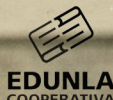


# La historia de la salud y la enfermedad interpelada

Latinoamérica y España  
(siglos XIX-XXI)

Gustavo Vallejo,  
Marisa Miranda,  
Adriana Álvarez,  
Adrián Carbonetti y  
María Silvia Di Liscia  
(editores)



La historia de la salud  
y la enfermedad interpelada:  
Latinoamérica y España  
(siglos XIX-XXI)

*Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez,  
Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia*  
(editores)



**EDUNLA**  
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

La historia de la salud y la enfermedad interpelada : Latinoamérica y España : siglos XIX-XXI / Gustavo Vallejo ... [et al.]. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2022.  
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; Salud colectiva ; 25)

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-8926-13-1

1. Historia. 2. Salud Pública. 3. Atención a la Salud. I. Vallejo, Gustavo.  
CDD 362.9

Colección *Cuadernos del ISCo*  
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Viviana Martinovich*

Fotografía de tapa: *Lewis Wickes Hine (1874-1940). National Child Labor Committee collection, Library of Congress, Prints and Photographs Division.*

Corrección de estilo: *Gabriela Presentado*

Diagramación: *Griselda Marrapodi*

© 2022, Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia (editores)

© 2022, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-13-1

DOI 10.18294/9789878926131

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. [edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

# Índice

<b>Introducción: Debates que entrelazan la historia y el presente</b>	<b>1</b>
<i>Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti y María Silvia Di Liscia</i>	

## Parte 1. Vacunas y vacunación

<b>Políticas de vacunación y debate histórico: El control de la difteria en Argentina</b>	<b>11</b>
<i>María Silvia Di Liscia</i>	

<b>Tensiones, apuestas y debates en la producción de sueros y vacunas (Buenos Aires, comienzos del siglo XX)</b>	<b>31</b>
<i>Juan Pablo Zabala y Nicolás Facundo Rojas</i>	

<b>Augusto Bunge y la vacuna Friedmann para la “extinción de la tuberculosis”: Iniciativas políticas y debates médicos contra una pandemia (Argentina, 1934)</b>	<b>59</b>
<i>Adrián Carbonetti</i>	

<b>Recién nacidos y tuberculosis: un caso de accidente masivo por vacunación en México</b>	<b>73</b>
<i>Ana María Carrillo</i>	

<b>Florencio Pérez Gallardo y una vacuna propia para la poliomielitis en España</b>	<b>89</b>
<i>María Isabel Porras Gallo y María Victoria Caballero Martínez</i>	

<b>Evolución y rol de las vacunas en la última gran pandemia de influenza del siglo XX: Su impacto en la República Argentina</b>	<b>107</b>
<i>Adriana Álvarez</i>	

## Parte 2. Eugenesia y sexualidades

<b>Neomalthusianismo y (auto)gestión de la sexualidad en la prensa anarquista chilena (1898-1921)</b>	<b>123</b>
<i>Carolina Miranda González</i>	

La eugenesia y sus validaciones: Sobrevolando discursividades e instituciones argentinas del siglo XX 139  
*Marisa Miranda*

Sobre una medicalización híbrida y sus estrategias para normalizar la sexualidad en la Argentina (1994-2020) 155  
*Gustavo Vallejo*

Notas sobre darwinismo y eugenesia en el proyecto neoliberal 177  
*Susana Murillo*

### Parte 3. Salud de la infancia y cultura física escolar

De Montevideo al mundo: el Instituto Internacional Americano para la Protección a la Infancia y la circulación de las políticas uruguayas de salud infantil 205  
*Anne-Emanuelle Birn*

Educación física y eugenesia en Uruguay (1900-1948) 233  
*Camilo Rodríguez Antúnez*

Notas para una historia de las instituciones argentinas de formación de docentes en Educación Física durante el siglo XX 251  
*Alejo Levoratti y Pablo Scharagrodsky*

La educación bonaerense de los cuerpos: cultura física en la *Revista de Educación* (1926-1936) 269  
*Eduardo Galak*

La infancia medicada: el uso de antipsicóticos como estrategia normalizadora en Brasil 283  
*Sandra Caponi*

### Parte 4. Salud pública, instituciones, discursos y prácticas

Construcciones territoriales y epistemológicas de la salud y el ambiente en retrospectiva 303  
*Marina Laura Lanfranco Vázquez*

Un estudio sociocultural del alcohol: axiomas, problemas, potencialidades (Santa Fe, 1870-1930) 319  
*Paula Sedran*

<b>La problemática de la asistencia médica rural en la España franquista (1939-1966)</b>	<b>333</b>
<i>Enrique Perdiguero-Gil, Eduardo Bueno, Josep Barcelo-Prats y Josep M. Comelles</i>	
<b>Estrategias organizacionales y disputas gremiales en el Programa de Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI-INSSJP) entre 1971-1973</b>	<b>353</b>
<i>Valeria Natividad Almirón y Juan Pablo Zabala</i>	
<b>La precarización alimentaria de la Argentina ante la pandemia de COVID-19</b>	<b>373</b>
<i>Patricia Aguirre</i>	

# Estrategias organizacionales y disputas gremiales en el Programa de Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI-INSSJP) entre 1971-1973

*Valeria Natividad Almirón<sup>1</sup> y Juan Pablo Zabala<sup>2</sup>*

El objetivo de este capítulo es analizar la implementación del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), tanto en las estrategias institucionales desplegadas para brindar servicios de atención médica como en la relación que estableció con los otros actores del campo de la salud entre 1971 y 1973.

El 13 de mayo de 1971, durante el gobierno *de facto* de Alejandro Lanusse de la autodenominada *Revolución Argentina*, se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados mediante el Decreto-Ley 19032. El nuevo organismo fue ubicado bajo la órbita de la Secretaría de Estado de Seguridad Social perteneciente al Ministerio de Bienestar Social (MBS) a cargo de Francisco Manrique, y desde sus inicios adquirió un papel relevante en el activo juego político que el ministro desplegó en los años siguientes. De hecho, el Instituto fue creado como respuesta a una serie de reclamos y movilizaciones de los jubilados durante los años previos que colocaron en la agenda pública el tema de la precariedad del sector, y su misión de brindar distintos beneficios servía al mismo tiempo para satisfacer al menos en parte esas demandas y para alimentar las expectativas de Manrique de ocupar la presidencia en una apertura democrática que ya se veía cercana.

Siguiendo el modelo de prestación de servicios sanitarios a través de instituciones gremiales que se consolidó en las décadas anteriores, y fue reafirmado por la Ley 18610 de Obras Sociales de 1970, el Instituto se convirtió en la obra social de

---

<sup>1</sup>Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Becaria doctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup>Doctor en Ciencias Sociales. Investigador, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

los jubilados y pensionados (Zabala *et al.*, 2018). Y al igual que en el resto de las obras sociales, los beneficios que brindaba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados incluían diferentes rubros, tales como el acceso a planes de vivienda, asesoramiento previsional y planes de turismo social, entre otros. Pero la mayor carga estuvo puesta en la prestación de servicios médico-asistenciales a los jubilados y pensionados (y a su grupo familiar primario) pertenecientes a las Cajas Nacionales de previsión social a través del Programa de Atención Médica Integral, que pronto se convirtió en un sinónimo del Instituto. Esto implicaba un cambio sustancial para los destinatarios del Instituto, tanto para quienes pertenecían a la Caja de Autónomos, y contaban solamente con los servicios del sistema público de salud como única cobertura gratuita, como para quienes sí habían trabajado en relación de dependencia y permanecían en sus obras sociales de origen bajo diversas modalidades *especiales*, que no siempre garantizaban un acceso pleno a los servicios médicos (Belmartino, 1994).

También en su forma de gobierno el Instituto siguió el modelo de las obras sociales, donde la administración era ejercida por los representantes de los beneficiarios. En el caso del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en el que los beneficiarios eran los jubilados, se definió un organigrama que intentó, al menos formalmente, replicar este esquema. Así, su administración quedó a cargo de un directorio cuya presidencia estaba destinada a un representante de los jubilados y pensionados, y que estaba además integrado por otros tres directores en representación de los jubilados, dos en representación de los cotizantes activos y cinco en representación del Estado nombrados por el Poder Ejecutivo (República Argentina, 1971a). Este esquema suponía una cierta autonomía en el gobierno del Instituto por parte de los jubilados, aunque en los hechos esta se encontró con muchas limitaciones por parte del Poder Ejecutivo, generando una situación de intervención del organismo que perdura hasta la actualidad, y cuyo origen nos interesa analizar en este trabajo.

Durante el periodo que va desde la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a la finalización de la *Revolución Argentina* en mayo de 1973, la implementación del Programa de Atención Médica Integral en el territorio nacional posicionó al Instituto como un actor relevante de la política social, y en particular del campo sanitario, que se vio favorecido por la cantidad de recursos financieros aportados por el nuevo organismo. Esta implementación se dio a partir de dos estrategias: la primera, consistió en brindar prestaciones a los afiliados a través de la contratación de servicios ya disponibles, ya sea del sistema público, obras sociales, institutos de servicios sociales o medicina privada. La segunda, apuntó al desarrollo de capacidades propias, esto es, de un sistema de prestaciones propias mediante el cual el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados empleaba a los profesionales y establecía el método de contratación y su remuneración.

Estas dos formas estaban previstas en la propia ley de creación del Instituto, que dictaba que los servicios médicos debían prestarse “...por sí o por intermedio de tercero...” (República Argentina, 1971a), y en los hechos resultaron complementarias



en pos de alcanzar en el menor tiempo posible el objetivo propuesto. Sin embargo, en su esencia se relacionaban de manera opuesta a la estructura heredada de prestación de servicios sanitarios: una, consolidando las relaciones entre los actores legitimadas al interior del campo sanitario; la otra, proponiendo nuevas formas de acceso a la atención médica que entraron en tensión con los intereses que sostenían los esquemas previos.

Nos interesa aquí, a partir de un conjunto de fuentes documentales como boletines y memorandos institucionales, y fundamentalmente la prensa periódica que resulta especialmente útil para conocer los posicionamientos públicos de los actores, analizar este proceso a la luz de distintas dimensiones de análisis, que recuperan aportes de diferentes investigaciones que se han concentrado sobre el periodo de la Revolución Argentina (1966-1973). En líneas generales, este trabajo se identifica con aquellos que se han centrado en el análisis de las políticas públicas, los actores y las ideas movilizadas en las intervenciones estatales en este campo desplegadas durante estos años (Felitti, 2005; Giorgi, 2010, 2015; Giorgi & Mallimaci, 2012; Gomes, 2011, 2017; Rodríguez, 2013; Osuna, 2017a, 2017b), a diferencia de los enfoques clásicos que se preocuparon por subrayar las características represivas y autoritarias de la época (De Riz, 2000; O'Donnell, 2008; Rouquié, 1983).

Y, en particular, nos interesa aportar al estudio del campo sanitario a partir de comprender los conflictos y las tensiones en torno a la implementación del Programa de Atención Médica Integral, entendidos como una arista particular del proceso más amplio de definición e imposición de instituciones y reglas de juego —a partir de intereses profesionales, corporativos y financieros— que en sus líneas generales ha sido descrito por Susana Belmartino en sus diferentes trabajos (Belmartino, 2011; Belmartino & Bloch, 1993).

## **Las estrategias de implementación del Programa de Atención Médica Integral / Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados: conflictos políticos internos y con la corporación médica**

Analizaremos las dos estrategias de implementación del Programa de Atención Médica Integral a partir de dos tipos de conflictos que condicionaron su desarrollo: por un lado, los surgidos desde el interior del Instituto en torno a su conducción, y por el otro, los que el Instituto debió enfrentar con los actores externos, principalmente la corporación médica, como consecuencia de sus propuestas.

Los conflictos internos refieren a las continuas disputas entre el Poder Ejecutivo (en la figura del ministro Manrique) y el directorio del Instituto para administrar los recursos y trazar las estrategias del nuevo instituto. Para comprender estos conflictos, es necesario tener en cuenta que la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, el 13 de mayo de 1971, debe entenderse como el resultado de un doble proceso político: por un lado, de los reclamos que el movimiento de trabajadores jubilados y pensionados habían instalado en la arena

pública desde fines de la década de 1960. Y, por el otro, de un cambio en las políticas sociales del gobierno, que tuvieron un giro hacia una mayor intervención estatal durante los últimos años de la Revolución Argentina (Zabala *et al.*, 2018; Osuna, 2017a; 2017b).

De este modo, el Instituto estuvo atravesado, desde su inicio, por una tensión entre la autonomía para su manejo por parte de sus beneficiarios (los jubilados, representados por sus distintas asociaciones), y los intereses del Ministerio de Bienestar Social, de quien dependía administrativamente y era además uno de los principales aportantes de fondos<sup>3</sup>, y cuyo ministro Francisco Manrique presionaba para una pronta implementación de los servicios, con el interés evidente de capitalizar estas acciones en favor de su candidatura en las próximas elecciones presidenciales (Osuna, 2017a; 2017b), donde la política destinada a los adultos mayores sería el núcleo de su campaña (Manrique, 1983).

En un principio, en la resolución de esta tensión primó el reconocimiento —al menos en términos formales— de la autonomía de los jubilados, y la influencia del Ministerio de Bienestar Social se ejercía de un modo informal a partir de las relaciones personales. Así, el 15 de junio de 1971, un mes después de su creación, asumió el primer directorio encabezado por dos representantes del sector. La presidencia quedó a cargo de Pedro Urrutia, integrante de la Confederación General de Jubilados, Pensionados y Retirados del País —una de las asociaciones de mayor peso en las protestas de los años anteriores—, y la vicepresidencia de Palmiro Vanoli, miembro de la Asociación de Jubilados y Pensionados de Empresas Periodísticas, en cuyas designaciones se podía ver la influencia de Manrique (quien era, al igual ellos, también periodista).

Aunque ese equilibrio no duraría mucho tiempo, en ese contexto se dieron dos hechos significativos para el desarrollo de Instituto.

El primero, el 5 de noviembre de 1971, fue la creación de los *Pronósticos Deportivos* (PRODE) (República Argentina, 1971b), un juego de azar basado en anticipar los resultados de los partidos de fútbol que alcanzaría una enorme popularidad en la población (Cecchi, 2015). La ley establecía el modo en que las ganancias se repartirían entre los distintos involucrados (clubes de fútbol, Asociación Argentina de Fútbol, entre otros), y en su Artículo 3 especificaba que “...el producido neto que arroje la explotación del PRODE será depositado en cuenta especial del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, quien lo distribuirá directamente asignándolo a los fines de su competencia”.

El segundo hecho tuvo lugar un día después, el 6 de noviembre de 1971, cuando el primer directorio le presentó al ministro Manrique un plan de acción con la estrategia de servicios propios del Programa de Atención Médica Integral, que tenía

---

<sup>3</sup>La Ley 19032 establecía que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados se financiaría con el aporte del dos por ciento (2%) de los haberes que perciban jubilados y pensionados; del uno por ciento (1%) de los aportes personales a cargo de los trabajadores en relación de dependencia y autónomos; el ocho por ciento (8%) del producido neto de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos dependiente del Ministerio de Bienestar Social. A esto se agregarían los fondos del PRODE, creado a fines de 1971 y que comenzó a operar en el campeonato de fútbol metropolitano iniciado en febrero de 1972.

previsto mediante etapas cubrir todo el territorio argentino (*La Nación*, 6/11/1971), para una población estimada de 1.400.000 beneficiarios del Sistema Nacional de Previsión (Feldman *et al.*, 1988). El plan fue lanzado públicamente el 21 de noviembre de 1971, y allí Palmiro Vanoli, a cargo de la conferencia de prensa de presentación, introdujo como director del programa al médico Domingo Suárez Boero (*La Nación*, 21/11/1971), un reconocido sanitarista que durante la década de 1980 sería técnico-asesor del Hospital de Pediatría SAMIC Profesor Juan P. Garrahan (Dal Bó, 2008).

Como hemos señalado, estas estrategias contemplaban, por un lado, brindar atención a partir del aprovechamiento de servicios ya disponibles, a través de la realización de contrataciones y convenios con diferentes prestadores (la salud pública, obras sociales, mutualidades, institutos de servicios sociales y medicina privada). Y por el otro, desarrollar una capacidad de atención propia del Programa de Atención Médica Integral, mediante la contratación de profesionales que prestarían sus servicios bajo la supervisión del Instituto.

Esta segunda estrategia, que analizaremos con más detalle en el siguiente apartado, fue la que presentó una mayor innovación con respecto a las dinámicas del campo de la atención médica, y al mismo tiempo fue el origen de los conflictos con el resto de los actores del campo, especialmente con el gremio médico.

### *El desarrollo de servicios propios en la Capital Federal y el conflicto con la corporación médica*

La estrategia de desarrollar la capacidad de atención propia del Programa de Atención Médica Integral, que se aplicó en la Capital Federal durante el primer año del programa, es la que resulta más interesante con relación a la intención de promover dinámicas novedosas en la prestación de servicios médicos. Diseñado por un equipo de sanitaristas que habían participado en diferentes experiencias de planificación de recursos sanitarios en la década de 1960<sup>4</sup>, introdujo dos innovaciones en la organización de las prestaciones en relación con el acceso y las formas de pago. En términos concretos, las novedades que introdujo el Programa de Atención Médica Integral radicaban: por un lado, en la organización de los servicios a partir de la definición de tres niveles de atención, de creciente complejidad, en los que la derivación debía ser responsabilidad de un médico de cabecera, que remitía a la manera en que funcionaba el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (Arce, 2010). Por otro lado, se introdujo como modalidad el *pago per cápita*, esto es, una remuneración fija a cada médico por cada beneficiario asignado, independientemente de la cantidad de consultas que se le dedique a cada uno, como modo de desalentar las consultas médicas innecesarias (Golbert, 1988).

---

<sup>4</sup>Nos referimos a experiencias tales como el *Estudio sobre Salud y Educación Médica*, comúnmente denominado *la encuesta de salud* (Zabala & Librandi, 2018), en el que participó —entre otros— el médico Arnaldo Torrents, a quien diversos testimonios señalan como uno de los autores intelectuales del diseño del Programa de Atención Médica Integral (Hugo Spinelli, Dora Barrancos, comunicación personal).

Este diseño cuestionaba algunos de los principios que la corporación médica había logrado instalar como legítimos en las décadas anteriores, especialmente la *libre elección del médico por parte del paciente* y el *pago por prestación*, y de un modo más tangencial la *libertad de prescripción por parte del médico* (Belmartino, 2005). Desde el punto de vista del Programa de Atención Médica Integral, estas innovaciones estaban orientadas a evitar dos prácticas que amenazaban el equilibrio financiero de los sistemas sanitarios, y eran largamente reconocidas como rasgos constitutivos del campo local: la sobreprestación y la sobrefacturación.

En un esquema en el que el pago se realiza por cada intervención, estas prácticas suponían la posibilidad de que los médicos, amparados en la libertad que les otorga su criterio profesional, induzcan un uso mayor de los servicios (ya sea de consultas profesionales, de diagnósticos o de tecnología médica) del efectivamente necesario para aumentar sus ingresos como forma de obtener mayores pagos.

Las características del novedoso Programa de Atención Médica Integral fueron ampliamente publicitadas en la prensa durante los primeros meses del programa. Allí se detallaba que el primer nivel de complejidad suponía el diagnóstico, tratamiento y cuidado del afiliado de manera ambulatoria por parte de un médico de cabecera, a domicilio o en su consultorio, incorporando una nueva figura: la asistente de cuidado (*La Nación*, 11/07/1971). El siguiente nivel, de complejidad intermedia, implicaba consultas con especialistas y de ser necesaria la internación del afiliado. Las especialidades que incluía fueron cardiología, gastroenterología, neumotisiología, traumatología y ortopedia, dermatología, reumatismo y aparato locomotor, neurología, psiquiatría, ginecología, urología, otorrinolaringología y oftalmología (*La Nación*, 11/07/1971). Y finalmente el tercer nivel, de mayor complejidad, estaba orientado a enfermos convalecientes, de rehabilitación o enfermos crónicos y casos especiales (*La Nación*, 14/11/1971). Para ellos se planificaba, en un futuro, la construcción de establecimientos de ancianos y psiquiátricos orientados a pacientes geriátricos (*La Nación*, 15/06/1971).

La organización de los equipos profesionales se apoyaba, en el primer nivel, en la figura del *médico de cabecera*, que serían aquellos que se inscribieran para prestar servicio a través del Programa de Atención Médica Integral, y constituían la cartilla de profesionales disponibles que recibían un pago acorde a la cantidad de beneficiarios que debían atender, independiente de la cantidad de veces que cada uno lo consultara. El reclutamiento era promocionado en los matutinos, a través de vistosos anuncios de búsqueda y selección de médicos (Figura 1) (*La Nación*, 14/11/1971; 15/11/1971; 16/11/1971). El anuncio se dirigía a profesionales de la Capital Federal que quisieran integrarse como médicos generales del primer nivel de atención, destinado al “...diagnóstico, tratamiento y cuidado del enfermo ambulatorio en el consultorio privado o a domicilio, con el apoyo, a cargo del Instituto, de los servicios de enfermería, asistencia social y exámenes de laboratorio y radiológicos” (*La Nación*, 14/11/1971; 15/11/1971; 16/11/1971).

Al llamado de los médicos se sumó, en diciembre de 1971, la inscripción de enfermeras, trabajadores sociales y asistentes sociales (*La Nación*, 4/12/1971, 5/12/1971). A ello se agregaría la capacitación gerontológica que recibieron diferentes

# INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

## PROGRAMA DE ATENCION MEDICA INTEGRAL (P.A.M.I.)

Es propósito principal del Instituto brindar servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud de los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión, y a su grupo familiar primario, los cuales constituyen el diez por ciento de la población del país. Para cumplir con estos objetivos, ha creado el PROGRAMA DE ATENCION MEDICA INTEGRAL.

### PROGRAMA

que asegure el DERECHO A LA SALUD de sus beneficiarios, por medio de: Acciones para la prevención y tratamiento de las enfermedades. Cuidado de enfermería domiciliar y ayuda en las tareas de la vida diaria. Empleo intensivo de técnicas de rehabilitación.

### ATENCION MEDICA

que se sostiene y perfecciona sobre un núcleo básico: la relación del paciente y su médico, basada en la libre elección entre ambos. Este sistema respeta los legítimos derechos de los médicos y de los enfermos y se organiza mediante el pago por capitación, que dignifica la misión del médico, puesto que sus ingresos se corresponden con el número de inscriptos en su registro evitando el pago por prestaciones.

### INTEGRAL

porque combina tres niveles escalonados de atención.  
**Primer Nivel** de diagnóstico, tratamiento y cuidado del enfermo ambulatorio en el consultorio privado y/o a domicilio, con el apoyo, a cargo del Instituto, de los servicios de enfermería, asistencia social y exámenes de laboratorio y radiológicos;  
**Segundo Nivel** de atención institucional para consulta con especialistas e internación de los pacientes agudos.  
**Tercer Nivel** para convalecientes; de rehabilitación, y para enfermos crónicos y casos especiales.

### LLAMADO A LOS SEÑORES MEDICOS DE LA CAPITAL FEDERAL

Las tareas del Primer Nivel estarán a cargo de MEDICOS GENERALES a quienes, el Instituto invita a ingresar al sistema, abriendo la inscripción a su registro para una posterior selección por zonas. Los restantes niveles se organizan con instituciones que reúnen condiciones adecuadas de complejidad médica.

### REQUISITOS

- 1º) Médicos con consultorio habilitado en la Capital Federal, propio o compartido con otro colega y dotado de teléfono.
- 2º) Disponer de tiempo para la atención de los pacientes inscriptos en su lista, de acuerdo a las normas de trabajo del P.P.M.I.
- 3º) Concurrir al acto de inscripción con:
  - a) Su matrícula profesional (credencial médica) de la Capital Federal.

### APERTURA DEL REGISTRO

En la sede del Instituto, entrada por Cerrito 836 —Entrepiso— desde el miércoles 18 al domingo 21 de noviembre, inclusiva. En el horario de 8 a 20 horas.

Figura 1. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Publicidad para la inscripción de médicos de la Capital Federal que deseen prestar servicios en el primer nivel de atención.

Fuente: *La Nación*, 11/04/1971.

especialistas, en un contexto donde la disciplina comenzaba a desarrollarse como saber médico (Rodríguez, s/f).

Estas iniciativas llevadas adelante por el primer directorio del Programa de Atención Médica Integral sufrieron el rechazo de la corporación médica, que desde mayo de 1971 se encontraba en un conflicto público con la Confederación General del Trabajo (CGT), en tanto representante de las obras sociales, por el modo en que se iba a reglamentar la Ley 18610, en particular por los modos de contratación de los médicos que permitiría la nueva regulación. En ese conflicto, la Confederación General del Trabajo promovía que la reglamentación de la nueva ley permitiera la

contratación de los médicos por medio de un salario (e incluso defendían posturas más extremas como que estuvieran a cargo del propio Estado), con el argumento de que el pago por prestación impedía el control económico de las obras sociales y por lo tanto atentaba contra los derechos de los trabajadores (*La Opinión*, 17/12/1971). Los médicos, por su lado, veían en estas posturas el peligro de *socialización* de la actividad, y defendían las históricas reivindicaciones consagradas en las décadas anteriores (Belmartino, 2011).

En este contexto de enfrentamiento general, las iniciativas del Programa de Atención Médica Integral tuvieron una reacción negativa particular, en la medida en que el Programa era percibido como un ataque al ejercicio liberal de la profesión. En primer lugar, la oposición apuntaba a que este sistema impedía la libre elección del médico por parte del paciente. Así, en una solicitada del 7 de diciembre de 1971, la corporación médica llamaba la atención sobre el peligro que corría el sector salud por el sistema de capitación implementado en la obra social de jubilados y pensionados, en la medida en que el afiliado "...pierde dignidad social, lo convierte en un número despersonalizado y lo sumerge en un sistema supuestamente más barato, pero ciertamente deplorable: nunca recuerda su derecho de continuar eligiendo libremente a su médico..." (*La Nación*, 7/12/1971, p. 11).

Tres días después, en otra solicitada volvían a rechazar la implementación del Programa de Atención Médica Integral, agregando el argumento de que en el sistema de capitación no había control de la contratación de los médicos y quedaban por fuera de la representación las agrupaciones gremiales (*La Nación*, 10/12/1971). Si bien esto último podía ser cierto en los primeros meses, la falta de representación sindical se saldaría hacia fines de diciembre de 1972 cuando los médicos del Programa de Atención Médica Integral comenzaron a agruparse y hacer público sus reclamos sectoriales (*La Nación*, 12/12/1972).

Los miembros del directorio del Programa de Atención Médica Integral respondían a estas acusaciones con una postura que, más que enfrentar directamente a la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), relativizaba las interpretaciones acerca del significado de *libre elección*. Así, en una publicidad en la que se anunciaba la búsqueda de médicos que quisieran enrolarse en el Programa de Atención Médica Integral aparecida en el diario *La Nación*, el directorio del Instituto defendía que el sistema respetaba la libre elección del médico, ya que los afiliados podían elegir cuál sería su médico de cabecera de la cartilla de profesionales disponibles, y además afirmaban:

Este sistema respeta los legítimos derechos de los médicos y de los enfermos y se organiza mediante el pago por capitación, que dignifica la misión del médico, puesto que sus ingresos se corresponden con el número de inscriptos en su registro evitando el pago por prestación. (*La Nación*, 14/11/1971, p. 13)

Sin embargo, pese a los argumentos del Programa de Atención Médica Integral, en los meses siguientes la agrupación médica de la Capital Federal profundizó su posicionamiento. En marzo de 1972 manifestaban su queja porque la federación médica

no había sido consultada sobre ese sistema de prestaciones y tenían incertidumbres sobre cómo se implementaría, e informaban a los médicos inscriptos en ese sistema para informarlos sobre lo perjudicial del plan médico (*La Nación*, 16/03/1972). Dos meses más tarde, en abril de 1972, el Consejo Federal Extraordinario estableció desautorizar las inscripciones de profesionales al sistema de prestaciones propias del Programa de Atención Médica Integral en el listado de la Capital Federal, y rechazar cualquier programa que quiera incluirse al sistema de salud presentando las mismas características y sin ser consultado a los gremios profesionales (*La Nación*, 3/04/1972). En concreto, el gremio tenía potestad para aplicar sanciones a los médicos que desobedecieran sus decisiones y en muchas ocasiones lo habían realizado, en una muestra de la capacidad disciplinadora y reguladora de la agrupación de profesionales (Belmartino & Bloch, 1993).

Una postura similar sería refrendada ese mismo mes por la Confederación Médica de la República Argentina, órgano representante de todas las filiales médicas, que en una de las resoluciones aprobadas por el Consejo Federal reunido en Jujuy establecía:

Rechazar el sistema de llamado de capitación o de listado del Programa de Atención Médica Integral, tal como ha sido preconizado en el ámbito de la Capital Federal, por cuanto este involucra la negación de principios elementales que conforman una correcta atención; simulacro de libre elección, pérdida de la relación contractual médico-enfermo, retribución por servicios no prestados, antiselección del conjunto de usuarios y otras razones conocidas y reiteradamente expuestas. Se trata, en suma, de una arriesgada experiencia en la cual el cuerpo médico no desea participar, en salvaguarda de la salud de los propios afiliados. (*La Nación*, 19/04/1972, p. 3)

En la medida que el sistema de prestaciones propias comenzó a implementarse, la estrategia del gremio médico de la Capital Federal se acentuó en marcar las limitaciones y falencias del programa, agregando a los desacuerdos por las formas de contratación un conjunto de objeciones técnicas, resaltando su legitimidad como profesionales de la salud frente a los gestores. En una solicitada de su Junta Ejecutiva, afirmaban que para que la atención médica al sector de jubilados y pensionados sea efectiva debía haber:

1) Atención integral brindada por clínicos, geriatras y especialistas seleccionados por riguroso concurso de idoneidad, garantizando su estabilidad y correcta remuneración; [...] 3) Suficiente capacidad en centros de control de atención públicos o privados, dotados de todos los equipos necesarios así como del personal profesional y auxiliar; 4) Institutos geriátricos que posibiliten una existencia digna a los ancianos que lo requieran... (*La Nación*, 24/06/1972, p. 8)

De esta manera, resaltaban algunas de las limitaciones de la planificación del sistema de servicios propios que juzgaban desde sus saberes profesionales: la atención del médico de cabecera no era en compañía de un geriatra o gerontólogo, que hubiese sido adecuada teniendo en cuenta los destinatarios de los servicios; los profesionales no eran seleccionados por concurso; y se continuaba descontando a todo el sector de jubilados y pensionados de las cajas nacionales de previsión mientras solo accedía una minoría, debido a que el Programa de Atención Médica Integral no contaban con suficiente desarrollo de los servicios.

A pesar de estas oposiciones, el Instituto mantenía la estrategia del desarrollo de servicios médicos propios en la Capital Federal. La defensa del Programa apelaba al efecto demostración, y en diferentes anuncios públicos se resaltaba el crecimiento del número de médicos que se incorporaban a las cartillas, y daban cifras no siempre consistentes entre sí, que oscilaban entre 500 y 1300 médicos para febrero de 1972 (Memorando, 17/02/1972, citado en Imaz, 1996).

Pero el enfrentamiento con la corporación médica no sería el único obstáculo del primer directorio. Pese al sostenido reclutamiento de profesionales, el avance en la implementación del Programa de Atención Médica Integral en estos primeros meses no cumplía con las expectativas del ministro Manrique, que luego de una serie de desacuerdos en cuanto al ritmo y prioridades a tener en cuenta le solicitó la renuncia al presidente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Urrutia, en febrero de 1972. Según Imaz (1996), la decisión de Manrique se debió a que, pese a la oposición del ministro, los miembros del directorio viajaron a Europa para evaluar cómo funcionaban los establecimientos geriátricos en ese continente y poder aprender de la experiencia para aplicarlo al Programa de Atención Médica Integral. Al regreso del viaje, Manrique pidió a los miembros del directorio que presentaran la renuncia, lo que resultó en un cambio de la presidencia. En febrero de 1972 asumió como nuevo presidente Palmiro Vanoli, hombre de confianza del ministro, aunque solo duraría en el cargo unos meses, hasta la intervención del Instituto el 29 de junio del mismo año (*Boletín Informativo CDJP*, 1972).

Durante la gestión del segundo directorio se siguió con la implementación de la atención médica a los afiliados del Programa de Atención Médica Integral a través de los servicios propios, y con la propaganda de la evolución del personal reclutado. El 16 de marzo de 1972 se anunció, como parte del desarrollo del primer nivel, el comienzo de la atención de los médicos de cabecera en el domicilio del paciente, y se comunicó que llegaban a 500 los profesionales (*La Nación*, 16/03/1972). Un mes después, en otra propaganda se anunciaba:

*Hay 800 médicos esperando a un jubilado*

Exactamente, médicos atendiendo en consultorios y a domicilio; servicio total de laboratorio y radiología; especialistas, servicio de odontología e internación en instituciones contratadas; descuentos en todos los medicamentos; enfermeras y asistentes sociales a domicilio; guardia médica permanente.

Este es el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), para jubilados, pensionados y familiares, residentes en la Capital Federal.



Todos los servicios sin ningún cargo. Usted lo necesitaba, aquí lo tiene.  
Ahora hay quien vela por usted las 24 horas. (*La Nación*, 4/04/1972, p. 10)

En el mes de mayo de 1972 se comenzaron a publicar los listados de médicos de cabecera por zona de la Capital Federal (*La Nación*, 6/04/1972; 7/04/1972; 8/04/1972; 9/04/1972) y el presidente Vanoli señalaba: “se inicia una etapa para afirmar enérgicamente la preocupación prioritaria por la prestación de servicios médicos” (*La Nación*, 23/04/1972, p. 6).

Sin embargo, esas serían unas de las últimas apariciones públicas del directorio de jubilados. El 30 junio de 1972, a través de la Ley 19709, se produjo la primera intervención al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en principio por un periodo de 60 días aunque luego se extendió hasta el fin de la presidencia de Lanusse en mayo de 1973. La medida se tomaba para:

...permitir una intensa labor de reorganización del Instituto, con el fin de lograr una adecuada prestación de servicios a un enorme universo de beneficiarios, como asimismo efectuar el relevamiento del estado financiero y económico del organismo y elaborar las reformas legales y estructurales que permitan cumplir con acierto los objetivos tenidos en vista al momento de su creación. (República Argentina, 1972)

La decisión de intervenir el Instituto y relevar a los jubilados de su conducción, a solo un año de su puesta en funciones, no fue bien recibido por las agrupaciones, quienes consideraban que eran los legítimos directivos y pedían el cese de la decisión (Zabala *et al.*, 2018). La Intervención implicó no solo el control total y directo del Instituto por parte del Ministerio de Bienestar Social, sino la asunción de nuevos actores con un perfil diferente. El primer interventor, entre junio y diciembre de 1972, fue el médico Carlos Joaquín García Díaz, exsecretario de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires y miembro del directorio del Instituto Nacional de Obras Sociales (creado por la Ley 18610). Con un marcado perfil técnico asociado a lo que ha sido caracterizado como *tecnoburocracia sanitaria* (Iriart *et al.*, 1994), estos profesionales de tendencia antiperonista se especializaron desde fines de la década de 1950 en la planificación de los servicios sanitarios (Iriart *et al.*, 1994; Zabala & Librandi, 2018). Ese mismo perfil presentaría el médico Roberto Francisco Gómez, interventor del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de enero a mayo de 1973.

Al tiempo que el Instituto era intervenido, el conflicto médico se agudizó, y la Confederación Médica de la República Argentina y sus filiales realizaron sucesivos paros acompañados por solicitadas dirigidas a la población general, en las que reclamaban por las políticas sanitarias de Manrique en general (*La Nación*, 3/07/1972; 5/07/1972; 21/07/1972; 23/07/1972). En una jornada de huelga de los médicos que alcanzó un día y medio de inactividad, en julio de 1972, el Ministerio de Bienestar Social respondió a la medida tomada por los profesionales mediante un documento publicado en los periódicos de tirada nacional que se titulaba “*Sr. Profesional*,

*convierta 36 horas inútiles en 36 horas útiles. Estos son algunos documentos que Ud. debe conocer y que hacen a la política de salud que está siendo ejecutada y que será mantenida*". Si bien el documento era una respuesta general de la cartera de Bienestar Social a la situación del sistema de salud, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados ocupaba la mayor parte de su contenido, y nos da una idea de cómo el Instituto fue definitivamente absorbido por el ministerio, y quedaron de lado las pretensiones de autonomía que en sus inicios abrigaban las agrupaciones de jubilados. En él se detallaba la estructura operativa del sistema de servicios propios y de los tres niveles de atención, se incluían la descripción y las tareas de la nueva profesional sociosanitaria —la asistente de cuidados—, e incluso se presentaba un glosario con los distintos términos previstos en la atención del Programa de Atención Médica Integral, tales como *visita, atención ambulatoria, servicios de cuidados personales*, entre otros (*La Nación*, 19/07/1971).

El pasaje de la dirección de jubilados a especialistas significó, hacia el final del periodo que estamos analizando, la preponderancia de la estrategia de contratos y convenios por sobre la de desarrollo de servicios propios. Los anuncios con las convocatorias a los profesionales dejaron de aparecer en los diarios del modo en que lo hicieron durante el primer año, y fueron reemplazados por los anuncios de convenios y contratos sobre la que se va a apoyar la expansión en el territorio nacional.

### *La Provincia de Buenos Aires y el interior del país como prioridad de la agenda de contratos y convenios*

A diferencia de lo sucedido en la Capital Federal, la implementación del Programa de Atención Médica Integral en el resto del país se produjo a través de garantizar a los beneficiarios el acceso a servicios de atención médica ya disponibles. Esos servicios serían financiados por el Instituto, a través de diferentes instrumentos pactados con los diferentes encargados de las prestaciones, lo que resultó en los hechos en un refuerzo del sistema ya establecido de prestaciones sanitarias.

Esta estrategia se dividió en dos grandes grupos. Por un lado, aquellos beneficiarios del régimen nacional y su grupo familiar que ya estaban afiliados a una obra social, a partir de la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados se atenderían en el marco de las contrataciones establecidas entre sus prestadoras de servicios y el Instituto. Estos usuarios no necesitaban afiliarse al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados para acceder a las prestaciones sanitarias. Por otro lado, estarían aquellos beneficiarios que no se encontraban afiliados a ninguna obra social, a los que se los derivaría a obras sociales que ya se encontraban en funcionamiento y se los atendería mediante contratos y licitaciones de la medicina privada (*La Nación*, 19/07/1971).

A través de los diarios de tirada nacional *La Nación* y *La Prensa*, en la que se publicaba regularmente el avance del Programa de Atención Médica Integral como parte de la estrategia política de visibilizar y capitalizar esos actos, pudimos dar cuenta de la expansión de estos servicios, que se expresaban tanto en la firma de contratos y

convenios como en la convocatoria a afiliaciones, firma de acuerdos, llamado a licitaciones y compra de inmuebles.

Si bien el mayor énfasis del primer gobierno del Instituto estuvo puesto en el desarrollo de servicios propios, durante el primer directorio se realizaron los primeros contratos y convenios, lo que da cuenta de que estas estrategias no deben entenderse como opciones excluyentes. Estos primeros acuerdos se realizaron en la provincia de Buenos Aires con los sindicatos del papel, la federación de gráficos, la industria del papel, químicos y afines (*La Nación*, 28/11/1971) y el Instituto de Servicios Sociales del Personal Ferroviario (*La Nación*, 6/02/1972). También se dio en esos meses el inicio de los descuentos de medicamentos en farmacias (*La Nación*, 8/02/1972).

Durante el segundo directorio, los acuerdos comenzaron a extenderse a las provincias. Así, entre febrero y junio de 1972 comenzó la inscripción de los afiliados y su grupo familiar en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe) (*La Nación*, 17/02/1972), la provincia de Tucumán (*La Nación*, 4/03/1972), Jujuy (*La Nación*, 23/03/1972) y Corrientes, que fue sede del Instituto para toda la región del Noroeste: Chaco, Formosa y Misiones, donde radicó sus oficinas administrativas (Katz *et. al.*, 1993).

Pero el mayor crecimiento de convenios y contratos se daría a partir de la intervención del Instituto, en junio de 1972, en buena medida como resultado de la necesidad política de imprimir un ritmo mayor a su expansión. De esta forma, a partir de allí, en un lapso de pocas semanas, se va a anunciar la firma de convenios con las provincias de Formosa, La Rioja, Neuquén, Mendoza y Tierra del Fuego (*La Nación*, 2/09/1972), a las que luego se sumarían los acuerdos con las provincias de San Juan, Santiago del Estero y Entre Ríos (*La Nación*, 19/09/1972).

Aunque lo más relevante fue el desarrollo administrativo y de prestaciones en la provincia de Buenos Aires, donde comenzaron múltiples campañas de afiliación de beneficiarios, que continuaron incluso luego de la renuncia de Manrique al Ministerio de Bienestar Social para enfrentar su campaña presidencial. En una publicidad del 2 de septiembre de 1972 (Figura 2), se detallaba que el 22 de agosto de ese año se había iniciado la afiliación en las localidades de Baradero, Campana, Escobar, Zarate y San Pedro, y el 4 de septiembre en Balcarce, Coronel Pringles, Coronel Suárez, Chacabuco, Chascomús, Chivilcoy, Dolores, Lobos, Luján, Mercedes, Necochea, Pilar y Tres Arroyos. Asimismo, el 25 de septiembre comenzó la afiliación en 18 municipios: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, General San Martín, General Sarmiento, Lanús, Lomas de Zamora, La Matanza, San Justo, Merlo, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López (*La Nación*, 25/09/1972). En la noticia donde se anunciaba la inscripción se podía destacar que los lugares de afiliación en los distintos partidos no eran oficinas del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en muchos casos aún inexistentes, sino sociedades de fomento, clubes, centros culturales, organizaciones gremiales y municipalidades que prestaban el espacio. En este sentido, la necesidad urgente de implementar los servicios estaba acompañada de una falta de desarrollo burocrático, y sobre todo edilicio. En este proceso, la provincia de Buenos Aires tendría en los meses del final del gobierno de Lanusse una clara prioridad por sobre el resto de las regiones del país.

# SEÑOR AFILIADO: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados le informa:

## SI VIVE EN CAPITAL FEDERAL



Para hacer uso de los servicios médicos, debe estar afiliado al PAMI - Programa de Atención Médica Integral. Si aún no está afiliado, concórra a la Sede Central del Instituto, Tucumán 520, en el horario de 7:30 a 18 horas. Estos son los beneficios que lo ofrecen:

- Atención en consultorios privados y domicilio, por médicos de cabecera.
- Atención de urgencia en domicilio, por médicos de guardia.
- Internaciones por médicos especialistas.
- Exámenes de laboratorio, radiología, etc.
- Ginecología.
- Información de pacientes agudos y crónicos.

Todos estos servicios son gratuitos. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados le brinda además:

- Turismo y recreación
- Aseguramiento previsional
- Aseguramiento jurídico

Infórmese sobre todos estos servicios en nuestra Sede Central o por los teléfonos:

31-0442  
31-1166  
31-2164  
31-3572  
31-3574  
31-3575  
31-3576  
31-6866  
31-7101  
32-0482

## SI VIVE EN PROV. de BS. AS.



Usted gozará en breve de los mismos beneficios. Hoy le informamos:

1. Desde el día 22 de agosto, se viene realizando la afiliación en las siguientes localidades: Barradero, Campana, Escobar, Zelazki y San Pedro.

2. El 4 de septiembre se iniciará la afiliación en Balcarce, Coronel Frin-

gola, Coronel Suárez, Chasabuco, Chascomús, Chivilcoy, Dolores, Lobos, Luán, Mercedes, Necochea, Pilar y Tres Arroyos.

3. Muy pronto se abren Centros PAMI en Avellaneda, Bahía Blanca, Leno, San Justo, San Martín, Temperley y Vicente López.

Nuestras próximas noticias informarán sobre las prestaciones de servicios en el resto del país, aunque ahora adelantamos que ya se brinda atención médica en Formosa, La Rioja, Mendoza, Neuquén y Tierra del Fuego.



MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES



**INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS**

Figura 2. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Publicidad sobre el funcionamiento en la Capital Federal y la llegada del organismo a la provincia de Buenos Aires.

Fuente: Publicidad en donde se menciona el funcionamiento existente a la fecha en la Capital Federal y la llegada del organismo a la provincia de Buenos Aires. *La Nación* (2/09/1972).

Durante la segunda intervención, a cargo de Roberto Francisco Gómez de enero a mayo de 1973, se hizo hincapié al llamado a licitación para inmuebles en las provincias y capital federal (*La Prensa*, 22/03/1973; 23/03/1973; 24/03/1973), y se produjeron los primeros convenios con la salud pública a través de hospitales estatales, de colectividades, paraestatales, mutuales y gremiales (*La Nación*, 6/04/1973; 7/04/1973; 8/04/1973).

Finalizando el gobierno *de facto* de Alejandro Lanusse y comenzando la transición hacia la asunción democrática de Héctor Cámpora (1973), Gómez realizó un repaso de los logros en materia de atención médica de los afiliados del Instituto. El interventor enumeraba más de 453.000 prestaciones médicas distribuidas en Tucumán, La Rioja, San Juan, Mendoza y Salta, 74.436 análisis de laboratorios, 31.420 servicios de radiografía, 335.886 atenciones con especialistas, 3.063 internaciones y 9.044 prestaciones de servicios odontológicos (*La Prensa*, 22/05/1973). Entre ellos no realizaba distinción de cuáles efectivamente formaban parte de los servicios propios del Programa de Atención Médica Integral y cuáles eran contrataciones y convenios, tampoco aclaraba por qué en el listado faltaban provincias ni remarcaba el énfasis que los interventores habían puesto en la provincia de Buenos Aires por sobre el resto de las provincias.

## Conclusiones: a modo de cierre

Hemos intentado mostrar, a partir de las distintas estrategias de implementación del Programa de Atención Médica Integral, algunos hechos que nos parecen significativos para comprender, en un caso específico, el modo en que se dan los procesos de surgimiento e implementación de las políticas públicas, en general, y del sector salud en particular. Podríamos mencionar, como primera conclusión evidente de nuestro caso, la clásica distancia que puede observarse entre el surgimiento inicial del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y del Programa de Atención Médica Integral, y su desarrollo concreto, lo que resulta coherente con diferentes perspectivas que han analizado a las políticas públicas como procesos atravesados por las disputas de concepciones e intereses que los distintos actores —entre ellos, los representantes del Estado— movilizan en torno a estas intervenciones<sup>5</sup>.

Ahora bien, más allá de esta constatación, nos interesa reflexionar sobre los motivos concretos que fueron explicando esas transformaciones en el proyecto del Instituto en los dos aspectos en los que hemos construido nuestro análisis: la organización interna del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y su posición dentro de un campo de relaciones más amplio.

En el primero de estos planos, la organización inicial del Instituto con un gobierno a cargo del grupo de beneficiarios parece haber sido originalmente el modo en que se resolvió el proceso conflictivo que protagonizaron los jubilados hacia fines de la década de 1960 y comienzos de 1970. El modelo imperante de las obras sociales, en ese marco, demostró una legitimidad que ambos actores —jubilados y representantes del Estado— convinieron en aceptar, en detrimento de otras opciones que podrían haber garantizado los mismos servicios (como por ejemplo

---

<sup>5</sup>Entre muchos otros, este tipo de explicaciones pueden encontrarse tanto en los análisis de la sociología de los problemas públicos de Gusfield (2005), o de las ciencias políticas en trabajos como los de Oszlak & O'Donnell (1995) o Thoenig (1997).

el fortalecimiento del servicio público, evitando así una mayor fragmentación en la estructura de servicios sanitarios).

Ahora bien, este modelo organizacional solo fue copiado en sus aspectos formales, pero no en los aspectos sustantivos que dieron origen y permitieron el crecimiento de las otras obras sociales. Esto es, la asociación entre una obra social y un actor gremial con capacidad de defender sus posiciones en una negociación política. Los jubilados, en este sentido, y en particular aquellos designados para ocupar los cargos de dirección, fueron incapaces de resistir los mínimos desajustes entre las aspiraciones propias y las expectativas del Estado, y culminaron su ciclo a pocos meses de iniciado el proceso.

El otro plano tiene que ver con el rol del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados dentro del campo sanitario. En este sentido, resulta interesante analizar la trayectoria de la experiencia innovadora que propuso el Programa de Atención Médica Integral, en relación con la introducción de nuevas formas de administrar las prestaciones que desafiaran el *statu quo* corporativo (reflejado, fundamentalmente, en el pago por prestación y la libre elección del médico, por parte de los prestadores, y en el interés por manejar los fondos de las obras sociales, por parte de los gremios). La trayectoria de este proyecto innovador, en este caso, se inicia en las propuestas de un grupo de sanitaristas que, recogiendo las experiencias del campo sanitario, proponen el pago per cápita y la figura del médico de cabecera.

Ahora bien, es difícil dilucidar si la mayor oposición a esta estrategia provino del rechazo explícito y en cierta medida obvio de la corporación médica —que fue inicialmente contenido por el Estado—, o de las aspiraciones políticas creadas en torno al Programa de Atención Médica Integral, y la urgencia que estas aspiraciones le exigieron para aumentar la cobertura en un periodo de tiempo incompatible con la estrategia inicial. El resultado, en cualquiera de los dos casos, fue la opción por apelar a los contratos y convenios como alternativa más rápida, reforzando las dinámicas existentes y transformando al Programa de Atención Médica Integral en una nueva fuente de financiamiento adecuada a los intereses corporativos (tanto de los prestadores como de las obras sociales), ocupando un rol que se iría acentuando con los años y que lo ha llevado a ser, en la actualidad, el actor de mayor participación presupuestaria en el campo sanitario.

## Bibliografía

- Arce, H. (2010). *El sistema de salud. De dónde venimos y hacia dónde vamos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el Siglo XX: Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Belmartino, S. (2011). *Historias comparadas de la profesión médica. Argentina y EEUU*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Belmartino, S.; Bloch, C. (1993). La medicina prepaga en Argentina: Su desarrollo desde los años sesenta. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 64, p. 4-29.

- Belmartino, S. (1994). *El sector salud en la Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*: OPS.
- Boletín informativo del Centro de Docentes Jubilados y Pensionados. (1972). v. 10, n. 97.
- Cecchi, A. V. (2015). *Yo gané al Prode ¿y usted? Apuestas y clases medias en los años setenta*. (Ponencia). Buenos Aires: XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Dal Bó, A. (2008). *Hospitales de reforma: Crónica para evitar el olvido*. Buenos Aires: Biblos.
- De Riz, L. (2000). *La política en suspenso 1966/1976*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Feldman, J.; Golbert, L.; Isuani E. A. (1988). *Maduración y crisis del sistema previsional argentino*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Felitti, K. (2005). La política demográfica del tercer gobierno peronista: Justificaciones, repercusiones y resistencias al control de la natalidad (1973-1976). *Trabajos y comunicaciones (2da época)*, año 2004-2005, n. 30-31, p. 288-307.
- Giorgi, G. (2010). Redes católicas y Estado en la “Revolución Argentina”. *Revista Ciencias Sociales y Religión*, v. 12, n. 12, p. 53-78.
- Giorgi, G. (2015). En los pliegues de la planificación del Onganiato: El comunitarismo como política estatal (1966-1970). *Anuario IEHS*, n. 29-30, p. 159-175.
- Giorgi, G.; Mallimaci, F. (2012). Catolicismos, nacionalismos y comunitarismos en política social. Redes católicas en la creación del Ministerio de Bienestar Social de Argentina (1966-1970). *Revista Cultura y Religión*, v. 6, n. 1, p. 113-144.
- Golbert, L. (1988). El envejecimiento de la población y la seguridad social. *Boletín de Techint*, n. 251, p. 37-66.
- Gomes, G. (2011). El Onganiato y los sectores populares: Funcionarios, ideas y políticas de la Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad (1966-1970). *Anuario del Centro de Estudios Históricos “Prof. Carlos S. Segreti”*, v. 11, n. 11, p. 279-302.
- Gusfield, J. (2014). *La cultura de los problemas públicos: El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Imaz, C. (1996). *Los primeros días del PAMI*. Buenos Aires: INSSJP.
- Iriart, C.; Nervi, L.; Oliver, B.; Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Katz, J. et al. (1993). *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- La Nación. (15/06/1971). Asumió el directorio del Instituto de Obras sociales para Jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 12.
- La Nación. (11/07/1972). Paro médico. Sr profesional: convierta 36 horas inútiles en 36 horas útiles. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3-7.
- La Nación. (19/07/1971). Beneficios sociales para jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 2.
- La Nación. (6/11/1971). Atención social a los jubilados. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (14/11/1971) Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Programa de Atención Médica Integral (P.A.M.I.). Buenos Aires. p. 13.
- La Nación. (15/11/1971). Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Programa de Atención Médica Integral (P.A.M.I.). Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (16/11/1971). Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Programa de Atención Médica Integral (P.A.M.I.). Buenos Aires. p. 9.

- La Nación. (21/11/1971). La atención médica para la clase pasiva. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (28/11/1971). Servicios médicos para jubilados. Buenos Aires. p. 18.
- La Nación. (4/12/1971). Enfermería y servicio social. Inscripción de personal. Buenos Aires.
- La Nación. (5/12/1971). Enfermería y servicio social. Inscripción de personal. Buenos Aires.
- La Nación. (7/12/1971). Solicitada: No habrá más médicos. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (10/12/1971). Jubilados. Buenos Aires. p. 14.
- La Nación. (6/02/1972). Jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (8/02/1972). Beneficios para los jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.
- La Nación. (17/02/1972). Atención a jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (4/03/1972). Servicios médicos para jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (16/03/1972). Comenzó la atención médica a jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (23/03/1972). La atención médica para los jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (3/04/1972). Posición médica en materia previsional. *La Nación*. Buenos Aires. p. 10.
- La Nación. (4/04/1972). Hay 800 médicos esperando a un jubilado. *La Nación*. Buenos Aires. p. 10.
- La Nación. (6/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (7/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (8/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (9/04/1972). Si usted vive en esta zona aquí está su médico del Instituto. *La Nación*. Buenos Aires. p. 17.
- La Nación. (19/04/1972). Solicitada al cuerpo médico. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3.
- La Nación. (23/04/1972). Jornadas médicas sobre atención a jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 6.
- La Nación. (24/06/1972). Solicitada: al cuerpo médico, a los jubilados y pensionados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 8.
- La Nación. (3/07/1972). Solicitada: paro médico. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3.
- La Nación. (5/07/1972). Solicitada: demagogia y salud pública. Paro médico nacional. *La Nación*. Buenos Aires. p. 3.
- La Nación. (21/07/1972). Solicitada ¡¡¡Oíd el ruido de rotas cadenas...!!! *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (23/07/1972). Solicitada: frente al agravio, la verdad de los médicos. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.
- La Nación. (2/09/1972). Señor afiliado: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados le informa. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.
- La Nación. (19/09/1972). Dan beneficios a jubilados en todo el país. *La Nación*. Buenos Aires. p. 11.
- La Nación. (25/09/1972). Benefician a jubilados con atención médica. *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (12/12/1972). Agrúpanse los médicos de los jubilados. *La Nación*. Buenos Aires. p. 12.
- La Nación. (6/04/1973). Licitación pública n°8/73. *La Nación*. Buenos Aires. p. 7.
- La Nación. (7/04/1973). Licitación pública n°8/73. *La Nación*. Buenos Aires. p. 5.
- La Nación. (8/04/1973). Licitación pública n°8/73. *La Nación*. Buenos Aires. p. 4.



- La Opinión. (17/12/1971). Hacia la verdad en el tema de salud. *La Opinión*. Buenos Aires. p. 4.
- La Prensa. (22/03/1973). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados necesita alquilar. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 3.
- La Prensa. (23/03/1973). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados necesita alquilar. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 3.
- La Prensa. (24/03/1973). Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados necesita alquilar. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 5.
- La Prensa. (22/05/1973). Infórmese sobre atención médica al sector pasivo. *La Prensa*. Buenos Aires. p. 6.
- Manrique, F. (1983). *Qué es el Partido Federal*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- O'Donnell, G. (2008). *Catacumbas*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Oszlak, O.; O'Donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. *Redes*, v. 2, n. 4, p. 99-128.
- Osuna, M. F. (2017a). El ministerio de Bienestar Social durante la gestión de Francisco Manrique. La función de la política social en los últimos años de la "Revolución Argentina" (1970-1973). *Revista Quinto Sol*, v. 21, n. 2, p.1-25.
- Osuna, M. F. (2017b). *La intervención social del Estado. El Ministerio de Bienestar Social entre dos dictaduras (Argentina, 1966-1983)*. Rosario: Prohistoria.
- República Argentina. (1971a). *Ley 19032. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*. 13 de mayo de 1971. Recuperado de: <https://bit.ly/3Egu69A>.
- República Argentina. (1971b). *Ley 19336 Pronósticos Deportivos: Creación lotería. Lotería de beneficencia nacional y casinos*. 5 de noviembre de 1971. Recuperado de: <https://bit.ly/32fpraV>.
- República Argentina. (1972). *Ley 19709. Intervención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*. 30 de junio de 1972.
- Rodríguez, L. (2013). Los católicos desarrollistas en Argentina. Educación y planeamiento en los años de 1960. *Revista Diálogos*, v. 17, n. 1, p. 155-184.
- Rodríguez, S. (s/f.). *Modelos de atención y financiamiento en salud mental en el INSSJP*. (Tesis de maestría). Buenos Aires: Universidad ISalud.
- Rouquié, A. (1983). *Poder militar y sociedad política en Argentina*. Tomo II. 1943-1973. Buenos Aires: Emecé.
- Thoenig, J. C. (1997). Política pública y acción pública. *Gestión y Política Pública*, v. 6, n. 1, p. 19-37.
- Zabala, J. P.; Almirón, V. N.; Golbert, L. (2018). *La creación del Programa de Asistencia Médica Integral-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI-INSSJP). Actores, conflictos e intereses en la consolidación del sistema de seguridad social, 1971-1976*. (Ponencia). Córdoba: VIII Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América Latina. CIECS/Conicet-UNC.
- Zabala, J. P.; Librandi, J. M. (2018). Medir para planificar: El estudio sobre salud y educación médica y los límites de la política sanitaria de la "Revolución Argentina" (1966-1973). *Revista Ciencias de la Salud*, v. 16, n. 3, p. 550-570.