lescano, J.R. (2012): “Historia del Protomedicato en Córdoba”. En *Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis*.
- Poder Ejecutivo Nacional (1973): *Plan Trienal para la reconstrucción y la liberación nacional*.
- Podgorny, I. (2010): “Los cirujanos de la guerra”. En *Ciencia Hoy*, número 118.
- Veronelli, J.C. y Magali Veronelli Correch (2004): *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires, OPS.
- Villisac, E., N. Martínez y N. Boloniat (2007): *70 años de actividad médica*. Buenos Aires, AMM.