

Rubén A. Storino

HISTORIA DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

CUNA DE TITANES



TOMO I

(Período 1941 - 1960)

EDITORIAL DUNKEN

HISTORIA DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

CUNA DE TITANES

TOMO I

(PERÍODO 1941-1960)

RUBÉN A. STORINO

**HISTORIA
DE LA AGREMIACIÓN
MÉDICA PLATENSE**

CUNA DE TITANES

TOMO I
(PERÍODO 1941 – 1960)

EDITORIAL DUNKEN

Buenos Aires
2015

Contenido y corrección a cargo de el/los autor/es.

Impreso por Editorial Dunken
Ayacucho 357 (C1025AAG) - Capital Federal
Tel/fax: 4954-7700 / 4954-7300
E-mail: *info@dunken.com.ar*
Página web: *www.dunken.com.ar*

Hecho el depósito que prevé la ley 11.723
Impreso en la Argentina
© 2012 Autor
e-mail: *@.com.ar*
ISBN en trámite

*Dedicado a la memoria de mi padre, **Homero Rubén Storino**,
un hombre verdaderamente excepcional, ejemplo de vida.*

Colaboración técnica, diseño de tapa e interior

MARÍA CECILIA MARCOS / PAOLA I. MOY

Diseño en Comunicación Visual

Auspiciado por
AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

“Pinta tu aldea y pintarás el mundo”.

León Tolstoi

ÍNDICE

La caridad del médico	15
A modo de prólogo	17
Introducción	21
Capítulo 1.	
Contexto histórico, crisis médica y hospitalaria en el 40	27
Capítulo 2.	
Gremialismo médico	41
Capítulo 3.	
Los congresos médico-gremiales	65
Capítulo 4.	
La Agremiación Médica Platense (1941-1945)	95
Capítulo 5.	
La Agremiación Médica Platense (1946–1950)	121
Capítulo 6.	
La Agremiación Médica Platense (1951–1955)	147
Capítulo 7.	
La Agremiación Médica Platense (1956–1960)	169
Bibliografía	247

LA CARIDAD DEL MÉDICO

La caridad del médico, a fuerza de ser permanente, ya no es virtud, sino costumbre, que se llena sin sentir.

Las profesiones son verdaderos capitales adquiridos en largos años de trabajos forzados y si es absurdo exigir que el hombre acaudalado preste su dinero sin interés, más absurdo es todavía exigir servicios personales, es decir gasto de un capital más estimado aún que la moneda, sin retribución adecuada.

Y no es, por cierto, un egoísmo reprochable y un interés mezquino lo que nos obliga a hablar en estos términos. Sabido es que la mayoría de los médicos practican la caridad en la más alta escala, sin el menor aparato.

Casi no hay médico que no emplee, sin retribución, las nueve décimas partes de su tiempo; casi no hay médico que no tenga diez enfermos, de los cuales solo uno retribuye su trabajo.

Eduardo Wilde, 1870.

A MODO DE PRÓLOGO

Desde Hipócrates y en especial con el juramento hipocrático, el humanismo médico ha sido un paradigma irremplazable para mantener la dignidad de la medicina como ciencia y arte, especialmente en la indispensable buena relación médico-paciente.

Una medicina integral que contemple la actividad médica desde una perspectiva filosófica –a través de la ética, la ciencia y el trabajo honesto con capacidad, equidad y aranceles dignos, luchando por mejorar cada día la eficiencia y la calidad médica– debe ser la meta de toda organización médica.

La medicina es una herramienta irrenunciable para mejorar la salud de los pueblos. Sin embargo, ninguna medicina que tenga como co-suficientes tanto al médico como el paciente puede ser de calidad. La lucha del gremialismo médico es la búsqueda de una medicina de calidad.

Hoy más que nunca ante la crisis que presenta la práctica médica es fundamental recordar algunos de los principios aprobados en la Asamblea Médica Mundial en Helsinki en 1964, que adoptó por unanimidad los siguientes puntos sobre la seguridad social:

- 1) Todo plan de Seguridad Social debiera permitir que el paciente consulte al médico de su preferencia y que el médico trate sólo a los pacientes de su elección, sin que los derechos de ambos se vean afectados

de ninguna manera. El principio de libre elección debe ser aplicado también en los casos en que el tratamiento médico o parte de él es dispensado en centros asistenciales. Todo sistema obligatorio daña las relaciones de confianza que son indispensables entre el médico y su paciente. El paciente debe tener la libertad para elegir el médico que lo ha de atender.

2) Todo sistema de Seguridad Social debe estar abierto a todos los médicos titulados, pero ni la profesión médica ni el médico individualmente deben ser obligados a participar, si ellos no desean hacerlo. Con respecto a los médicos, ningún sistema médico-social debe recurrir ni al acuerdo previo ni al reclutamiento forzado.

3) El médico debe tener la libertad para ejercer su profesión en el lugar de su preferencia y para limitar su práctica a la especialidad en que está calificado.

4) Las relaciones de confianza, que son la base de una medicina humana, desaparecerán si en los países que han alcanzado un cierto nivel de desarrollo, los médicos no tienen libertad para elegir su campo y lugar de práctica.

5) La profesión debe estar debidamente representada en todos los organismos oficiales ocupados en los problemas concernientes a la salud o a la enfermedad.

6) El secreto profesional debe ser respetado por todos aquellos que colaboran en cualquier etapa del tratamiento o del control de un paciente.

7) La independencia moral, económica y profesional del médico debe ser garantizada. Los actos del médico deben ser guiados solamente por su conciencia profesional. Ésta es la condición esencial de la confianza de los enfermos en la medicina.

8) Cualesquiera que sean los métodos de administrar las prestaciones médicas, la remuneración de los médicos debe estar guiada antes que nada por el reconocimiento de la importancia de las responsabilidades materiales y profesionales asumidas, la duración y la dificultad de los estudios necesarios, así como los riesgos envueltos.

9) El control de las cuestiones médicas debe ser ejercido únicamente por médicos.

10) En el mejor interés del paciente, no debe ponerse restricción alguna al derecho de los médicos de prescribir a conciencia el tratamiento que él estima más adecuado para el restablecimiento de su paciente.

11) El médico debe tener la oportunidad de participar en cualquier actividad cuyo fin sea mejorar su conocimiento y posición en su vida profesional.

La historia de la Agremiación Médica Platense es una indeclinable reafirmación de estos principios.

Rubén Storino

INTRODUCCIÓN

Escribir la historia de la Agremiación Médica Platense no ha sido una tarea fácil, dados sus 74 años de existencia y los innumerables avatares políticos, sociales y económicos por los que atravesó Argentina, donde la democracia se alternó por largos años de golpes y gobiernos militares, con lógicas repercusiones hacia nuestra Institución. Aun dividiendo esta historia en períodos, como lo hemos hecho, es difícil unificar etapas. Lógicamente la Agremiación no pudo permanecer ajena al contexto, sufriendo en muchos casos las consecuencias económicas debidas a la inestabilidad, improvisación e incertidumbre que caracterizó a esta Nación.

Sin embargo, el gran mérito de la Agremiación Médica Platense fue permanecer de pie, a pesar, no sólo de amenazas externas, sino de incomprensiones e incongruencias internas de la propia comunidad médica, que en muchos períodos de gestión no entendió el valor de nuestra Institución.

Por eso, la lucha por la supervivencia, permanencia, afianzamiento, estabilidad y crecimiento institucional fue lo que caracterizó a sus dirigentes en los diferentes períodos, en muchos casos con estancamiento y a veces con retroceso, precisamente por depender de contextos y decisiones políticas gubernamentales, tanto provinciales como nacionales, a menudo contrapuestas a la filosofía e ideas de la Agremiación. Es que en todo momento, y a lo largo de toda su vida institucional, la Agremiación

Médica Platense ha defendido “a rajatabla”, incluso con luchas políticas prolongadas, los tres principios fundamentales del gremialismo médico argentino: 1)- Libre elección del médico por parte del paciente, 2)- Contratos colectivos de trabajo, y 3)- Aranceles fijados por las entidades gremiales superiores.

Ésta es la razón del título de esta historia, Cuna de titanes, dado que aquí se formaron grandes dirigentes que no sólo mostraron su capacidad gremial y de gestión en nuestra Institución, sino que fueron pilares fundamentales de la consolidación y el nacimiento de otras instituciones muy importantes y con plena vigencia actual, como la Federación Médica Argentina, luego la Confederación Médica Argentina y la Caja Médica de la Provincia de Buenos Aires.

La base fundamental de esta historia está formada por las propias actas de la Agremiación Médica Platense desde sus orígenes, de modo que hemos seguido un orden cronológico. Este hecho significó, más allá del problema técnico de la lectura de muchas actas con la famosa “letra de médico”, la dispar modalidad no sólo en la redacción, sino en la longitud y el contenido de cada acta. Por otra parte, los temas tratados en cada reunión fueron de gran amplitud, abarcando toda una gama de problemas. En este sentido, como veremos a lo largo del libro, se trataban asuntos de salud pública, gremialismo y conflictos médicos gremiales, laborales, políticos, de educación médica, congresos y revistas médicas, y de difusión y labor institucional propiamente dicha.

Como habíamos señalado anteriormente, la historia de la Agremiación está enmarcada dentro de la problemática de un país con su política y economía, en una sociedad cambiante, con diferentes ideas según la época y con niveles de vida dispares. Además, en cada período

institucional, el Estado ha tenido normativas vigentes, y los conflictos de intereses y la problemática profesional han ido mutando.

Entre 1941 y 1960, la Agremiación Médica Platense tuvo seis presidentes, que se detallan a continuación:

- Barros Hurtado, Amador (1941-1946)
- Rojas, Paulino (1947-1948)
- Ferrando, Elías (1948-1953)
- Mazza, Julio (1953-1955)
- Lozano, Huberto Godofredo (1955-1956)
- Sabbione, Ricardo Mario (1956-1960)

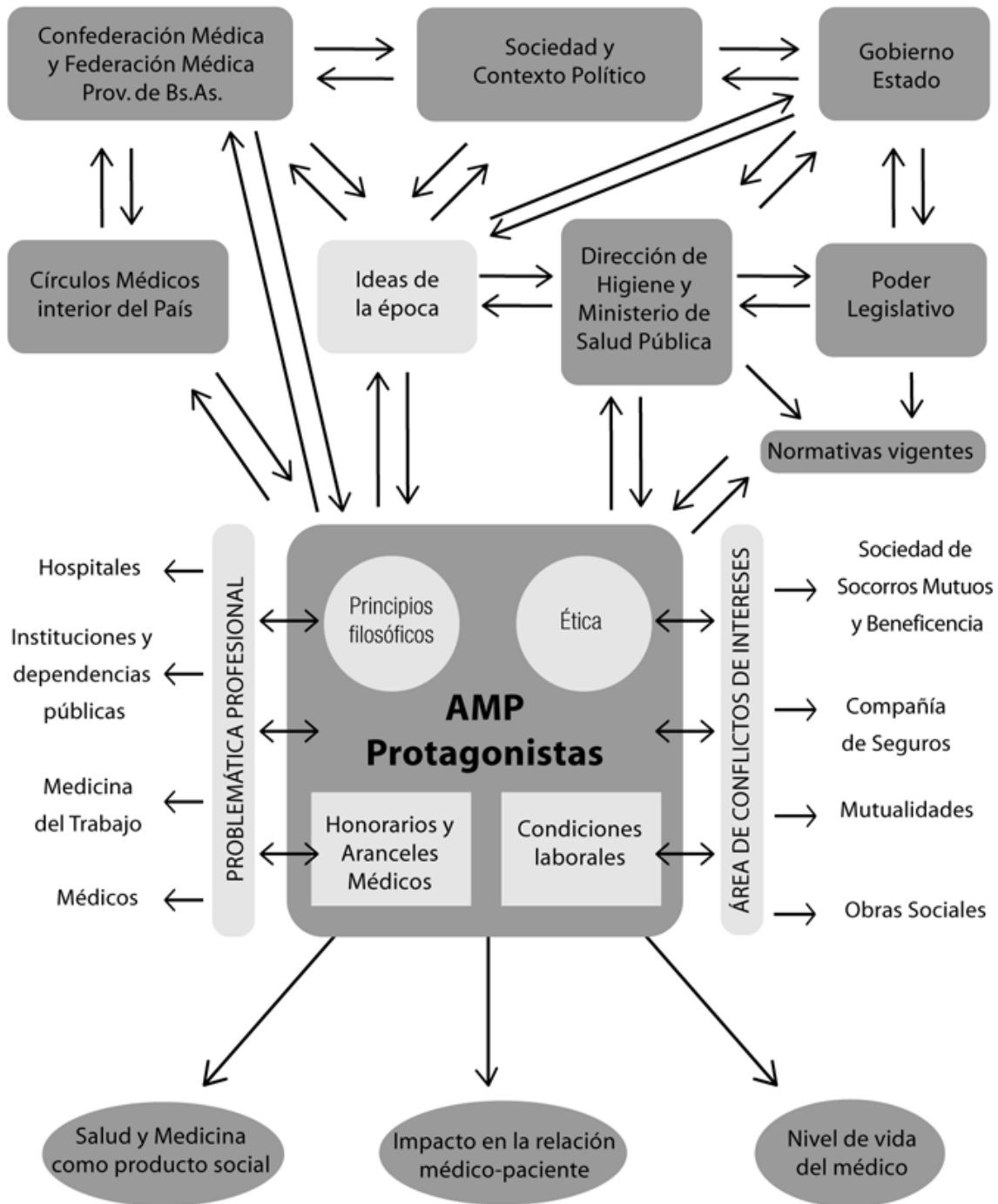
Cada uno de ellos tuvo su estilo de gestión y diversos conflictos de intereses y problemas, que debieron tratar de solucionar en su debido tiempo. Sin embargo, merecen destacarse dos de ellos, por su proyección institucional y por los alcances de esta línea de pensamiento, como “cuna de titanes”, que son Elías Ferrando y su labor en la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y Ricardo Sabbione como artífice en la creación de la Caja Médica de la Provincia de Buenos Aires.

De todos modos, quizás el protagonista más destacado de toda esta etapa fue el Dr. Noel Sbarra, quien con perfil bajo y ocupando cargos de secretario y vocal en distintas comisiones directivas fue el ideólogo y el mentor de muchos proyectos, varios de ellos concretados, además de ser el artífice de la revista y de la difusión de las actividades de la Agremiación Médica Platense, por lo cual merece un párrafo aparte.

A modo de síntesis, nuestro esquema mental en la elaboración de este libro está enmarcado en el siguiente conceptograma, que resume de algún modo la problemática general de la relación de la Agrupación Médica Platense, ubicada en el centro de este estudio, con el resto de actores, instituciones y situaciones en el ámbito de la complejidad de este análisis (Ver figura 1).

En la mayor parte del libro hemos tratado de recoger los testimonios de los protagonistas de esa época, a partir de diversas publicaciones en su versión original, ya que creemos que es la mejor manera de mantener sus ideas y pensamientos, sin tergiversarlos en lo más mínimo con interpretaciones actuales, aunque obviamente hemos previamente seleccionado y resumido los textos, dada la extensión de éstos.

Figura 1
 Conceptograma en el marco de la complejidad del análisis
 de la historia de la Agremiación Médica Platense (AMP)



CAPÍTULO 1. CONTEXTO HISTÓRICO, CRISIS MÉDICA Y HOSPITALARIA EN EL 40

Corría el año 1941. Europa estaba en plena Segunda Guerra Mundial: Alemania invadía Rusia y Japón atacaba por sorpresa Pearl Harbor con su aviación, destruyendo casi toda la flota norteamericana en las bases del Pacífico.

La Argentina, a partir del estallido de esta guerra mundial en septiembre de 1939, se había declarado neutral en el conflicto.

Sin embargo, la lucha armada alcanzó las aguas del Río de La Plata. En diciembre de 1939 el acorazado de bolsillo Admiral Graf Spee libró una batalla naval con buques británicos en las aguas del estuario. Acorralado y con el buque dañado, el capitán Hans Langsdorff ordenó el autohundimiento, mientras la tripulación fue internada en la Argentina, en medio de la conmoción de la opinión pública argentina y uruguaya, que se prolongó con el suicidio de Langsdorff en el Hotel de Inmigrantes de Buenos Aires.

Una de las medidas más controvertidas del entonces presidente Roberto Marcelino Ortiz con relación al conflicto fue la circular secreta antisemita, firmada en 1938 por el canciller José María Cantilo, también radical, que ordenó “a cónsules argentinos en Europa negar visados a ‘indeseables o expulsados’, en alusión a ciudadanos judíos de ese continente” (1).

Roberto Marcelino Ortiz, que fue presidente de los argentinos desde el 20 de febrero de 1938 hasta el 27 de junio de 1942, había pertenecido al partido de la Unión Cívica Radical hasta 1925, cuando se separó junto con otros radicales para formar la Unión Cívica Radical Antipersonalista.

Ortiz apoyó activamente el golpe de estado militar que derrocó al presidente Hipólito Irigoyen en 1930. En 1931 contribuyó a formar la Concordancia, una coalición de los partidos Demócrata Nacional, Unión Cívica Radical Antipersonalista, y Socialista Independiente, que sostuvo el régimen policial y fraudulento que gobernó hasta 1943, conocido con el nombre de década infame (2).

En las elecciones presidenciales de 1937, Ortiz (del ala radical de origen antipersonalista) fue acompañado con un compañero de fórmula del ala conservadora de la Concordancia: Ramón S. Castillo. Las elecciones fueron ganadas por la fórmula oficialista y han sido reconocidas públicamente como fraudulentas.

La salud del presidente Ortiz empeoró progresivamente debido a su diabetes, hasta que quedó ciego, por lo que presentó su renuncia definitiva al cargo el 27 de junio de 1942. Falleció el 15 de julio de ese año, y asumió la presidencia Ramón S. Castillo, quien dejaría de lado las políticas de Ortiz y afianzaría el retorno de los conservadores a los puestos políticos claves de la administración.

En la Argentina de la década del 40, Gino Germani (*filósofo y sociólogo italiano -1911 – 1979- antifascista que llegó a la Argentina en 1934, luego de haber sido prisionero del régimen de Mussolini, desarrollando una prolífica tarea docente en la UBA y produciendo varias publicaciones entre 1955 y 1966*) estableció un recorte de la sociedad en tres clases. Para este autor la intermedia quedó conformada por toda persona que no desempeñara una labor manual bajo relación de dependencia (o autónoma de muy baja categoría) –la clase obrera–, ni perteneciera a los escalones más altos del empresariado o a las elites dirigentes. Tal división tripartita fue asociada a un gran relato centrado en el concepto de “modernización”, por el que se sostenía que la clase media se había formado hacia fines del siglo XIX, por influjo de los cambios económicos y demográficos que había traído la implementación del modelo agroexportador (3).

Suele señalarse que existe una vinculación directa entre la defensa de los intereses sectoriales y el surgimiento de una clase social con una entidad propia. La Argentina de la década del 40 representa la formación del régimen social de acumulación (4). Pese al diferente origen de los elementos ideológicos se constituirá una nueva alianza integrada por sectores estatales, sindicatos, militares y parte de la clase media (5).

Entre 1941 y 1946 predominará el nacionalismo, la industrialización, el mercado interno, el militarismo, el antiimperialismo, la justicia social, la modernización de las relaciones laborales y la intervención estatal en la regulación de la actividad productiva (6). Son los años de crecimiento hacia adentro con la industrialización sustitutiva de importaciones orientada al mercado interno, para lograr las condiciones del pleno empleo y posibilitar la inclusión en el sistema de sectores históricamente marginados (6).

Históricamente, como señala Adamovsky (3):

A diferencia de otros gremios que hoy consideramos de sectores medios, los profesionales no tuvieron inicialmente la necesidad de afirmar su estatus social: poseer una credencial universitaria les otorgaba un rango incuestionable. Hacia fines del siglo XIX y principios del XX formaban claramente parte de la cúpula “decente” de la sociedad y no necesitaban más prueba de ello que su propio diploma: Eugenio Cambaceres notaba en 1881 que el título de “doctor” abría las puertas tanto de los altos cargos públicos como del parlamento, las academias y los clubes sociales de prestigio, mientras que no poseerlo relegaba “al olvido” a personas igual o más talentosas. Por otra parte, todavía en este momento quienes accedían a las universidades solían ser los hijos de la élite. Hasta bien entrado el siglo XX tampoco manifiestan estos “doctores” inconformidad respecto de sus ingresos: una práctica profesional predominantemente “liberal” y la relativa escasez de diplomados que ofrecieran sus servicios en el mercado aseguraban un nivel de vida holgado. Solo hacia la década de 1930, luego de la mayor apertura del ingreso a las universidades para sectores más amplios –que se da principalmente en Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos hacia principios del siglo XX, y más claramente luego de la Reforma

universitaria de 1918–, y con la expansión del empleo *asalariado* de profesionales en los sectores público y privado, se harán manifiestas inquietudes propiamente económicas.

Siguiendo las consideraciones de Adamovsky (3):

Tomemos por ejemplo el caso de los médicos. A partir de mediados del siglo XIX, los de Buenos Aires comenzaron a agruparse para conseguir el control del ejercicio de la medicina. Los representantes más prominentes de la corporación médica tenían en ese entonces un contacto personal y bastante íntimo con la élite que gobernaba el país y no era extraño que participaran ellos mismos en la alta política, de modo que no tuvieron grandes dificultades para lograr atención a sus reclamos. A través de una serie de iniciativas pronto consiguieron una victoria decisiva al lograr que el Estado les otorgara el monopolio del “arte de curar”, declarando ilegales las prácticas de medicina alternativas, como las de los curanderos populares o las de otros grupos profesionales, como los farmacéuticos. Varias entidades se fundaron por entonces, especialmente animadas por médicos y estudiantes de la Universidad de Buenos Aires. Aunque no fueron del todo ajenas a las dificultades económicas de sus asociados, sus intereses principales giraron en torno al control del ejercicio profesional y de cuestiones científicas. Obtuvieron por entonces un gran prestigio para la corporación médica, al presentarse como actores indispensables en la construcción de la nación, que los requería como abanderados de la ciencia y garantes de la sanidad de la población (y en ocasiones también de su “normalidad” y su “moralidad”).

Como señalan Visillac y otros (7):

Fue a partir de la década del '30 que hubo sensibles cambios en el seno de la profesión médica debido, entre otros puntos, a la creciente injerencia del Estado en salud pública a raíz de la socialización de la práctica médica y al reconocimiento de la medicina como una actividad profesional y no sacerdotal, con una utilidad social y no sólo una práctica humanitaria. Con el gran incremento de la demanda de atención, tanto el sistema público como de mutuales, se temía el colapso de los sistemas de atención, por un lado, y el desvío de pacientes con capacidad de pago hacia el hospital, por otro.

La llamada “cuestión hospitalaria” revela una serie de factores administrativos, técnicos, sociales y políticos que inciden en su génesis y que, según Belmartino y otros (6), serían los siguientes:

- 1) Aumento de la demanda poblacional y consiguiente presión sobre los servicios.
- 2) Encarecimiento de la atención por desarrollo de nuevos medios diagnósticos y terapéuticos.
- 3) Insuficiencia de los servicios en el interior del país, vuelco de la población sobre las instituciones capitalinas.
- 4) Mala distribución de los hospitales en el espacio urbano.
- 5) Arquitectura hospitalaria anacrónica.
- 6) Diferencias en la dotación de personal, recursos, instrumental, comodidades para la atención. Carencias graves en algunos servicios, confort innecesario en otros.
- 7) Exacciones a la población bajo la forma de “donaciones voluntarias”.
- 8) Falta de elementos indispensables para la atención de los pacientes. Posibilidad de cierre de servicios.
- 9) Incorrecta distribución de las camas entre clínica y especialidades.
- 10) Deficiente provisión de medicamentos a los hospitales.
- 11) Deficiencias en calidad y cantidad del personal.
- 12) Insuficiente registro estadístico.
- 13) Excesiva centralización y formalización administrativa. Excesiva burocratización.
- 14) Régimen de licitaciones con excesivos trámites y controles. Insuficiente estandarización de los productos a adquirir.
- 15) Conflictiva articulación docencia-servicios.
- 16) Insatisfacción de los profesionales.
- 17) Fallas en las prácticas de gobierno: rotación política de cargos técnicos.
- 18) Incumplimiento de los objetivos que orientaron la creación de determinadas instituciones.
- 19) Desorden administrativo, corrupción política.

Como se señala en documentos de la época, en especial del Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires (8):

El tratamiento ambulatorio se realiza en forma inadecuada. Los locales son pequeños, mal ventilados y peor ubicados. Los enfermos esperan hacinados y en una promiscuidad realmente repugnante en algunos servicios; los exámenes se realizan en forma ligera; el médico no tiene materialmente tiempo para poder atenderlos en condiciones médicas aceptables: el tratamiento en general, es sintomático; se hace en base a algunas preguntas de orientación, y si él no ofrece caracteres de gravedad inminente, se le despacha con una receta de circunstancia. El tratamiento es, por lo tanto, ineficaz y trae como consecuencia una carga enorme para la economía del propio hospital y una situación realmente perjudicial para el pobre enfermo que tiene que concurrir muchas veces que las que necesitaría si el examen se realizara en condiciones normales y se le aconsejara el tratamiento correspondiente.

Para tener una idea de la dimensión de la crisis hospitalaria:

En el hospital Piñero, en la maternidad, las mesitas de noche han sido suplantadas por cajones de kerosén y cuando arrecia el frío, a falta de cobijas, se envuelve a los pequeños recién nacidos con papel de diario y en el hospital Alvear un galpón con ochenta camas ubicadas a treinta centímetros una de otra completa su capacidad de internación con colchones tirados en los pasillos (8).

Como sostienen Belmartino y otros (6) y reafirman Visillac y otros (7), la palabra que más se pronunciaba entre los médicos era “crisis”. Se hablaba de crisis económica, crisis política, crisis ética, etc.; en definitiva, “crisis de valores”. La revista del Colegio de Médicos de la Capital Federal en noviembre de 1938, mencionaba:

En el fondo, lo que está en gravísima crisis es la moral administrativa. Los funcionarios de la comuna detentan sus empleos con segura impunidad. Entre nosotros no se conocen los procesos de inmoralidad en el desempeño de los cargos públicos, no se echa a nadie, no se suspende a nadie y todo ello no es más que un episodio del mal de nuestra hora: la crisis moral del civismo (6).

De todos modos, aún teniendo en cuenta la complejidad de factores intervinientes en el desarrollo de la crisis de la profesión médica en el 40, podemos señalar aquellos que consideramos de mayor relevancia:

1) Plétora médica. Se criticaba que no se restringiera el ingreso a la universidad y que se otorgaran títulos indiscriminadamente en desmedro de la calidad médica, lo que significaba (especialmente en las grandes ciudades) una disminución del índice médico por habitante, el cual en 1940, en la ciudad de Buenos Aires, llegó a un médico por cada 1.200 habitantes.

2) Escasez de médicos en los lugares más pobres por las malas condiciones de trabajo y las pocas perspectivas de desarrollo profesional, como en Formosa, con un médico por cada 15.000 habitantes.

3) Medicina artesanal vs. medicina industrial. Los cambios en la sociedad capitalista con la introducción de nuevas tecnologías y el fortalecimiento de los grandes establecimientos hospitalarios y ambulatorios de mutualidades y privados, desplazaron al médico artesanal –aquel llamado de cabecera, de barrio o de familia–, que veía cada día cómo perdía pacientes de su consultorio privado.

4) Medicina de elite vs. medicina social. Coincidimos con Visillac cuando señala (9): Hay tres grandes aspectos a tener en cuenta para analizar este fenómeno que explica el nacimiento de una salud pública más fortalecida:

- El empobrecimiento de la población.
- La mercantilización del médico (aceptaba más pacientes, se asociaba con otros profesionales, trabajaba más horas, etc.).
- La gran cantidad de médicos sin formación moral.

La discusión se planteaba entre seguir considerando a la medicina como un apostolado y propiedad de una elite o, por el contrario, evaluarla desde su función social, lo que implicaba que los profesionales no se avergonzaran de cobrar por su trabajo. Quienes apostaban a la primera idea, censuraban la agremiación y el crecimiento de un sistema de salud pública, entendido mucho más ampliamente que como se lo concebía

hasta entonces: medicina sólo para pobres. En cambio, los que adherían a la segunda posición, sostenían que se trataba de la defensa de los derechos del médico como trabajador y no de una rebeldía injustificada como señalaban los que se oponían a la sindicalización.

5) Nuevo rol del Estado. En el 40 el Estado ya tenía una mayor injerencia en los problemas relacionados con práctica médica, y en especial con la salud pública y la socialización de la medicina.

6) Especialidades médicas. Implicaban un mayor nivel de exigencias y un aval científico para desempeñarlas, como antigüedad comprobada en servicios de la especialidad, cursos de especialización, estudios, etc.

7) Escenarios conflictivos. A partir de todas estas modificaciones y variaciones en el ejercicio profesional, la profesión médica tendría tres escenarios conflictivos:

a) Mutualidades. Los conflictos con las mutualidades ya venían de la década anterior, pero se agudizaron al encarecerse la práctica médica, especialmente por las nuevas técnicas diagnósticas. El problema se generaba sobre todo porque las mutualidades se regían por diferentes formas de contratación, es decir, que en algunas casas pagaban por visita y en otras por socio, de modo que la retribución médica era desigual. A esto se sumaron, como señala Visillac (9): Tres situaciones que pusieron en alarma al sector: creciente número de afiliados y asociaciones mutuales y el consecuente agotamiento de los recursos financieros; diferente integración de la masa societaria, ya que se inició la captación de personas con recursos, lo que quitaba pacientes privados a los médicos en sus consultorios; indebido control de los administradores sobre la práctica profesional propia del médico (presiones para limitar cuantitativa y cualitativamente el número de consultas, reivindicación del principio de la libre elección del médico por parte del paciente, no reconocido por muchas mutualidades, y progresivamente dejado a un lado).

Ante esta situación, los médicos comenzaron a reunirse en bloques o sindicatos para poder negociar con las mutualidades. Por ejemplo, en San Martín se logró eliminar de las mutuales a las

personas con recursos y se consiguió la libre elección del médico. Hacia 1940, los médicos solicitaron que las cuotas de afiliación fueran suficientes para cubrir los beneficios ofrecidos; la existencia de proporcionalidad entre asociados y médicos; y la representación de los médicos en los cuerpos directivos. Además, exigieron remuneraciones decorosas, con estabilidad y escalafón. Tomaron como modelo las gestiones que al mismo tiempo se planteaban en los hospitales públicos.

b) Compañías de seguros de accidentes de trabajo. Este conflicto venía desde décadas, dado que la acción de estas compañías de seguros y su modalidad de trabajo influían directamente en la disminución de pacientes de los consultorios privados. A esto se sumaba la ineficiencia del Estado y la carencia de una caja nacional de seguros que administrara y regulara estas compañías. Las dos compañías más importantes en ese entonces eran La Continental y La Franco Argentina, que poseían el 40 % de los asegurados. Para enfrentar esta situación en muchas ciudades los médicos se juntaron y organizaron sus propias compañías de seguros, que incluso abarcaban más allá de los accidentes de trabajo, incorporando seguros de vida y de automotores.

c) Servicios gratuitos, hospitales y beneficencia. Los conflictos se generaron a partir de que los servicios gratuitos en los hospitales públicos, originariamente destinados a los pacientes sin recursos económicos, se ampliaron a las personas con medios económicos suficientes para pagar una consulta y estudios médicos. Esto significaba, por un lado, un hospital abierto a toda la comunidad sin distinción de clases sociales, pero por otro un incremento significativo del trabajo médico hospitalario, en la gran mayoría de los casos *ad honorem* o con sueldos irrisorios. El incremento del trabajo hospitalario no remunerado también traía como consecuencia la disminución del trabajo en el consultorio como profesional independiente, donde podía percibir honorarios por la consulta médica.

Como consecuencia de esto, los médicos consideraron al Estado como el gran explotador y denunciaron el Sistema de Salud pública

hospitalario imperante como una forma de humillación profesional, dado que se basaba en el trabajo no remunerado de los médicos.

Para entender aún más la crisis por la que atravesaba el médico en los años 40 y su angustia existencial profesional, transcribimos a continuación las expresiones de un médico protagonista de esa época (10): Si en la humanidad debieran existir dos factores sociales cuya identidad de intereses fuera absoluta e indisoluble, éstos tendrían que ser: la medicina, representada por los médicos, y la salud de los pueblos. Pero, desgraciadamente, no es así y ese divorcio, latente o visible, se revela en una expresión muy frecuente en boca de los médicos, dictada por el más elemental instinto de conservación, que a veces acogota, pero muy poco edificante en semejante bocas: “Estoy desesperado, hay una verdadera epidemia de salud”, lo que, invirtiendo los términos, se podría decir así: “Vivo deseando pestes y epidemias para poder vivir”. Los médicos somos hombres con todas las necesidades de tales, y muchas más, propias de nuestra función profesional y social, necesidades que, tal como están las cosas, la mayoría, a pesar de un exceso de trabajo, en muchos casos, no podemos cubrir honesta y honradamente; por más “apóstoles de la medicina” que seamos o queramos ser.

La salud de los pueblos, en el sistema de la medicina individual y esencialmente curativa actual, depende: de los servicios sanitarios del Estado, en una pequeña parte; de la caridad pública a expensas del trabajo poco o nada remunerado de los médicos, y de las posibilidades económicas del enfermo, o de las organizaciones en que éstos se agrupan en defensa de sus intereses.

Los servicios sanitarios del estado son malos, en su inmensa mayoría, por un sinnúmero de causas, entre las cuales las más importantes son: su mala organización, politiquera y burocrática, que, al privarlos de toda la dignidad profesional y científica, los prostituye; sus exiguos presupuestos que, en muchos casos, les impide disponer de lo más elemental e indispensable para justificar su existencia, ya que de ninguna manera para llenar todas sus verdaderas funciones; por su incapacidad con relación a las estrictas necesidades científicas; por su reducido número con relación a las necesidades de la población; por su mala distribución en la inmensa extensión de la República; porque no llegan a las regiones que,

por sus condiciones económicas paupérrimas, más los necesitan, y por los pocos y mal rentados sueldos de que dispone para la enorme cantidad de médicos que prestan sus servicios en ellos. Este último factor, que parecería egoísta frente a los otros, de interés colectivo, es de capital importancia, justamente en beneficio de aquéllos.

Es necesario repetir una vez más que el médico, a pesar de su apostolado y de todo lo científico que sea; es hombre con todas las necesidades, miserias y debilidades humanas de cualquiera de sus congéneres. Por su cultura universitaria profesional el médico se siente identificado con los servicios sanitarios, encuentra en ellos su hogar científico natural y, recién recibido, concurre a ellos con todo el entusiasmo juvenil del estudiante que aún no ha tenido que hacer frente a todas las exigencias de la vida profesional, con todo el idealismo del que aún no se ha amargado en la lucha estéril y los fracasos, con el desinterés del que sólo piensa en aumentar su caudal intelectual y científico sin la responsabilidad de un hogar que mantener, y también con la poca eficiencia del que recién empieza. Pero va pasando el tiempo, y cuando el médico empieza en realidad a ser médico por su eficacia, todos esos factores; que eran positivos, van desapareciendo a expensas de otros totalmente negativos que, en la gran mayoría de los casos, anulan la eficacia: la fatiga por el exceso de trabajo; el desencanto del que, sabiéndose con condiciones, se ve pospuesto por el de mejor apellido o el recomendado; el desaliento del que, fatigado en el trabajo sin remuneración, o mal remunerado, no puede cubrir sus necesidades o cumplir con sus compromisos; la injusticia del jefe, político o burócrata, que no tiene condiciones para juzgarlo, etc., todo lo que los médicos sabemos muy bien porque lo hemos pasado y sufrido; todo eso que, cuando estamos a solas con nuestra conciencia, lamentamos al comprobar que ya no somos todo lo que hubiéramos querido ser para la medicina y la humanidad.

La mayoría de las formas de caridad pública, religiosa o laica, se ejerce a expensas del trabajo profesional de los médicos considerando a éstos como obligados a prestar desinteresadamente sus servicios. La verdadera piedra angular sobre la cual esas entidades se enriquecen y levantan de la noche a la mañana sus suntuosos edificios o costean sus dispendios; a veces inconfesables, es el trabajo del médico, que, como en el caso anterior y por las mismas causas, se va resintiendo poco a poco

y siempre en perjuicio de la salud pública. Dificilmente se encuentra un comité político, una congregación religiosa; un club social o deportivo, una sociedad vecinal o cualquier otra entidad que agrupe a las personas con mil variantes sociables, que no ofrezca, en primer término, a sus asociados asistencia médica gratuita, considerando siempre al médico como un apóstol lírico de la salud pública y como tal con la obligación de trabajar sin remuneración alguna, o a cambio de promesas que, aparte de denigrarlo en la mayoría de los casos, por lo general no se cumplen nunca. A expensas de esos servicios se hacen prosélitos de todos los credos, medran y se elevan medianías; crecen y florecen vicios sociales que corrompen y prostituyen a los individuos, y se cultiva la indigencia y la miseria de los médicos, que, por ese camino, fatalmente tienen que ir, poco a poco, dejando de ser médicos para convertirse en mercaderes de la enfermedad, olvidando la salud y la medicina.

En los pueblos y aun en muchas ciudades, el médico, si quiere subsistir, tiene que prestarse a ser instrumento incondicional del caudillo político, que ve en él el mejor instrumento para todos sus fines; tiene que atarse, franca o simuladamente, pero siempre en pugna con su conciencia, a sus bajos intereses o a sus malas artes; no tiene otra disyuntiva que prostituirse, emigrar o morir de hambre, cuando no a golpes. Y siempre está de por medio la salud pública dependiendo de médicos desilusionados, descontentos e insatisfechos.

El hombre, en general, defiende sus intereses, y frente a la posibilidad de enfermar, en el afán de que la enfermedad le cueste lo menos posible, se agrupa, por distintas afinidades, en sociedades mutuales que le ofrecen, a cambio de una módica cuota mensual, médico, farmacia y hasta entierro. Esto es muy humano, pero las sociedades que viven del trabajo de los médicos y que pueden haber nacido con muy buenos y sanos propósitos, como nacen viciadas del mal general con respecto al concepto sobre la enfermedad, la salud y los médicos, no tardan en corromperse al interesarse solamente por aumentar su caudal de socios y todos sus esplendores; así, agrupan a los pudientes y a los necesitados, ofreciendo a todos por igual sus beneficios. Por otro lado, siempre en el afán de crecer y olvidando el fin de solidaridad benéfica con que algunas han nacido sanamente, regatean todo a expensas de la salud de sus

asociados: pagan a los médicos sueldos u honorarios irrisorios y anulan sus posibilidades profesionales al obligarles a atender un gran número de enfermos, muchos de ellos que por su capacidad económica pudieran pertenecer a su clientela particular, exigiéndoles hacer recetas siempre baratas, aunque sólo sirvan de paliativos, obligándoles a eternizar la asistencia del enfermo, cuando no la enfermedad, para poder aumentar sus emolumentos. Estas sociedades, que brotan como hongos en todas partes, por sus sistemas o sus vicios, son los más terribles competidores y enemigos del médico y, por lógica, de la salud pública y privada.

Las compañías de seguros, empresas netamente capitalistas; que día a día aumentan sus dividendos en forma increíblemente maravillosa, viven, en definitiva, de la buena fe y del trabajo de los médicos; sin embargo, los honorarios que pagan por exámenes de asegurados o asistencia médica de accidentados son irrisorios y, por ese mismo afán de lucro, la asistencia médica; en muchísimos casos, totalmente ilusoria cuando un médico que no pertenece a una compañía atiende a un asegurado con autorización de ésta, tiene que conformarse con lo que quieran pagarle, de acuerdo a su capricho o a la apreciación que haga de sus servicios el médico de la compañía, que, como buen empleado y bien pagado para eso, lógicamente vela más por los intereses de la compañía que por la dignidad profesional.

La indignidad o la incapacidad profesional de muchos médicos los lleva a denigrar la profesión en una competencia económica deshonestas y ruinosas.

Querámoslo o no, y a pesar de nuestro título de doctor, que muchas veces nos enorgullece demasiado, aunque no sepamos o no podamos honrarlo, todos esos factores negativos que por la corrupción y los vicios sociales inciden en el ejercicio de la profesión, han ido proletarizando al médico, que, por otra parte, siempre debió haber sido un elemento netamente social, obligándolo a sentir la necesidad de agremiarse para defender la salud pública y privada, y sus propios intereses, amenazados por tantos y tan fuertes enemigos. Es el único camino que nos queda; si no, tendremos que degradarnos del todo o sucumbir. Unidos por comunidad de miras e iguales intereses, podremos dictar normas; organizar y dirigir verdaderos servicios de sanidad; dignificar la profesión, cuidando de la ética y la deontología; organizarnos para mejorar el trabajo de to-

dos y de cada uno; crear mutualidades médicas para los enfermos poco pudientes, organizadas y controladas por nosotros mismos; organizar cooperativas; el seguro y la previsión médicos; aspirar, por fin, al ideal superior de socializar la medicina, en manos exclusivas de los médicos. Pero la unión debe ser fuerte y de la inmensa mayoría, de todos los dignos y capaces; sólo así puede ser efectiva en sus realizaciones. Todos los médicos del país deben unirse en entidades gremiales, dondequiera que se encuentren; deben formar núcleos primarios en las distintas poblaciones; colegios o federaciones regionales, dentro de las zonas de influencia de esos grupos, y todos esos colegios o federaciones concurrir a fortificar la Federación Médica de la República Argentina, que, como entidad superior, debe sintetizar todos los intereses y aspiraciones de la clase médica del país.

Una de las soluciones propuestas por un importante número de médicos para combatir y paliar esta crisis profesional médica será el gremialismo médico.

CAPÍTULO 2. GREMIALISMO MÉDICO

El gremialismo médico surge como respuesta a la crisis médica, cuyas características vimos en el capítulo anterior. Si bien hay varios antecedentes de entidades médicas gremiales en la década del 20 y del 30 –denominadas gremio, sindicato, corporación, asociación, colegio, círculo; es decir, utilizando diferentes vocablos–, éstas fueron agrupaciones más bien locales y de corta existencia. La organización de una entidad federativa de orden nacional fue decidida en el Primer Congreso Gremial Médico en 1934. En ese momento se nombró una comisión para la celebración del Segundo Congreso en 1936 y la elaboración de un proyecto de estatutos para la futura organización gremial que no lograba consenso (11). Luego de varias reuniones y deliberaciones entre representantes de distintas entidades médico-gremiales de diferentes provincias y lugares del país, quedó plasmada, en 1941, una organización con alcance nacional: la Federación Médica de la República Argentina, entidad que pasaría a llamarse, en 1943, Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), actualmente vigente.

El 22 de mayo de 1941, día fundacional del gremialismo médico organizado, en el Congreso Extraordinario, que fue presidido por el Dr. Victorio Monteverde, actuando como secretarios los Dres. Raúl Marquet y Manuel Martín Fernández, estuvieron presentes varias entidades. Algunas de ellas eran representativas de los profesionales de toda una

provincia, otras incluían a colegas de algunas ciudades importantes. Concurrieron en representación de las entidades: Colegio de Médicos de la Capital Federal, Federación Regional –que venía funcionando desde 1932–, Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Federación Gremial Médica de la Provincia de Santa Fe –creada en 1934–, Círculo Médico de Junín (Prov. de B. Aires), Círculo Médico de 9 de Julio (Prov. de B. Aires), Círculo Médico de San Nicolás (Prov. de B. Aires), Asociación Médica del Norte, Círculo Médico de Ciudadela, Colegio de Médicos de Mercedes (Prov. de B. Aires), Colegio de Médicos de Mar del Plata (Prov. de B. Aires), Asociación Médica de Bahía Blanca (Prov. de B. Aires) envió su adhesión, Colegio Médico de Tucumán, y la Federación Médico Gremial de Cuyo, que incluía las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Estuvieron presentes también colegas de la provincia de Córdoba, Santiago del Estero, Entre Ríos y Corrientes.

La Federación recién creada aprobó sus estatutos y estuvo presidida por el Dr. Victorio Monteverde, siendo secretario general el Dr. Luis Tettamanti e integrando además la mesa directiva los Dres. Alberto Yanzon, Alberto Uribarri, Manuel M. Fernández y Pedro S. Acuña (12). El Dr. Victorio Monteverde mereció a justo título la honrosa distinción de ser el primer presidente de la flamante Federación. No sólo fue el promotor de numerosas reuniones gremiales que contaron con su dirección, sino que tuvo a su cargo la pesada tarea de nuclear a los colegas del interior alrededor de los ideales gremiales. Su alta jerarquía científica – fue distinguido profesor de Obstetricia– impuso el debido respeto y dominó la desconfianza que los círculos universitarios sentían contra el gremialismo médico. En febrero de 1943 se modificaron los estatutos y se cambió la denominación de la entidad, que a partir del 12 de Agosto de 1943 pasó a ser la Confederación Médica de la República Argentina. Este cambio era una necesidad, pues para entonces se habían organizado varias federaciones provinciales. La Confederación obtuvo personería jurídica por Decreto 143.889/43, de fecha 24 de marzo de 1943. Dos años más tarde se produjo una grave crisis, como consecuencia de que los primeros estatutos de la entidad establecían una representación proporcional de las filiales en el Consejo Federal. Vale decir que el número de delegados de cada una de éstas era proporcional al número de médicos

que tuviera en calidad de afiliados, con cuyo régimen dos federaciones poderosas podían gobernar la Confederación. Monteverde se retiró de la Confederación, amargado por los hechos ocurridos y ésta fue intervenida por la Inspección de Justicia. En julio de 1946, el Interventor de la Confederación convocó a Asamblea General Extraordinaria para aprobar la reforma total de los estatutos. Como era lógico prever, surgieron graves disensiones, pero en definitiva se aprobó una representación igualitaria, como la que rige actualmente para todas las federaciones provinciales, es decir, que las numerosas tienen un voto en el Consejo Federal, igual que las menos numerosas (12).

Para tener una cabal idea del significado y los alcances de la fundación de la Federación Médica de la República Argentina, nada mejor que revivir las palabras de la conferencia radiotelefónica dada por el secretario de publicidad Dr. Pedro S. Acuña (13):

Esta Federación se ha constituido por la voluntad soberana de sus integrantes, reunidos en magna asamblea, en la que estuvieron representadas la Capital Federal, las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos, Corrientes, Córdoba, Tucumán, Santiago del Estero, Mendoza, San Juan, San Luis y los territorios nacionales del Chaco y Río Negro. Se aprobaron los estatutos que han de regir la flamante organización, y obtuvieron sanción definitiva algunos proyectos relativos a la sanidad pública nacional y a la “Casa del Médico”.

La Comisión Directiva o Comisión Federal, que deberá reunirse una vez por año, la integran dos delegados por cada provincia, uno por cada territorio y seis por la Capital Federal.

Es ésta la autoridad máxima de la Federación, la que a su vez ha elegido de su seno una mesa directiva en la que ha delegado sus funciones ejecutivas.

Preside esta mesa, y la Federación, un prestigioso maestro universitario, el profesor Victorio Monteverde, ampliamente conocido dentro y fuera de la clase médica argentina, lo que explica que haya sido elegido por aclamación.

Los problemas sanitarios, que conocemos perfectamente, serán estudiados a fondo, en el terreno mismo, por intermedio de nuestros delegados,

para estar en condiciones, en un futuro próximo, de llegar hasta los poderes de la Nación, a ofrecerles todo el concurso que les sea necesario, a fin de que puedan resolverlos como cuadra a un país rico y civilizado.

Esto nos llevará a propiciar con empeño y entusiasmo la creación de una entidad sanitaria nacional, mediante la cual quedaría unificado el comando que facilite la coordinación de todos los servicios en forma racional y equilibrada; como se hace en otras naciones.

No es posible que sigamos contemplando extensas zonas de nuestro territorio minadas por flagelos, como el paludismo, la lepra, la brucelosis o fiebre de Malta, la enfermedad de Chagas, la peste bubónica, etcétera, algunas de las cuales, antes exóticas y luego esporádicas, han tomado actualmente carta de ciudadanía argentina y son endémicas en nuestra hermosa tierra.

Las condiciones sanitarias de la República reclaman una urgente y perentoria atención.

Los organismos sanitarios con que contamos podían en otros tiempos llenar más o menos sus finalidades, pero ahora hemos quedado retrasados, con gravísimo perjuicio para la salud pública.

Tenemos apenas reparticiones burocráticas de pesado engranaje administrativo y deficientes medios.

Algunas tentativas de mejoras emanadas del Congreso de la Nación, en estos últimos años, nos están demostrando la verdad de lo afirmado.

Una ley de protección a la maternidad e infancia, la de profilaxis anti-venérea, la de ayuda escolar, con sus recientes creaciones de algunos cargos técnicos para atender la salud de los escolares, etc., dependientes de diversas reparticiones, con direcciones y organismos enteramente burocráticos, no hacen otra cosa que sembrar la anarquía y el desorden, sin ejecutar con acierto y rapidez las medidas con que sus propulsores esperaban llenar sentidas deficiencias de orden sanitario.

El día que la sanidad del país esté organizada, como lo reclaman sus necesidades, por los médicos y en manos de los mismos, y con las responsabilidades consiguientes, ese día podremos afrontar con grandes posibilidades de éxito nuestra defensa sanitaria.

El médico tiene en este terreno un alto papel a desempeñar; sus funciones van más allá del tecnicismo de su oficio, llegando en ocasiones hasta la sociedad misma, en misión de elevada docencia, para conseguir en

ella la colaboración indispensable para evitar la propagación de algunos males, favorecida más que nada por la ignorancia.

Será bien entendido que al federarnos los médicos no lo hacemos con la única finalidad de velar por la sanidad general, por más que ese sólo programa justificaría todos los sacrificios realizados para conseguirlo.

Buscamos también la reivindicación del prestigio y ascendiente moral de que el médico argentino gozaba en mejores tiempos que los que atravesamos en la hora actual.

Ejerce el médico una profesión que significa un privilegio dentro de la sociedad en que actúa. El penetra en todos los hogares, conoce los secretos y las miserias humanas; es a veces el consejero indispensable; por eso el médico, más que ningún otro profesional, debe ofrecer el máximo de seriedad y respeto indispensables, como garantía del buen desempeño de su elevado ministerio.

De ahí que pensemos que la ética profesional debe acompañar al médico como la sombra a su cuerpo.

No se nos oculta que el materialismo de la época entra, en gran parte, como uno de los principales factores en la desvalorización de la personalidad humana. Las virtudes casi no se cotizan hoy en la bolsa de los valores espirituales.

Unida la clase médica en una entidad que la fiscalice, la controle y la oriente, estará en condiciones de dictar su código y exigir su cumplimiento, aplicando severas sanciones a quienes olviden sus deberes, frente al enfermo, frente al colega, y frente a la sociedad que lo alberga.

Tratará en lo posible la Federación Médica de la República Argentina de tender la mano al caído en su lucha para ganar el sustento diario, y, a ese fin, propiciará las obras de previsión que fueran necesarias.

El médico es imprevisor por naturaleza, como lo somos, en general, todos los argentinos; la explicación tal vez la encontremos fácilmente en la riqueza de nuestro suelo, tan pródigo con sus hijos, por añadidura, sin los dolores y miserias de otros hermanos en el concierto del mundo.

Un seguro de vida o de invalidez, así sea modesto, constituirá, pues, una de nuestras preocupaciones más inmediatas.

He mencionado al comienzo, la “Casa del Médico”, institución creada ya, y en funciones, por el Colegio de Médicos de la Capital, quien ha

cedido a la Federación con todo desinterés, y en un gesto que habla bien claro de los altos sentimientos que animan a sus asociados.

Por lo pronto, allí tendrá su sede la Federación Médica de la República Argentina y la Federación de los Colegios de Médicos de la Capital Federal.

Allí se desarrolla un vasto plan de acción cultural.

En la “Casa del Médico” se dictan actualmente cursos para graduados, para estudiantes de Medicina, y también para enfermeras.

En lo sucesivo estarán abiertas sus puertas a todas las manifestaciones de la ciencia o del arte. Su tribuna será brindada a quienes tengan inquietudes de orden espiritual, y estén en condiciones de aportar su concurso en un plano superior, alejado de ideologías políticas o religiosas secundarias.

Existe ya en formación, y con grandes perspectivas, una Biblioteca que se ha iniciado con donaciones particulares, en la que se encuentra desde la revista de propaganda médico gremial y la revista científica hasta la obra de consulta para el profesional.

Anexada a la “Casa del Médico” está la sección Residencia del mismo. Allí también podrá ser alojado decorosamente cualquier huésped extranjero que nos visite, cosa frecuente entre los Médicos de América latina, especialmente.

Nuestro público estaba acostumbrado a observar la agremiación de la clase obrera, y encontraba muy justa y natural la organización en forma sindical, con propósitos de defensa y mejoramiento; pero no concebía que los gremios de intelectuales pudieran hacer otro tanto.

Ha sido, precisamente, el temor a una torcida interpretación lo que ha detenido a los médicos en sus deseos de constituir una entidad que los represente y los oriente, en muchos aspectos de la vida profesional, imposibles de abordarlos individualmente; pero en estos nuevos tiempos ya no es únicamente el interés del médico el que está en juego: el Estado y la sociedad reclaman imperiosamente una entidad a la que puedan recurrir en los momentos que consideren oportuno.

Hay todavía, desgraciadamente, entre nosotros elementos inaccesibles o indiferentes; allá ellos con su indiferencia, hija, más que del egoísmo, de una cerrada incompreensión.

Uno de los logros más importantes de la Federación Médica de la República Argentina fue la Casa del Médico. Como señalaba en esa época Fanny F. de Eandi (14):

“En efecto, la Casa del Médico representa toda una institución que viene a llenar un vacío en nuestro ambiente gremial, dada la cantidad de médicos que realizan a menudo viajes a Buenos Aires, La Casa del Médico, será con el andar del tiempo la Bolsa de Trabajo.

La Bolsa de Trabajo, que estudiará los servicios médicos hospitalarios y mutuales, tanto de la capital como del resto del país, y que en base a las estadísticas que arroje el estudio de las poblaciones, en cuanto a densidad y demografía será una guía de inestimable valor para el desarrollo de las actividades de todos los profesionales.

Ya existe como realidad apreciable la Casa del Médico, y en ella la biblioteca y los cursos de extensión universitaria, de los que se benefician los médicos de la capital y los del interior que nos hallamos de paso en esta ciudad.

El hecho de poder asistir los médicos del interior a cursos teórico prácticos que en el término de un mes actualizan los temas más salientes de las distintas especialidades, ya significa para nosotros, alejados de los centros científicos, una estimable colaboración, digna de ser tenida en cuenta y estimulada y que demuestra los beneficios que hemos de ir recogiendo a medida que la Casa del Médico pueda cumplir y desarrollar el vastísimo plan trazado de antemano”.

La Casa del Médico estaba ubicada en pleno centro de Buenos Aires, en la calle Moreno 1921, y estaba destinada preferentemente a los colegas del interior, ofreciéndoles un ambiente confortable para que se sintieran como en su propia casa. Los precios eran sumamente módicos y tenía su propio reglamento, como se detalla a continuación (15):

REGLAMENTO “C”

Artículo 1º - Tienen derecho a utilizar la sección Residencia de la Casa del Médico:

a) Todos los médicos asociados a cualquiera de las instituciones afiliadas a la Federación Médica de la República Argentina y sus familiares.

b) Todos los médicos extranjeros que se encuentren circunstancialmente en la capital federal y que a juicio de la mesa directiva de la Federación Médica de la República Argentina merezcan este distinguo.

Art. 2° - Tienen derecho a utilizar los comedores de la Residencia los médicos que estén alojados en ella y todos los médicos agremiados y las personas que los acompañen.

Art. 3° - Las pensiones mensuales se pagarán dentro de los primeros cinco días de cada mes. Los que hayan utilizado la Residencia en cortas temporadas, harán efectivos los pagos al fin de las mismas. Los que utilicen un solo servicio lo abonarán al contado.

Art. 4° - Las extras deberán ser abonadas antes de retirarse, por intermedio del mozo del comedor.

Art. 5° - Los precios que regirán en la Residencia son:

Pensión completa... \$ 6 diarios por persona.

Por dormir ... \$ 3 por noche.

Por desayunar... \$ 0.50

Por almorzar o cenar... \$ 2

Por cena y cama... \$ 5

Pensión mensual... \$ 160

Art. 6°- Todo lo no comprendido en el menú será considerado extra y deberá abonarse en la forma especificada en el artículo 3°.

Art. 7°- Los pensionistas que hayan utilizado la Residencia por un mes y deseen continuar en la misma otro período igual, podrán satisfacer el importe hasta el cinco del mes.

Art. 8°- La pensión completa comprende cama, desayuno, almuerzo y cena, pagándose aparte el lavado y planchado de la ropa personal.

Art. 9° - Los pensionistas: deberán avisar con un día de anticipación su deseo de retirarse de la Residencia.

Art. 10 - El desayuno será café con leche, pan y manteca. El almuerzo y la cena se compondrán de tres platos, postre, vino y café:

Art. 11 - Regirá el siguiente horario para las comidas: desayuno, de 8 a 10; almuerzo, de 12 a 13.30, y cena, de 20 a 21.30 horas.

Art. 12 - Cada vez que el pensionista salga tendrá que dejar la llave de la habitación en la gerencia o portería.

Art. 13 - No se servirá fuera del comedor si no en caso de enfermedad del pensionista.

Art. 14 - Ni la junta directiva de la Casa del Médico ni la Federación Médica de la República Argentina se responsabilizan de los valores que no hayan sido dejados en custodia.

Art. 15 - La junta directiva organizará un servicio de custodia de valores.

Además de esto, la Casa del Médico fue destinada a los hijos de los médicos en su etapa de estudiantes. En consonancia con el espíritu de la época, podemos entender los fundamentos de esta apertura a los jóvenes en las propias palabras del entonces presidente de la Federación Médica de la República Argentina, el Dr. Victorio Monteverde (16):

No nos ha escapado la honda preocupación que ha de inquietar al médico cuando en la edad de la educación integral de su retoño, que quisiera verlo a su imagen y semejanza, orientado por el sendero del bien, que es el camino de todos los éxitos, debe hospedar a su hijo en la pensión anónima, donde al amparo de la incipiente libertad la educación del hogar sufre los primeros influjos de la compañía, a veces perniciosos, y del ejemplo que conduce al vicio o a las malas costumbres en la edad en que todo se asimila, en que el aguijón de la curiosidad dobla la voluntad como se tuerce el arbusto, que tanto cuesta enderezar.

Esas fueron las premisas que nos indujeron a proyectar la residencia de los estudiantes, hijos de médicos, en la Casa del Médico, y ha de verse en esto iniciativa además de los grandes beneficios de orden individual, un elevado propósito social con fines eminentemente patrióticos, desde que sirve sus intereses en el aspecto fundamental en que finca la grandeza de un pueblo, que es la cultura pública.

Es en la Casa del Médico donde el estudiante ha de encontrar el hogar ideal, por el complejo integral de cultura, en cuyo ambiente ha de asimilar sin esfuerzo y por gravitación natural nociones de ciencia, arte, literatura y sociología, de alto valor para relacionar los problemas del vasto panorama social, y no menos provechoso si queremos terminar con la estrecha unilateralidad que caracteriza al común de nuestros profesionales, que no les permite mirar el mundo sino a través del prisma de su profesión, o a veces, dentro de ella, por el pequeño agujero de una minúscula especialización.

No obstante, no sería completo nuestro programa si no abarcara fundamentalmente el aspecto moral, y es en él donde los colegas han de descansar tranquilos al confiar sus hijos a esta casa, por su solvencia moral, por la tutela permanente de sus dirigentes y por la reglamentación especial, que, sin trabar la libertad, fijo normas adecuadas para asegurar la disciplina y la moral. Esta última, que debe asentarse en los tres principios, verdad, justicia y solidaridad, encuentra su ambiente adecuado, puesto que son ellos el lema incontrovertible de la federación médica para lograr la dignificación de los profesionales médicos.

Siguiendo con el pensamiento de Monteverde, pionero y protagonista del gremialismo médico argentino, es determinante conocer sus discursos a través de conferencias, en donde trataba de despertar una conciencia gremial que agrupara a los médicos en torno a un ideal común por la dignificación de la profesión.

Para tal fin hemos seleccionado una de sus disertaciones radiales en la tribuna de Mundo Hospitalario en el año 1941, publicada luego en la Revista de la Federación Médica de la República Argentina con el título “El sentido del gremialismo médico” (17): Es necesario ampliar el campo visual para abarcar en su conjunto el vasto panorama médico-gremial y comprenderlo en todos sus aspectos, que si bien es pródigo en iniciativas para los beneficios materiales y morales de los médicos, no lo es menos para la sociedad, desde que sus actividades, que le confieren el carácter más humano de las profesiones, le imponen también la más grande de las responsabilidades, como celoso guardián de la salud pública.

Es en este último aspecto que, en todos los sectores sociales, debe verse con simpatía la unión gremial de los médicos, puesto que es ella la que permitirá obtener las leyes de bien público, que en materia sanitaria son tan deficientes. Leyes de coordinación, que lleven los servicios sanitarios adonde se necesitan, evitando la superposición o completando las necesidades; leyes de reglamentación de los profesionales sanitarios, que reglamenten su ejercicio, realizando una acción verdaderamente moralizadora; leyes que reglamenten la fabricación y el expendio de las especialidades medicinales, todas ellas son una garantía para la sociedad y la mejor contribución al adelanto del país, puesto que inciden

en su aspecto fundamental, que es la conservación de nuestro acervo humano y el perfeccionamiento físico de la nacionalidad.

En la solución de esos problemas está implícitamente involucrado el trabajo del médico, puesto que no es posible racionalizar las actividades sin un programa previo de coordinación, que, desde ya podemos asegurar, ahorraría al Estado ingentes sumas, que, mejor aprovechadas, darían un mayor rendimiento, con evidente beneficio para el Estado, la sociedad y el médico.

La preocupación permanente de las entidades médico-gremiales por la salud del pueblo, ya revelada por los congresos sanitarios realizados hasta la fecha, y que será confirmada en otros próximos a realizarse, es el mayor aporte y la mejor colaboración con los poderes públicos para la legislación y reglamentación, en sus múltiples aspectos, de quiénes están más capacitados, por ser los que están en íntimo contacto con el enfermo y abocados permanentemente a los problemas que derivan de su relación con el medio social. Directamente vinculada a este aspecto médico-gremial está la función del médico, no sólo en el sentido de restituir la salud; sino en el más fundamental de conservarla y de mejorarla, difundiendo las normas de la medicina profiláctica, como ya lo están haciendo las entidades gremiales y se ha estado practicando desde esta misma tribuna.

Integra la finalidad de las instituciones médico-gremiales un vasto plan de cultura integral, el que, además de completar los conocimientos científicos y técnicos de la profesión, complementa la preparación del médico desde múltiples ángulos, que lo capacitan para la comprensión de los problemas de la medicina, que paulatinamente va adquiriendo un profundo sentido social. Forman parte de este programa los cursos de actualización para graduados iniciados por la Federación Médica de la República Argentina, en la Casa del Médico, que vienen a llenar una verdadera necesidad, y han salvado una omisión y marcado rumbos en nuestro ambiente profesional. Hay que señalar, a ese respecto, la iniciativa de albergar a precios reducidos a los médicos del interior en la Casa del Médico, como una de las más interesantes y promisorias para el gremialismo médico argentino. Pero esa residencia no sólo llena esa importante finalidad de interés individual, sino que hay en ella una faceta más nacionalista, al crear vínculos de amistad y camaradería en todos los médicos argentinos, para la mejor comprensión y unificación de sus ideales y de sus intereses. No debemos omitir las proyecciones de orden internacional que derivan de ese aspecto gremial de la Casa

del Médico, pues han fraternizado en ella, con los médicos argentinos, distinguidos colegas de nuestras repúblicas hermanas –Brasil, Paraguay, Chile y Bolivia–, fortaleciendo los vínculos de esa diplomacia científica, que ha de ser el lazo más seguro para la unión latinoamericana.

Lejos ya de las épocas del ejercicio lucrativo de la profesión, en que el médico aseguraba su porvenir y el de los suyos con su trabajo individual, sin requerir la acción solidaria de sus colegas, sin contar en su mayoría con leyes de amparo que le aseguren el sueldo, la jubilación o la protección en la invalidez, son las entidades gremiales las que deberán subsanar esta deficiencia, que ya se deja sentir y que asume carácter de urgencia, dado el clima profesional en que se están debatiendo los médicos, sin perspectivas de una solución promisorio a breve plazo, y ante los augurios, nada optimistas, de los sociólogos, que nos pronostican cambios fundamentales en el orden social, después de la inmensa tragedia que se desarrolla en Europa.

Es un imperativo de la hora que nuestras instituciones gremiales contemplen este aspecto económico en la vida del médico con un sentido eminentemente mutual, haciendo la conciencia del principio ya consagrado de “todos para uno y uno para todos”, creando las bases de las cajas de previsión; para los casos de enfermedad o de invalidez, que ayuden al sostén de la familia, o el seguro que evite la indigencia o la miseria, cuando le llegue la lora del destino. Sólo así se evitarán los casos, que ya se producen con frecuencia, de médicos que llaman a nuestras puertas solicitando la cooperación de las entidades gremiales, unas veces por enfermedad, otras por invalidez y otras, en el ocaso de la vida, cuando fallan las energías y se espera el justo descanso de una vida, a veces pródiga en actos de abnegación o en derroche de gestos generosos.

Felizmente, son ya motivo de inquietud, en las entidades médico-gremiales de la capital y en algunas del interior, estos aspectos de la mutualidad de los médicos, que han de llenar ese vacío basta que los poderes públicos, aún sordos a su clamor, dicten la ley de sueldo, escalafón y jubilación, que para todos existe, menos para los médicos. Se encuentra en estos momentos a estudio de la Federación Médica de la República Argentina un amplio plan mutual de previsión y seguro, que, si cuenta con el auspicio de todos los médicos del país, habrá resuelto una de nuestras más caras aspiraciones.

Incumbe también a estas entidades el plan regulador del ejercicio profesional en todo el país, en base a una distribución que llene las plazas donde faltan y evite la plétora de médicos, con todas sus consecuencias de orden individual, por su acción desmoralizadora en la clase médica y, en su faz social, por la esterilización de tanta energía útil cuya utilización, al par que llenar múltiples lagunas en nuestro panorama sanitario, rendiría enormes beneficios al país.

Debe organizarse la bolsa de trabajo, para que estudie, en base a datos estadísticos bien llevados: núcleos de población de zonas, su densidad, enfermedades regionales, número de médicos, condiciones de vida, salarios, etc. Ha de ser en base a estos antecedentes que las entidades gremiales podrán aconsejar, oportunamente, dónde corresponden médicos funcionarios o con ejercicio profesional libre; número de profesionales que corresponda a cada categoría, dentro de las posibilidades económicas compatibles con un profesional universitario; probabilidades de especialización profesional, de orden general y de acuerdo a la morbilidad de cada zona o núcleo de población, etc. Se evitará, así, la elección que realizan al azar los médicos noveles y que produce tantos desengaños y desalientos, que tanto pesan en el futuro profesional.

La organización de la bolsa de trabajo es empresa ardua, dificultosa, y corresponde, por su índole; a la entidad gremial máxima de la República, la que ha iniciado este trabajo que, sin duda alguna, llenará una de las necesidades primordiales.

Hay, en el capítulo vinculado al trabajo del médico, un renglón por el que paga éste un pesado tributo, y es el que se refiere a sus elementos de trabajo, instrumentos, fármacos, muebles, libros, útiles, etc. La cooperativa de consumos, que abarque éstos y aun los artículos de primera necesidad, es de incumbencia gremial, y sorprende la indiferencia que ha existido hasta la fecha en este aspecto económico, tan fundamental para el ahorro del médico, máxime teniendo en cuenta los múltiples antecedentes que se tienen al respecto en todas las otras actividades profesionales.

Por último, interesan al médico todos los problemas vinculados con su trabajo, en relación de dependencia o realizado libremente en su práctica civil; en uno, es el capital privado que explota al médico para otorgar beneficios a sus asociados (mutualidades) o para obtener beneficios (compañías de accidentes del trabajo o seguros de vida); en el otro, es el

Estado, que abre las puertas de los hospitales o crea institutos de asistencia social (propósito encomiable), no contemplando la remuneración del trabajo del médico. Estos y otros enunciados relativos a los sistemas de ejercicio de la medicina, como el seguro de enfermedad y la oficialización y la socialización de la medicina, son grandes interrogantes, cuya solución es de competencia fundamental de las instituciones médico-gremiales.

Otro de los problemas que preocupaban a la dirigencia gremial en esa época era la poca adhesión de los médicos porteños, cuyo espíritu gremialista “rayaba” a muy poca altura (18) en comparación con los médicos del interior, quienes tenían mayor entusiasmo y estaban mejor organizados. Por eso es interesante reflotar la opinión al respecto de Juan L. Abadie (18): La plétora profesional es más evidente en la Capital Federal que en cualquier otro punto. La asistencia hospitalaria de puertas abiertas está más extendida aquí que en cualquiera otra parte. Luego, la crisis profesional debe sentirse más aquí que en otro lugar. Es lo lógico. Y la lógica no falla esta vez. Lo que hay es otra cosa: una incomprensión inexplicable del momento actual en unos, un aferramiento a prácticas vedadas en otros, que les impiden luego acercarse a sus colegas. Entre los primeros están aquellos que se debaten dentro de la crisis sin saberlo o haciendo que no la notan: los egoístas, los indiferentes, los apáticos. Entre los segundos están los competidores deshonestos, los que viven al margen de la ética, aquellos que emplean medios amorales, los que mercantilizan la profesión, procediendo como delincuentes o como mercachifles. En las provincias hay también colegas en esas condiciones, pero su proporción es infinitamente menor, y por eso no rehúyen la proximidad de sus compañeros; por eso no sienten la necesidad del aislamiento y, por el contrario, buscan la unión en el gremio. Es que en la Capital Federal muchos son los que no pueden llevar la frente alta, al revés de lo que, felizmente, ocurre en las provincias. Ahí están las cifras que lo dicen claramente.

La organización gremial de los médicos en el interior es un problema casi resuelto, mientras aquí presenta el aspecto de un problema insoluble, porque no hay interés en resolverlo o hay interés en que no se resuelva. Y no es que no haya interés en los problemas gremiales, sino

en contribuir a buscarles solución, pues la mayoría vejeta esperanzada en que una minoría habrá de encontrar la clave para salir del atolladero.

También existía el problema de la poca relación entre la universidad y las autoridades sanitarias, y las instituciones médico-gremiales –un verdadero divorcio–, sin vislumbrarse una posible solución inmediata, lo que repercutía desfavorablemente en las acciones concretas para mejorar la calidad de vida de los médicos. En este sentido vale la pena rescatar pensamientos de la época como el de Leo Rago (19), quien reclamaba una mayor afinidad en las relaciones de la Universidad y las autoridades sanitarias con las instituciones médico-gremiales: Debe procurarse una mayor conexión de principios entre la Universidad, las autoridades sanitarias y las instituciones médico-gremiales. Es necesario crear un fuerte lazo de unión institucional en pro de un gremio que sin duda alguna es el más castigado moral y económicamente en ésta hora crucial del profesionalismo liberal.

Las entidades médico-gremiales al asumir la defensa de los intereses morales y materiales de toda la profesión, creados y fomentados por la Universidad y mantenidos por las autoridades sanitarias, procuran mediante una desapasionada y correcta función de control equilibrar la economía de los mismos hasta tanto se obtengan dentro de un plan integral soluciones más justas y equitativas.

Mientras no se alcance ese plan, es de vital importancia despertar el interés de la Universidad y de las autoridades sanitarias hacia la labor que desarrollan las sociedades médico-gremiales, sin menoscabo de las funciones específicas de cada una de ellas.

No escapa a nuestro criterio y se comprueba con harta frecuencia el olvido manifiesto de la Universidad por sus egresados. Librados a su propio y natural impulso, año a año van engrosando las filas del profesionalismo, incorporándose a una masa que entra paulatinamente en la proletarización por la desnivelación de la economía general de la que ellos dependen.

El horizonte del médico presente y futuro se va reduciendo velozmente. Tenemos en el estrecho marco de las posibilidades un gran número de jóvenes profesionales que buscan con sincero afán algo que les permita decorosamente nivelar su estrecha economía; existe en esa juventud un

deseo de liberación que se trasunte en una mayor confianza y reconocimiento para, su saber y sus conocimientos; pero a pesar de la buena voluntad que demuestran, y a pesar de los denodados esfuerzos de las entidades médico-gremiales, no obtienen ni la más mínima consideración para la función técnica para la que los ha preparado la Universidad, ni aún para sus propias personas.

Y si al olvido de la Universidad agregamos la falta de respeto y obligaciones que para ellos deben tener las autoridades sanitarias, comprobamos que se ha uniformado un panorama sombrío en cuyo centro de atracción vive la presente generación médica y del que no escaparán las futuras.

Cada día se agudiza más la necesidad de crear y mantener permanentemente un censo profesional. Y para ello no es suficiente la sola voluntad de las instituciones representativas del profesionalismo médico que ya se han puesto en esa ardua y compleja tarea, se requiere también que las autoridades sanitarias y la Universidad mancomunen sus esfuerzos con aquellas para llegar a una más lógica y racional distribución de los médicos en el país.

Una ajustada razón debe imponerse en todas las voluntades para alcanzar la realidad tan fundamentalmente necesaria para el futuro ejercicio de la medicina.

Se ha manifestado con insistencia que existe una comprobada plétora en determinadas zonas de la República, y una carencia absoluta de profesionales en otras. Ello es inaceptable y pone en evidencia la impericia de las autoridades sanitarias y aún la de la propia Universidad, que sin lugar a dudas debían haberse preocupado con mayor atención de ese aspecto para no tener hoy que comentar esa notoria desigualdad que sufren los habitantes de nuestra Nación.

Aún se está a tiempo de salvar los errores cometidos. Un mayor grado de inteligencia y de comprensión entre la Universidad, autoridades sanitarias e instituciones médico gremiales, puede todavía equilibrar la maltrecha economía y la vida de relación médica y determinar con justeza la orientación de las futuras generaciones.

Como señalamos en el capítulo anterior, el mutualismo y su desnaturalización en desmedro de la clase médica era una de las asignaturas pendientes de difícil solución. Sin embargo algunas voces bregaban por una lucha activa a fin de lograr que el mutualismo cumpliera sus prin-

cipios y, en ese sentido, el gremialismo médico movilizado en pos de la dignidad profesional sería la herramienta más eficaz para encarrilar esta desviación del mutualismo. Para tener una cabal idea de esta problemática, nada mejor que tomar conocimiento del pensamiento médico de la época, esta vez a partir de la conferencia pronunciada por el Dr. Miguel L. Caviglia (20): La lucha por la vida expone a diversos riesgos: la enfermedad, la vejez y la muerte. La adversidad de estos factores en la vida de los individuos está en relación directa con la capacidad económica de los mismos. Me limitaré a examinar el riesgo de la enfermedad, por estar más directamente vinculado al tema de mi disertación.

Frente a ella, la clase indigente, la afectada por la “epidemia de la pobreza”, según la justa expresión de un autor, no tiene medios para proveer su defensa. De ahí que debe suplir su impotencia, por una parte el Estado, con la prestación del servicio hospitalario gratuito, y por otra, la beneficencia privada en sus múltiples exteriorizaciones.

El médico, por un deber de solidaridad social, debe concurrir también en favor de dicha solución, que en su esencia es de paz social. Aun más: como integrante de la colectividad, debe hacer gravitar su influencia a favor de la solución de los otros riesgos consignados que aumentan la vida angustiada de la clase menesterosa y crean problemas de carácter económico social.

En un plano económico más alto, existe una clase social relativamente dotada para subvenir a las necesidades fundamentales de su existencia. El riesgo de la enfermedad no podría quedar librado al juego de sus propias fuerzas y tampoco podría el Estado concurrir en un grado decisivo en su amparo dentro de nuestro régimen, porque tal carga excedería su capacidad económica.

Constreñido el individuo de ese sector a su sola acción individual, no le sería factible combatir con éxito el riesgo, porque su aptitud económica sólo lo habilita para resolver los problemas de su vida normal.

La pérdida del estado de salud le provoca la necesidad imperiosa de buscar una protección para esta situación anómala. El medio que resulta idóneo al par que equitativo para tal amparo, es la asociación, la cooperación organizada entre sus semejantes, es decir, la mutualidad, forma de ayuda recíproca que, practicada en forma rudimentaria en sus primeras

exteriorizaciones, ha llegado en la actualidad al perfeccionamiento del objetivo perseguido, por obedecer a un sentimiento innato en el hombre. Frente, pues, a esos sistemas de mutualidad que se perfeccionan técnicamente con el desarrollo de la civilización, el médico, por una reacción de su sensibilidad y ajustándose a las exigencias que impone la solidaridad humana, debe ser un factor importante de cooperación. Su indiferencia estaría reñida con el proceso de evolución social que ha determinado a algunos Estados a auspiciar la propagación de esas entidades mediante subvenciones.

Quede, pues, expuesta la posición del médico frente al mutualismo. Pero lo antedicho no puede ser obstáculo, y comienza aquí mi crítica, para que el médico repudie las asociaciones a cuyos beneficios se amparan quienes gozando de situación económica holgada deben contribuir por sus propios medios a la conservación y preservación de la salud, como así también a las asociaciones que adopten las formas externas del sistema, para resolver problemas ajenos a los que deben determinar su existencia. Si bien es lícita la unión de las fuerzas individuales cuando la determina la necesidad de suplir la impotencia del empeño personal, deja de serlo cuando el espíritu de lucro de las clases adineradas, y aun acomodadas, se infiltra en esas asociaciones como en una emboscada, para burlar al médico en la justa retribución de sus servicios. Se obtiene así un fin deshonesto del que es instrumento la mutualidad.

No expondría este mal si no revistiera, por su generalización, los caracteres de un factor preponderante en la depresión económica de nuestra profesión. En tales condiciones, el mutualismo, que en principio debe comprometer nuestra acción solidaria, con las desviaciones señaladas que desvirtúan su práctica esencial, debe determinar como reacción adecuada nuestra hostilidad.

No se caracteriza la clase médica por su estabilidad económica. En nuestra vida diaria gravita sin tregua, en un sentido adverso, dicho factor. El medio social nos exige determinadas condiciones de vida que debemos realizar, por lo menos, en un mínimo. Es, en consecuencia imprescindible que aspiremos a que nuestros servicios técnicos sean retribuidos en una medida compatible con la posibilidad económica de los beneficiados.

El régimen actual de las mutualidades, que admite que la clase adinerada, influenciada por un deleznable espíritu egoísta, obtenga asistencia

casi gratuita, se opone al logro de nuestras justas aspiraciones y ha de ser, como lógica consecuencia, nuestra, reacción defensiva.

Se establece por obra de la ausencia de sentido moral de los que se afilian, sobrados de recursos, a las entidades mutualistas; por la complicidad de éstas, condicionada por ausencia de un control económico a sus beneficiarios; y hasta por una mal entendida tolerancia o perjudicial pasividad de los profesionales que en ellas prestan sus servicios, un desequilibrio que perjudica pura y exclusivamente a nuestra clase.

Esto acontece por la indiferencia de nuestro gremio. Nos mantenemos en el plano negativo de la inacción, no obstante la urgente necesidad de organizar nuestra acción defensiva.

Es menester, pues, una reacción susceptible de hacer recobrar a nuestra profesión su jerarquía. La única vía para el éxito es la agremiación, es la acción conjunta.

El problema en examen debe ser dilucidado por el gremio médico, ya que su intervención directa excluye la posibilidad de que la solución sacrifique unilateralmente los intereses de la profesión, como acontece actualmente. Se evitará la subsistencia del régimen imperante, que conduce a anomalías como las que ofrecen entidades mutualistas en nuestro medio, que invierten gran parte de su capital en obras materiales suntuosas, ajenas al objetivo de previsión de los riesgos que deben procurar, y consagran una mínima porción de dicho capital para ofrecer una limosna encubierta a los médicos, que, no hay que olvidar, son los que realizan el fin esencial de esas instituciones.

En definitiva me he propuesto destacar cuál es, a mi juicio, la posición que debe asumir el médico frente al espíritu de agresividad que viene caracterizando a las sociedades que se denominan mutualistas. Me han alentado a ello muchos colegas al coincidir en que debemos abandonar la táctica de una constante repetición de crítica aislada que resulta intrascendente para hacer una crítica ejecutiva. La acción debe ser inmediata, porque el peligro es de magnitud. No nos arredren prematuramente las contingencias de la lucha, porque instados a librarla por un móvil de dignificación profesional, la convicción de que nos animó la fe por el logro de una causa justa sería en definitiva, aun en el fracaso, un saldo computable a nuestro prestigio.

Un aspecto sumamente interesante del gremialismo médico era conocer el pensamiento de los colegas, especialmente de aquellos que creían en la filosofía gremial y estaban dispuestos a participar activamente. Por ello la Federación Médica de la República Argentina organizó una encuesta entre los médicos planteando la pregunta: “¿Cuál es la mayor necesidad en el ejercicio de la medicina?”, cuya respuesta debía realizarse en cuatro tópicos, a saber: 1) en lo científico, 2) en lo social, 3) en lo profesional, y 4) en lo gremial.

A fin de ser más ilustrativos, a continuación exponemos como ejemplo lo expresado en dicha encuesta por el Dr. Juan L. Abadie, un referente del gremialismo médico de la época (21):

“¿Cuál es la mayor necesidad en el ejercicio de la medicina?”

1° En lo científico.

El conocimiento práctico de los enfermos y su tratamiento.

El conocimiento práctico de los enfermos requiere el conocimiento de su enfermedad y de su psicología. El médico debe ser, por sobre todo un buen observador, y si no lo es, resultará fatalmente un mal médico. Y no un buen observador del estado patológico, sino de la individualidad del enfermo, para acomodar la propia a la suya. Esa conjunción de modalidades, a veces muy distintas, establece una corriente de mutua simpatía, que abre al enfermo de par en par ante el médico que escudriña, la enfermedad y su origen. De ahí el éxito que puede tener un médico mediocre, que sabe aprovechar con habilidad ese dominio que se ejerce sobre el paciente, si le cae en gracia; y el fracaso de un médico más sabio que sólo despierta recelo, desconfianza o antipatía. El médico de hoy carece de esa habilidad, tan frecuente en el médico de antaño.

Otra de las condiciones que se van perdiendo es la del clínico de antes, del verdadero clínico, como lo fueron Trousseau y Dieulafoy, y, entre nosotros, Güemes, Ayerza y Allende, clínicos de, los cinco sentidos, que se bastaban a sí mismos para llegar a un diagnóstico acertado.

El médico de hoy ha mecanizado la profesión como cualquier obrero, que ya no es el artesano de otros tiempos, que hacía de su oficio un arte. Hoy, ese obrero es el frío ejecutor de la parte que se le asigna, y

poco le interesa el final, que a veces no llega a ver. El médico, parte de un complejo de laboratorio, rayos y especialistas, otras tantas piezas del engranaje, es el frío ejecutor de la parte que le corresponde en ese conjunto. No es como el médico de antes, que trataba de realizar todo el complejo o lo que le fuera posible. El médico de hoy recurre con sobrada frecuencia a esa colaboración, casi siempre innecesaria. Y el enfermo ve, con desaliento que él mismo no es más que otra pieza de ese engranaje, la peor del complejo: la víctima, que paga y aguanta.

El público no se ha distanciado, por propia voluntad, del médico, sino que éste, al poner de manifiesto su mecanización, lo aleja. Viendo el enfermo que es tratado en su casa, por su médico particular, como lo es en el hospital o en la sociedad de socorros mutuos, con las mismas exigencias de exámenes, con la misma frialdad, con la misma rapidez y con la misma mecanización, pero pagando cara la asistencia en su casa y nada o muy poco en el hospital o en la sociedad de socorros mutuos, opta por uno de estos dos lugares últimos, en los cuales sale ganando, por lo menos, los honorarios médicos y el importe de los medicamentos.

Recuerdo una observación que me hiciera muy acertadamente un enfermo. Me preguntó a qué se debía tanto examen como hoy se exigía, cuando los médicos de antes se contentaban sin nada o, a lo sumo, con un análisis de orina. Al responderle que se debía al adelanto enorme de la medicina en los últimos tiempos, me dijo que no lo ponía en duda, pero que tan atrasada no debía ser antes, pues la gente no se moría más que ahora. La prueba está en el aumento actual de la población del mundo, que si en algo se debe a la medicina, no es a la de hoy, sino precisamente a la de ayer, a la de 30 ó 40 años atrás.

El médico de hoy es visto por su paciente como un simple *interpretador de resultados ajenos*, y yo lo veo como un aparato automático en el cual se coloca una moneda (importe de la consulta), se oprimen varios botones (pruebas de laboratorio, rayos y especialistas), se tira de una manija y cae una tarjeta que nos da el diagnóstico y el tratamiento. Así, fríamente, mecánicamente...

2° *En lo social.*

Cualquiera sea la esfera en que actúe, el médico debe ser un hombre de bien y un profesional intachable.

La evolución de la medicina, la forma de ejercerla, que obliga al profesional a recorrer en un breve lapso largas distancias, ha hecho que el médico abrevie sus visitas al enfermo, reduciéndolas a un mínimo, con frecuencia perjudicial. El médico de otro tiempo, de chistera y levita, símbolo de un pasado lejano que pocos recuerdan, vivió en una época de menos movilidad, ya que sus medios de locomoción le limitaban a ejercer en la zona de su consultorio. Veía a los enfermos con más tiempo, con más detenimiento, se adentraba más en los hogares, se hacía amigo de sus clientes y concluía por ser su consejero. La compra o la venta de una casa, la elección de carrera para el hijo, el casamiento de la hija, eran motivos de consulta al médico de la familia, que a menudo fue visitado, no por razones de salud, sino a ese solo objeto. Se le respetaba y se le quería. Cuando joven fue médico de los abuelos y siguió siéndolo de sus hijos. Vio nacer a los nietos y llegó, ya viejo y siempre respetado y querido, a ser su médico y consejero. Hoy el tiempo no alcanza, el médico tiene prisa, y en auto, a 80 kilómetros por hora, ve un enfermo en Barracas, dos en el centro y otro en Belgrano. El tiempo apremia y no llega a conocer a sus pacientes, lo que tampoco le interesa. Y en este intercambio rápido de pesos por minutos y kilómetros, el médico de ahora, considerado como un simple proveedor de salud, se sonríe burlonamente del patriarcado de sus viejos antepasados.

Esa es la evolución social del médico de hoy, que es un profesional a 80 kilómetros por hora.

3° En lo profesional.

Es indudable que el médico supo más terapéutica de la que sabe ahora. Porque recetar específicos no es la terapéutica que se enseña en la Facultad. No hay duda que esta ciencia ha evolucionado tanto que muchas fórmulas no pueden ser preparadas en el vetusto laboratorio de la farmacia, pues ésta se halla en un atraso de cincuenta años en relación a la terapéutica. Pero esto no autoriza para que siempre se receten específicos, a menos que... haya intereses creados. Y aquí entran en tropel todas las plagas que asuelan la moral médica: medicamentos con coima, dicotomías, coima en casas de óptica y ortopedia, etc. ¡Y hablamos luego de los concejales! La causa de tantos males no está en el espíritu del recién egresado. El joven médico es todavía un iluso en la profesión, pues todo lo ve de

color de rosa: muchos enfermos, que todos pagan bien. Al poco tiempo se topa de narices con la sombría realidad: pocos enfermos y “clavos”, incluyéndose a parientes y pobres. A fin de mes, una interminable fila de cobradores en la puerta: alquiler, luz, teléfono, panadero, carnicero, diarios, revistas, sociedades, etc.

Y el joven galeno pierde su ilusión ante la dolorosa realidad, y abre las puertas, de par en par, para que entren en tropel todas las plagas que asuelan la moral médica, y se hace abortero, charlatán, naturista, homeópata, yuyero, irisdiagnostiquero, “asuerista”, “pueyista” y coimero.

El remedio a tanto mal es sencillo: la *oficialización de la medicina*. Su aplicación es difícil, por la ignorancia de los colegas refractarios a la agremiación.

4° En lo gremial.

La agremiación. Combatir la indiferencia, la apatía, el egoísmo, ilustrando a los colegas por los medios más diversos, porque todo aquello puede resumirse en esto sólo: *ignorancia*. Exceptúo a aquellos negociantes que son los cambalacheros de la medicina.

El punto capital, el centro neurálgico de todo movimiento gremial, es la agremiación máxima, para respaldar con el número la presentación de pedidos o de soluciones de los problemas médicos. Si se carece del apoyo numérico, toda presentación carece de fuerza de impresión y de ejecución, y termina fatalmente en el fracaso.

Por eso es imprescindible interesar en toda forma a los colegas reacios, ilustrándolos, haciéndoles conocer sus problemas, que con frecuencia los viven sin conocerlos; hacerles comprender que la solución no puede estar en un sueldo inferior al de un vigilante, cartero o barrendero; hacerles vislumbrar las posibles dignas soluciones, y hacerles comprender que, sin unión, continuarán debatiéndose en un caos cada vez mayor.

CAPÍTULO 3. LOS CONGRESOS MÉDICO-GREMIALES

Uno de los aspectos poco conocidos de la actividad médico-gremial, pero quizás uno de los más trascendentes, han sido los congresos médico-gremiales y/o sociales. Su importancia radica en que facilitaron la fijación de los principios doctrinarios que guiaron y orientaron la acción médico-gremial, y que permitieron desarrollar una acción fecunda, apartándola de la improvisación y de la presión de diversos factores circunstanciales.

Como señala Ítalo Elena (22):

“Los congresos de medicina social promovidos y organizados, desde 1934, por los médicos organizados argentinos, han tenido la virtud, en cierto modo adelantada en los primeros años, de lograr la convergencia de lo médico gremial con las exigencias de un desarrollo de la salud pública en el crisol de la medicina social”.

En un relato oficial al 8° Congreso Médico Social Panamericano sobre “Papel de la profesión médica” al historiar COMRA el origen de las gremiales, expresa:

“En el segundo cuarto del siglo XX el médico advirtió que surgían ante sí dos problemas: la necesidad de defender su profesión para que no dejara de ser la fuente digna de recursos que hasta entonces había sido

y la de contribuir a solucionar males que se manifestaban a través de los enfermos pero que en gran parte tenían profunda raigambre social” (22).

Es así que mientras se organizaban los médicos argentinos en sus entidades gremiales representativas federadas, en sus reuniones centrales no dejaban de aparecer, junto a los temas puramente profesionales, los problemas sanitarios y sociales.

Que esto no fuera categórico y lineal se evidencia en la inseguridad de la denominación de los congresos que realizaban las entidades nacientes: ya Congreso Gremial Médico (el primero en 1934), ya Congreso Médico Social Argentino (2º gremial y 1º social en 1936), ya Congreso Argentino Sanitario y de Medicina Social (en 1942).

Uno de los aspectos resultantes, contradictorio en más de un enfoque, fue que mientras nuestra medicina clínica alcanzaba altos niveles de prestigio, particularmente en su desarrollo en los hospitales públicos, no se daba en el país una planificación sanitaria ni medianamente racional y aumentaban las dificultades de asistencia para la población, en especial para los sectores populares (22). Fueron las demandas asistenciales insatisfechas las que actuaron como estímulo fundamental para que proliferaran las mutualidades y bien pronto (década del 40) las obras sociales.

“Los congresos médicos sociales de esos años tomaron esos temas forzosamente, porque estaban en la preocupación de la población y de los médicos (22).

A continuación hacemos una somera mención de los congresos médico-gremiales y/o sociales realizados en la Argentina y a nivel Panamericano hasta la década del 60, según fidedignas fuentes médico-gremiales (23):

Congresos Nacionales

Primer Congreso Médico Gremial Argentino: Organizado por el Colegio de Médicos de la Capital Federal, con el auspicio de casi todas las entidades médicas gremiales del país, se celebró en la Capital Federal en junio de 1934. Dividió su labor en siete Comisiones: Ley de Ejercicio

de la Medicina - Escalafón y Carrera Médica Hospitalaria, Asistencia Social, Plétora - Código de Ética y Moral Médica - Mutualidades Médico Sociales - Jubilaciones y Pensiones Médicas - Federación Médico Gremial - Investigadora del estado Sanitario del País y Económico y Social del Cuerpo Médico. Estableció las bases para la redacción del articulado de una nueva Ley de Ejercicio de la Medicina. Constituyó la Federación Médica Gremial Argentina.

Segundo Congreso de Medicina Social y Gremial: Organizado por la Federación Gremial Regional y la Federación de Sanidad de la Provincia de Santa Fe, se realizó en Rosario (Santa Fe) en agosto de 1936. Su temario estuvo dividido de la siguiente forma: Medicina Social, Condiciones biológicas del Pueblo en las Campañas y Ciudades - Condiciones Sanitarias del País - Morbilidad y Mortalidad Infantil - Orientación de la Sanidad y Previsión Social. Medicina Gremial: Mala distribución o Falsa Plétora - Condiciones de la Asistencia Médica en la Ciudad y Campaña. Servicio Médico Rural - Situación Económica del Médico Rural - Condiciones para el ejercicio de la Medicina - Organización de los médicos para el ejercicio Colectivo de la Medicina - El Médico como funcionario.

Tercer Congreso Médico Gremial de la República Argentina: Auspiciado por la Confederación Médica de la República Argentina, fue organizado por la Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba y el Colegio Médico de Córdoba y se realizó en la ciudad de Córdoba en abril de 1950. Fue su temario el siguiente: Agrupación de los médicos - Jubilación de los médicos - Mutualidad, su relación con los médicos - Compañías de Seguros, su relación con los médicos. Se pronunció por la agrupación libre. Fijó las bases para un proyecto de ley de jubilaciones, clasificó las mutualidades y la remuneración de la asistencia médica. Fijó condiciones para un nuevo convenio para la asistencia de accidentados del trabajo y tomó resoluciones sobre los siguientes asuntos: El Médico y sus relaciones con el Estado - Certificados Médicos - Publicidad Médica - El Médico y el Impuesto a las Actividades Lucrativas - Los médicos extranjeros sin reválida, Médicos de Industria - Ejercicio Privado y Bases para una Política Sanitaria.

Cuarto Congreso Médico Gremial de la República Argentina: Siempre con el auspicio de la Confederación Médica de la República

Argentina fue organizado por la Federación Médica de Entre Ríos y se celebró en julio de 1952 en Paraná (Entre Ríos). Su temario central fue el siguiente: Planificación de la Sanidad Nacional - Asistencia Médica en relación con el estado sanitario y económico de la población - Estatuto de los profesionales del Arte de Curar.

Quinto Congreso Médico Gremial Argentino: Patrocinado por la Confederación Médica de la República Argentina y organizado por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, se efectuó en Mar del Plata (Bs. As.) en julio de 1954. Actuaron las siguientes comisiones: Ética Médica - Problemas fundamentales y elementos para la planificación sanitaria nacional - Condiciones de vida y de trabajo del Médico Rural - Trabajos presentados fuera del Temario – Conclusiones. Redactó el Código de Ética que luego fue aprobado por la Confederación Médica de la República Argentina en los Consejos Federales del 16 de enero y 17 de abril de 1955. Fijó las bases y objetivos fundamentales para la Planificación Nacional y las Bases para un Estatuto Médico.

Sexto Congreso Médico Gremial Argentino: Con el patrocinio de la Confederación Médica de la República Argentina fue organizado por el Colegio Médico de San Luis y realizado en la ciudad de San Luis en el mes de abril de 1957. Su tema central fue “Mutualidades”, que se consideró en las siguientes comisiones: Asistencia Mutualizada y Seguro Nacional de Salud - Normas futuras de la Asistencia Mutual - Legislación - Relación médico mutual: Régimen de servicios, Carrera Médico Mutual, Aranceles - Asuntos Especiales. De sus conclusiones surgió que se imponía un nuevo régimen de prestaciones basadas en el concepto de “seguro de salud”, por cuanto las obras sociales y mutualidades no estaban en condiciones para atender en forma eficiente la prestación de una medicina integral.

Séptimo Congreso Médico Social Argentino: Auspiciado por la Confederación Médica de la República Argentina, fue organizado por la Federación Médica de la Provincia de Santa Fe *in memoriam* del Dr. Juan Lazarte y se realizó en Rosario (Santa Fe) en diciembre de 1965. Fue su tema central y único “El Seguro de Salud en la República Argentina”. Se dio intervención no solamente a entidades médicas sino a las

empresarias, obreras, estatales y de otros profesionales del arte de curar, que pudieron aportar sus puntos de vista, colaborando con los cinco grupos de trabajo en que se dividió la consideración de los siguientes aspectos del tema central: Doctrinarios - Jurídicos y Legislativos - Financieros - Administrativos y Organizativos - Profesionales y estructura de las prestaciones. Estos diversos aspectos fueron tratados en profundidad por los distintos grupos de trabajo, expresando sus conclusiones la madurez alcanzada en ellos y canalizando las aspiraciones gremiales hacia soluciones concretas.

Octavo Congreso Médico Social Argentino: Siempre con el auspicio de la Confederación Médica de la República Argentina, se efectuó en la ciudad de Villa Carlos Paz (Córdoba) en 1967 y fue organizado por la Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba.

Este último congreso, según señala Ítalo Elena (22), “abordó un temario muy ambicioso: I. La Salud en función del desarrollo económico. II. Organización de la Salud y su Financiación, III. Problemas de los Profesionales Médicos. IV. La Enseñanza de la Medicina en relación con los Problemas de Salud en la República Argentina”.

En algunas de las conclusiones sintetizamos la concepción general, que se nutrió de las entusiastas discusiones habidas en los grupos de trabajo.

Respecto a la salud en función del desarrollo, se concluyó:

- 1) Que una interpretación del desarrollo económico desde el ángulo del interés de la salud exige que éste tenga un claro sentido social y nacional, debiendo tomarse medidas que actúen sobre todas las etapas del proceso, en particular sobre los factores de producción, la distribución de la riqueza y las estructuras económicas básicas.
- 2) Que para lograr este propósito, se debe apoyar la planificación de la economía y, dentro de ella, la planificación de la salud a la par que medidas de tecnificación y una política impositiva, presupuestaria y social que asegure una distribución equitativa de la renta nacional, promoción de la educación y la salud pública al mismo tiempo que el pleno empleo, una justa política de salarios y seguridad de la capacidad de trabajo.

Al referirse a los médicos en la Carta de Córdoba resultante del Congreso, sostiene Ítalo Elena, que el condicionamiento socio-económico de la enfermedad y de las formas y alcances del ejercicio médico “le hacen entrever que sus propias reivindicaciones sociales o profesionales habrán de satisfacerse en el marco, y a medida, de la satisfacción de las necesidades de salud de la población”. Y continúa:

Las organizaciones médico gremiales, avanzada de este pensamiento médico, mientras promueven una profundización en el estudio de la problemática médico gremial y sanitaria, deben lograr el progresivo esclarecimiento de los médicos buscando los medios y niveles adecuados para transmitir los resultados de tales estudios y motivar la necesaria participación del conjunto de profesionales en preparación de los cambios de actitud necesaria para un camino de progreso.

En los problemas de los médicos hay una buena sistematización de las necesidades y reivindicaciones médicas y sus recomendaciones constituyen una excelente programática para la actividad médico gremial.

Las recomendaciones sobre la enseñanza de la medicina son dignas de ser conocidas en todos los ámbitos universitarios y profesionales. Y, en todo caso discutidas, pero nunca ignoradas.

Congresos Continentales

(tomado de fuente médico-gremial fidedigna (23)) Patrocinados todos por la Confederación Médica Panamericana y organizados por las entidades afiliadas, se han venido realizando sin interrupción desde 1946.

Primer Congreso Médico Social Panamericano: Efectuado en la Habana (Cuba) en diciembre de 1946. Su acta final es conocida como La Carta Médica de la Habana; establece los principios doctrinarios y señala los elementos que permiten alcanzar el perfeccionamiento integral del ciudadano de América. La Doctrina fue: I. Todo individuo de América tiene derecho a vivir en salud. II. Todo médico en América tiene derecho a que se respete la libertad en el ejercicio de la profesión. III. Toda institución de carácter médico-social en América debe ser di-

rigida y gobernada por médicos. IV. Todo nuevo sistema de prestación servicios médicos sociales deberá realizarse de acuerdo con las organizaciones médicas.

Segundo Congreso Médico Social Panamericano: Celebrado en Lima (Perú) en febrero-marzo de 1949. Por medio de La Declaración Médica de Lima reafirma los principios de la Carta Médica de La Habana. Define el rol del médico en los organismos del Seguro Social. Señala sus atribuciones y defiende sus derechos en los aspectos técnicos y económico-sociales. Sugiere las medidas a adoptar para subsanar las deficiencias que presenta la estructuración de las escuelas o facultades de Medicina. Efectúa diversas recomendaciones a los gobiernos de América.

Tercer Congreso Médico Social Panamericano: Se realizó en Caracas (Venezuela) en marzo de 1951. Fue temario "El Medio Rural". Se consideraron los siguientes aspectos: Alimentación - Vivienda - Saneamiento - Asistencia Médica. Se aprobaron diversas recomendaciones atinentes a ello.

Cuarto Congreso Médico Social Panamericano: Se efectuó en San Salvador (El Salvador) en 1953.

Quinto Congreso Médico Social Panamericano: Se llevó a cabo en Bogotá (Colombia) en octubre de 1955.

Sexto Congreso Médico Social Panamericano: Realizado en Buenos Aires (Argentina) en mayo de 1959. Su temario estuvo dividido en dos secciones. Sección A: Los sistemas de Seguridad Social - Relaciones con la Organización Sanitaria y el Cuerpo Médico - Organización Gremial Médica de la República Argentina, Colegios Médicos, Agremiación - Organización y Carrera Médica Hospitalaria. Sección B: Isótopos radioactivos en Medicina - Poliomiélitis, los problemas médico-sociales de la rehabilitación del lisiado - Problemas de la Alimentación en Latino América - Mortalidad Infantil en Latino América - Consideraciones médico-sociales acerca de las Zoonosis - Enfermedad de Chagas.

Séptimo Congreso Médico Social Panamericano: Celebrado en Santiago (Chile) en marzo de 1962.

Octavo Congreso Médico Social Panamericano: Se efectuó en Montevideo (Uruguay) en abril de 1964.

Noveno Congreso Médico Social Panamericano: Se celebró en Lima (Perú) en abril de 1966. Consideró los siguientes temas: Los servicios de Seguridad Social en función de los programas de Salud Pública - Dinámica de la Población - Enseñanza Médica en relación a los problemas de Salud Pública - Las relaciones del trabajo médico y la Seguridad Social.

Décimo Congreso Médico Social Panamericano: Se realizó en 1968 a la ciudad de Asunción (Paraguay).

La Confederación Médica Panamericana organizó también la Primera Convención Interamericana de Hospitales, que se realizó en La Habana (Cuba) en octubre de 1956. Dicha convención emitió opinión sobre los siguientes asuntos: Legislación - Planificación - Carrera Hospitalaria - Carácter de los Hospitales - Economía - Régimen de gobierno - Relación del gremio médico con los servicios hospitalarios.

Undécimo Congreso Médico Social Panamericano: Fue el último por los motivos que veremos más adelante y se efectuó en La Paz (Bolivia) en 1970.

Es fundamental destacar la influencia que tuvo la Confederación Médica Panamericana en todo el gremialismo médico de América Latina y especialmente de Argentina como lo señala Ítalo Elena (22) en su análisis histórico: Iniciada en 1946 tendió a unir a las asociaciones médicas nacionales de afiliación voluntaria de los países del continente americano, llegando a contar con representantes de la gran mayoría de ellos. Sus fines fueron: a) Que todo individuo en América tiene derecho a vivir en salud. b) Que todo médico en América tiene derecho a que se respete la libertad en el ejercicio de la profesión. c) Toda institución de carácter médico social debe ser dirigida por médicos.

La doctrina desarrollada en la mejor comprensión de los objetivos médicos y su código de conducta quedó señalada en sus reuniones internacionales, los Congresos Médicos Sociales Panamericanos, de los cuales surgieron los documentos llamados Cartas Médicas que fijan las posiciones adoptadas por las entidades gremiales de toda Latinoamérica. Se parte de la primera: Carta Médica de la Habana, 1946, y siguen la de Lima, 1949, que trata de la educación médica, la Salud pública y Medicina Social y el seguro social.

La Carta Médica de Buenos Aires, 1959, incluye la importante ‘Declaración Médica de Buenos Aires’ que expresa:

‘Es deber de toda asociación gremial médica:

1. Luchar por mantener en el país respectivo los derechos individuales y humanos, norma básica de las constituciones de nuestras repúblicas. La violación de estos derechos será motivo de protesta por parte de los gremios médicos latinoamericanos, hasta observar su completo restablecimiento.
2. Como conglomerado social altamente especializado, el gremio médico está en el deber de luchar por cuantas medidas signifiquen una superación de la protección, recuperación y rehabilitación del individuo. En tal virtud propenderá al mejoramiento de la salud elaborando planes que desarrollen la medicina preventiva y la asistencia hospitalaria en cada país.
3. Contribuir a crear o a mejorar las organizaciones de seguridad social en las que se compaginen armónicamente los derechos inalienables de los factores que la integran, con el ánimo de cooperar al bienestar social de nuestros pueblos mejorando así sus condiciones de vida de trabajo.
4. Contribuir con su ejemplo y organización a que nuestros Gobiernos se encaucen honestamente por una política que en lo administrativo y en lo asistencial, tienda a la elevación del nivel sanitario, educacional y cultural del pueblo, promueva el desarrollo de las riquezas naturales del país y desenvuelva las mejores relaciones de amistad, comercio e intercambio con los países del mundo y en especial con las Repúblicas Latinoamericanas. [...]
5. En bien de la dignidad nacional la Asociación Médica Gremial luchará por conservar los derechos soberanos de nuestros países donde quiera que traten de ser hollados por intereses foráneos y proclamará su inconformidad sosteniendo una política de plena Democracia, cimentada en la paz y en la libre determinación de los pueblos. Al apoyarnos solidariamente constituiremos una unidad Latinoamericana fuerte y eficaz ante todo sometimiento económico o de cualquier otra naturaleza.
6. Declarar enfáticamente su repulsa a todos los gobiernos que disminuyan, alteren o violen estos sagrados derechos.
7. Rechazar las tiranías, así sean políticas o económicas y condenar los regímenes contrarios a los pueblos y el sentimiento democrático’. [...]

Ratificada años después en la VI Asamblea General de la Confederación en 1962 por el Anexo de la Carta Médica de Buenos Aires, destacando especialmente los puntos 1; 5; 6; 7 y aclarando que la Confederación “se preocupa y se preocupará únicamente de los asuntos que le competen, precisados en la documentación aludida siendo por lo tanto completamente ajena a todo sentido de política partidista’.

Los Congresos Panamericanos continuaron realizándose regularmente hasta el XI (La Paz, Bolivia, 1970) con la contribución de las entidades médico gremiales latinoamericanas y se formalizó la temática llegándose al establecimiento de un código del trabajo del médico americano.

Su organismo ejecutivo, Comité Ejecutivo, en el ínterin de las asambleas y congresos bianuales, se ocupaba de la defensa concreta de los intereses de los médicos en cumplimiento de las Cartas y frente a las cesantías y detenciones por causas políticas y/o ideológicas peticionando a los gobiernos respectivos, así como en los episodios de avasallamiento de las autonomías universitarias. Interesando en estos y otros problemas generales a la Asociación Médica Mundial.

El Comité Ejecutivo rotaba entre las Asociaciones Médicas Nacionales y en cada cambio, a los cuatro años, obviamente se trasladaba todo el bagaje histórico documental de la institución. En la Asamblea General de la Confederación de 1971 se designó al Colegio Médico de Chile como nueva sede del Ejecutivo. Fue así que el golpe de Estado chileno de septiembre de 1973 significó también la destrucción de toda esa documentación y de la continuidad institucional de la Confederación Médica Panamericana, en un momento en que agrupaba a 18 asociaciones médicas del Continente que representaban a 360.000 médicos que servían a una población de 400 millones de americanos (22).

Es sumamente importante remarcar el impacto favorable de los congresos médico-gremiales, que incluso lograron materializar largas aspiraciones en pos de una sanidad integral (como contribuir, en alguna medida, a la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social). La mejor manera de probarlo es repasar las crónicas y publicaciones de la época (24-25):

Corría el año 1933 cuando en esta Capital se realizó la *Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social*. El ex-Colegio de Médicos

hace sus primeras armas públicas, y reconociendo que no puede estar ausente en ese acto, máxime cuanto que en él se ha incluido un tema de preponderante importancia: *Coordinación de los Servicios técnicos en la Asistencia de los enfermos generales*, resuelve hacer oír su opinión en el mismo. Justicieramente representado, expuso por intermedio de sus delegados en el seno de la comisión encargada de estudiar el tema, y deja desde ese momento sentado su principio incontrovertible, que a la unidad de acción debía agregarse la unidad de dirección como base para estructurar un nuevo sistema sanitario.

Ese principio de esencia y carácter médico gremial y social no tuvo en esa oportunidad el apoyo suficiente y necesario que merecía, ni de las autoridades ni de la medicina oficial; al que debe agregarse la desinteligencia del resto de los delegados integrantes de la Comisión quienes llevados por algunos intereses creados por el encumbramiento técnico y social de algunos de ellos, no permitieron que esa sana y justa aspiración prosperara. En el Primer Congreso Médico Gremial Argentino (1934) nuestra primerísima manifestación gremial, se puntualiza la pésima organización sanitaria reinante, y al ampliar la idea primaria y acrecentar el principio de la medicina integral se propicia: “que a fin de realizar y coordinar todas las funciones exigidas por la sanidad y la salud pública en el territorio de la Nación, urge la creación de una *dirección general de la salud pública*”, agregándose: “El organismo cuya creación se auspicia, además de ejercer la súper intendencia sanitaria en la Nación, sería la entidad directriz de la asistencia social”.

Igualmente en aquel certamen se propició la creación de un código sanitario nacional que contemplara y resolviera en normas concretas los múltiples problemas concernientes a la salud pública, salubridad, asistencia social, medicina preventiva, ejercicio profesional de la medicina, régimen hospitalario, sociedades de asistencia médica, bromatología, odontología, farmacia, etc.

El ex-Colegio de Médicos de la Capital Federal y hoy la Confederación Médica de la República Argentina, en sus trayectorias han puesto en evidencia en más de una ocasión la forma arcaica y retrógrada en que se desenvuelve técnica y administrativamente la sanidad nacional. En todos los actos organizados por ambas instituciones se expresó insistentemente la conveniencia de realizar *la unidad de dirección y la unidad de sistema*, en virtud de la superposición de la acción de las institucio-

nes nacionales con las desarrolladas por las provinciales y municipales y hasta por las entidades privadas; y ante la forma en que se adjudican los recursos destinados a ese fin, se propuso que para el mayor rendimiento de los mismos, se aprobara una *Ley orgánica de los subsidios*, administrada por un cuerpo representativo de las funciones correspondientes.

Se llega mientras tanto al *II Congreso Médico Gremial Argentino 1936* y se aprueba unánimemente en el mismo que “es necesario unificar y coordinar las fuerzas e instituciones que luchan por la salud pública y el máximo de la asistencia médica”; completándose esta manifestación con un agregado: “es necesario crear una dirección nacional de la sanidad, ejecutiva e independiente”.

Innumerables debates ha originado el tema de la coordinación de la asistencia médica y social; meditados y minuciosos trabajos se han elaborado en los organismos médico gremiales sobre el particular. De entre ellos sacaremos uno que por su uniformidad, vastedad e importancia fue el precursor de este movimiento coordinador, la “Oficialización de la Medicina”. Llevado a la consideración del VI Congreso Nacional de Medicina 1938, se le acompañó el siguiente voto: Que la solución ideal e integral de la sanidad pública y de los problemas de los profesionales del arte de curar es la oficialización de la medicina teniendo como base *la creación, de un organismo autárquico o autónomo que administre y dirija la asistencia médico social sanitaria del país, controlado* por el Estado, regido por médicos, y cuyos fondos para cubrir las necesidades del mismo se obtendrían de un impuesto a la salud, de acuerdo con la capacidad económica de los habitantes, concordando con los principios básicos del proyecto y ponencia presentados por el delegado del Colegio de Médicos de la Capital Federal (Federación Regional), Dr. Alberto E. Berenguer.

Decíamos en 1940 que el principio básico de la unidad de la sanidad nacional descansa en el concepto coordinado y regulador del complejo sanitario, en la conjunción del valor médico y del esfuerzo social, y en la armónica concepción de todas las partes que constituyen la medicina social, curativa y preventiva.

Mediante el sistema orgánico propiciado se ha de prestar a la población asistencia preventiva, domiciliaria, hospitalaria, servicio de higiene,

de protección, de reeducación, a los que se agregarán los servicios de ingeniería y arquitectura especializada. Todo ello nos llevará a destruir los criterios simplistas y la improvisación, lo circunstancial y lo empírico; en síntesis, se entrega al Estado y a la colectividad *una solución integral bajo la forma de un ente autónomo o entidad autárquica que contempla los dos aspectos en juego: Las necesidades médico sociales de la población en todos sus aspectos y la de los ejecutores, los profesionales* (24).

Al apoyar en el mismo año las conclusiones de la Comisión de Racionalización de la Administración Nacional, se lleva a la misma y a las Cámaras Legislativas las opiniones anteriormente vertidas.

Con motivo del primer Congreso Médico Gremial Argentino Extraordinario, 1941, se formula ante el tema: *Coordinación de la Sanidad Nacional*, el siguiente voto: “La Federación Médica Argentina propicia la Coordinación integral de todos los servicios asistenciales, sanitarios, etc., en todo el país.

“La Federación Médica Argentina vería con agrado la creación de la Dirección General de Salud Pública, que abarca todo cuanto concierne a la Asistencia Médica y Social, servicios sanitarios, etc., en la Ciudad de Buenos Aires. Esta Dirección será autónoma y tendrá por finalidad la protección de la mujer y el hombre en todas las fases de su desarrollo, saneamiento del ambiente, contralor de las profesiones unidas a la salud pública. La Dirección General de Salud Pública ordenará todo cuanto se relaciona a medicina preventiva y curativa. La Dirección de Salud Pública coordinará todos los organismos e instituciones existentes en la Capital Federal sean nacionales, municipales, de beneficencia, y aquellos particulares que necesitaran para su buen funcionamiento y protección de la salud pública y privada”.

“La Federación Médica Argentina aconseja a las distintas Federaciones gremiales que la integran trabajar por la coordinación de todos los servicios provinciales, etc”.

También es significativo remarcar los “Ecos de este Congreso”, cuyo editorial había sido publicado previamente (25) a fin de entender los graves problemas de salud pública por los que atravesaba el país:

Que los problemas sanitarios argentinos no han sido todavía resueltos es un hecho notorio. Ha de entenderse bien que, cuando se trata de un

problema de esa índole, hablar de resolverlo no implica pretender que se le dé una solución capaz de suprimirlo como tal. Aunque esto es posible en algunos casos, no lo es en muchos otros, debido a la inextinguibilidad de los factores cuya existencia constituye, por sí sola, el problema mismo. La aspiración es, por lo general, más modesta, como que no se ignora la magnitud de las dificultades a vencer. Pero nadie puede aceptar que la gravedad de un problema sanitario se mantenga estacionaria, y menos aún que aumente, porque todo el mundo sabe que el Estado y la sociedad disponen de los recursos indispensables para reducirla o contrarrestarla, cuando no para limitarla a su mínima expresión. Dondequiera que surja, el problema sanitario tiene siempre las características de un mal que destruye, aminora o amenaza la salud colectiva. Su aparición comporta, por de pronto, el deber gubernativo social de amenguar hasta donde sea posible la violencia de los términos en que se plantea.

Apenas si hace falta mencionar los problemas sanitarios a que acabamos de aludir. Están en la mente de todos, las terribles acechanzas de la tuberculosis y de la lepra, que eligen sus víctimas en todas partes y en cualquier ambiente social, porque los medios habilitados para luchar contra ambas enfermedades son todavía precarios y están, además, mal organizados. Otros males menores, como el paludismo y el tracoma, se extienden desmesuradamente sólo porque no se hacen los esfuerzos necesarios para destruir los focos originarios u oponer vallas al contagio. Enfermedades hay, como la peste bubónica, que han sentado sus reales en el país con carácter endémico, merced a lo limitado y esporádico del ataque que los organismos sanitarios oficiales dirigen contra los roedores que llevan consigo el agente propagador.

La medicina de nuestros tiempos incorpora y perfecciona continuamente métodos y procedimientos terapéuticos de extraordinario valor para el tratamiento de tan temibles flagelos. La higiene sabe, a su turno, cómo se logra evitar la propagación de dichos males. La una y la otra están en condiciones de proporcionar orientaciones técnicas tan valiosas como insustituibles para la preparación y el ordenamiento de la batalla sanitaria tendiente a librar a la salud pública de peligros o agentes destructores que no sean inevitables. Pero los elementos materiales para esa lucha y la coordinación de esfuerzos requeridos para tornarla eficiente sólo pueden ser dados por los poderes públicos.

Se explica, así, que en la ceremonia inaugural del Primer Congreso Médico Gremial Argentino se haya encarecido la “colaboración” profesional en el sentido antes indicado. En ese acto no ha sido echada en olvido, como era natural y justo, la conveniencia de racionalizar la administración sanitaria nacional en lo tocante a sueldos, estabilidad, escalafón y jubilación de los facultativos al servicio del Estado. La sugestión no deberá ser desoída por el Congreso, ni por el Poder Ejecutivo de la Nación, dado que ella traduce y sirve, con la mirada puesta en un respetable sector de las actividades útiles, un anhelo que cuenta con unánime auspicio en la opinión. Con amplia comprensión de lo que las actividades médicas significan y de las responsabilidades poco comunes que su ejercicio comporta, el congreso gremial inaugurado anteaayer ha de prestar vigilante atención, asimismo, al problema de la ética profesional, que no deriva, por cierto, de la nutrida falange de hombres de ciencia y de conciencia consagrados entre nosotros a la noble tarea de atender a la salud humana, sino de las excepciones que, por escasas que sean, dañan siempre y pueden extenderse. En el domicilio del enfermo particular, lo mismo que en las salas de los hospitales, la presencia del médico está destinada a inspirar confianza ilimitada. A esto se ha de llegar, sin duda, por el camino de las asambleas profesionales que, a la manera de la que dejamos aludida; muestran elevado interés por las cuestiones que atañen a la salud colectiva.

Prosiguiendo con esta idea de la Sanidad Integral, en 1942 el Segundo Congreso Argentino Sanitario y de Medicina Social, al tratar el punto “Organización de la Sanidad Nacional”, consideró:

- 1° Que es de sentida necesidad la creación de un Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, a fin de unir las principales actividades estadales e institucionales consagradas al mantenimiento de la salud de la población y asegurar su bienestar.
- 2° Que dependiente de ese Ministerio debe crearse el servicio nacional de sanidad, de naturaleza autárquica, y como autoridad exclusiva en materia de sanidad nacional. Este se hallará dirigido por un Consejo de Sanidad Nacional constituido por los directores de los departamentos técnicos, en que se divida las funciones sanitarias, estableciéndose la carrera sanitaria y escalafón equitativo.
- 3° Que los departamentos técnicos tengan un director y un consejero administrativo y se dividan a su vez en secciones a cuyo frente se en-

cuentre igualmente un jefe técnico. Los jefes integrarán los consejos administrativos.

4° Que para salvar las dificultades que pudieran obstaculizar la formación de la sanidad nacional es menester respetar el sistema federal de gobierno, a cuyo efecto se crea la convención permanente nacional de sanidad, constituida por representantes de las provincias, capital federal, y las entidades gremiales médicas nacionales. Uno por cada provincia y tres de la Federación de Sanidad de la República Argentina, la que estará encargada de estudiar y aprobar los planes preparados por los técnicos del consejo de sanidad, así como a hacerlos respetar en todo el país.

El Segundo Congreso Médico Gremial Argentino, realizado en Rosario los días 30 y 31 de octubre y 1 de noviembre de 1936, fue sin duda el de mayor envergadura, alcance y repercusión, como lo prueban los organismos médicos gremiales adheridos a su organización y la amplitud e importancia de los temas tratados. Este congreso fue organizado por la Federación Gremial Médica de la Provincia de Santa Fe y contó con la colaboración del Comité Local de Santiago del Estero y Norte, Comité Local del Chaco, el auspicio de la Federación Gremial Médica Argentina y la adhesión de la Federación Regional del Colegio Médico de la Capital Federal, Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires, Círculo Médico del Sud, Círculo Médico del Sud Oeste, Círculo Médico del Norte, Círculo Médico del Oeste, Círculo Médico del Noroeste, Círculo Médico del Noreste, Círculo Médico del Centro, Asociación Médica de Rosario, Sociedad Médica de Santa Fe, Asociación Médica de Bahía Blanca, Colegio de Médicos de Mercedes, Círculo Médico de Nogoyá, Círculo Médico de San Nicolás, Círculo Médico de Morón, Círculo Médico de Salta, Asociación Médica del Departamento San Martín, Las Colonias, San Justo, Castellanos, San Lorenzo, Belgrano, San Cristóbal y 9 de Julio, todos ellos pertenecientes a la provincia de Santa Fe. Además de todas estas instituciones médicas, se adhirieron organismos farmacéuticos y odontológicos. Muchas de estas instituciones pasarían a formar, a partir de 1941, la Federación Médica de la República Argentina (26).

Los temas oficiales a discutirse fueron los siguientes (26):

1.- Condiciones bio-sociales del pueblo en las campañas y ciudades:

- a) Alimentación.
 - b) Salarios.
 - e) Condiciones de Vivienda.
 - d) Condiciones de Trabajo.
- 2.- Condiciones de la asistencia médica en la ciudad y la campaña:
- a) Nacional.
 - b) Provincial.
 - e) Municipal.
 - d) De beneficencia.
- 3.- Las condiciones sanitarias del país según las regiones.
- 4.- Causas de la morbilidad y mortalidad en provincias y pueblos.
- 5.- Condiciones del ejercicio de la medicina.
- 6.- El médico como funcionario.
- 7.- Unificación y coordinación de los servicios de asistencia médica.
- 8.- Servicio médico rural.
- 9.- El médico y las sociedades de socorros mutuos - Cooperativas médicas.
- 10.- Orientación de la sanidad y previsión social - Seguros sociales.
- 11.- Organización de los estudios médicos de acuerdo con las necesidades actuales.
- 12.- Organización Nacional de los Médicos.
- 13.- Federación Nacional de la Sanidad.

TEMAS LIBRES

Higiene Mental.

El problema social de la mujer embarazada.

Aborto, su aspecto social.

Plan de lucha antileprosa en el país.

Tuberculosis.

Aspecto social de la sífilis.

La vivienda campesina como problema médico social.

Asistencia Médico social y protección al cardíaco.

Coordinación y Organización de la Sanidad en el Dep. San Gerónimo (Santa Fe).

Las Compañías de Seguros en el Dep. S. Martín (Santa Fe).

SECCIONES:

El Congreso se dividió en las secciones siguientes:

a) MEDICINA SOCIAL.

- 1.- Condiciones bio-sociales del pueblo en las campañas y ciudades.
- 2.- Condiciones sanitarias del país, según las regiones.
- 3.- Orientación de la sanidad y previsión social.
- 4.- Seguros sociales.

b) MEDICINA GREMIAL.

- 5.- Condiciones de la asistencia médica en la ciudad y en la campaña. Servicio médico rural.
- 6.- Condiciones del ejercicio de la Medicina.
- 7.- Cooperativas y Mutualidades médicas.
- 8.- Unificación y coordinación de los servicios de asistencia.
- 9.- El médico como funcionario.

c) ORGANIZACION NACIONAL DE LOS MEDICOS.

d) FEDERACION NACIONAL DE LA SANIDAD.

1° - Las distintas secciones internas realizaron sus asambleas donde se aprobaron conclusiones que se pasaron a las generales.

2° - Los distintos gremios invitados a participar en los actos inherentes al Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social, constituyeron secciones específicas a saber: Farmacia y Bioquímica, y Odontología.

Para seguir evidenciando los problemas médicos de esa época, del estado de la salud pública y del pensamiento y las soluciones propuestas

para paliar la crisis del sistema sanitario por parte de los principales dirigentes médico-gremiales, hemos seleccionado, resumido y editado los discursos más significativos y representativos (26):

La evolución de la Medicina Argentina viene marcándose por dos direcciones altamente respetables, una en la ciencia y técnica, que hace de sus médicos tan buenos como los mejores del mundo; otra en la Medicina Social que acelera la marcha del conjunto de asistencia médica y social de la población toda y que dentro de pocos años transformará la fisonomía de los servicios e instituciones, de tal manera que correspondan a las más evolucionadas de su género.

Los distintos y numerosos congresos científicos realizados mostraron la capacidad, la eficiencia y el adelanto de nuestras Escuelas Médicas. Sin embargo no todo el contenido de la Medicina estaba en la casuística clínica. El campo inmenso de la Medicina Social sino permanecía virgen era mirado con profunda incomprensión. Existían más que prejuicios, temores infundados a lo desconocido.

La Higiene y la Medicina Social eran antiguas en nuestra tradición Universitaria y hombres ilustres unieron a ellas sus desvelos y trabajos. Por otra parte una serie larga de instituciones, unas en estado embrionario, otras más adelantadas se habían formado en las grandes ciudades, principalmente en Buenos Aires. La prevención había nacido en los magníficos capítulos de las luchas por la madre, el niño, Higiene y Medicina escolar, higiene individual, etc., etc.

Faltaba que el gremio médico estableciera el contacto en su consciencia colectiva de la unidad existente entre las ciencias sociales y los factores médicos. Necesitaba la mejor generación argentina de médicos establecer concretamente estas relaciones y compenetración. Era lógico que la iniciativa fuera llevada por la Federación Gremial Médica Argentina que es la magna organización gremial de los médicos. Natural y llano fue la determinación de estudiar por primera vez en nuestra historia puntos de vista sobre los factores médicos que encontramos en los problemas sociales y factores sociales que compenetraban nuestros problemas médicos. En tal sentido en nuestro país el campo de estudio y experimentación es tan vasto como virgen.

Unánimemente los médicos reunidos en el Congreso de Rosario están de acuerdo en la necesidad de modificar las directivas de la Medicina actual en Organizarla y Coordinarla después de su ampliación intensiva y extensiva a la población total del país. Tales pensamientos aprobados no solo son ideas, sino esfuerzos concretos para realizarlos.

Quién busque las líneas generales de las necesidades de la actual medicina argentina y cuáles son los pasos iniciales y seguros que pueda darse lo mismo en el terreno de las realidades a que llegaría el gremio médico, o una legislación amplia y moderna, las encontrará.

Si el más amplio significado del Congreso ha de buscarse en los aspectos de la Medicina e Higiene Social no son mucho menores las inspiraciones de sentido Gremial que pueden recogerse.

Reina un absoluto acuerdo en que una nueva medicina se aproxima y hay que prepararse para ello. Una de las bases de tal movimiento transformista está en la Unión de todos los médicos sin lo cual no puede haber organización seria y tal unión no hay que esperar por única vez y si por la voluntad consciente de los componentes de una profesión tan calificada como es la nuestra. Para nadie es una novedad que individualmente no puede resolverse ni siquiera el problema económico para todos los profesionales. Lo mismo se aplica a los problemas técnicos científicos. Las uniones gremiales como el congreso que es uno de sus resultados son del más alto beneficio defensivo moral y científico para todos los médicos.

Así lo han comprendido los médicos de la ciudad de Buenos Aires que se unieron sus sociedades y centros en una sola unidad en un magnífico block que no podrá disociarse más.

El Congreso Gremial de Rosario de 1936 demuestra la potencia creciente del gremialismo médico en el país y deja entrever su brillante futuro... [Entregado en la Sesión inaugural y publicado en las Actas del Congreso, por Ángel Invaldi y Juan Lazarte, miembros del Comité General Organizador] (26).

Discurso del delegado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Capital y La Plata y presidente del Colegio Médico de la Capital, Dr. Victorio Monteverde (26):

La Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y a su vez la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, compenetradas de la importancia de

este certamen, para los intereses de la familia médica y de la sociedad en general, han resuelto asociarse, contribuyendo a su mejor éxito y traigo la representación de esos dos prestigiosos centros universitarios.

Como presidente del Colegio Médico de la Capital, soy mensajero del afectuoso saludo que los médicos de la metrópoli, envían a todos los colegas del país aquí representados, y aun más los mejores augurios para que las sesiones a realizarse en esta magna asamblea, tengan el éxito, desde ya previsible, por la importancia de los temas a considerarse, la calidad de sus representantes y el entusiasmo que la mesa directiva ha desplegado en su acción, logrando centralizar la atención de todos los colegas del país que se sienten amalgamados en un ideal común de elevación material, espiritual y moral.

Es plausible la incorporación en las sesiones de este Congreso de la faz médico social, que tan estrechamente se halla vinculada al aspecto médico gremial, especialmente en esta hora en que el proceso evolutivo del mundo, en su aspecto social y económico, plantean nuevas normas, condicionadas con otros estados de conciencia colectiva.

Del estudio del problema médico profesional, que ha de encontrar directivas justicieras en los postulados de este Congreso, surge su lazo indisoluble con la asistencia social, expurgada del lastre que la agobia en estas épocas de crisis, por la desocupación o el salario insuficiente, y en todas las épocas por la imperfección de los servicios de higiene, para concretarse a su rol de protección al enfermo, al inválido, al incapacitado en la lucha por la vida.

Estas frecuencias con su complemento inseparable, la incultura que tan frecuentemente va hermanada con la miseria constituyen el problema fundamental que involucra la asistencia social. En ese complejo de la ignorancia y la miseria, hemos de encontrar las causas primordiales que debilitan la materia, que embotan el espíritu y que anulan la voluntad.

Es por ello, que estimamos acertado el estudio de las condiciones bio-sociales del pueblo de las campañas y ciudades en sus aspectos esenciales: salario, alimentación, condiciones de vivienda y de trabajo.

Ha de ser la distribución y la coordinación de los servicios sanitarios del país, con criterio racional y en íntima colaboración con los médicos que realizará en forma integral el programa de la asistencia social preventiva

y curativa, que ahorre al país, la cifra incalculable de vidas útiles que necesita para su progreso en todos los órdenes de sus actividades.

La medicina pública bien organizada, que se encargue de velar por la salud del pueblo indigente, inculcando y aplicando con el auxilio del Estado los principios fundamentales de la higiene, única forma de terminar con el paludismo endémico en una vasta zona del país, la tuberculosis que diezma la población, la lepra que se extiende, la mortalidad infantil que aterra y los múltiples flagelos que conspiran contra la raza y el porvenir de la Nación.

Es francamente lamentable que a esta altura de la civilización; mientras ingentes sumas se han aplicado a la selección y refinamiento de las razas animales que pueblan nuestros campos, el material humano no haya conseguido despertar un intenso sentimiento colectivo de protección o de mejoramiento.

La medicina preventiva que ha de ser la última instancia: de la solución del problema médico-gremial, ha de ahorrar al país el capital humano que pierde insalvablemente y sin restitución ante la indiferencia de los que no están compenetrados de su verdadero valor, y la medicina curativa, ha de reintegrar a su vez un ejército de incapacitados física o mentalmente incorporándolos a la economía de la Nación.

“La excepcional importancia del Congreso de Medicina Gremial y Social”, discurso del Dr. Gregorio Bermann (26):

Todo el mundo, médicos y profanos, tiene la evidente sensación de que algo hay que no marcha en el ejercicio profesional y en el orden de la sanidad pública, algo que traba poderosamente el desarrollo de la actividad médica y disminuye el nivel vital de nuestro pueblo. El egresado novel, a poco de establecido, comprueba que no puede aplicar las magnas conquistas de la medicina que ha aprendido en las lecciones y que en su aislamiento debe seguir las rutas trilladas de la rutina. Y algo que le choca con mayor fuerza aún, que sus honorarios no le alcanzan para vivir. El médico que ejerce desde hace años ha comprobado en los últimos tiempos una rápida declinación en sus ingresos, que va de un cincuenta a un ochenta por ciento. Aun cuando ya habían tenido noticias de una tal situación, la evidencia de la crisis profesional exacerba el natural espíritu crítico de los médicos, y se revuelven, perplejos al principio, amargados después,

buscando soluciones las más variadas. Los más, se conforman con exigir una disminución en el número de los competidores; otros creen que con obtener algunos sueldos en hospitales u otras instituciones solventarán esta situación; y son cada vez más numerosos en fin, los que se agrupan en los gremios de defensa profesional buscando a través de unas cuantas reivindicaciones inmediatas al término de la crisis médica.

Pues a poco de andar compruébase que hay un sentido más profundo en estas dificultades crecientes. Que no se trata simplemente de ganancias insuficientes, sino que ella va apareada a una verdadera crisis sanitaria.

Síntoma agudo de esta crisis sanitaria es la anarquía reinante en las organizaciones oficiales, su espíritu burocrático, su insuficiencia para las necesidades de la época, su despreocupación por los grandes problemas de asistencia y profilaxis social que exhiben a plena luz cuan alejadas están de nuestras necesidades colectivas estas organizaciones creadas para la defensa y el cuidado de la salud pública. Esto que es ya tan evidente, se encargaran de demostrarlo los señores delegados; de como la salud del pueblo argentino se resiente en sus sectores más numerosos y dignos de toda atención, de una insuficiente asistencia, a lo que contribuyen muy especialmente sus malas condiciones de vida.

Pero no solo el Estado se muestra incapaz frente a estas exigencias sociales. Por otra parte como hemos apuntado ya es notoria la imposibilidad de una gran masa de sus habitantes de retribuir los servicios médicos, y que sus condiciones económicas se encuentran por debajo de las necesidades vitales de un gran pueblo.

¡Cuánto se equivocaría el que pretendiera encarar esta situación con candoroso simplismo! La realidad es compleja y las raíces del mal, múltiples. No es esta la oportunidad de analizarlo. El Congreso demostrará cómo crisis médica por un lado y crisis sanitaria por el otro son aspectos de la tremenda crisis económico-social que conmueve al mundo.

Discurso del Dr. Juan Lazarte, en representación de la Federación Gremial Médica de Santa Fe (26):

Hemos entrado definitivamente en una época de aquilatación y revisión de valores y sistemas. La medicina y la profesión médica no pueden sustraerse al influjo de los tiempos. Factores nuevos que modifican las condiciones colectivas de vida, forma y sustancia de nuestra profesión

han aparecido. Vivimos en nuestro mundo circundante con una Historia que es acción. De aquí la nueva inquietud que hoy empuja a los médicos para buscar su destino a través de formas de equilibrio social y gremial que algunas veces se manifiesta por la lucha y otras en la colaboración.

Jamás en la historia de nuestra profesión, en el país, se vieron hechos semejantes a los que contemplamos en la actualidad. La clase médica se organiza. He aquí el gran fenómeno que pesará sobre los destinos de nuestra ciencia y trabajo. Se organiza tratando de integrarse definitivamente en la sociedad no desde el antiguo punto de vista individual sino colectivo, mejor expresado, funcional.

Los fenómenos que al respecto a diario palpamos pueden sintetizarse de la siguiente manera: Una evolución de nuestra ciencia y técnica que trae la obligatoriedad de la especialización y la necesidad de crear los equipos médicos, con centros de diagnóstico y tratamiento completo.

El médico general está desapareciendo. No sólo las grandes ciudades sino el campo sufre este influjo. Hechos materiales coadyuvan en tal sentido. Pueden contarse entre los principales la atracción y centralización de las ciudades merced a sus poderosas organizaciones de especialistas y el mejoramiento de las vías de comunicación y cooperación.

Las masas se desplazan hacia los hospitales y clínicas no sólo por el mejoramiento de servicios sino por las mejores condiciones económicas que se les brinda. Son más baratas. Hay hospitales en el interior y la capital que examinan y tratan cientos de miles de enfermos anualmente.

Factores económicos se interponen para hacer dificultosa una distribución racional de los profesionales que se agrupan principalmente en las ciudades dando para Buenos Aires cerca de 4.000 médicos y para Santiago del Estero, San Luis, Formosa, etc., un médico por más de cinco mil quinientos habitantes.

El problema de la plétora no puede resolverse; en las actuales condiciones de nuestra profesión sólo se agudiza ya que anualmente se reciben más de 650 colegas. No es tampoco poniendo trabas a los estudiantes o planeando teóricamente una distribución imposible. Tales métodos han fracasado en los cuatro años que lo emplean. Sin embargo tenemos que darle una solución y ésta surge paulatinamente en la nueva organización de la salubridad.

La situación de los médicos económicamente es mala. En la ciudad los honorarios han bajado en más de un 60 %. En el campo un 40 %. Cifras también aproximadas pues es imposible concretar por las mismas dificultades del problema.

Desde los puntos de vista económico y de los intereses del médico individual si puede hablarse de plétora, nosotros diríamos proletarización o empobrecimiento del médico pero desde otros puntos de vista es erróneo hablar así.

La idea de la plétora de médicos debería surgir si fuera racional después de hondas consideraciones en relación con la Sanidad del pueblo ya cumplida en toda la extensión.

No puede haber por consiguiente en un país como el nuestro, donde la sanidad colectiva está por hacerse plétora profesional. Hay carencia de medios para dar lugar a funciones y trabajos de profesionales médicos que por falta de recursos personales se encuentran en la condición de desocupados. Planteado así el problema tiene otro significado y otra solución.

En primer término surge una proposición clara. El país necesita una Nueva Organización de la medicina de acuerdo al principio altamente humano que los servicios médicos deben alcanzar a todo el mundo es decir a la sociedad.

Porque en esto también necesitamos ponernos de acuerdo la nueva generación de médicos.

¿La medicina será un servicio exclusivo para los ricos o para toda la población que trabaja? ¿Un deber y atención de la colectividad o privilegio para pocos?

El empobrecimiento de una gran cantidad de gente, también contribuye a la complicación del antiguo panorama por la unión entre medicina y economía.

Estos factores nuevos actúan modificando aspectos contexturales de la profesión, pues mientras la manera de ejercer antigua era individual los nuevos factores son eminentemente sociales, encontrándonos con una insuficiencia desesperante, pues el número de médicos privilegiados que corresponden a restos de un sistema, es cada vez menor y el de los proletarizados cada día mayor por corresponder a formas nacientes.

Coincidiendo con lo antedicho aparecen en el aquilatamiento de los problemas otros factores aceptados por la generalidad. Somos un país de alta mortalidad infantil y general y de no menos alta morbilidad. ¿Dónde encontrar las causas de este fenómeno? Los factores ambientales condicionan activamente biología y sociedad. Al descubrir la Medicina y aceptar los médicos que hay en las enfermedades otras causas que las hereditarias y microbianas se realiza con ello un cambio de criterio y métodos que en la concepción integral corresponde sincrónicamente en otro terreno a la primer fase: evolución profesional.

Sin elevar el standard de vida de las masas que en el país son las 9/10 partes de su población no podemos llegar a disminuir la mortalidad general e infantil, aumentar la natalidad y disminuir e índice de la morbilidad en cifras compatibles con el estado de nuestra cultura y civilidad.

Los médicos sabemos más que nadie que la pobreza impide no solo la cura sino el tratamiento de muchos enfermos y el país es cada día más pobre que no porque no se creen riquezas sino porque se las llevan...

El estado de la Salubridad del país no es bueno ni aceptable. No queremos hacer solo una crítica negativa. Nos afirmamos en la relatividad, y en la gran tradición médica argentina, en el pensamiento y trabajo de nuestros antecesores. Pero las condiciones sanitarias de la república son desgraciadamente malas. Los periódicos de la primera semana de Octubre traen noticias como esta: “En la ciudad de Santa Fe la Oficina Médica escolar realizó una inspección de los alumnos que concurren a una escuela para comprobar el estado de los mismos. El resultado de dicha inspección no puede ser más desastroso. El 40 % del total de alumnos está atacado de Sarna y el 10 % es positivamente pre baciloso, según la reacción de Mantoux. De acuerdo con el informe médico los principales factores determinantes del deficiente estado de salud de los niños observados son la falta de higiene en que viven y la escasa alimentación”.

En Misiones el gobernador después de pedir auxilio al Departamento Nacional de Higiene dice lo siguiente: “Poblaciones importantes alejadas de aquellas que poseen servicios sanitarios, carecen de médicos y de personas idóneas que puedan prestar los auxilios sanitarios más elementales a la salud pública. La anquilostomiasis, el paludismo y el bocio se manifiestan en forma endémica causando estragos, y las enfermedades venéreas constituyen por sí solas un pavoroso problema que es urgente atender.

De la estadística obtenida durante el año 1935, surge un índice desconsolador: sobre 1.980 defunciones registradas en el territorio, 1.086 corresponden a personas menores de 20 años, y de estas, 937 a niños hasta los 5 años de edad. Si el porcentaje de la mortalidad infantil es enorme, no lo es menos el de los físicamente incapaces para el servicio militar: sobre un total de 535 ciudadanos que se presentaron a examen médico, 111 fueron declarados inaptos y 211 sólo aptos para servicios auxiliares, siendo los diagnósticos más comunes, bocio y debilidad constitucional". Y no deseamos alargar la interminable y trágica lista... Como se presume no estamos de acuerdo como médicos y hombres con tal estado de cosas...

La esperanza de enriquecernos con la profesión desapareció, en cambio aparece el fenómeno que a más empobrecimiento corresponde mayor número y más fuerte lucha.

LA ORGANIZACION. Como se ve la organización nace de una serie de factores coadyuvantes de la incapacidad individual de resolver nuestro problema en su faz económica, científica y social, de los factores sociales históricos y culturales que la determinan.

La organización de los médicos en nuestro país fue creada por esta generación. Los agrupa en asociaciones que están dando los mejores y únicos resultados positivos a que podemos aspirar dentro de un orden.

Nuestra organización establece vínculos morales e intelectuales de unión entre los médicos, los asocia haciéndoles perder la antigua aspereza individualista. En Santa Fe se ha conseguido en los departamentos y distritos donde existe una asociación, que todos los médicos no sólo sean amigos sino colaboradores. Las cuestiones personales por más ásperas que hayan sido se puede asegurar que no existen. Esta sola victoria justificaría la asociación sino la uniera a ella otras ventajas de distintos aspectos e igual interés. Se han conseguido notables ventajas en el renglón de seguros mejorando los aranceles e impidiendo una depreciación del trabajo técnico. Allí donde hay organismos se han respetado los antiguos contratos y esperamos llegar a un arancel único para todo el país. Se ha armonizado, coordinado y unido los médicos, creando centros de cultura, labor y amistad de gran trascendencia.

Relativo valor tendría este esfuerzo de cooperación si quedara reservado solamente a un beneficio para los médicos o a las mejoras de sus honorarios. Unido a ello nace naturalmente la necesidad de organizar cuanto se relaciona con la medicina.

Natural es que a una nueva forma de vida corresponda otra de organización. De aquí surge la idea de la Salubridad en manos de los médicos y demás profesiones afines.

Las asociaciones toman la tarea de estudio completo de la Sanidad departamentales y provinciales realizando notables esfuerzos para encauzar por nuevos vías más racionales para lo cual estudian en primer término los servicios médicos existentes, la población, distribución, vías de comunicación, estadísticas de morbilidad, mortinatalidad, etc., las necesidades médicas y afines y establece la coordinación y correlación de los servicios. Proyectos que en estos momentos discute acaloradamente la asociación del Departamento de San Martín y estudia la de San Gerónimo.

Los médicos dirigen en tal sistema los servicios unificados bajo la existencia de un plan de acción y conjunto que abarque asistencia, prevención. [...]

Desgraciadamente no en todo el país pasa cuanto en algunos distritos de Santa Fe. Sin embargo las necesidades de agremiarse existen. Las ventajas de la unión se manifiesta por victorias obtenidas en las reivindicaciones de los médicos de los hospitales de Buenos Aires y etc. [...]

Nuestro porvenir es oscuro si lo dejamos librado al azar. Podemos decir que en el camino actual no tenemos más destino que luchar. Lucha de un médico contra otro, fantástica, estéril, inmoral que llega al triunfo cuando uno aplasta a otro, o cuando es explotado con un mísero sueldo por capitales extraños y parásitos que se están infiltrando en la Asistencia Médica del país creando un verdadero mercado de enfermos. Fenómeno patológico al cual combatiremos con todas nuestras fuerzas.

Por el camino parcelario, atómico y de arcaico egoísmo no llegaremos a ninguna parte. Existe la inmediata posibilidad que un día, si no ordenamos nuestras profesiones liberales, el Estado viendo tanto desorden, se apodere de nuestra medicina y convierta a los médicos en empleados burócratas con un pequeño sueldo de trescientos pesos mensuales y el perjuicio consiguiente a expensa de los médicos y enfermos.

Frente a esta decisión está la otra, la que encarna los principios éticos, solidarios y científicos de nuestras organizaciones gremiales que empiezan por equilibrar los intereses de los médicos, ordenar sus relaciones y terminan por coordinar toda la Salubridad en sus numerosas ramas sanitarias, seguros, beneficencia, prevención, etc., bajo la supervisión de

los mismos gremios. Magnífica creación de nuestro espíritu científico de lucha y solidaridad.

Este es el único camino que tienen nuestros graves problemas que, así como están, paralizan a muchos antiguos colegas y mutilan obligatoriamente la ética de los jóvenes que arriban a la profesión llenos de ilusiones. Nuestra unión nos ha mejorado. Ha nacido una nueva conciencia. No se hará milagros inmediatamente pero el trabajo constante el mayor esfuerzo para solucionar los problemas comunes darán pronto, ya dio en parte resultados inmejorables.

Este Congreso es Gremial y de Medicina Social. Gremial porque son los gremios en sus organismos federales que lo realizan.

Aquí estamos para conversar sobre lo andado desde el primer congreso realizado en Buenos Aires. Se dieron pasos importantes. Somos más numerosos. Conocemos los problemas que se estudiaron teóricamente entonces. Hemos creado algunas organizaciones de hospitales. Existen periódicos y revistas de mayor claridad de sentido y concepto donde se estudian elevadamente nuestras cuestiones gremiales. Nuevos núcleos nacen en el interior. Planeamos una coordinación Nacional de la Sanidad. En Santa Fe se trabaja en el sentido concreto de las realizaciones. Evidentemente progresamos. Se acelera nuestro ritmo. Los mejores médicos están con los gremios, pero necesitamos el esfuerzo de todos. Los problemas a estudiar y resolver son graves y complejos, solo la unión de los médicos en sus poderosos organismos con una alta consciencia pueden abrirnos el camino para las grandes creaciones médicas y sociales del futuro.

CAPÍTULO 4. LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE (1941-1945)

La Agremiación Médica Platense nace en la Asamblea fundadora, realizada en el local del Automóvil Club Argentino de La Plata el 16 de julio de 1941, en donde incluso se aprueba el primer Estatuto. El 6 de agosto de 1941 aparece en el diario El Día, en la página 6, la siguiente noticia:

LA AGREMIACIÓN MÉDICA REALIZA MAÑANA UN ACTO

En él hablará el presidente de la Federación Médica de la República Argentina

PROPÓSITOS

Con el objeto de defender los intereses del gremio, prestando también preferente atención a los problemas que tienen atingencia con el estado sanitario de la población, se está realizando entre los médicos platenses un activo movimiento. Ya ha quedado concretado en la Agremiación Médica Platense, cuya comisión “ad hoc” designada para redactar los estatutos, anuncia para mañana a las 21 un acto de reafirmación de los derechos de la clase médica. Tendrá lugar esta reunión en el local del Club Universitario, calle 46 entre 2 y 3, y en ella usará de la palabra el profesor Victorio Monteverde, presidente de la Federación Médica de la República Argentina y del Colegio de Médicos de la Capital Federal.

Los propósitos a cubrir con su acción el nuevo organismo están delineados en la parte general de los estatutos. Entre otros, son aquellos el de realizar una intensa propaganda con objeto de desarrollar la conciencia gremial de los médicos, propendiendo de tal manera a su mejoramiento económico, moral y técnico; defender los intereses del gremio; velar por la estricta observancia de la ética profesional; encarar la solución de los problemas médicos sociales y participar del gobierno de la sanidad pública; organizar la “Casa del médico”; propiciar la creación del seguro médico; gestionar la institución de la carrera médico hospitalaria; combatir por todos los medios a su alcance el curanderismo y charlatanismo médico; exigir el más estricto cumplimiento de todas aquellas reglamentaciones justas, actuales o futuras, que tiendan a impedir el abuso de la asistencia gratuita de enfermos en los hospitales. (27)

También en el diario *El Día*, el 8 de agosto de 1941, en la página 5, aparece otra noticia sobre la Agremiación Médica Platense con el título:

REUNIÓN DE MÉDICOS EN ESTA CIUDAD

En el local del Club Universitario, tuvo lugar anoche el acto que había organizado la “Agremiación Médica Platense” a los efectos de considerar diversos asuntos de carácter gremial.

Asistió a la reunión de referencia un importante núcleo de profesionales, ante los cuales habló el presidente de la Federación Médica Argentina, doctor Victorio Monteverde. El orador se refirió especialmente a los problemas gremiales y sanitarios, a cuya solución están avocadas las instituciones profesionales del país. Luego usó de la palabra el doctor Luis Tettamanti secretario del Colegio Médico de la capital federal, quien incito a los profesionales platenses a agremiarse, constituyendo una asociación que estudie a fondo la organización sanitaria del país y los problemas más inmediatos que plantea el ejercicio de la medicina, para hacer llegar a los poderes públicos las soluciones más adecuadas. Al acto asistió en pleno la mesa directiva de la Federación Médica Argentina. (28)

La crónica de esa reunión fue publicada luego en la *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, bajo el título “La Agremiación Médica Platense solicitó una conferencia al Dr. Luis V.

Tettamanti” (29), cuyo contenido, por demás interesante, exponemos a continuación:

En un ambiente de verdadera expectativa, el secretario de la entidad invitante, doctor Noel H. Sbarra, abrió el acto con el fin de presentar al doctor Tettamanti y exponer, como lo hizo, los puntos fundamentales de la situación actual de la profesión médica en los términos que van a continuación.

POR LA UNIDAD DE LOS MÉDICOS PLATENSES

“Es el de esta noche el primer acto que organiza el consejo directivo de la ‘Agremiación Médica Platense’, institución que aspira a agrupar a todos los médicos del partido de La Plata para la defensa de sus intereses. Sencilla parecerá la realización de este enunciado, y, sin embargo, resulta ardua en demasía. Es que, apenas puestos a trabajar, vemos como es de terrible el egoísmo que separa a los médicos y como es de fría la indiferencia con que muchos de ellos miran –miran sin ver, sin penetrar– todo intento gremialista. Con todo, la pasividad y el individualismo de esos colegas no nos preocupa tanto, ya que particularmente dejan oír sus sordas protestas por la injusticia con que actualmente es tratado el médico. Inercia, indolencia, que será vencida con el convencimiento. Una cuestión de tiempo pues. En cambio, es otra categoría de colegas la realmente peligrosa: la de los incrédulos, la de los escépticos, la de los desconfiados, en cuyo espíritu no cabe sino la crítica negativa, derrotista y desalentadora para una obra donde las aspiraciones de bien colectivo sobrevuelan a todo menguando interés particular.

Ojalá, pues, que nuestra joven organización señale el papel preponderante y la raíz de una fuerte unidad de médicos platenses frente a la crisis profesional cada vez más acentuada. Y no se crea que es esto algo fortuito: de ningún modo. Es que los médicos, divididos en el campo de sus actividades por las solicitudes más extremas, no hemos atendido a ciertos cambios operados en el ejercicio profesional, incurriendo en la complacencia de un fatal aislamiento. Y a causa de no haber deliberadamente previsto y reflejado las nuevas características, que, poco a poco, insensiblemente, iba adquiriendo nuestro trabajo, nuestro quehacer, recién se advierten con claridad los males cuando estos ya han prendido con fuerza y se hacen sentir con terrible aspereza.

Muchos sólo se atendieron sí mismos, en el plano de la prosperidad económica y de la limitación cognoscitiva. Eran los tiempos en que el individualismo médico estaba en vigencia a favor de cierto contenido ideal que una tradición de siglos había puesto en nuestra profesión, tantas veces comparada al sacerdocio. Pero los tiempos fueron andando, y luego de la guerra del 14, el estupendo avance de la técnica determinó cada vez más la desaparición del ‘artesano de la medicina’ encarnado en el antiguo ‘médico de familia’, figura ya evanescente. Y junto a las modernas adquisiciones de conocimiento científico, cambian también los viejos ideales de la medicina, formulados en los tres preceptos clásicos: ‘curar algunas veces; aliviar, muchos; consolar, siempre’. En la post-guerra, decíamos, junto con las renovaciones que se operaban en todos los países del mundo, se empiezan a pesar los factores sociales que acompañan siempre a los problemas médicos, tomando entonces rápido incremento la medicina preventiva y la medicina social.

En nuestro país, ni los médicos, por una parte, ni el Estado, por la otra, comprendieron que era necesario servir con inteligencia los cambios profundos impuestos por las exigencias de la revolución experimentada. Fue necesario que la situación económica apretara, para darse cuenta que es premioso llevar el ejercicio de la profesión del plano individual a las formas colectivas de trabajo, mientras que el Estado, por otra parte, tarda demasiado en la creación de un organismo nacional, autárquico y apolítico, que encare en forma racional y orgánica el problema sanitario de una nación que, como es la nuestra, disfruta como pocas el afrentoso lujo de una patología regional diversa y múltiple, degeneradora implacable de la raza nativa. El contralor de la salud, desde el mismo día del nacimiento, daría trabajo a muchos más médicos de los que actualmente existen, pagados con una tasa adicional y progresiva al impuesto de los réditos, al juego, a las bebidas alcohólicas, al lujo, etc., tal como lo determina el importante proyecto de ‘Racionalización de la sanidad nacional’, actualmente en la Cámara de Diputados de la Nación, donde espera sanción legislativa.

Si el médico es –o debería ser– fundamentalmente un ‘guardián de la salud’, como tal, solo podrá desarrollar su función y realizar su obra en una comunidad más justa, que tenga para con él las consideraciones morales y materiales que se merece por la generosa misión que le toca desempeñar. Anhelamos un modo de existencia más en consonancia con nuestra calidad civil, de hombres con propensión al cultivo de la inteligencia.

A cada momento se levantan instituciones oficiales, donde todo está previsto menos la legítima y decorosa remuneración de los médicos que resultan así verdaderos ‘convidados de piedra’.

A cada momento se crean hospitales privados –dirigidos por gente ajena a la medicina– y que no sabemos con qué propósito de beneficencia explotan a los médicos con pagas irrisorias.

A cada momento surgen policlínicas, sanatorios, etc. –cuyos dueños esta vez son médicos– donde es doloroso ver cómo se convierten en usufructuarios del trabajo ajeno. ‘El médico es el lobo del médico’, podría decirse, parodiando la frase de Plauto –Comediógrafo latino 254-184 AC¹.

Por todo esto, era necesario salir a turbar la quietud de un ambiente satisfecho y resignado con un grito de queja, pero también de esperanza. Nos asiste una voluntad de ayuda. Lo primero, pues, ha de ser que nadie permanezca en una actitud de testigo mudo, de neutralidad indiferente. Debemos hacer de la ‘*Agremiación Médica Platense*’ una fuerza resistente a toda servidumbre, con energía y autoridad para señalar todas aquellas transgresiones. Sabemos que la batalla será dura; pero cada palmo de terreno ganado a la injusta situación actual en que se halla colocado el médico servirá para estructurar una posibilidad de vida mejor.

Perdonadme si os he detenido un poco en el pórtico de la conferencia del doctor Luís V. Tettamanti, secretario del Colegio de Médicos de la capital y secretario, asimismo, de la Federación Médica Argentina, entidad madre del gremialismo médico en nuestro país. Es que adrede quisimos eludir una presentación minuciosa en la cita de cargos y galardones.

Figura recia ésta del doctor Tettamanti, en el que su presencia física es como el anticipo de una voluntad entera y firme, apta para la lucha sin desmayos. Arador ilustre en el descuidado campo del gremialismo médico, su obra está en la persistencia, el entusiasmo y la fe puestos en esta labor que no tiene el brillo de relumbrón. El artículo, la conferencia, la charla radial, dan buena cuenta de esa tarea, y hoy mismo esa vocación de misionero de un ideal, que ya ha comenzado a comprender el médico argentino, le ha traído hasta nosotros.

¹ “Lupus est homo homini, non homo, quom qualis sit non novit” (Lobo es el hombre para el hombre, y no hombre, cuando desconoce quien es el otro).

Doctor Tettamanti: Ojala que su voz, con su potencial de estímulo, alcance a prender el espíritu de los colegas aquí congregados. Ojalá que su palabra llegue a excitar la conciencia gremial de los médicos platenses, hasta hacerla madurar, acabar su formación, precisarla, tornarla, para decirlo de una buena vez, en instrumento y arma de nuestro oficio. Juntos realizaremos el primer paso hacia la defensa de nuestros intereses. Lo demás es problema de comprensión, y vendrá, naturalmente. Que así sea”. Acallados los aplausos con los que fueron recibidas las palabras del doctor Sbarra, la tribuna fue ocupada por el secretario general de la Federación, doctor Luis V. Tettamanti.

Comenzó diciendo que el actual malestar que se observa en el ejercicio de la profesión médica obedece a la transformación paulatina que viene sufriendo en estos últimos años el complejo social, y asimismo la misma medicina con todas sus conquistas modernas.

“Estas conquistas –dijo luego– han determinado la necesidad de dividir la actividad profesional en especialidades múltiples, imposibles de abarcar por uno solo”, para agregar después: “No es únicamente el médico el que se ha encontrado frente a un problema nuevo: lo ha sido también el obrero, el artesano, con los múltiples adelantos de la técnica y el maquinismo, quienes han tenido que afrontar dificultades, tal vez peores para adaptarse a las necesidades actuales”.

“Por lo que respecta al médico –continuó diciendo–, el fenómeno es simple y de fácil explicación. El consultorio privado, el ejercicio individual, empezó a languidecer en estos últimos años, imposibilitando para llenar todas las necesidades del modernismo. De aquí arranca la migración del enfermo hacia los hospitales e instituciones que empezaron a centralizar la medicina, reuniéndolos de todos los elementos de diagnóstico y terapéuticos indispensables para satisfacer las exigencias de una asistencia completa e integral”.

“Lógicamente, en los primeros tiempos de la transformación, el médico se defendía enviando a su enfermo en busca de una radiografía o de un análisis; pero luego surgieron otros adelantos, y paulatinamente el consultorio privado se fue despoblando, en especial de aquel tipo de pacientes de recursos limitados, y fue encontrando su destino en el hospital, en el mutualismo y en todos aquellos centros e instituciones donde la medicina estuviera al alcance de su bolsillo”.

“El consultorio privado puede considerarse hoy como algo que fue, que pasó, y hasta me aventuraría a decir –afirmó– como un cadáver. Él ha quedado únicamente para la íntima minoría de la población, esa íntima minoría constituida por la clase rica, que puede afrontar el gasto que significa el recorrido por diferentes especialistas y laboratorios, para traerle después a su médico un legajo de documentos expedidos en cada uno de los destinos que le fue indicado, previo el desembolso del monto que para ello requiere”.

“Ante el hecho cierto e innegable de la pauperización del médico, las soluciones tendrán que venir forzosamente. Darlas en esta oportunidad –siguió diciendo el doctor Tettamanti– sería pretender algo muy superior a mis fuerzas, a mi experiencia y a mi intuición”.

“Atravesamos un periodo de transición, periodo en el cual, desgraciadamente, nos toca vivir a nosotros, y seguramente nos será muy difícil que el futuro nos depara la suerte de ver realizadas las soluciones que están liberadas al porvenir, a las generaciones que nos han de suceder”.

“No creo –dijo más adelante– que substrayendo la clientela al hospital, al mutualismo, etc., podamos conjurar todos los males; como soluciones provisorias y precarias, podrían ellas, cuando mucho, permitirnos ir tirando; pero esas no serían soluciones”.

“El Estado, dotando día a día las nuevas instituciones, y las existentes dándoles mayor amplitud, honda el problema del pauperismo profesional, sin que a los médicos nos pueda ser dado combatir nada que se haga en beneficio de la salud pública, base indispensable para conseguir un pueblo fuerte”.

“Ensayos aislados de ejercicio colectivo, la medicina de equipos realizados en distintos rumbos del país, pareciera conducirnos por senderos promisorios; pero el factor hombre, el médico, en una palabra, no bien compenetrado del problema, resulta a veces el factor negativo en toda obra constructiva. La incomprensión, la indiferencia, son vallas difíciles de franquear”.

El “hospital privado”, uno de los temas sobre los cuales debía hablar el doctor Tettamanti, le ocupó buena parte de la disertación.

A este respecto dijo que tenía alguna experiencia, y que muchos fracasos observados ya que se debían precisamente a la falta de comprensión y de espíritu gremial de los colegas; pero en los pequeños centros podría este tipo de institución privada conducir al éxito, como medio de defen-

sa, no de adquirir riqueza, como algunos parecieran creer. “La edad de oro de la medicina se fue, y se fue para no volver”, afirmó.

“Para el éxito del hospital privado en centros no muy populosos, donde ejerzan veinte, treinta o cuarenta médicos, por ejemplo, bien moldeados, en perfecta armonía, obrando todos con sinceridad, indispensable en estos casos, se requiere como condición *sine qua non* el cierre del consultorio privado y su traslado al centro colectivo. Todo ensayo que no reúna estas condiciones, que no cuente por lo menos con la casi unanimidad de los médicos de una población, tendrá que terminar en el más seguro fracaso, en plazo más o menos breve”.

Largo sería seguir al doctor Tettamanti en toda su medular exposición; pero será bueno destacar el hecho que hizo resaltar y que se refiere en especial a la tarea que le incumbe a la Federación Médica de la República Argentina, en la hora actual, que ya puede titularse la hora constructiva.

“Muy grande debe ser el ideal y el convencimiento que anima a la mesa directiva de la máxima entidad gremial del país, para que nos hayamos impuesto el deber de luchar y seguir luchando con nuestro líder el profesor Monteverde a la cabeza, hasta la total aglutinación de la clase médica argentina, que ha de darnos toda la fuerza que necesitamos para conseguir las soluciones que son conexas, la salud pública y el pauperismo médico; la primera casi huérfana de una real preocupación de los poderes públicos, y el segundo, el técnico encargado de cuidarla”.

“Hombres que nos imponemos sacrificios de todo orden, inclusive el de ser mal comprendidos y criticados, hemos bregado por la sanción de una ley que ya duerme desde hace dos años en las carpetas legislativas, como es el de la racionalización de la medicina”.

“No se nos oculta todos los escollos que debemos vencer; tampoco se nos oculta que no trabajamos para nosotros; pero de haber conseguido la racionalización de la medicina, hubiéramos dado un gran paso hacia el médico funcionario del Estado, situación a la que tendremos que llegar como una de las soluciones del futuro”.

Más o menos con estas palabras terminó el doctor Tettamanti, las que fueron acogidas con aplausos calurosos.

Terminado el acto, los colegas platenses rodearon al orador para continuar en privado y en detalle algunos cambios de ideas sobre los diversos puntos tratados.

Otro tanto hicieron otros, rodeando al maestro Monteverde y a los restantes miembros de la mesa directiva de la Federación, que emprendieron luego el regreso a la Capital Federal en las primeras horas del día siguiente.

También es muy representativo revivir el pensamiento de alguno de los pioneros de la formación de la Agremiación Médica Platense, como el Dr. Nicodemo Scenna, donde resalta la necesidad del gremialismo médico en la ciudad de La Plata (30):

En nuestra ciudad estábamos los médicos huérfanos de un organismo gremial que contemplara, velara e impulsara los intereses de la profesión. Orfandad anacrónica e inexplicable en estos tiempos en que toda actividad humana, cualquiera sea su índole, tiende a agruparse, para la mejor y justa defensa de sus intereses comunes.

El gremialismo, en el campo de la medicina, presupone también una mejor organización para hacer frente a los múltiples problemas, que en forma insoluble afligen hoy a la sociedad. En nuestro país, es de reciente data la constitución de la agrupación de máxima jerarquía médico gremial con sede en la Capital Federal. Nos referimos a la “*Federación Médica de la República Argentina*”, que preside un dirigente incansable y tesorero, con una singular visión del alcance grande a que está destinada, en nuestro medio, la acción gremial en el terreno de la medicina. Hemos nombrado al profesor de la Facultad de Medicina de La Plata, Dr. Victorio Monteverde.

La ciudad de La Plata, con su clase médica de pie y firme, no ha querido permanecer indiferente ante este movimiento, que se está abriendo paso entre la maraña de la incomprensión, la desidia o el prejuicio, y con sorprendente regocijo asistimos en estos días a la constitución de la “*Agremiación Médica Platense*”. Y lo que es más, una numerosa asamblea de prestigiosos médicos aprobó los estatutos, cuya parte primera y general dice bien a las claras del ideal noble y elevado que con esta agrupación se persigue: Los propósitos de la “*Agremiación Médica Platense*” son:

- a) Realizar una intensa propaganda con objeto de desarrollar la conciencia gremial de los médicos, propendiendo de tal manera a su mejoramiento económico, moral y técnico.

- b) Defender los intereses del gremio.
- c) Velar por la estricta observancia de la ética profesional.
- d) Encarar la solución de los problemas médico sociales y participar en el gobierno de la sanidad pública.
- e) Propender a la fundación de una mutualidad médica.
- f) Organizar la “Casa del Médico”.
- g) Propiciar la creación del “seguro médico”.
- h) Gestionar la institución de la carrera médica hospitalaria.
- i) Combatir por todos los medios a su alcance el curanderismo y charlatanería médica.
- j) Exigir el más estricto cumplimiento de todas aquellas reglamentaciones justas, actuales o futuras, que tiendan a impedir el abuso de la asistencia gratuita de enfermos en los hospitales.

Enorme es lo que se tiene que emprender en el vasto escenario de la acción gremial para devolver a la clase médica de nuestro país lo que ella necesita para el mejor logro de sus sanos propósitos y justas aspiraciones. Lo imponen así los fundamentales problemas de sanidad nacional de racionalización de la medicina, de la carrera médico hospitalaria, del seguro médico, de jubilación profesional y de tantos otros problemas sociales de enfoque médico, que sórdidamente soporta la población indigente de nuestras campañas y a la que nosotros, como ente gremial, no podemos permanecer ajenos para aconsejar con nuestra prédica sana la solución adecuada para corregir el mal que mina la salud de nuestro querido pueblo.

Sin embargo, a nuestro entender, el Dr. Noel Sbarra fue el médico más representativo de los primeros 20 años de existencia de la Agronomía Médica Platense. Aún con perfil bajo y no siendo nunca presidente de la entidad, ocupando cargos de menor jerarquía, fue el ideólogo y ejecutor de muchas acciones que afianzaron la presencia de la agronomía, no sólo a nivel local, sino provincial y nacional. Es que Noel Sbarra fue el modelo a seguir en la Agronomía Médica desde todos los puntos de vista: en lo educativo con el Boletín y la Revista; en lo gremial al presidir varias comisiones, representando a la entidad platense en diversas reuniones médicas gremiales; en lo político y legislativo, reclamando y

formulando propuestas, incluso mejorando proyectos de leyes en pos de mayor justicia para la profesión médica.

Es por eso, que decidimos dedicarle un espacio especial a la figura y el recuerdo del Dr. Noel Sbarra, compilando extractos del libro *Noel Sbarra en la memoria platense, semblanzas y testimonios* (31).

“Nolo” nació en La Plata en 1907, integrante de una familia numerosa, educado en la escuela paterna. Su progenitor era un Señor Jefe de la Estación local, entonces llamado Ferrocarril del Sud. Estricto cumplimiento de los horarios, austeridad, respeto, fidelidad a la palabra empeñada, y sentido de la amistad fueron algunos de los atributos que heredó de sus padres y que cumplió con creces a lo largo de su vida (31, p. 117).

Hombre de la cultura –platense por nacimiento y vocación, universalista por formación–, Sbarra creía que la tarea más noble era la de aprender y enseñar a través del diálogo y que, si la pasión lo transformaba a veces en áspero y violento, no por ello debía estar desprendido del amor. Se puede afirmar, contemplando sus actividades e intereses, que bien podría ser comparado con un hombre de la cultura del Renacimiento (31, p. 7).

Plasmó su accionar en el quehacer diario del médico a través de variadas propuestas. Fue fundador de la Agremiación Médica Platense, secretario de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, miembro de la Comisión Redactora de la Carrera Médico-Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires (en representación de la Agremiación Médica Platense), y promotor de la creación de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, a través de un trabajo conjunto con los Dres. Juan José Cricco y Elías Ferrando, presentado en el IV Congreso Médico Gremial (Paraná, Entre Ríos).

La migración médica fue otra de sus preocupaciones, como complemento de la problemática asistencial: “El éxodo de profesionales, especialmente médicos de naturaleza y magnitud del problema” fue un trabajo que presentó en el VIII Congreso Argentino de Medicina Social (Córdoba, julio de 1967).

Reiteradamente mostró su preocupación en todo aquello que significara el trabajo médico y la organización gremial: en forma conjunta

con los Dres. Isaac Pérez Núñez y Ricardo Sabbione presentó una contribución en el ya mencionado VIII Congreso Argentino de Medicina Social (31, p. 12).

Esto explica por qué Sbarra fundó y dirigió la *Revista de la Universidad*. La concibió como un instrumento de alto valor intelectual para cumplir la misión universitaria de formar personas que, además de su preparación profesional, estuvieran comprometidas con las ideas esenciales del tiempo en que les tocase vivir y, asimismo, mejor preparadas para ser útiles a sus particulares intereses y, necesariamente, a los superiores de la Nación. Él también quería que la Universidad formara argentinos, para que algún día contribuyeran al gobierno del país, dicho esto en el más amplio sentido de la palabra, con fiel apego a la orientación que recibieron del alma máter (31, p. 34).

El primer tema desarrollado en la revista fue el tiempo, porque, dice Sbarra en el editorial, “la preocupación por conocer dicho fenómeno –su esencia, su infinitud, sus caracteres, su enigmática naturaleza– aguijó al hombre desde la antigüedad y lo estimuló a la meditación filosófica” (31, p. 36).

A ese tema, le siguieron, en los números editados con posterioridad, los siguientes: “Cultura de masas y cultura de élites”, “El proceso de modernización de la Argentina 1880-1930”, “El humanismo clásico y el nuevo humanismo”, “La juventud actual en la sociedad de cambio”, “El hombre y la ciudad”, y el último “Las industrias básicas y el destino nacional” (31, p. 37).

Nada de lo humano le fue ajeno

La dirección de la Revista, que implicaba para Sbarra diagramarla, seleccionar los temas, escoger los autores, comunicarse con ellos, pelearse con ellos, revisar minuciosamente los originales, corregir las faltas de ortografía y de sintaxis, proponerle modificaciones a los autores, elegir las fotografías y los grabados, llevar el material final a la imprenta, vigilar la impresión, corregir las pruebas de galera y supervisar la distribución –con el sustento administrativo de una sola empleada, la señora

Carla Baradelo— evidencia con nitidez su dimensión moral, intelectual y humana (31, p. 41).

Humanista por excelencia, encontró especialmente en el terreno de la medicina social un campo propicio para desarrollar nuevas ideas, que fueron revolucionarias para su época, por lo que quedaron testimoniadas no sólo en las tareas innovadoras por él emprendidas, sino también por la publicación de un generoso número de obras y trabajos científicos, que fueron siempre merecedores de alto reconocimiento, tanto a nivel societario como gubernamental (31, p. 45).

Coherente consigo mismo y con sus ideas, jamás aceptó cargo político alguno; sino por el contrario, consustanciado con su ejemplar modestia, se sentía más cómodo aportando su capacidad, conocimientos y experiencia en innumerables comisiones asesoras y grupos de trabajo en los que siempre sus ideas se imponían por la claridad y la coherencia que sustentaban sus propuestas.

Pero es, sin lugar a dudas, en su desempeño como director de la Casa Cuna donde se encuentra el rasgo más definido de su invaluable personalidad, ya que dio a esta Institución, a la que amaba profundamente, lo mejor de su capacidad y talento (31, p. 46).

En fecha no muy lejana, en un acto organizado por la Agrería Médica Platense, se tuvo la ocasión de glosar su fecunda labor médico-gremial, en la que se destacó por la originalidad de sus ideas, que constituyeron la sustancia de numerosos proyectos, resoluciones, reglamentaciones y leyes, muchos de los cuales rigen, todavía hoy, la razón de ser de nuestras instituciones gremiales (31, p. 48).

Noel Sbarra fue un pionero, un maestro y un líder en todas las actividades públicas que emprendió. Es así que en el campo de la Salud Pública demostró las características de un ser humano excepcional.

Fue pionero porque, cuando en nuestro país era extraño y difícil hablar y practicar la medicina relacionada con enfoques sociales y preventivos, Noel Sbarra hacía de ello una actividad cotidiana y común en el trato de sus pacientes/amigos.

Fue maestro de la Ética de la Salud Pública porque transmitía, en forma natural y casi sin darse cuenta, sus enfoques y posiciones claras

referidas al concepto y a los fines del trabajo médico y su relación con las necesidades de la población.

Fue un líder de la Salud Pública porque asumió, en momentos de transición, la responsabilidad de unificar las corrientes denominadas de la higiene social y la moderna salud pública. De esta forma, Noel Sbarra, médico higienista, fue el líder del movimiento nacional y de los jóvenes sanitaristas argentinos de la década de los años 60. Este liderazgo y este mensaje es el que hoy todavía nos acompaña a casi cuatro décadas de su desaparición física.

Para revivir parte de sus enseñanzas será oportuno repasar la orientación y los contenidos que Noel Sbarra dio a una de sus publicaciones preferidas: la *Revista de Salud Pública* del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, de la cual fue director *ad honorem* desde su primer número publicado en el año 1961.

Noel Sbarra decidió colocar en la tapa y contratapa de la revista la transcripción de dos citas fundamentales de la Salud Pública que aun hoy tienen plena vigencia. En la tapa apareció así la cita de J. J. Hanlon: “Los fundamentos sobre los cuales se alza la estructura sanitaria de un país son: programas de salud adecuados, personal técnicamente eficiente, financiamiento suficiente”. En la contratapa, por su parte, incluyó los contenidos de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud, donde se afirma: “El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social”.

Ambos mensajes los repitió pacientemente, como un maestro invisible, en cada número de la revista hasta el último, como una forma didáctica de hacer recordar, toda vez que se iniciaba o finalizaba la lectura (31, p. 59-60).

En 1943 ingresó como médico en la Casa Cuna, de la que en 1947 fue nombrado director interino. Exonerado en 1953 por razones políticas, fue reivindicado y reincorporado en 1955; por razones de salud, renunció en 1969.

Como director, dio importancia a los niños por sobre el “debe” y el “haber”; por ello los trataba en un ambiente no sólo de orden, higiene y

sana disciplina, sino sobre todo de comprensión y amor, que se manifestaba, por ejemplo, cuando los llevaba a pasear en tranvía, o incluso, en una ocasión, al publicar en uno de los diarios de la ciudad la foto de un niño paralítico, Jorgito, solicitando que algún matrimonio lo adoptara. Desde entonces, gracias a esto, el niño integró una familia compuesta por un médico, su esposa y sus tres hijos.

Por su tesón, consiguió que muchos de esos niños, que a través de sus caritas reclamaban el derecho a un futuro digno, sean hoy argentinos probos, con los que tantas veces soñó. Por esto y por el reconocimiento de su pueblo y de un ministro justo, correcto y vehemente, el Dr. Bocalandro, la ex Casa Cuna se llama hoy “Noel H. Sbarra” (31, p. 68).

Sbarra amaba el arte, tanto o más que la ciencia, que fue su vocación originaria. No sólo porque muchos artistas fueron sus amigos, sino por amor a la cultura, de lo que la *Revista de la Universidad* fue su más explícito legado (31, p. 100).

Como habíamos señalado en la introducción del libro, el principal material al que tuvimos acceso para conocer la historia de la Agronomía Médica Platense fueron las actas de reuniones del Consejo Directivo desde sus inicios. Por lo tanto ésta ha sido la base de nuestra historia, que además tiene la ventaja de brindar la mayor objetividad posible. A partir de ellas reconstruiremos el pasado.

La 1ª reunión y acta correspondiente fue el 13 de agosto de 1941, y de ella surgen los integrantes del primer Consejo Directivo, a saber:

- Presidente: Amador Barros Hurtado
- Secretario general: Noel Sbarra
- Secretario de Actas: Adolfo Lértora
- Tesorero: Carlos Boffi
- Protesorero: Adolfo Eiras

Ese día también se decide la afiliación a la Federación Médica de la República Argentina. De acuerdo al Estatuto de la Agronomía, en su artículo 26, las sesiones ordinarias del Consejo Directivo debían celebrarse al menos una vez al mes, pero en la práctica este tipo de reunio-

nes se realizaban semanalmente, aunque no siempre pudo lograrse. En el año 1941, desde el 13 de agosto hasta el 17 de diciembre, se realizaron 15 reuniones ordinarias.

Los temas tratados eran varios; sin embargo, el tenor de estos giraba, al igual que había sucedido en el resto de los años, sobre diez ítems básicos: 1) difusión de la agremiación, 2) educación médica y gremial, 3) gremialismo médico, 4) situación e inserción laboral de los médicos, 5) salud pública, 6) revista y boletín de la agremiación, 7) formación de Comisiones y Subcomisiones, 8) participación en congresos médicos, 9) contexto político y repercusiones sobre la agremiación, 10) mediación en conflictos médicos de todo tipo, tanto en el orden público como privado.

La necesidad inicial de posicionar gremialmente a la entidad y difundir la conciencia gremial entre los médicos se ve reflejada en las primeras actas, dado que se organizan dos conferencias a cargo del Dr. Adorni (“Médicos y Estado”) y del Dr. Tettamanti (“Asuntos médico-gremiales”), ambos con reconocida trayectoria en el ámbito porteño y nacional en el gremialismo médico (32).

Durante el primer año de existencia, fue habitual tener una relación fluida con la Dirección General de Higiene, en ese entonces a cargo del Dr. Eugenio Galli, prestigioso médico y profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. En ese espíritu colaborativo, la Dirección General de Higiene le solicitó a la Agremiación que se uniera y participara en la campaña antidiftérica. Por su parte, la Agremiación realizó un pormenorizado estudio y debate interno sobre el proyecto de carrera médico-hospitalaria, algo de sumo interés e importancia dentro del cuerpo médico de la época.

De las actas analizadas en el inicio de la historia de la Agremiación Médica Platense, los hechos más significativos han sido los siguientes.

1941

13 de agosto. Afiliación a la Federación Médica Argentina.

27 de agosto. Se resuelve instalar la sede de la Agremiación Médica Platense en una de las habitaciones del local de la Sociedad Médica de La Plata sito en la calle 50 N° 374, con un costo de alquiler de \$25 pesos mensuales.

Con la finalidad de evitar el curanderismo se crea una organización por zonas de estudiantes de Medicina, inscriptos en los registros de la Agremiación, para la práctica de inyecciones, bajo el control directo y responsabilidad de los médicos tratantes. Igualmente se decide consultar a la Dirección General de Higiene sobre si existen impedimentos legales para tal organización.

17 de septiembre. Se propone que se destine el 5 % de los ingresos brutos en forma de cuotas mensuales de los asociados para la compra de material bibliográfico, a efectos de ir constituyendo la biblioteca médica gremial.

24 de septiembre. Se informa sobre las condiciones de trabajo y salarios médicos que siguen en la Sociedad Española y se invita al Dr. Eiras para que redacte un informe por escrito a fin de iniciar la acción gremial frente a las llamadas mutualidades y sanatorios.

8 de octubre. Trámite de obtención de la Personería Jurídica.

2 de noviembre. Se aprueba la propuesta del Dr. Noel Sbarra de que se envíe un memorándum a los candidatos a gobernador en las próximas elecciones del 7 de diciembre, expresando la necesidad de: 1) que la Dirección General de Higiene se transforme en una entidad autónoma o en una Subsecretaría de Estado, 2) que se legisle o se reglamente la carrera médico-hospitalaria, 3) que se legisle o se reglamente el funcionamiento de las mutualidades, 4) que se legisle la racionalización de la Sanidad.

En el año 1942, desde el 21 de enero hasta el 11 de noviembre, se realizaron 16 reuniones ordinarias. La problemática tratada era similar a la del año anterior, con la inquietud de conseguir apoyo para la edición del boletín de la Agremiación, lo que motivó varias reuniones y gestiones, cuyo principal responsable era el Dr. Noel Sbarra.

Otra de las discusiones prolongadas en el seno del Consejo Directivo era la reglamentación de asistencia sanitaria gratuita vigente en la provincia y, sobre todo, respecto a la categorización de los llamados “desposeídos” en ese proyecto de salud pública. Sin embargo, el conflicto que generó mayor preocupación en la Agremiación fue el proyecto de instaurar la patente médica por parte del poder ejecutivo.

Es que hubo cambios significativos en la política argentina. Al fallecer Roberto M. Ortiz, asumió como presidente argentino, el 27 de junio de 1942, Ramón S. Castillo, por entonces vicepresidente. Castillo era abogado, conservador y pertenecía al partido Demócrata Nacional.

Castillo continuó la política exterior de su predecesor, manteniendo la neutralidad argentina en la Segunda Guerra Mundial, una decisión motivada por las tendencias proaliadas y progermanas que dividían al Ejército y a toda la sociedad argentina.

Llevó a cabo una política autoritaria, disponiendo de las carteras ministeriales con soltura y disolviendo el Concejo Deliberante de Buenos Aires ante las denuncias de corrupción. Su objetivo era consolidar su poder a través del Partido Demócrata Nacional, como base partidaria de tinte conservador, disolviendo la Concordancia (33). Este manejo autoritario generaba preocupación en las entidades civiles y una mayor inquietud en las gremiales.

El 23 de septiembre de 1942, el Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense (AMP) renovó parcialmente los cargos, quedando la Comisión Directiva integrada de la siguiente manera:

- Presidente: Amador Barros Hurtado
- Secretario general: Noel Sbarra
- Secretario de Actas: Adolfo Lértora
- Tesorero: Adolfo Eiras
- Protesorero: Fernando D’Amelio

Del análisis de las actas de la Agremiación de ese año señalamos lo más significativo.

1942

21 de enero. Solicitud de audiencia al gobernador de la provincia de Buenos Aires para hacerle entrega de un memorial respecto a los siguientes ítems:

- Creación de un Ministerio de Salud Pública.
- Creación de la carrera médico-hospitalaria.
- Ley de mutualidades.
- Reglamentación del ejercicio de laboratorio de análisis clínicos.
- Creación de nuevos cargos rentados para médicos.
- Solicitud de eximición de patente médica.

5 de agosto. Toda política impositiva justa no debe imponer los salarios y, siendo que los médicos dan ya un alto índice de salarización, corresponde eximirlos de patente para el ejercicio profesional. Se propone remitir un memorial en ese sentido al gobernador de la provincia, al presidente de la Cámara de Diputados, a los presidentes de los bloques y al ministro de Hacienda.

26 de agosto. Se propone solicitar a toda entidad médico-gremial provincial el apoyo a la gestión iniciada por la AMP tendiente a la eximición de patente médica.

23 de septiembre. Se recibe un informe del Colegio Médico de Mar del Plata, de la Asociación Médica del Norte (Pergamino) y del Círculo Médico de Chivilcoy, que comunica haber solicitado al Poder Ejecutivo la eximición del pago de patente médica.

Continuando, al año 1943, a los fines prácticos, lo dividiremos en tres etapas:

1) En la primera etapa, enero y febrero, la agremiación seguía preocupada por el tema de la patente médica como surge de sus actas.

27 de enero. Se solicita que la AMP intervenga ante la Dirección General de Rentas de la Provincia de Bs. As., para que se deje sin efecto

y fuera de uso la información sobre bienes raíces en los formularios para la solicitud de patente médica.

10 de febrero. Ante la requisitoria de la AMP ante el Poder Ejecutivo para la eximición de patente médica, este PE se ha expedido desfavorablemente.

2) La segunda etapa estuvo signada por los cambios políticos que sufrió el país durante los meses de junio, julio y agosto. La Agremiación prácticamente limitó sus actividades a la colección y compaginación del material que integraría el Boletín.

Es importante señalar cómo los golpes cívico-militares, con presidentes militares de facto, no sólo alteraron el orden constitucional, sino que modificaron toda la actividad civil, impactando con mayor intensidad en las entidades gremiales, como veremos incluso más adelante, con la costumbre autoritaria de implantar el estado de sitio.

En los últimos días de mayo de 1943, un grupo de dirigentes de la Unión Cívica Radical le propuso al general Pedro Pablo Ramírez encabezar una fórmula presidencial contra el candidato oficialista. Enterado, el presidente Castillo le exigió la renuncia el 3 de junio, hecho que desencadenó la llamada Revolución del 4 de junio de 1943, un golpe de estado encabezado por el general Arturo Rawson y el propio general Ramírez, y dirigido por el Grupo de Oficiales Unidos (GOU), que finalmente depuso al presidente Castillo.

Ramírez pertenecía al GOU, de tendencia nacionalista y “neutralista” ante la Segunda Guerra Mundial, que se opuso a la candidatura del conservador Robustiano Patrón Costas a la presidencia, partidario de que Argentina entrara a la Segunda Guerra Mundial.

Originalmente asumió como presidente el general Rawson, pero, debido a su empeño en designar en el gabinete a un grupo de ministros reconocidamente conservadores y derechistas, fue desplazado por los militares para llevar a la presidencia, como nuevo dictador, al general Ramírez, quien asumió el 7 de junio.

Las primeras medidas adoptadas por Ramírez tuvieron contenidos contradictorios, pero en general estuvieron dirigidas a reprimir a los sectores sociales y políticos. Se pueden mencionar entre ellas: la disolución del Congreso Nacional, la clausura de la CGT N° 2 –donde se habían organizado los sindicatos comunistas– y la sanción de un régimen limitativo de la acción sindical; la intervención de la Universidad Nacional del Litoral y la disolución de Acción Argentina, donde se organizaban los sectores belicistas. Estas medidas abrirían la confrontación con amplios sectores políticos y sociales, y en especial con el movimiento estudiantil (33).

Simultáneamente con estas medidas, el gobierno de Ramírez ordenó la rebaja de alquileres, que tuvo un efecto positivo entre los trabajadores y los arrendatarios rurales, y la creación de una Comisión Investigadora del escándalo de la CADE, que tenía como misión profundizar la lucha contra la corrupción.

En el plano cultural, el gobierno de Ramírez encomendó la educación al sector nacionalista, caracterizado por su ideología católica-hispanista, opuesta al laicismo adoptado por el Estado argentino desde la Constitución de 1853. Disolvió la Federación Universitaria y los partidos políticos, reintrodujo la enseñanza religiosa optativa en las escuelas e implantó una severa censura en la prensa, prohibiendo, entre otros medios, la revista estadounidense *TIME* (el 29 de noviembre de 1943), que había criticado duramente la neutralidad argentina en la Segunda Guerra. El 14 de octubre estableció la veda radiofónica del lunfardo, por considerarlo de origen criminal y moralmente repugnante. Debido a ello, las letras de algunos tangos debieron modificarse para su transmisión pública. Bajo su auspicio se creó también la Policía Federal Argentina (33).

El Estado pretendía regentarlo todo, desde el largo del cabello hasta la menor actividad. El contenido de los diarios, la actuación de los sindicatos, el vocabulario de los locutores de radio; su vigilancia paternal no pasaba nada por alto.

La ideología de este grupo (ultracatólica, hispanista, elitista, antidemocrática y antifeminista) fue definida en aquel momento a través de varias frases provocadoras:

- “Sarmiento trajo tres plagas al país: los italianos, los gorriones y las maestras normales”.
- “La escuela laica es una invención diabólica”.
- “Debemos cultivar y mantener nuestra personalidad diferenciada, dentro del tronco institutor, que es criollo, por lo tanto hispánico, católico, apostólico y romano”.
- “La dignificación de la mujer consiste en no sustraerla de su menester específico”.

El Colegio Nacional de Buenos Aires fue puesto al mando de un sacerdote católico y fue rebautizado con el nombre de la época de la colonia, es decir, Colegio Universitario San Carlos.

El 14 de octubre de 1943 un grupo de 150 personalidades políticas y culturales, encabezadas por el científico Bernardo Houssay, firmaron una *Declaración sobre democracia efectiva y solidaridad Latinoamericana*, pidiendo la convocatoria a elecciones y el ingreso del país a la guerra contra el Eje. Ramírez respondió cesanteando a aquellos firmantes que eran empleados del Estado.

3) La tercera etapa de la agremiación durante 1943, en los últimos tres meses del año, se caracterizó por la necesidad de incrementar la masa societaria con la incorporación de nuevos socios y la condonación de deudas atrasadas a los viejos socios, como surge de las actas.

15 de octubre. Se decide llevar adelante una campaña intensiva para nuevos socios, de forma que cada uno de los miembros trabaje individualmente en la incorporación de nuevos socios.

2 de diciembre. Se propone que se estudie la posibilidad de una condonación de mensualidades atrasadas, por dificultades técnicas en la percepción de las cuotas de los socios.

En el año 1944 sólo se realizaron 8 reuniones ordinarias del Consejo Directivo; la última de ellas el 12 de septiembre, que lleva al acta 51, en donde se adjudican los cargos luego de la elección, quedando el Consejo Directivo conformado de la siguiente manera:

- Presidente: Amador Barros Hurtado
- Vicepresidente: Esperanza Gurcoich
- Secretario General: Leonardo Barletta
- Secretario de Actas: Adolfo Lertora
- Tesorero: Adolfo Eiras
- Protesorero: Héctor D'Antoni
- Vocales: Luis Pianzola, Nicodemo Scenna, Guillermo García Díaz, Francisco Arena y Néstor Zingoni

En dicha reunión se resuelve no librar más actas debido al estado de sitio, decretado bajo el gobierno militar del Gral. Edelmiro Julián Farrell. En efecto, el general Farrell, como presidente de facto, estaba a cargo del Poder en la Argentina.

En 1943 había participado en el golpe de estado llamado Revolución del 43, desempeñando los cargos de ministro de Guerra y vicepresidente de la Nación durante la dictadura del general Pedro Pablo Ramírez, hasta que éste fue removido, fecha en que asumió por delegación (de facto) del cargo como presidente de la Nación. Ejerció el cargo de forma interina desde el 25 de febrero de 1944, y definitivamente por renuncia de Ramírez, desde el 9 de marzo de ese año. Juan Domingo Perón fue designado ministro de Guerra y, el 7 de junio, vicepresidente de la República, reteniendo ambos puestos.

El nuevo presidente mantuvo la participación de los nacionalistas en el gobierno y el modelo a seguir fue la España franquista y católica. Tal situación resultó contraria a la historia, ya que, a mediados de 1944, las fuerzas aliadas desembarcaron en Normandía, dando comienzo a la batalla final contra el Tercer Reich. Esta orientación generó oposición entre los partidos tradicionales, los diarios, las universidades y el empresariado. Farrell, apodado popularmente el “Mono”, declara la guerra a Alemania y a Japón por presión del Departamento de Estado de los Estados Unidos en febrero de 1945, pocas semanas antes del suicidio de Hitler. La única salida para este gobierno debilitado era llamar a elecciones generales, para lo cual se estableció el Estatuto de los Partidos Políticos.

Entre las medidas de gobierno más importantes realizadas durante el período en que ejerció el poder se destacan:

1. La declaración de guerra a Alemania y Japón.
2. La creación de la Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia.
3. La firma por Argentina del Acta de Chapultepec.
4. Sanción del Estatuto de los Partidos Políticos.
5. Sanción del Estatuto del Peón.
6. Sanción del Decreto Ley 33.302/45, que establecía el aguinaldo.
7. Sanción del Decreto Ley 1740/45, que fijaba el régimen de vacaciones para los obreros industriales.
8. Creación de la Justicia Nacional del Trabajo.
9. Autorización de apertura de casas o locales donde se ejerciera la prostitución (34).

El dúo Farrell-Perón intentaba conformar un “nacionalismo popular”, orientado a una salida democrática del régimen, que confrontaba con el “nacionalismo elitista” no democrático que sostenía a Ramírez.

Perón logró que se aprobara la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión, con un estatus similar al de un ministerio y dependencia directa del presidente de la Nación. Como secretario de Trabajo, realizó una obra notable, haciendo aprobar las leyes laborales que habían sido reclamadas históricamente por el movimiento obrero argentino (indemnización por despido, jubilaciones para empleados de comercio, Estatuto del Peón de Campo, hospital policlínico para los trabajadores ferroviarios, escuelas técnicas para obreros, prohibición de las agencias de colocaciones, creación de la justicia laboral, aguinaldo), creando una eficaz policía de trabajo que garantizara su aplicación e impulsando por primera vez la negociación colectiva, que se generalizó como regulación básica de la relación entre capital y el trabajo.

La figura del Gral. Juan Domingo Perón creció en la medida que se incrementó su diálogo con las distintas fuerzas políticas, sociales y económicas. Cada vez se inclinó más por la justicia social y laboral y menos

por los temas moralistas propios de los militares. Sin embargo, a mediados de 1945, se precipitaron los acontecimientos políticos. El nuevo embajador norteamericano, Spruille Braden, vino al país y fortaleció a la opinión liberal; un sector de esa tendencia en el Ejército contraria a Perón lo obligó a renunciar el 9 de octubre y asumió la vicepresidencia Juan Pistarini.

El caudillo fue detenido y llevado a la isla Martín García hasta el 17 de octubre, cuando una de las manifestaciones populares más grandes de la historia llegó hasta la Plaza de Mayo: miles de trabajadores se movilizaron hasta la histórica plaza exigiendo su libertad. Esta jornada sería conocida luego como el Día de la Lealtad, dando origen al peronismo. Los sucesos terminaron con el traslado de Juan Domingo Perón desde el Hospital Militar hasta la Casa Rosada, donde se dirigió desde sus balcones a la multitud que clamaba por su liberación.

Ya en agosto de 1945 se había levantado el estado de sitio en el país, motivo por el cual el Consejo Directivo de la Agremiación decidió confeccionar nuevamente las actas de las reuniones. Por lo tanto, durante 11 meses –desde el 12 de septiembre de 1944 hasta el 10 de agosto de 1945, tiempo que duró el estado de sitio– no se habían labrado actas. También por ese motivo no hay actas de las reuniones 52 a 61, figurando en el libro de actas, luego de la 51, la N° 62.

En el acta 63, sin fecha (aunque se estima que la reunión fue en septiembre u octubre de 1945), el Consejo Directivo señala textualmente:

Vista la reimplantación del Estado de Sitio y hasta tanto no hayan variado las condiciones de libertad necesarias, se resuelve nuevamente no asentar actas de las reuniones que se celebran. Se resuelve asimismo suspender las actividades de la Sociedad ya que no se cree conveniente la intervención de la misma en asuntos no permitidos por los Estatutos. Quedan los miembros de la Comisión Directiva en libertad de acción para actuar en actividades médicas y ciudadanas no gremiales, pero se establece que en ningún caso asumirán la representación de la Agremiación. Se resuelve suspender la asamblea próxima y prolongar el mandato de las actuales autoridades y solicitar a la próxima asamblea la aprobación de tal conducta.

En el acta 64, última reunión del Consejo Directivo, también sin fecha, que se estima aconteció en noviembre o diciembre de 1945, refieren:

Se mantienen conversaciones con el presidente de la Federación Médica de la Provincia a propósito de la situación gremial, provincial y nacional, señalando el Dr. Secco que es necesario dejar diferencias de lado y reforzar y respaldar a las organizaciones superiores, pues seguramente se avecina una lucha gremial intensa y hay que presentar organismos fuertes.

CAPÍTULO 5. LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE (1946–1950)

A fin de comprender mejor esta etapa gremial de la Agremiación Médica Platense y los problemas que tuvo que enfrentar y tratar de resolver, debemos previamente retomar el análisis de la política argentina de ese entonces, caracterizada por el ascenso del Gral. Perón al poder.

La movilización del 17 de octubre tuvo dos efectos inmediatos: por una parte, forzó a Perón a retornar a la lucha política; y por la otra, incidió en el Ejército, volcando en su favor algunos jefes militares que antes se le habían opuesto y obligando al resto a pedir su retiro o tolerar su marcha hacia la presidencia.

Tras un corto lapso de descanso, durante el cual contrajo matrimonio con Eva Duarte en Junín, el 22 de octubre, Perón comenzó su campaña política. El sector de la Unión Cívica Radical que lo apoyaba formó la UCR Junta Renovadora, a la cual se sumaron el Partido Laborista y el Partido Independiente; la organización radical FORJA se disolvió para sumarse al movimiento peronista.

Las primeras manifestaciones masivas antiperonistas fueron organizadas por el movimiento estudiantil, bajo el lema de “abajo la dictadura de las alpargatas”. Las manifestaciones obreras que apoyaban las leyes laborales que iba promoviendo Perón contestaban: “Alpargatas sí, libros no” (35).

El avance de la figura de Perón dentro del gobierno militar y su estrecha alianza con los sindicatos obreros había generado, desde el comienzo, una fuerte oposición tanto dentro como fuera de las Fuerzas Armadas, especialmente en las clases medias y altas. En 1945, la embajada de Estados Unidos, dirigida por Spruille Braden, promovió la unificación de las fuerzas opositoras hasta conformar un gran movimiento antiperonista, que incluyó a los partidos Comunista, Socialista, Unión Cívica Radical, Demócrata Progresista, Conservador, la Federación Universitaria Argentina (FUA), la Sociedad Rural (terratenientes), la Unión Industrial (grandes empresas), la Bolsa de Comercio, y los sindicatos opositores.

El apoyo popular, organizado por el Partido Laborista y la UCR Junta Renovadora, le dio la presidencia a Perón con el 56 % de votos en las elecciones del 24 de febrero de 1946, ganando en todas las provincias, menos en Corrientes.

Desde la presidencia, Perón continuó con las políticas sociales que beneficiaban especialmente a la clase obrera. Tras el triunfo electoral disolvió los tres partidos que se habían creado para sostener su candidatura (Laborista, Unión Cívica Radical Junta Renovadora y el Partido Independiente), para unificarlos en una sola organización política, llamada primero Partido Único de la Revolución, pero que luego pasó a llamarse Partido Peronista. Expandió enormemente la agremiación de los trabajadores en sindicatos que respondían a la corriente laborista y ayudó a establecer el predominio de la Confederación General del Trabajo (CGT) como central unitaria.

Durante el gobierno de Perón se profundizó la política de sustitución de importaciones mediante el desarrollo de la industria ligera que se venía impulsando desde la década anterior. Perón también invirtió fuertemente en la agricultura, especialmente en la siembra de trigo. En 1947 anunció un Plan Quinquenal para fortalecer las nuevas industrias creadas y comenzar con la industria pesada (siderurgia y generación de energía eléctrica en San Nicolás y en Jujuy). Además, el Estado en 1948 compró los ferrocarriles a capitales extranjeros, en su mayoría ingleses, y creó la empresa Ferrocarriles Argentinos.

Durante el gobierno peronista el número de inscriptos en las escuelas primarias y secundarias creció a tasas superiores a la de los años anteriores: mientras que en 1946 hubo 2.049.737 alumnos inscriptos en las escuelas primarias y 217.817 en las secundarias, para el año 1955 fueron 2.735.026 y 467.199, respectivamente. Se produjo el acceso a la educación secundaria de la mayor parte de los hijos de clase media y de una parte significativa de los estratos altos de la clase trabajadora, especialmente en la enseñanza comercial y técnica (36).

Uno de los motivos de irritación de los opositores fue la introducción en los textos escolares de dibujos, fotografías y textos laudatorios de Perón y Evita tales como “¡Viva Perón! Perón es un buen gobernante. Perón y Evita nos aman” y otros similares (37). En la escuela secundaria se introdujo la materia “Cultura Ciudadana”, que en la práctica era un medio de propaganda del gobierno, sus protagonistas y sus realizaciones. Una vez publicado el libro *La razón de mi vida* de Eva Perón, el mismo texto fue obligado tanto en el nivel primario como en el secundario (38).

Todo esto lleva a la situación que Silvia Sigal (39) resume diciendo:

Hay por lo menos dos puntos de acuerdo entre quienes se han interesado en la relación entre los intelectuales y el primer peronismo. El primero es que casi la totalidad de los escritores, artistas y universitarios liberales y democráticos fueron antiperonistas, el segundo, que si los intelectuales peronistas fueron muy contados, más contados fueron, entre ellos, quienes gozaban de prestigio y reconocimiento en el ámbito de la cultura.

Perón inició su gobierno con las universidades intervenidas desde el 30 de abril de 1946, señalándose en especial que el interventor en la de Buenos Aires era el doctor Oscar Ivanissevich, un ferviente opositor al cogobierno estudiantil. Durante ese año por renuncias o cesantías se fueron el 70% de los docentes y un tercio de los profesores universitarios (36). La reforma constitucional de 1949 dispuso: “Las universidades tienen el derecho de gobernarse con autonomía, dentro de los límites establecidos

por una ley especial que reglamentará su organización y funcionamiento”. Pero continuó vigente la Ley 13.031, aprobada en 1947 para regir el gobierno de las universidades, a las que convertía en una dependencia del Poder Ejecutivo: desde el rector hasta el último titular de cátedra eran designados por decreto, se suprimía la autonomía funcional y financiera y se establecía la pena de expulsión a quienes actuaran “directa o indirectamente en política”. Pero en la práctica esta norma no se aplicaba a quienes militaban en el Partido Peronista, lo que se evidencia en los muchos funcionarios y legisladores de éste que ocuparon puestos en las universidades (38). La representación estudiantil fue eliminada de los consejos, se introdujo la exigencia de un certificado policial “de buena conducta” sin el cual no se podían proseguir los estudios, y comenzó a haber policías de civil omnipresentes en aulas y oficinas universitarias (39).

El 22 de noviembre de 1949, Perón suspendió el cobro de aranceles universitarios, asegurando así la gratuidad de la enseñanza superior de manera definitiva en la Argentina.

En 1946, Dr. Ramón Carrillo fue designado secretario de Salud Pública y en 1949 al crearse nuevos ministerios pasó a ser ministro del área. Desde su cargo trató de llevar a cabo un programa sanitarista, que se dirigía hacia la creación de un sistema unificado de salud preventivo, curativo y de asistencia social de carácter universal, en el cual el Estado cumpliría un papel preponderante. Si bien tropezó con grandes obstáculos, “la acción gubernamental comportó un mejoramiento sustantivo en las condiciones de la salud pública”(39) . Uno de esos obstáculos lo constituyó la formación o el afianzamiento de las obras sociales de los sindicatos, especialmente aquellos con mayor número de afiliados tales como los ferroviarios y los bancarios; y otro fue la actividad de la Fundación Eva Perón, que en ciertas áreas se superponía con las de Salud Pública. Ambos factores conspiraban contra el proyecto unificador de Carrillo.

El número de camas en hospitales que era de 66.300 en 1946 (4 cada 1000 habitantes) pasó en 1954 a 131.440 (7 cada 1000 habitantes). Se hicieron campañas para combatir enfermedades endémicas como el paludismo, la tuberculosis y la sífilis, utilizando a gran escala los recursos del DDT para el primero y la penicilina para las últimas, y

se acentuó la política sanitaria en las escuelas al hacer obligatoria la vacunación en su ámbito.

Luego de las elecciones de 1946, Evita comenzó a hacer abierta campaña por el voto femenino, a través de mítines de mujeres y discursos radiales, al mismo tiempo que su influencia dentro del peronismo crecía. El proyecto de ley fue presentado inmediatamente después de asumido el gobierno constitucional (1 de mayo de 1946). A pesar de que era un texto brevísimo en tres artículos, que prácticamente no podía dar lugar a discusiones, el Senado apenas dio media sanción al proyecto el 21 de agosto de 1946, y hubo que esperar más de un año para que la Cámara de Diputados sancionara el 9 de septiembre de 1947 la Ley 13.010, que establecía la igualdad de derechos políticos entre hombres y mujeres.

Eva Perón fue el canal de comunicación entre el gobierno y los sectores populares no sindicalizados. Para Romero (40), Evita se transformó en la encarnación del estado de bienestar. En 1950 se creó la Fundación Eva Perón, cuya finalidad era obtener una base de apoyo más amplia y la incorporación al sistema de sectores sociales, trabajadores o no, que estaban excluidos de éste. Así, esta institución, a través de la “ayuda social”, funcionó como el nexo que permitía la incorporación de los elementos considerados más débiles de la sociedad a la maquinaria del régimen.

El peronismo, desde sus orígenes, impulsó la movilización de las mujeres. Las causas de esta movilización han sido explicadas a partir de las necesidades del gobierno peronista de ampliación de sus bases de sustentación social. El sufragio femenino, otorgado en 1947, consolidó su inclusión en las políticas del Estado.

Entre otras reformas sociales y políticas, durante su primer gobierno, Perón derogó la ley que establecía la discriminación entre hijos legítimos e ilegítimos y desarrolló un amplio plan de viviendas para trabajadores.

Cuando Perón asumió el gobierno muy pocos periódicos lo apoyaban: *Democracia*, *El Laborista* y *La Época*. Pronto comenzaron las medidas más variadas para combatir a los medios opositores. En primer lugar, la provisión de papel de diario, que era totalmente importado, distribuido por el gobierno, fijaba cantidades sumamente reducidas para

los medios hostiles, habiéndose incluso dispuesto la expropiación de partidas de papel de propiedad de *La Prensa* y de *La Nación* (37).

En forma paralela el gobierno, aplicando una combinación de presiones –tanto oficiales como sindicales (37)– y beneficios, fue adquiriendo en forma directa o a través de testaferros periódicos, revistas y estaciones de radio. Así, por ejemplo, compró los periódicos *Democracia*, *La Razón*, *Crítica* y *Noticias Gráficas* (38), y el conglomerado Haynes que reunía al diario *El Mundo* y la radio del mismo nombre. Al finalizar el gobierno de Perón, sólo dos periódicos de circulación nacional –*La Nación* y *Clarín*– no eran partidarios del peronismo (41).

En el marco del enfrentamiento frontal entre peronistas y antiperonistas, durante el gobierno de Perón se produjeron persecuciones a opositores, sobre todo a comunistas. Uno de los primeros atentados fue sufrido en 1947 por el dirigente sindical y diputado nacional Cipriano Reyes, integrante inicialmente del bloque peronista, pero opuesto a la decisión de Perón de disolver el Partido Laborista junto a los otros dos partidos que habían sostenido su candidatura en 1946. En el atentado murió el chofer de Reyes y él mismo resultó herido. Poco después, Reyes y otros dirigentes laboristas fueron detenidos bajo la acusación de estar planeando el asesinato de Eva Perón. Los detenidos fueron severamente torturados por la Policía Federal y condenados en un proceso en el que no se respetaron las garantías de los acusados (43).

También en relación con los conflictos gremiales, el 15 de noviembre de 1950 comenzó una huelga de los ferroviarios por reclamos salariales, que finalizó con un “acuerdo de caballeros” entre huelguistas y funcionarios del Ministerio de Trabajo, conforme al cual retornarían al trabajo el día 24 de noviembre, se les concedería un aumento salarial y se anularían las sanciones que les habían aplicado. Sin embargo, en la primera semana de diciembre el gobierno dejó sin efecto el convenio arribado, y despidió y encarceló a los líderes del movimiento de fuerza.

Por su parte, durante el primer gobierno de Perón se reformó la Constitución Nacional en 1949, con la incorporación de los derechos laborales y sociales (Art. 37) que caracterizaron al constitucionalismo social y las bases jurídicas para expropiar grandes empresas monopóli-

cas (Art. 40). Al mismo tiempo se establecía la reelección presidencial indefinida (Art. 78). Esta Constitución sería derogada por una proclama del régimen militar que derrocó al gobierno peronista.

Entre 1946 y 1952 se produjo el crecimiento del sector público. Paralelamente comenzaron a organizarse las primeras instituciones de cobertura de atención médica para los grandes sindicatos vinculados al aparato estatal, con una conflictiva relación con el poder médico dividido entre peronistas y no peronistas, que terminó afianzando una identidad corporativa beneficiada luego de la caída de Perón (6).

Las relaciones de los gremiales y entidades médicas corporativas con el peronismo fueron contradictorias, disímiles e incluso turbulentas. En efecto, se daba la situación paradójica de que, por un lado, los médicos pedían que el Estado no se inmiscuyera en los asuntos técnicos y, por el otro lado, solicitaban la regulación del Estado en la práctica médica y que dictaran políticas de salud (7).

Eran relaciones diferentes porque mientras la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires se transformaba, durante este período peronista, en una institución política que apoyaba irrestrictamente todas y cada una de las decisiones del gobierno (7), la Confederación Médica de la República Argentina, la Federación Médica de la Capital Federal y todas las federaciones médicas del interior del país seguían manteniendo su lucha en defensa de los médicos (7).

Las relaciones turbulentas con la Confederación Médica ya habían comenzado en 1946 luego que esta entidad manifestara sus reticencias a la candidatura de Perón, lo que significó una breve intervención, tras lo cual se prefirió evitar las opiniones políticas explícitas (44).

En cuanto a la Agremiación Médica Platense, si bien no hay una actitud explícita en cuanto a una toma de decisión política, su cautela y silencio creemos que estaban justificados por la fragilidad institucional que aún tenía nuestra entidad médica, teniendo cuenta que en ese entonces sólo contaba con 88 socios como médicos agremiados.

Lo que sí surge de las actas de ese período son las siguientes necesidades: Incrementar el número de socios.

- 1) Bregar incansablemente por la unidad gremial.
- 2) Responder a las disposiciones y resoluciones de la entidad médica gremial rectora, es decir, de la Confederación Médica Argentina.

El 15 de mayo de 1946, luego de la reunión del Consejo Directorio quedan distribuidos los siguientes cargos:

- Presidente: Amador Barros Hurtado
- Vicepresidente: Paulino Rojas
- Secretario General: Vicente Guastavino
- Secretario de actas: Héctor D'Antoni
- Tesorero: Elías Ferrando
- Protesorero: Juan José Moirano

En dicha reunión se deciden las proposiciones que serán tratadas en la Asamblea Anual de la Federación a realizarse el 30 de mayo en la ciudad de Quilmes y que serían las siguientes:

- 1) Proponer que la asamblea haga un llamado a la unidad del gremio dentro de la Provincia y que dentro de la Confederación bregue por la unidad en toda la República.
- 2) Insistir en que la Federación actualice la situación imperante con respecto al estatuto médico y que se dé a publicidad tal actualización.
- 3) Tratar de que la Federación se avoque al estudio de la ley orgánica de las mutualidades.
- 4) Apoyar la reorganización de la Confederación Médica de la República.

Se eligen a los Dres. Barros Hurtado y Bischoff como delegados ante la asamblea. Por otra parte se insiste en seguir el expediente sobre la exención de la patente profesional existente en la Dirección de Rentas.

El 7 de junio en una nueva reunión del Consejo Directivo el Dr. Barros Hurtado informa sobre los resultados de la Asamblea Anual Ordinaria de la Federación Médica de la Provincia realizada en Quil-

mes el 30 de mayo. De la mencionada asamblea fueron aprobadas por unanimidad las siguientes propuestas:

1) Dar mandato al Consejo Directivo para que coloque a la Federación Médica de la Provincia a la cabeza de un movimiento destinado a unificar a las entidades médicas gremiales existentes.

2) Propender, por todos los medios, a la reorganización de la Confederación Médica de la República.

3) Promover el estudio de una ley orgánica y su respectiva reglamentación del funcionamiento de las mutualidades.

Como vemos, en el ámbito médico-gremial había dos prioridades:

1) Lograr el mayor acuerdo posible con el objeto de unificar posiciones en la lucha por defender los intereses de la profesión médica.

2) Reorganizar las instituciones médico-gremiales a fin de fortalecerlas.

En este sentido la Agremiación Médica Platense estaba abocada a incrementar lo más rápido posible el número de sus asociados, que como señalamos anteriormente sólo llegaba a 88 miembros, lo cual en cinco años de existencia se consideraba muy escaso, con el consiguiente impacto en las posibilidades de crecimiento institucional.

Del acta 67 del 7 de junio de 1946 surge lo siguiente:

- El Dr. Barros Hurtado también informa que se ha logrado el concurso de los Dres. Baztarrica y Cánepa para las conferencias iniciales de la serie planeada en la acción tendiente a despertar la conciencia gremial.
- La primera conferencia a cargo del Dr. Baztarrica tratará el tema “El Estatuto Médico, su contenido, aplicación y proyecciones” y la segunda conferencia a cargo del Dr. Cánepa versará sobre el tema “Mutualidades Médicas”.

- Se resuelve enviar una invitación personal a estas conferencias a todos los médicos de La Plata.
- El número actual de socios de esta Agremiación es de 88 médicos y se resuelve hacer una campaña tendiente a elevar en lo posible dicho número.
- Se plantea la realización de giras en el interior de la provincia para conocer mejor las necesidades y aspiraciones de los médicos radicados en el interior y cuyos problemas difieren en ciertos aspectos de los problemas gremiales de los médicos radicados en las ciudades.

Si bien la Agremiación Médica Platense no tuvo una lucha frontal contra las injusticias, atropellos e incluso persecuciones políticas de la época a cargo del gobierno peronista, (quizás incluso por no haber una opinión unánime dentro de los propios miembros del Consejo Directivo, como podemos sospechar, según analizaremos más adelante), existió una preocupación concreta, como surge de las actas, por los nombramientos “a dedo” y los despidos injustificados de médicos en el área de influencia institucional.

En efecto, en el acta 68 del 28 de junio de 1946, se plantea la situación técnica del Hospital Melchor Romero, concluyendo que era menester preparar un plan de organización hospitalaria para mentales, proveer los cargos técnicos por concurso para disponer de técnicos orientados hacia la psiquiatría, la higiene mental, pues a menudo los cargos de esta índole se daban a médicos no especializados.

Y el acta 69 del 19 de julio trata sobre las cesantías sin causa justificada y sin sumario previo de médicos que prestaban funciones en la provincia y que eran profesionales de trayectoria e idoneidad ética. Se alude generalizando a la situación de la Sala de Berisso, que llevaba tres meses de intervenida sin que hasta la fecha hubiera resolución alguna, lo que obedecía tan sólo a motivos políticos.

Por otra parte la Agremiación no podía quedar afuera de los cambios y decisiones políticas, especialmente a nivel provincial, que afectarían a los médicos de la región. Por eso consideró necesaria su participación en toda aquella legislación, decreto o normativa que involucrara a sus asociados. Esto lo demuestra el acta 70 del 26 de julio:

- Se pone a consideración los proyectos presentados a la Legislatura de la Provincia sobre creación de un futuro Ministerio de Salud Pública. Por unanimidad hay acuerdo en que la Agremiación apoye esa creación y se hace resaltar que esta entidad gremial fue la primera en señalar la necesidad de que en la provincia se diera nueva organización a la actual Dirección General de Higiene, que resulta anticuada por diversos conceptos de orden técnico y social. Incluso esto ya fue expuesto en el primer número del Boletín de la Agremiación.
- Se pone a consideración una solicitud de la Federación Médica de la Prov. de Bs. As, respecto a 1) reglamentación de mutualidades, y 2) modificaciones a la ley de ejercicio de la medicina, para la cual se decide formar dos comisiones integradas por distintos miembros de la Comisión Directiva de la Agremiación.

Sin embargo, ésta fue la última reunión del año 1946, algo que surge de las mismas actas, dado que la siguiente reunión se llevó a cabo el 12 de marzo de 1947, es decir ocho meses después, correspondiendo al acta 71. Es más llamativo aún que esa reunión de 1947 fue la única que realizó el Consejo Directivo durante dicho año bajo la presidencia de Paulino Rojas, hasta ese entonces vicepresidente. No consta en esa acta, ni en ninguna acta posterior, los motivos de la ausencia y, en definitiva, del alejamiento del hasta entonces presidente Amador Barros Hurtado.

La Historia pertenece a las ciencias sociales y, a diferencia de las ciencias exactas, el criterio de verdad es relativo, puesto que incluso no tiene valor predictivo y sólo posee valor interpretativo. Por lo tanto, no podemos hacer más que tratar de interpretar los hechos sucedidos durante ese año 1947, más aún teniendo en cuenta los pocos elementos objetivos a nuestro alcance para analizar qué pasó realmente. De modo que podemos preguntarnos muchas cosas, pero las respuestas tendrían varias alternativas.

- ¿Por qué hubo una sola reunión del Consejo Directivo ese año?
- ¿Por qué no estaba más Barros Hurtado?
- ¿Qué pasó en todos esos meses que no se reunieron?
- ¿Había sólo conflictos internos?

- ¿Se habían dividido entre peronistas y antiperonistas?
- ¿No se pusieron de acuerdo sobre la actitud a seguir políticamente y los temas a tratar y se llamaron a silencio?

Es evidente que, como no tenemos constancia de nada, no podemos responder a estas preguntas. Lamentablemente quedará lo sucedido en la duda y en la imaginación. Pero lo que sí es posible afirmar es que hubo una crisis importante en la Agremiación, aunque debido al “silencio” desconozcamos las causas.

Transcribimos resumida la única reunión en ese año, llevada a cabo el 12 de marzo con el acta 71:

- Se recibe una nota del Director General del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Dr. Roberto Hurtado, por la que se invita a la Agremiación a colaborar en el estudio previo de la carrera médico-hospitalaria a la que se halla abocado el Ministerio.
- Se responde por intermedio de su presidente, el Dr. Paulino Rojas, que la Agremiación está trabajando en forma conjunta con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y el Colegio de Médicos de la Provincia en ese sentido y que de allí puede surgir un anteproyecto de ley, ya que “gestionar la carrera médico-hospitalaria” es uno de los propósitos que se expresan en el artículo 2 de los estatutos de la Agremiación, aprobados en la asamblea del 15 de julio de 1941, fecha de la constitución del organismo gremial.
- Se toma nota de que la Federación Médica, una vez más, ha solicitado al gobierno de la provincia, representado por el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que se adopten disposiciones sobre asistencia gratuita en los nosocomios oficiales, utilizados por los pudientes y por las compañías de seguro, y que además considera que lo mejor es el sistema propuesto oportunamente por la Agremiación Médica Platense.

Sin embargo, la crisis no se solucionó. Recién trece meses después, se reunió el Consejo Directivo, siendo el acta 72 del 31 de abril de 1948. Evidentemente hubo una “fractura silenciosa” en la propia conducción

de la Agremiación, que posiblemente haya estado relacionada con la posición política de cada uno de sus miembros, a favor o en contra del gobierno peronista y su influencia en las instituciones, incluso en las médico-gremiales.

Como dato interesante, en la misma acta figura: “El presidente de la Agremiación Dr. Paulino Rojas expresa las dificultades para el normal desenvolvimiento de la institución por la reiterada ausencia de los miembros de la Comisión Directiva a las reuniones para las cuales eran citados”. Éste es el único testimonio escrito que confirma la crisis y división de sus miembros que atravesaba la institución en ese momento.

Por otra parte en el acta también se señala:

- Se toma conocimiento de que el Poder Ejecutivo de la Provincia ha hecho suyo el anteproyecto de la carrera médico-hospitalaria preparado por la Agremiación, en forma conjunta con la Federación Médica de la Prov. y el Colegio de Médicos, y lo remitió a la Cámara de Diputados. Se tiene la esperanza de que no se modifique en sus aspectos sustanciales: régimen de concurso para los ascensos, estabilidad, sueldo mínimo, escala de sueldos por antigüedad sin cambio de categoría y régimen de trabajo.

La siguiente reunión, que lleva el acta 73, se realizó el 20 de mayo de 1948:

- Se reúnen bajo la Presidencia del Dr. Paulino Rojas un día antes de la asamblea ordinaria de la que surgirán las nuevas autoridades, dando por descontado que la sesión equivale a la despedida de los miembros del Consejo Directivo.
- Se anuncia que, entre los asuntos entrados en la sesión de la Cámara de Diputados del día de la fecha, figura como comunicación del Poder Ejecutivo el proyecto de ley que reglamenta la carrera médico-hospitalaria y otro proyecto de los diputados Ide, Berri, Allende, Musacchio, Astigüeta, Domenicone, Faya, Sábado y Monte sobre el mismo asunto, y que ambos han sido enviados a la Comisión de Higiene.

- El Dr. Paulino Rojas refiere que ambos proyectos se han inspirado en la reglamentación preparada en acción conjunta por la Agronomía Médica Platense, Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y Colegio de Médicos, cuyas líneas generales siguen, pero añade que en el proyecto del Poder Ejecutivo en el Art. 1º se señala que la carrera comprenderá también a los químicos, bioquímicos, odontólogos y farmacéuticos, aunque luego en el régimen de trabajo, sueldo, concursos, etc., no se vuelve a referir a esos profesionales. Además este proyecto ha quitado un artículo (el 28 del Reglamento de la Federación), por el cual las entidades médico-gremiales tendrían derecho a estar representados en los concursos por un delegado que actuaría exclusivamente con carácter de veedor, y a sólo objeto de informar a la entidad a la que representa acerca de las distintas fases del concurso. Este artículo figura, en cambio, en el proyecto de los legisladores de la oposición. Además en el proyecto de los legisladores se ha quitado la cláusula existente en el artículo 10 de la Federación, que dice que el gobierno de la provincia respetará el convenio del 1º de junio de 1947 con la Universidad de La Plata y que se refiere a que los profesores titulares de la Facultad de Medicina son jefes natos de los servicios hospitalarios donde actúan. Sería fundamental que las entidades gremiales fueran llamadas para dar su opinión en un asunto que les compete directamente.
- Se logra, por otra parte, la modificación del arancel de honorarios médicos por accidentes de trabajo y la aceptación, por parte de la Cámara de Aseguradoras, de los aumentos indicados por la Federación Médica.

De acuerdo a lo previsto, el día 21 de mayo de 1948 se realizó la Asamblea Ordinaria en el local de la calle 50 N° 374, que fue breve y con voluntad conciliadora:

- Se hace hincapié en el espíritu de unión y de franca colaboración con que ha trabajado la Agronomía, pese a las dificultades y a la buena relación con la entidad madre, la Federación Médica de la Prov. de Buenos Aires. Se pide a todos los colegas que “se estrechen filas y que se tenga como punto de mira siempre el progreso

de nuestro gremio médico asentado sobre las bases morales y altruistas de nuestra profesión”.

- Se aprueba el balance con un saldo a favor de \$4.138,50 pesos.
- Se pasa a elegir las autoridades de la Agremiación, quedando constituida de la siguiente manera:
 - Presidente: Elías Ferrando
 - Vicepresidente: Héctor D’Antoni
 - Vocales titulares: Manuel Seco, Noel Sbarra, Vicente Albano, Edmundo Vanni, Arturo Wilks, Leoncio Sánchez, Ángel Cricco, Alberto Zambosco, Vicente Guastavino
 - Vocales suplentes: Héctor Alustiza, Fernando D’Amelio, Hilario De Isasi, Ismael Pintos, José Pianzola, Carlos Lazzaro, Julio Tettamanti, Carlos Vinai, Osvaldo Zingoni
 - Revisores de cuentas titulares: Paulino Rojas, J. J. Moirano
 - Revisores de cuentas suplentes: P. Lambre, Leonardo Barleta

El día 2 de junio y bajo el acta 74 se realizó la primera reunión de las nuevas autoridades, en la cual, el nuevo presidente, Dr. Elías Ferrando, resaltó que el próximo 15 de julio la Agremiación cumpliría siete años de vida desde el momento que en la nutrida asamblea, llevada a cabo en el local del Automóvil Club de la ciudad, se echaran las bases de esta Institución.

Se eligió la mesa del Consejo Directivo, que quedó formada de la siguiente manera:

- Presidente: Elías Ferrando
- Secretario: Vicente Albano
- Secretario de Actas: Noel Sbarra
- Tesorero: Arturo Wilks
- Protesorero: Ángel Cricco
- Vocales: Alberto Zambosco, Vicente Guastavino, Leoncio Sánchez, Manuel Seco, Edmundo Vanni

A partir de que se hizo cargo de la Agronomía este nuevo Consejo Directivo, la institución entró en un proceso de normalización que duró todo el año 1948, con reuniones mensuales y con una vasta agenda que abarcó diversos temas y distintas problemáticas, como la ley sobre carrera médico-hospitalaria y los aranceles mínimos por prestación de servicios médicos privados.

Se formuló, además, que todo plan de acción se haría llegar a todos los médicos de la ciudad, instándolos a estrechar fuerzas en las entidades gremiales, cualquiera sea su denominación y mediante la libre determinación de sus preferencias.

Es importante volver a señalar que ya a partir de 1946 la Federación Médica de la República Argentina se había transformado en la Confederación Médica de la República Argentina, que se constituyó como la entidad madre de todas las instituciones médico-gremiales.

Por otra parte en la provincia de Buenos Aires surgió la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, que abarcaba la dirección de las entidades médico-gremiales a nivel provincial. De este modo la Agronomía Médica Platense dependía gremialmente en 1ª instancia de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y en 2ª instancia, es decir a nivel superior, de la Confederación Médica de la República Argentina.

La intención era aunar esfuerzos, estrechar vínculos y generar un orden vertical de instituciones médico-gremiales, a fin de no entrar en contradicciones y posibilitar una mayor fuerza de lucha a partir del alineamiento en la conducción. Obviamente esto no significaba quitar la independencia de cada entidad gremial a nivel local, dado que cada una de las instituciones médico-gremiales (se llamara agronomía, asociación, círculo, sindicato, sociedad, consorcio, etc.) gozaba de plena autonomía y era la que mejor conocía la problemática de sus asociados y la que primero debía dar las soluciones.

A fin de mostrar en forma más objetiva los temas que trataba la Agronomía, hemos resumido las actas de todas las reuniones posteriores que realizó el nuevo Consejo Directivo durante el año 1948.

Acta 75 - 9 de junio de 1948

- Se ponen en discusión propuestas para el plan de acción para el período 1948-1949.
- El Dr. Sbarra propone lo referente a las mutualidades (funcionamiento, prestaciones, pago a los médicos por su labor técnica), por cuanto este problema permanece no sólo sin resolver, sino también sin abordar.
- El Dr. Seco propone otro punto, como es la atención gratuita en los hospitales, del que ya se ha ocupado la Federación.
- El Dr. Ferrando propone la consideración de los honorarios privados mínimos, tanto en consultorios como en visitas.

Acta 76 - 16 de junio de 1948

- Se acuerda por unanimidad centralizar la acción de la Agremiación en el período 1948-1949 en los siguientes puntos:
 - 1) Aumento de los honorarios corrientes por prestación de servicios profesionales privados
 - 2) Reglamentación de la asistencia gratuita hospitalaria.
 - 3) Ley que reglamente el funcionamiento de las sociedades mutualistas.
 - 4) Revisión de los aranceles de honorarios en los asuntos judiciales.
 - 5) Estatuto de seguro social.
- Se resuelve invitar a diversas instituciones gremiales y científicas a sumarse a la iniciativa. Se enviarán notas a la Federación Médica de la Provincia de Bs. As., Colegio de Médicos, Sindicato Médico, Sociedad Médica de La Plata, Sociedad de Pediatría, Sociedad Bonaerense de Otorrinolaringología y Consorcio de Médicos Católicos.

Acta 77 - 21 de julio de 1948

- El Dr. Ferrando refiere que se sigue gestionando ante los miembros de la Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados el rápido estudio y tratamiento de la ley sobre carrera médico-hospitalaria en base a los dos proyectos existentes, uno del Poder Ejecutivo de la provincia y otro de la oposición, encabezado por el diputado Tomás Ide, redactados ambos sobre la base de las propuestas de nuestras entidades gremiales. Agrega que se han hecho múltiples trámites entrevistando a legisladores de la Unión Cívica Radical y el Partido Peronista.
- El Dr. Sbarra informa que se llevó a cabo la reunión con las distintas entidades gremiales convocadas para tratar el tema de aranceles por prestación de servicios profesionales privados. Esta comisión, encabezada por el Dr. Elías Ferrando, resolvió por unanimidad establecer los siguientes aranceles mínimos:
 - a) Por atención en consultorio: 10 pesos.
 - b) Por visita diurna a domicilio: 15 pesos.
 - c) Por visita nocturna a domicilio (de 22 a 7 horas): 20 pesos.
 - d) Por consulta o junta médica: 30 pesos.
 - e) Por consulta si esta fuera pedida por el propio médico de cabecera o por la familia: 50 pesos.

Se señala muy expresamente que estos honorarios son mínimos, pudiendo ser aumentados. Estos aranceles serán dados a conocer públicamente, colocándolos en salas de espera y consultorios.

- El 7° año de aniversario de la Agremiación se festejará con una comida en el Club Estudiantes de La Plata.

Acta 78 - 3 de agosto de 1948

Se considera el problema que plantean las entidades de Socorros Mutuos en sus relaciones con los médicos que en ellas trabajan. Dada la problemática se decide esperar la aprobación de la ley de carrera médico-hospitalaria para estudiar la forma en que se podrá pedir oficialmente que los sueldos y escalafón especificados en dicha ley puedan ser exigidos a las instituciones mutualistas.

Acta 79 - 22 de septiembre de 1948

- El Dr. Elías Ferrando informa que la Cámara de Diputados en su sesión vigésima sexta, el 16 de septiembre del año en curso, aprobó el proyecto de ley de carrera médico-hospitalaria que deberá ser tratada en el senado.
- Señala asimismo que se han introducido diversas modificaciones, no todas favorables al interés del gremio y de la salud pública, como por ejemplo, en este último caso, lo referente al régimen profesional de trabajo, que obliga, en ciertos casos, a la atención de un número de enfermos demasiado alto por cada médico, lo que va en perjuicio de un buen examen del paciente.
- Se da lectura a los 63 artículos de la ley y se toma nota de las mejoras que los presentes creen que pueden introducirse, designándose a los Dres. Ferrando, Seco y Sbarra para conseguir que la Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados atienda algunas sugerencias.

Acta 80 - 20 de octubre de 1948

- Se da a conocer un nuevo convenio para la atención médica y quirúrgica de los accidentados del trabajo que se ha suscripto entre la Confederación Médica de la República Argentina y la Cámara de Aseguradoras. Este nuevo convenio regirá en todo el país. Como ejemplo de los aumentos logrados, por atender una quemadura de

primer grado con los viejos aranceles se pagaba entre 25 y 34 pesos y con el nuevo convenio se pagará 50 pesos moneda nacional.

Acta 81 - 17 de noviembre de 1948

El Dr. Ferrando informa sobre las gestiones realizadas junto al Dr. Seco y al Dr. Sbarra para conseguir que fuera tratada, con diversas enmiendas favorables a los médicos que prestan servicios al Estado, dentro de nuestra provincia, la ley de carrera médico-hospitalaria, destacando la acción tesonera del presidente de la Comisión de Higiene de la Cámara de Senadores, Dr. Orlando Castro. La ley fue tratada por el Senado, el mismo día pasó a la Cámara de Diputados y allí, al día siguiente, fue aprobada sin modificaciones. Corresponde ahora entrevistar al Sr. ministro de Salud Pública, quien ha demostrado buena voluntad para que se apresure la reglamentación de la ley, a efectos de que su mecanismo comience a funcionar a partir del mes de enero de 1949.

Acta 82 - 22 de diciembre de 1948

- El Dr. Ferrando informa el siguiente estado de tesorería. En el banco \$1.857,10 m/n y en efectivo \$297,20 m/n. Se pagarán tres meses que se deben del alquiler del local, que a razón de \$25 por mes hacen un total de \$75 m/n. Además se debe pagar la contribución a la Federación Médica de la Prov. de Bs. As., que es de 50 centavos por socio, siendo éstos actualmente 74 socios, lo que hace un total de \$37 m/n, pero como se deben cinco meses, el total a pagar será \$185 m/n.
- Se recibe una nota de la Federación Médica que solicita aumentar la cuota de cada socio de la Agremiación a \$1, debido a la necesidad económica de ayudar a la Confederación Médica de la República Argentina, que está en serio déficit. En tal sentido se resuelve solicitar a la Federación que haga conocer a la Agremiación cuáles son las necesidades reales de la Confederación y cuál su déficit, para poder decidir con conocimiento de causa.

- Se lee una nota de la Secretaría de Salud Pública de la Nación en la que se da cuenta de haberse instituido oficialmente como Día del Médico el 3 de diciembre.
- Se resuelve hacer saber a todos los médicos que en el mes de octubre fue sancionada la ley de carrera médico-hospitalaria y que los que ocupan algún cargo como médico del Estado de la Prov. de Bs. As. tienen que conocer sus derechos y obligaciones, para defender sus intereses, pudiendo recurrir a la Agremiación para evaluar cualquier duda al respecto.

Si bien durante los tres primeros meses de 1949 no hubo reuniones del Consejo Directivo, podemos afirmar que ese año transcurrió sin mayores dificultades institucionales y con la preocupación de la reglamentación de la ley de carrera médico-hospitalaria, la mejora de los aranceles con las mutualidades y la libre elección del médico por parte del mutualizado. Desde el mes de abril al mes de octubre hubo ocho reuniones del Consejo Directivo, cuyas actas y temas desarrollados se resumen a continuación.

Acta 83 - 20 de abril de 1949

- Se recibe la nota de la Federación Médica de la Prov. de Bs. As., que comunica que el día 23 de mayo se efectuará en la ciudad de Nueve de Julio la Asamblea Anual de dicha Institución, a la que está afiliada la Agremiación. Por lo tanto, se decide designar delegados a los Dres. Sbarra, Albano y Cricco.
- Por unanimidad se redactan las propuestas que llevarán los delegados de la Agremiación a la Asamblea Anual de la Federación:

1) Recabar del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se reglamente la asistencia de accidentes de trabajo y enfermos mutualizados en los establecimientos sanitarios oficiales.

2) Proponer como arancel de asistencia a enfermos, por parte de las sociedades mutualistas, el 80 % del arancel privado, ajustado éste a la

zona donde desenvuelven sus actividades los médicos, por enfermo y por visita, contemplando la libre elección del médico por asociado.

3) Recordar a los sanatorios particulares el convenio arancelario con las compañías de seguros firmado el año pasado (1948), para que efectúen el pago a los médicos de acuerdo con éste.

- Dado que la carrera médico-hospitalaria, aprobada por las Cámaras en octubre de 1948 continúa sin aplicarse por falta de reglamentación, el Dr. Ferrando propone que la Agremiación invite a todas las entidades médico-gremiales a una reunión conjunta para el 27 del corriente con el propósito de resolver sobre el temperamento a seguir en la emergencia.

Acta 84 - 27 de abril de 1949

- Se reúnen los miembros del Consejo Directivo de la Agremiación bajo la presidencia del Dr. Elías Ferrando junto a los representantes del Colegio de Médicos, Sindicato Médico, y del Consorcio de Médicos Católicos, que han sido invitados para tratar el tema de la demora por parte del Estado provincial en reglamentar la ley de carrera médico-hospitalaria. En este sentido, el Dr. Ferrando informa que se sabe que oportunamente el Sr. ministro designó una comisión para redactar la reglamentación y que aquella ya se ha expedido.
- Luego de debatir se decide por unanimidad, en nombre de todas las instituciones presentes, solicitar una audiencia con el ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia y, una vez concedida, llevarle un memorial que solicite la pronta vigencia de la ley, en beneficio de una mayor justicia en la distribución de los cargos, escalafón, etc.

Acta 85 - 2 de mayo de 1949

Se resuelve enviar nota al ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Prov. de Bs. As. para que en los establecimientos oficiales

no se preste asistencia médica a los enfermos de entidades mutualistas que tienen su cuerpo médico, así como que en los establecimientos sanitarios se preste asistencia a los enfermos correspondientes, según la clasificación de aquellos.

Acta 86 - 1 de junio de 1949

El presidente Dr. Ferrando informa sobre el éxito de la asamblea realizada en Nueve de Julio, convocada por la Federación Médica de la Provincia. En este sentido se leen las resoluciones adoptadas por la asamblea, como lo referido a los aranceles de las mutualidades y a la libre elección del médico por parte del mutualizado.

Acta 87 - 13 de julio de 1949

El Dr. Ferrando plantea la posibilidad de un seguro de tipo colectivo entre los médicos de la institución y trae a colación, leyendo los estatutos, el sistema adoptado por los Médicos del Partido de Gral. San Martín, quienes poseen una caja de ayuda mutua. Por lo tanto, se designa a los Dres. Ferrando y Seco para recabar antecedentes y averiguar costos de un seguro de este tipo.

Acta 88 - 1 de agosto de 1949

El Dr. Ferrando recuerda que el 31 de agosto se llevará a cabo la Asamblea Ordinaria para considerar memoria y balance y renovación parcial de autoridades. Sugiere que en dicha asamblea se considere el tema “Prestación de asistencia médica al mutualizado”.

Acta 89 - 15 de septiembre de 1949

El Dr. Elías Ferrando, presidente de la Agremiación, lee la nómina de las nuevas autoridades de la institución, de acuerdo con la renovación efectuada en la asamblea del 31 de agosto pasado.

- Presidente: Elías Ferrando
- Vicepresidente: Amador Barros Hurtado
- Miembros Titulares: Alfredo Pérez de Vargas, Arturo Wilks, Hilario de Isasi, Fidel Schaposnik
- Vocales Suplentes: Francisco Arena, Fernando D'Amelio, Paulino Rojas, José F. Morano Brandi, Francisco Arambarri, Héctor Vera

Continúan en sus cargos los Dres. Albano, Seco y Sbarra.

Acta 90 - 30 de octubre de 1949

Se resuelve pedir audiencia con el ministro de Salud Pública y Asistencia Social para gestionar que en la ley de presupuesto los nombramientos de médicos incluidos o a incluirse en la ley de carrera médico-hospitalaria se hagan con ajuste a las jerarquías y escalafón que ella determina.

Sin embargo, esta situación de normalidad de la Agremiación no duró demasiado, dado que la institución volvió a caer en un período de inacción. Esto se corrobora fácilmente al revisar las actas del año 1950, en el cual se celebraron sólo dos reuniones del Consejo Directivo. La primera de ellas fue el 13 de abril de 1950, es decir, cinco meses después de la reunión anterior, correspondiendo el acta 91, en donde el Dr. Elías Ferrando dice que no hubo reuniones durante todo ese tiempo debido a que no había temas de interés inmediato para tratar.

Actualmente el Consejo Directivo considera dos temas fundamentales que deben insumir los esfuerzos:

- 1) Régimen de las mutualidades.
- 2) Seguro colectivo para los médicos.

Es difícil creer que la falta de temas haya sido la razón por la cual no hubo reuniones. Todo inclina a pensar que hubo otras causas que, si bien no podemos probar, estarían relacionadas (como ya mencionamos) con conflictos internos dentro del Consejo Directivo y con la toma de

posiciones respecto a la política del país de ese momento, cuya resultante era la división entre peronistas y antiperonistas.

Luego de 4 meses se volvieron a reunir, el 10 de agosto de 1950, pero esta vez, según consta en el acta 92, no hay explicación de por qué no hubo reuniones antes. Este silencio reafirma, en alguna medida, la hipótesis de que aún existían conflictos en el seno del Consejo Directivo. Durante dicha reunión: El Dr. Ferrando expresa que es necesario llamar a asamblea para renovación de autoridades. Se fija el 31 de agosto próximo. También informa sobre la contratación del seguro colectivo habiéndose recibido las siguientes propuestas:

La Agrícola 1.06,70 prima más cargos fiscales cada 1.000 de seguro, debiéndose asegurar un capital de \$300.000.

La Continental ofrece hacer el seguro a 1,10 a 1,15 cada 1.000 de seguro, pero tiene antes que saberse cuántos asociados se van a asegurar.

La Rural, muerte e invalidez hasta los 60 años de edad. Otros requisitos, edad, pago de cuotas, responsabilidad por la entidad.

Después de esta reunión el Consejo Directivo no se va a reunir por el término de un año, dado que la siguiente acta 93 es del 15 de agosto de 1951. Es decir, que tenemos doce meses de silencio, en donde, otra vez, todas las explicaciones al respecto son meras conjeturas e hipótesis. Tampoco podemos saber si este período de inactividad de la Agrería se debió a debilidades y conflictos internos o bien a condicionamientos y amenazas externas, entendiéndose éstas debidas al gobierno peronista y su relación con la corporación médica, como vimos anteriormente y como analizaremos en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 6. LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE (1951–1955)

En enero de 1951 comenzó una nueva huelga que abarcó todas las líneas ferroviarias, con el objeto de reclamar la libertad de los dirigentes presos. El gobierno declaró ilegal el conflicto sin obtener el cese de la huelga. En un discurso pronunciado el 24 de enero, Perón afirmó, refiriéndose a los trabajadores ferroviarios: “El que vaya a trabajar estará movilizado, y el que no vaya será procesado e irá a los cuarteles para ser juzgado por la justicia militar, de acuerdo con el código de justicia militar”. Al día siguiente, un decreto de Perón dispuso la movilización militar de los ferroviarios, que estuvo a cargo del Ejército. Cerca de dos mil trabajadores fueron detenidos y unos trescientos quedaron en prisión. El retorno al trabajo de los huelguistas se produjo tres días después (37).

El segundo gobierno peronista se caracterizó por el agotamiento de la política distributiva que también había sido un rasgo distintivo del primer gobierno. Los beneficios sindicales fueron recortados. Las huelgas y los conflictos sociales se generalizaron.

En 1952 Perón convocó a sindicatos y empleadores al Congreso Nacional de la Productividad, con el fin de generar un proceso de diálogo social tripartito para enfrentar la crisis. El Congreso fracasó por la incomprensión de los mecanismos de diálogo social, tanto por parte de los sindicatos como de las empresas, e incluso de los propios funcionarios del gobierno peronista.

A partir de su reelección, en la cual obtuvo la victoria con el 62 % de los votos, se produjeron algunos cambios significativos en el plano económico. Los salarios, que habían aumentado considerablemente hasta ese momento, se congelaron al igual que los precios por medio de contratos bianuales.

El segundo Plan Quinquenal (1953) implicó un decisivo cambio de rumbo. Tenía varios objetivos: aumento de la producción agraria en detrimento de la industria, reducción de las importaciones, contención del gasto público, reducción de la intervención estatal en la economía y apertura a los capitales extranjeros. Sin embargo, las dificultades económicas no pudieron ser revertidas. Las sequías de 1949-1951 agravaron la situación.

Uno de los pilares de la política peronista fue su relación con los obreros a través de los sindicatos. Todas las medidas derivaron en un aumento de la capacidad adquisitiva de los trabajadores, que era lo que se buscaba para aumentar el consumo.

La crisis económica llevó a un nuevo diseño económico que alteró en gran parte la política implementada hasta el momento y que llevó al quiebre de la alianza gobernante. El congelamiento de los sueldos derivó en el inicio de un ciclo de huelgas y movilizaciones obreras. La respuesta del gobierno fue el retiro de las estructuras sindicales de los dirigentes gremiales que apoyaron esas medidas de fuerza.

Cuando comenzó el segundo mandato de Perón en 1952, la Argentina se encontraba en una aguda crisis energética: YPF –bajo control estatal– estaba muy lejos de abastecer de combustible al país; en consecuencia, importaba el 60 %, y en 1954 tuvo su primera crisis en la balanza de pagos (45). Perón decidió firmar un contrato el 11 de diciembre de 1947 entre YPF y la empresa petrolera estadounidense Drilexco, para la exploración de 40 pozos de petróleo, ya que los recursos que tenía el Estado no eran suficientes para lograr por sí solo el autoabastecimiento. Por ello, se mandó al Congreso una ley para inversiones en el rubro petrolero. Hubo arduos debates en el Congreso Nacional (existía el temor de que se produjeran concesiones a las petroleras extranjeras bajo esta ley), pero fue sancionada con éxito en 1953.

El general Perón también firmó en 1954 un acuerdo con Standard Oil para que la empresa estadounidense explotara una extensa área del sur argentino con yacimientos. Hubo duras críticas al contrato, se lo acusó de violar la soberanía argentina, y éste quedó sin efecto tras el golpe de estado que derrocó a Perón en 1955 (45).

Además, se creó la empresa distribuidora Gas del Estado para la distribución de aquel recurso. Se puso en marcha el primer gasoducto que conectó la ciudad de Comodoro Rivadavia con la ciudad de Buenos Aires, con una longitud de mil seiscientos kilómetros. Fue inaugurado el 29 de diciembre de 1949, siendo el primero de su especie en Sudamérica y el más largo del mundo para ese momento. Pero tras el golpe de estado de 1955, no se llegaron a construir las válvulas y las terminales para que el gasoducto fuera capaz de transportar gas a los hogares (46).

En el año 1954 se inició una compleja escalada de enfrentamientos entre el gobierno y la Iglesia católica, que había apoyado activamente al peronismo hasta entonces. Ese mismo año, Perón logró del Congreso la sanción de la Ley N° 14394, cuyo artículo 31 incluía el divorcio. Tras el derrocamiento, este artículo fue suspendido mediante el Decreto Ley 4070/1956. El divorcio volvería a ser aceptado en 1987, mediante la sanción de la Ley N° 23.515. Además, el 30 de diciembre de 1954, por medio de un decreto, se autorizó la apertura de prostíbulos, que estaban prohibidos desde décadas atrás.

En 1953 por iniciativa del gobierno de Perón, se había creado la Confederación General de Profesionales. La creación de esta institución constituyó, como señala Adamovsky (3), una avanzada inédita del régimen para “peronizar” completamente el gremialismo de los sectores medios y contribuyó mucho a tensar las relaciones con los diplomados.

La nueva Ley 14.348, de “Régimen legal de las asociaciones profesionales”, sancionada el 27 de septiembre de 1954 y promulgada pocos días después, significaba, en efecto, una violenta intromisión del Estado en la autonomía de las sociedades, asociaciones, círculos y demás entidades tradicionales, las que, en virtud de esta ley, debían someterse a esa nueva Confederación fuertemente controlada por el estado peronista (47).

Como expresa Adamovsky (3):

Toda esta empresa, que estuvo acompañada de fuertes hostigamientos y presiones del gobierno para forzar a las asociaciones de profesionales a la afiliación, que incluyeron la formación de decenas de asociaciones peronistas paralelas allí donde las tradicionales se mostraban poco cooperantes, encontró fuerte resistencia gremial y una intensa oposición política. Los profesionales universitarios, celosos de su autonomía, fueron los que más hicieron escuchar su voz, sobretodo en el Congreso donde llovieron las protestas y los pedidos de informe por las intervenciones, clausuras y obstaculización de las actividades de varias de las asociaciones más representativas y tradicionales como la Confederación Médica de la República Argentina.

La tensión entre el gobierno peronista y las gremiales médicas llegó a su pico máximo luego de un acontecimiento que conmovió a todo el cuerpo médico de la República Argentina, como fue el secuestro del Dr. Juan Ingalinella en la ciudad de Rosario el 18 de junio de 1955 y su fallecimiento, sin haberse recuperado nunca el cadáver. Este episodio desencadenó una histórica huelga de los médicos, donde no participaron las entidades que respondían al gobierno peronista, como la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires (7).

Obviamente la Agremiación Médica Platense no podía estar ajena a estas tensiones políticas con el gobierno, e incluso dentro de su propio Consejo Directivo debieron haber existido conflictos como para estar varios meses y hasta un año sin reunirse. Prueba de esto es que la primera reunión del año 1951 se llevó a cabo recién el 15 de agosto, sin explicación al respecto, como consta en el acta 93, que sintéticamente señala:

- Se procede a la designación de cargos luego de la asamblea realizada el 2 de agosto del corriente:
 - Presidente: Elías Ferrando
 - Vicepresidente: Manuel Seco
 - Secretario General: Noel Sbarra
 - Secretario de Actas: J. J. Cricco

- Tesorero: Vicente Albano
 - Protesorero: Arturo Wilks
 - Vocales: A. Pérez de Vargas, Francisco Laborde, L. Sánchez, Vicente de Pascual, H. de Isasi
- Los delegados Ferrando y Seco, de la Reunión Anual de la Federación Médica de la Prov. de Buenos Aires realizada en Chacabuco el 17 de junio, informan sobre el estado del conflicto con las compañías de seguro por accidentes de trabajo, en que la asamblea resolvió exigir un 150 % de aumento sobre los aranceles de 1948.

Durante ese año se realizaron dos reuniones más, cuyas actas resumimos.

Acta 94 - 2 de octubre de 1951

- Se recibe nota de la Federación Médica reclamando que, según la Reunión Anual de Chacabuco del corriente año, se votó que las filiales deben contribuir mensualmente con la cuota de 20 centavos por socio con el objeto de aumentar los fondos de la Confederación Médica de la República Argentina.
- Respecto del conflicto entre la Federación Médica y las compañías de seguro para la atención de accidentes de trabajo, al sentir de la Agremiación en este asunto es que debe pedirse un aumento del 100 % sobre el arancel de 1948 y no insistir con el 150 %.

Como podemos observar no sólo había una relación de dependencia en las decisiones gremiales de las filiales hacia la entidad madre que era la Confederación Médica de la República Argentina, sino una subordinación económica, a parte de la obligatoriedad de que cada socio de cada filial debía aportar una cuota mensual para sustentar a la Confederación. Sin embargo, esta dependencia era necesaria porque era la única manera de fortalecer al gremio médico, uniéndolo a través de las filiales y unificándolo a partir de la Confederación.

Además, el problema mayor en ese momento era el avance del gobierno peronista, entrometiéndose en las decisiones de la corporación médica, históricamente asumida como una profesión liberal. Es que las medidas del gobierno de Perón no eran de tono menor, ya que afectaban directamente la vida de los profesionales, como por ejemplo la Ley 14.094 sobre el “Régimen de previsión para quienes ejerzan profesiones liberales”. De esto trata la reunión del Consejo Directivo de la agremiación, que resumimos a continuación.

Acta 95 - 6 de noviembre de 1951

El Dr. Ferrando refiere que el día 30 de septiembre pasado se ha votado en el Congreso Nacional una ley llamada “de previsión de los profesionales liberales”, que evidentemente no contempla las aspiraciones del gremio médico. Se lee dicha ley, a la que corresponde el N° 14.094, y se resuelve enviar una nota a la Cámara de Diputados de la Nación con una cantidad de observaciones que sugiere la ley en cuestión. Se designa una comisión integrada por los Dres. Ferrando, N. Sbarra y J. Cricco para que estudien a fondo la ley, proponiendo las modificaciones que crean convenientes en beneficio del cuerpo médico.

Para tener idea de qué trataba esta ley, transcribimos lo aparecido en el *Boletín Oficial de la República Argentina de la Presidencia de la Nación*, con el N° 17016, del miércoles 31 de octubre de 1951:

LEY 14.094

Sancionada:

Setbre. 30-1951

Promulgada:

Octubre 26-1951

EL Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de LEY:

ARTICULO 1 — Instituyese el régimen de previsión para quienes ejerzan profesiones liberales. Quedan comprendidos obligatoriamente los profesionales que posean títulos universitarios, como así también todas aquellas personas que por disposiciones legales o reglamentarias estén autorizadas para ejercer profesiones liberales aunque carezcan de título expedido por Universidad Nacional.

ARTICULO 2 — Autorízase al Instituto Nacional de Previsión Social, Sección Ley 4349 para organizar la atención de los servicios tendientes al cumplimiento de las presentes disposiciones y sus complementarias.

ARTICULO 3 — Para la formación del fondo destinado a cubrir los beneficios de este régimen de previsión establécese un aporte del veinticuatro por ciento (24%) a cargo de los afiliados. El citado porcentaje se aplicará sobre el monto de los ingresos mensuales declarados por los afiliados, el que no podrá ser inferior a cuatrocientos pesos moneda nacional (\$ 400), ni superior a cinco mil pesos moneda nacional (\$ 5.000) a todos los efectos “de esta ley”. El monto que se declare deberá considerarse como un ingreso mínimo, a los fines del pago del impuesto a los réditos. Sin perjuicio de ello, la Sección Ley 4349 podrá realizar las compulsas y exigir los comprobantes y demás documentación que estime necesarias para verificar la exactitud del monto de tales ingresos.

ARTICULO 4 — El pago de los aportes a cargo de los afiliados se efectuará por períodos trimestrales (1° de enero, 1° de abril, 1° de julio y 1° de octubre) liquidados sobre los haberes correspondientes al trimestre anterior, quedando facultado el Poder Ejecutivo para modificar los referidos períodos de pago en tal forma que estime más conveniente, cuando así lo aconseje la experiencia que se recoja de su aplicación.

ARTICULO 5 — En los casos en que los honorarios o retribuciones de los profesionales a que se refiere el presente régimen estén fijados por leyes, los montos de los mismos serán incrementados en el catorce (14) por ciento y su producido, en todos los casos, deberá ser ingresado al fondo que se crea por esta ley. Cuando dicho ingreso corresponda a un afiliado, se computará el mismo a cuenta del aporte total que deba realizar el profesional.

ARTICULO 6 — Las prestaciones emergentes de las disposiciones contenidas en la presente ley, tan sólo corresponden a las personas que hubiesen contribuido a la formación del fondo respectivo y a sus derechohabientes, y serán otorgadas y abonadas a partir de los cinco (5) años

de la fecha de su vigencia, excepto para los afiliados con sesenta (60) o más años de edad, al tiempo de solicitar la prestación, que hubiesen contribuido al fondo de este régimen, en cuyo caso corresponderá la jubilación o pensión pertinente, en razón de su antigüedad computada o de su invalidez debidamente declarada, una vez transcurrido el plazo de dos (2) años a partir de la vigencia de esta ley.

ARTÍCULO 7 — Los beneficios en sus distintas formas, que se acuerden a los afiliados a este régimen de previsión se regirán, a los efectos de la determinación de las prestaciones, porcentajes, cómputos de tiempo, etcétera, por las disposiciones de la ley 4.349 y sus complementarias.

ARTÍCULO 8 — El Poder Ejecutivo dictará el reglamento para la aplicación de las disposiciones de la presente ley, la que comenzará a regir a partir del día 1° del mes siguiente al de la fecha de dicha reglamentación.

ARTICULO 9 — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a 30 de setiembre de 1951.

A. TEISAIRE H. J. CAMPORA

Alberto H. Reales L. Zavalla Carbó

-Registrada bajo el número 14.094-

Buenos Aires, 26 de octubre de 1951

POR TANTO:

Téngase por ley de la Nación, cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección General del Registro Nacional y pase a la Contaduría General de la Nación.

PERÓN. — José M. Freiré

Ramón A. Cereijo

DECRETO N° 21.309

De la lectura de la ley surgen varias objeciones, teniendo en cuenta que el gremio médico considera una verdadera intromisión del gobierno en el ámbito de los profesionales liberales. Los puntos más controvertidos serían:

- a) El 24 % a cargo de los afiliados.
- b) La estipulación de un mínimo y un máximo en los ingresos.
- c) La verificación de la exactitud de los ingresos por parte del gobierno.

En el año 1952, el Consejo Directivo se reunió en cinco oportunidades y en forma discontinua. Los principales problemas, como se desprende de las actas, seguían siendo los aranceles con las compañías de seguro y las críticas y propuestas de modificaciones a la Ley 14.094. El otro inconveniente que se presentó en el propio seno del Consejo Directivo fue la renuncia de su presidente, el Dr. Elías Ferrando, quien decidió dar un paso al costado a raíz de un sumario que se le había iniciado en el Hospital de Niños.

A continuación resumimos las actas de las reuniones mantenidas durante el año 1952.

Acta 96 - 3 de marzo de 1952

Se da lectura al nuevo convenio firmado ante la Confederación Médica de la República Argentina y las compañías que trabajan el rubro Art. 18 del Estatuto del Peón, por el cual los honorarios médicos se elevan en un 100 % sobre el arancel estipulado en 1948.

Acta 97 - 20 de mayo de 1952

- Los delegados a la Reunión Anual de Bolívar, citada por la Federación Médica de la Prov. de Bs. As. para el 21 de junio próximo, Dr. J. J. Cricco y Noel Sbarra, someten a la consideración del Consejo Directivo los siguientes votos:

1) Que la Federación Médica reafirme en el IV Congreso Médico Gremial, a realizarse en Paraná el próximo mes de julio, la necesidad

de que el gremio médico cuente a la brevedad posible con una justa ley de previsión, que contemple las condiciones especiales del ejercicio de la medicina.

2) Que la Federación Médica se dirija al Ministerio de Salud Pública y Acción Social, expresándole que vería con agrado que ese departamento, en colaboración con las entidades médico-gremiales, estudie un proyecto de ley que rija el funcionamiento de las mutualidades, sociedades de socorros mutuos y afines, estableciendo normas de vinculación de los médicos con ese tipo de asociaciones.

- Se aprueba por unanimidad los votos señalados.

Acta 98 - 22 de julio de 1952

- Se convocará a la Asamblea Anual Ordinaria para el 8 de agosto próximo.
- Se dispone formar parte y mantener el movimiento de resistencia en el conflicto contra las compañías de seguros, respecto de los aranceles por atención de accidentes de trabajo y la autorización a la Confederación Médica para concertar acuerdos con las compañías, que tendrían un incremento entre 100 % y 150 %.
- El Dr. Sbarra informa que en el IV Congreso Gremial de Paraná se presentaron proyectos para sustituir a la Ley 14.094 y, unificados sobre la base del proyecto de la Agremiación, se remitirán a las autoridades nacionales.

Acta 99 - 18 de septiembre de 1952

- Corresponde distribuir los cargos de la Comisión Directiva a los elegidos por asamblea en agosto:
 - Presidente: Elías Ferrando
 - Vicepresidente: Julio Mazza
 - Secretario General: J. J. Cricco
 - Secretario de Actas: Noel Sbarra

- Tesorero: Vicente De Pascual
 - Protesorero: Vicente Albano
 - Vocales: Ricardo Calandra, Hilario De Isasi, Pérez Nuñez, Manuel Seco, Francisco Laborde
-
- La reunión es presidida por el Dr. Julio Mazza por ausencia del Dr. Elías Ferrando.
 - El Dr. Mazza informa que debe asumir la presidencia de la Agremiación, por cuanto el Dr. Ferrando, con fecha 14 del corriente, ha presentado una nota con su renuncia indeclinable al cargo de presidente, a raíz de habersele iniciado un sumario en el Hospital de Niños, y no desea que su situación pueda “alcanzar en forma alguna el prestigio de esta Institución que le interesa en grado sumo salvaguardar poniéndola a cubierto de todo riesgo”.
 - El Dr. Mazza expresa que la renuncia no se había tratado antes por haberse suspendido las actividades de la Institución durante un mes, debido al fallecimiento de la Sra. esposa del Sr. presidente de la Nación, Eva Duarte de Perón.

Acta 100 - 5 de noviembre de 1952

- Se reúne la Comisión Directiva bajo la presidencia del Dr. Julio Mazza.
- Se da lectura de un nuevo convenio firmado por la Confederación Médica y la Asociación Argentina de Compañías de Seguros, de acuerdo a lo resuelto en el IV Congreso Médico Gremial de Paraná, en julio del corriente año, y publicado en el Boletín N° 17 de la Federación Médica de la Prov. de Bs. As. con el incremento de los aranceles.
- Siguiendo las directivas impartidas por la Federación, en relación con la aprobación en la Legislatura de la provincia de Entre Ríos de una ley que viene a modificar sustancialmente el ejercicio de la medicina, se remite una nota al ministro de Salud Pública de la provincia pidiéndole que sea derogada la nueva ley.

En el año 1953 sólo se realizan tres reuniones del Consejo Directivo, todas ellas en los primeros meses del año y con el tema excluyente de la situación del Dr. Elías Ferrando, quien de acuerdo a las evidencias y opiniones de los protagonistas de la época había sido exonerado por razones políticas, como se evidencia en las actas.

Acta 101 - 13 de enero de 1953

- El Dr. Mazza informa de nota recibida del Dr. Elías Ferrando, de fecha 29 de diciembre, como ex presidente y socio fundador de la Institución renunciante donde refiere que su cesantía como Jefe de Sala del Hospital de Niños, del 30 de septiembre de 1952, fue convertida en exoneración por Decreto 4618 del 5 de diciembre pasado, no habiéndose logrado conocer las causas a pesar de las gestiones realizadas; no habiendo incurrido en faltas éticas, ni morales, ni técnicas, supone que las causas son políticas. Además, el Dr. Ferrando señala en su nota que también ha renunciado a las demás entidades médicas como el Colegio de Médicos y la Federación Médica.
- Se informa que la Confederación Médica firmó el 30 de diciembre de 1952 un nuevo convenio con la Cámara de Aseguradores para la atención de los accidentes de trabajo, poniéndose así fin al conflicto mantenido de tiempo atrás.

Acta 102 - 2 de febrero de 1953

El Dr. Mazza informa de una reunión conjunta con la Federación Médica de la Prov. de Bs. As. y el Colegio Médico, a fin de considerar la conducta a seguir referente a la renuncia del Dr. Elías Ferrando. En dicha reunión se resolvió dirigirse en forma conjunta al Sr. ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Prov. de Buenos Aires, Dr. Vattuone, a fin de saber si la sanción aplicada al Dr. Ferrando se basaba en razones éticas o en faltas de orden profesional cometidas durante su actuación en el Hospital de Niños, y si para decretar la exoneración se habían cumplido con las prescripciones que marca el Art. 45 de la ley de carrera médico-hospitalaria. Por otra parte se resuelve mantener en

suspense la aceptación de la renuncia hasta tanto se reciba respuesta del citado Ministerio.

Acta 103 - 15 de abril de 1953

- El Dr. Mazza informa que el Ministerio de Salud y Asistencia Social no contestó la nota enviada en forma conjunta por las tres entidades, según acta N° 102, que pedía información sobre la exoneración del Dr. Elías Ferrando, razón por lo cual las tres entidades envían una nota al Dr. Ferrando, rechazando su renuncia e invitándolo a reincorporarse a las mismas entidades gremiales.
- Agrega el Dr. Mazza que el Dr. Ferrando posee las dotes de caballero y médico honorabilísimo y que supo conducir con ética, serenidad y ecuanimidad a las entidades gremiales como la Agremiación y la Federación, las cuales presidía en el momento de su renuncia.

No cabe duda de que la tormentosa relación entre las gremiales médicas y el gobierno peronista había afectado esta vez al propio Consejo Directivo de la Agremiación y, especialmente, a la figura de su presidente. Pero eso no terminó allí, como lo prueba el hecho de que durante el año 1954 hubo una sola reunión, lo cual confirma la seriedad de la crisis institucional: el Consejo Directivo estuvo oficialmente diecisiete meses sin reunirse.

No sabemos los pormenores de la inactividad de nuestra entidad pero estamos convencidos que los problemas políticos por los que atravesaba el gremio médico en su relación con el gobierno y, sobre todo, la creación de entidades gremiales de origen gubernamental profundizaron la crisis. Incluso esto queda demostrado en la única acta de la reunión del Consejo Directivo celebrada ese año.

Acta 104 - 6 de septiembre de 1954

- El presidente Dr. Julio Mazza informa respecto de la firme y tesonera resistencia opuesta por la Federación Médica de la Provincia de Bs. As., de la que es filial la Agremiación, a las compañías de

seguros en la atención de los accidentes de trabajo, lo que finalmente ha dado un triunfo rotundo de las asociaciones gremiales libres pese al hecho de que las compañías habían logrado convenir con otra entidad gremial, de origen gubernamental, un arancel menoscabante de los intereses médicos y que pretendieron imponer con carácter obligatorio por haber sido celebrado ante el Ministerio de Trabajo y Previsión. Se informa así que la Cámara Sindical de Aseguradoras deberá tratar con la Confederación Médica de la República Argentina, entidad libre que reúne a la mayoría de los médicos argentinos, los aranceles correspondientes.

- La Agremiación apoyó las gestiones de la Federación ante el Ministerio de Salud Pública para lograr la incorporación a la ley de presupuesto de la escala de sueldos de la ley de carrera médico-hospitalaria N° 5364, que el gobierno se resiste a aplicar.
- Se decide enviar nota a las autoridades nacionales y legislativas, comprendiendo presidentes de los bloques parlamentarios, para protestar por la ley de jubilación para profesionales, juzgada inadecuada por todos los médicos del país, con lo que se contribuirá moralmente a la campaña emprendida para evitar su promulgación.

Esta situación crítica y de silencio institucional siguió, dado que el Consejo Directivo volvió a reunirse doce meses después sin explicarse los motivos de tan prolongada inactividad oficial. Creemos que la crisis por la que atravesaba el país e incluso los actos de violencia sostenidos para derrocar al gobierno peronista y las represarías ordenadas por Perón habían infundido temor dentro de la población e incluso en el seno del gremio médico.

En la única reunión que se llevó a cabo en 1955, pocos días antes de la caída del gobierno de Perón, se refirió a la triste muerte del Dr. Ingalinella en los hechos de violencia en la ciudad de Rosario, cuya acta resumimos a continuación.

Acta 105 – 12 de septiembre de 1955

- Presentes: Dres. Julio Mazza (presidente), Noel Sbarra, Osvaldo Zingoni, G. Lozano, C. Blanco, F. Arambarri, J.J. Cricco, R. Sab-bione.
- El presidente informa que, de acuerdo a las directivas impartidas por la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires, el día 2 de agosto, llamado de “duelo y protesta”, se realizó en forma disciplinada el paro médico decretado a partir de la tortura y muerte del Dr. Juan Ingalinella, de Rosario. Este bárbaro e inútil crimen perpetuado por policías de Rosario, a raíz del movimiento revolucionario del 16 de junio pasado, por el que se dispuso la prisión de miles de ciudadanos libres en toda la República, mereció la enérgica condenación de la Confederación Médica de la República Argentina, que lo consideró expresión relevante del momento institucional que vive el país, al decir en el documento dado a la prensa: “Que los sufrimientos y la muerte del Dr. Juan Ingalinella sean el precio final que han pagado los héroes civiles por pensar y decir conforme a su honrado proceder”.
- El Dr. Noel Sbarra informa de los resultados y resoluciones de la V Reunión Médica Gremial, llevada a cabo en la ciudad de Tres Arroyos. Expresa que la Reunión Gremial había sido prohibida por la policía, pero que se llevó a cabo gracias a los esfuerzos del Círculo Regional de Tres Arroyos, organizador de la asamblea, que consiguió un lugar propicio en una casa de campo a 30 km de la ciudad.
- A propuesta del Dr. Carlos Blanco, autor de la iniciativa, en la Asamblea General Ordinaria del 16 de agosto de 1954, de reforma del Estatuto de la entidad, se procede a formar una comisión integrada por los Dres. Mazza, Lozano y Sbarra para que proyecten las reformas que se han de proponer en la próxima asamblea general. Se decide realizar esta asamblea el viernes 21 de octubre próximo, a las 21.00 en el mismo local.
- El Dr. Cricco expresa que como según está en el ánimo de todas las reformas que obligarían a reducir el número de miembros titulares y suplentes, convendría que todos los actuales miembros del

Consejo Directivo presentaran sus renunciaciones para facilitar la aplicación del nuevo estatuto. Se acepta esta moción por unanimidad.

Si bien el derrocamiento de Perón se llevó a cabo a partir de junio de 1955, desde 1951 sectores cívico-militares antiperonistas habían venido desarrollando actos terroristas a través de los denominados “comandos civiles”.

La oposición política comenzó a despertarse, incentivada por la fuerte conflictividad social que aglutinaba a sindicalistas (que luchaban por aumentos salariales) e industriales (que querían volver al esquema proteccionista anterior). Un factor de importancia: el período peronista estuvo atravesado por un fuerte conflicto cultural, mucho más virulento que el estrictamente social, que enfrentó a la “oligarquía y al “pueblo”.

Desde la oposición, la resistencia a las prácticas políticas del peronismo se combinaba con la indignación ante la manera en que se llevó adelante el proceso de democratización social. Por lo tanto, se sumó la reacción frente a la invasión popular de los espacios considerados propios con la ira ante la pérdida de la deferencia y el respeto, que juzgaban producto de las medidas demagógicas del régimen.

El 16 de junio de 1955 los comandos civiles, integrados por conservadores, radicales (48) y socialistas, junto con la Marina de Guerra y sectores de la Iglesia católica, intentaron un golpe de estado que incluyó el bombardeo de la Plaza de Mayo y del centro de la ciudad de Buenos Aires, con más de 364 muertos y centenares de heridos.

“Cuando se acercaba la revolución de junio nos contactó (Agustín J.) Álvarez (Gran Maestro del GOFA, hijo del intelectual mendocino homónimo), un dirigente radical muy misterioso que reportaba a Raúl Lamuraglia (presidente de la UIA, emparentado con el presidente uruguayo Luis Batlle Berres, otro antiperonista acérrimo) que era unionista, me parece. (...) El líder indiscutido del sector liberal —que englobó a los masones— fue Miguel Ángel Zavala Ortiz”. (48)

El ataque se produjo con una veintena de aviones de la Aviación Naval sobre la multitud que se encontraba en una manifestación. Los ataques,

que habían comenzado al mediodía, continuaron hasta las 18.00. El Ejército instaló tanques y baterías antiaéreas para proteger al presidente, por lo que a los insurgentes se les ordenó atacar a los miembros del Ejército y a los civiles que apoyaban a Perón. Finalmente, los atacantes pidieron asilo político en Uruguay. Luego Perón pidió calma a la población en un discurso público por radio, pero sus seguidores, en respuesta a los ataques, incendiaron varias iglesias en el centro de la capital.

Perón dio entonces por finalizada la llamada Revolución Justicialista, y llamó a los partidos políticos opositores a establecer un proceso de diálogo que evitara la guerra civil. Por primera vez en años los opositores pudieron utilizar los medios de difusión estatales. Pero para entonces estos partidos no estaban interesados en llegar a un acuerdo con Perón y utilizaron la oportunidad para difundir su oposición al gobierno y denunciar por radio la falta de libertades. Poco después, Perón dio por concluidas las conversaciones.

El 16 de septiembre de 1955 las Fuerzas Armadas derrocaron a Perón. La CGT, sectores del peronismo e incluso sectores opositores fueron a reclamar armas para impedir la toma del poder por los militares, pero el presidente se las negó y se exilió temporalmente en Paraguay.

El 12 de octubre de 1955 se formó en el Ejército un Tribunal de Honor, presidido por el general Carlos von der Becke, e integrado además por los generales Juan Carlos Bassi, Víctor Jaime Majó, Juan Carlos Sanguinetti y Basilio Pertiné, para juzgar la conducta de Perón, (algunos de estos integrantes le habían servido con lealtad). Días después, el Tribunal dictaminó que Perón había cometido una amplia gama de delitos, que incluía el de incitación a la violencia, quema de la bandera nacional, ataques a la religión católica y estupro –acusándolo de mantener una relación con Nelly Rivas, a la sazón menor de edad–, y recomendó que se lo degradara y se le prohibiera el uso de uniforme. Posteriormente el general Lonardi firmó un decreto que aprobaba y ponía en ejecución esas recomendaciones (49).

El general Eduardo Ernesto Lonardi ocupó la presidencia de Argentina luego del golpe de estado cívico-militar, dada la necesidad de la Revolución Libertadora de presentar un nombre de prestigio que

unificara a las Fuerzas Armadas. Lonardi inició medidas tendientes a lograr la “reconciliación nacional”, pero fue obligado a renunciar por los sectores más duros del Ejército y de la Armada (50).

A él se le atribuye la famosa frase: “Ni vencedores ni vencidos”. Estas palabras pueden haber sido inspiradas en la misma frase pronunciada por el general Justo José de Urquiza después de la batalla de Caseros, en 1852.

Durante su corto gobierno intentó pacificar el país infructuosamente, manteniendo los cambios políticos y sociales que se habían gestado durante el gobierno democrático de Perón. Pero posiciones irreductibles dentro del Ejército y de los partidos de la oposición, aunados en la Junta Consultiva Nacional, hicieron imposible este proceso y provocaron su posterior caída. En su primer discurso, Lonardi criticaba el manejo de la economía durante los gobiernos de Perón:

Ha terminado el sistema de ocultación de la verdad, el país quiere conocerla, por más que sea dura y penosa. Diez años de irresponsabilidad y corrupción nos han llevado a la situación más desastrosa de nuestra historia económica. El país se ha empeñado en hacer lo que nadie puede cumplir, impulsado por una tremenda insensatez, ha tratado de consumir más de lo que producía y así ha gastado sus reservas monetarias (50)

El Almirante Isaac Rojas lo acompañó desde la vicepresidencia, conjuntamente con la Junta Consultiva. El Congreso Nacional se disolvió, las provincias fueron intervenidas, a los miembros de la Corte Suprema de Justicia se los dejó cesantes y se creó una Comisión Nacional de Investigaciones destinada a actuar contra el peronismo. La dirigencia gremial comprometida con el gobierno depuesto renunció y fue reemplazada por una nueva, también de tendencia peronista. Por otra parte, en un principio no se intervino la CGT, tratándose de buscar un acercamiento con sus líderes.

De todos modos, a partir de 1955, con el derrocamiento de Perón, se había fracturado la incorporación del sindicalismo al esquema de poder que había garantizado la estabilidad política y la disminución de

los conflictos entre las demandas populares y la posibilidad de respuesta estatal (6).

Pasadas las primeras semanas, se conformaron en las filas del gobierno dos líneas políticas. Una era la de los autodenominados demócratas o liberales, entre moderados y conservadores en sus concepciones socioeconómicas, que tenían al ministro de Interior y Justicia Eduardo Busso como su expresión más fuerte en el gabinete. La otra, católica y nacionalista, era opuesta tanto al liberalismo argentino como a los partidos políticos tradicionales (51), de la que participaban el ministro de Relaciones Exteriores y Culto Mario Amadeo.

Los partidos políticos apoyaban la línea de Busso con la sola excepción de la Unión Federal Demócrata Cristiana, un partido que había sido creado apresuradamente para reunir a simpatizantes nacionalistas, que respaldaba a Villada Achával. La frágil salud de Lonardi era un factor que tornaba inestable el equilibrio entre las dos tendencias.

En la noche entre el 12 y el 13 de noviembre, hubo sucesivas reuniones del presidente en la residencia presidencial de Olivos, de los tres ministros militares y de grupos de oficiales superiores de las tres armas, quienes solicitaron que se disolviera el Partido Peronista, se interviniera a la CGT, se creara una Junta Militar Revolucionaria que controlara los nombramientos y los pronunciamientos, y se removiera a algunos funcionarios, punto que era, en realidad, secundario. Los jefes militares no deseaban el alejamiento de Lonardi y consideraban posible llegar a un acuerdo con éste (51).

Luego de algunas consultas, Lonardi anunció que no presentaría su renuncia por escrito porque consideraba que lo estaban echando. No obstante ello, aceptó finalmente no hacer declaraciones públicas sobre su alejamiento, que en la prensa fue explicado como consecuencia de sus problemas de salud. El 13 de noviembre asumió como nuevo presidente Pedro Eugenio Aramburu, cuya elección había sido consensuada en las conversaciones que los mandos habían sostenido desde 4 o 5 días antes. Lonardi falleció poco después de dejar la presidencia, tras un breve período de trabajo como agregado militar en la embajada argentina en Washington D.C.

Luego de la caída del gobierno de Perón, la Agremiación Médica Platense realizó siete reuniones de su Consejo Directivo. En ninguna de ellas se expresa una adhesión al golpe militar y prácticamente no hay toma de posición política. Sólo en la reunión del 22 de noviembre de 1955 se expresa que en “los puestos claves del Ministerio no han sido removidos hasta el momento actual, estando aún en manos de personas solidarias con la dictadura”, refiriéndose al gobierno de Perón.

La principal preocupación de la Agremiación radicaba en la puesta en marcha de la ley de carrera médico-hospitalaria, el apoyo médico y de las filiales gremiales y la interrelación con la Confederación Médica Argentina. También había preocupación por las “cesantías sin causa justificada y nombramientos sin concurso” en diferentes dependencias oficiales relacionadas con la salud pública.

Si bien todas estas reuniones fueron breves, a continuación se resume el contenido temático de cada una de ellas con el fin de mostrar mejor la realidad histórica.

Acta 106 – 21 de septiembre de 1955

- Se realiza bajo la presidencia del Dr. G. Lozano
- Se elige Secretario General al Dr. Barletta, Secretario de Actas al Dr. Mezzadri y Tesorero al Dr. J. J. Moirano.
- Se insiste en la aceptación de los nuevos socios de la Agremiación sin ningún tipo de discriminación.

Acta 107 – 1 de noviembre de 1955

A raíz de cesantías sin causa justificada y nombramientos sin concurso en la Asistencia Pública, se cursará la nota al Ministerio de Salud para solicitar que se respeten las disposiciones generales de acuerdo a la carrera médico-hospitalaria.

Acta 108 – 15 de noviembre de 1955

Concurren sólo 4 miembros, por lo que se levanta la sesión por falta de quórum.

Acta 109 – 22 de noviembre de 1955

- Se propone llevar la inquietud a la Federación Médica de la Prov. de Bs. As. de que los puestos claves del Ministerio no han sido removidos hasta el momento actual, estando aún en manos de personas solidarias con la dictadura. Se vería con agrado que se iniciaran gestiones ante las autoridades ministeriales.
- Se solicita al Departamento de Piel del Dispensario del Patronato de Leprosos, filial La Plata, un informe sobre las actuaciones que motivaron cesantías.
- Hay un cambio de ideas sobre si la Agremiación debía intervenir en casos planteados contra sociedades particulares, decidiéndose por la afirmativa. Se recibe nota de la Federación Médica, donde se sugiere que las agremiaciones hospitalarias pueden ser delegaciones de la Agremiación Médica Platense.

Acta 110 – 29 de noviembre de 1955

- El Dr. Lozano informa que si la Agremiación hubiera estado trabajando en forma oficial en la redacción de la carrera médico-hospitalaria, vería con agrado que, para que dicha ley tuviera el apoyo de los médicos del interior, cada una de las agremiaciones debiera estudiar, considerar, discutir y apoyar o modificar el proyecto de ley, para que luego fuera elevado al Ministerio.
- Se sugiere tratar de unificar a todos los médicos de la ciudad, 1) por invitación y 2) por integración de la Agremiación a través de representantes proporcionales hospitalarios, sanatoriales y de médicos libres; es decir, que las entidades o agremiaciones hospitalarias sean delegaciones de la Agremiación Médica Platense, para lo cual ésta debería adecuar sus estatutos.

Acta 111 – 6 de diciembre de 1955

- El Dr. Lozano amplía el informe de la anterior reunión sobre consulta del proyecto de carrera médico-hospitalaria a todas las filiales de la Agremiación y Colegio de Médicos de la Provincia. Se ha cursado ya la invitación a todas las filiales por carta certificada y se fija para realizar la reunión conjunta el día 18 a las 08:30 en el local de la Confederación Médica de la República Argentina en Buenos Aires.
- Se lee nota de constitución de la Agremiación del Hospital de Niños, que reconoce a la Agremiación Médica Platense en el orden local, a la Federación en el provincial y a la Confederación en el orden nacional.

Acta 112 – 21 de diciembre de 1955

- Informe del Patronato de Leprosos sobre la situación creada al Dr. Cueto Ossa: se informa que debido a reorganización de servicios médicos se lo despide cumpliendo con los requisitos legales. Como del informe no surge con claridad la situación, se comisiona a los Dres. Barletta y Mezzadri para que se entrevisten con las autoridades del Patronato.
- Informe sobre la asamblea realizada en el local de la Confederación Médica el día 18 de diciembre para discutir el proyecto de ley de carrera médico-hospitalaria. Informa el Dr. Lozano las modificaciones fundamentales:

Art. 1 — Se agregan establecimientos que reciban subsidios del Ministerio. Creación de nuevas funciones médicas de guardia, a propuesta de los médicos rurales: para dicho cargo sólo son necesarios 3 años de antigüedad.

Art. 5 — Se da preferencia para nombrar médicos en hospital a los residentes en la zona.

A partir de 1956 la Agremiación Médica Platense tendrá un giro copernicano, como veremos en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 7. LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE (1956–1960)

Tras el derrocamiento de Perón en 1955, la política de Lonardi fue conciliadora hacia el peronismo. Esto provocó que el 13 de noviembre de 1955 las Fuerzas Armadas lo reemplazaran en el cargo por el general Pedro Eugenio Aramburu. El nuevo gobierno mantuvo como cuerpo asesor a la Junta Consultiva, integrada por políticos pertenecientes a partidos y sectores que se habían opuesto al gobierno peronista.

Uno de los principales objetivos de la Revolución Libertadora fue la “desperonización del país”, por lo que se investigó y en algunos casos se procesó a los funcionarios del gobierno derrocado; se intervino la CGT, se destruyeron todos los símbolos del peronismo que habían sido incorporados al aparato del Estado y se llegó a prohibir la sola mención del nombre de Perón, quien pasó a ser llamado en los medios como el “ex presidente”, el “tirano prófugo” o bien el “dictador depuesto”. El peronismo contestó con una serie de huelgas y sabotajes, iniciando lo que dio en llamarse la Resistencia Peronista.

Grupos de sindicalistas y militantes peronistas llevaron adelante actos de sabotaje en fábricas y oficinas públicas, detonaron explosivos en vías de ferrocarril y realizaron cortes de calles y avenidas, entre otros hechos. Esas acciones eran organizadas por el ex diputado John William Cooke, a quien Perón designó su delegado personal en la Argentina y en quien delegó la conducción del peronismo. El ex presidente respaldó

estas acciones, e incluso apoyó la intención de Cooke de convertir al peronismo en un movimiento revolucionario de izquierda o centro-izquierda (52).

También hubo algunas conspiraciones militares, entre las cuales se destacó una sublevación castrense: el 9 de junio de 1956, bajo el mando del general Juan José Valle, un grupo de militares peronistas y militantes del peronismo intentaron un alzamiento contra el gobierno de facto. La intentona fracasó, y tanto Valle como varios de sus seguidores militares y civiles fueron fusilados. La represión se extendió a sectores no peronistas de la clase obrera. Sin embargo, los dirigentes sindicales conservaron su influencia sobre los gremios industriales y de servicios.

Además, durante la Revolución Libertadora se dejaron sin efecto los nombres alusivos al culto a la personalidad, impuestos por el populismo peronista, tales como Eva Perón, Juan Domingo Perón, 26 de julio, 8 de octubre, 7 de mayo y 17 de octubre, entre otros, que designaban calles, plazas, estaciones de subterráneo y de ferrocarril (la estación Presidente Perón retomó su nombre de Retiro), municipios, escuelas, hospitales y otros establecimientos públicos. También se devolvió el nombre de las provincias Eva Perón (que retomó el nombre de La Pampa) y Presidente Perón (que volvió a denominarse Chaco), y de la ciudad Eva Perón, que retornó al nombre de La Plata.

En el área cultural se creó el Fondo Nacional de las Artes, se dejó sin efecto la prohibición de funcionar que afectaba a entidades tales como la Sociedad Científica Argentina, el Colegio Libre de Segunda Enseñanza y el teatro independiente, y se restituyó la autonomía a las universidades públicas, permitiendo así que sus autoridades pasaran a ser elegidas por los claustros de profesores, egresados y alumnos.

La dictadura militar de Aramburu hizo ingresar al país en el Fondo Monetario Internacional, pero mantuvo algunas medidas proteccionistas que venían de décadas anteriores. Así, la Junta Nacional de Granos y la Junta Nacional de Carnes controlaron la exportación de estos productos. Entre otras instituciones se crearon: el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial y, para la

explotación de carbón en Río Turbio, se creó Yacimientos Carboníferos Fiscales. También se inauguraron usinas y oleoductos.

Habíamos señalado anteriormente que a partir de 1956 la Agronomía Médica Platense tendría un giro copernicano. Esto es así porque de las reuniones esporádicas que se hacían en años anteriores se pasó a tener reuniones semanales.

El Consejo Directivo, sumando los años 1951, 1952, 1953, 1954 y 1955 hasta la caída de Perón, se había reunido tan sólo 13 veces, es decir, un promedio de 2,6 veces por año, mientras que, como veremos en este capítulo, sumando los años 1956, 1957, 1958, 1959 y 1960 se reunieron 210 veces, es decir, un promedio de 42 veces por año. Indudablemente la política peronista en su conflictiva relación con la corporación médica había afectado significativamente el normal funcionamiento de la Agronomía.

En el período que analizaremos en este capítulo, –que podemos dividir en dos partes: 1) de 1956 a 1958 (primer semestre) con el gobierno militar de facto del Gral. Pedro Eugenio Aramburu y 2) de 1958 a 1960 (segundo semestre) con el gobierno constitucional de Arturo Frondizi–, prácticamente no hubo diferencias en la cantidad de reuniones y en su periodicidad por parte del Consejo Directivo de la Agronomía durante ambos gobiernos.

A continuación veremos año por año los temas, problemas y conflictos que debieron tratar, buscando soluciones, los miembros del Consejo Directivo de la Agronomía, teniendo las actas como testimonio irrefutable. A los fines prácticos hemos elegido y resumido las actas más significativas que demuestran la problemática del momento, siguiendo un orden cronológico.

1956

En la primera reunión del Consejo Directivo, realizada el 3 de enero (acta 113):

- Se da lectura a una nota enviada por el Círculo Médico de Matanza y Villa Sarmiento, en el que se repudian los actos de barbarie contra médicos opositores al régimen depuesto.
- Se continúa con el conflicto de las causales de la cesantía del Dr. Cueto Ossa en el Patronato de Leprosos, enviando una nota del pedido de informe a las autoridades de dicha Institución.

Como vemos, aún existían repercusiones políticas entre antiperonistas y peronistas, dadas las persecuciones y cesantías que sufrían muchos médicos.

Otro de los problemas que todavía preocupaba al cuerpo médico eran los hechos concretos de curanderismo, motivo por el cual, en varias reuniones de la Agrupación Médica, se recibían denuncias de este tipo.

Por otra parte, la Revolución Libertadora con su gobierno de facto, en ese momento bajo la presidencia de Aramburu, había intervenido las universidades y por ende la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata funcionaba con un Delegado Interventor. La Agrupación Médica nunca fue ajena a las cuestiones de la formación médica, por lo cual en su reunión del 1 de marzo (acta 117), después de un prolongado cambio de opiniones en el que participaron todos sus miembros, se resolvió dar a publicidad un manifiesto, cuyos fundamentos son los siguientes:

1) Llamar la atención sobre el problema de fondo planteado por el Delegado Interventor, que no es la prueba limitativa, sino una prueba vocacional, vinculada a la capacidad docente y a la posibilidad de brindarla por parte de la facultad.

2) Destacar que tal planteo es encomiable, sin abrir juicio sobre la solución propuesta, porque ella entraña una insobornable adhesión a la verdad y la defensa de los postulados médicos.

3) Expresar el deseo de que el Delegado Interventor se mantenga en sus funciones para seguir luchando por la solución integral de aquellos problemas.

El apoyo al Delegado Interventor era en función de las ideas que sostenía, especialmente respecto al ingreso a la Facultad, según las posibilidades del plantel docente de absorber a los alumnos, lo cual significaba como históricamente se ha dado el control en la admisión para estudiar medicina. No olvidemos que desde hacía años se venía sosteniendo que uno de los problemas más acuciantes que desataba la crisis de la profesión médica era la plétora médica, es decir, demasiados médicos en relación con la cantidad de habitantes. Como veremos más adelante en estudios estadísticos serios, el problema no era tanto la cantidad de médicos sino la desigual distribución a lo largo y a lo ancho del país.

Sin embargo, una de las prioridades de la Agremiación era fortalecer la Institución, para lo cual necesitaba el apoyo y la unidad de todos los médicos de la ciudad. En tal sentido, se convocó a los delegados de varias agremiaciones hospitalarias (representantes del Hospital Gral. San Martín, Hospital de Romero, Maternidad, Berisso, Hospital de Niños, Hospital de Menores y Hospital San Juan de Dios).

En la reunión del 13 de marzo (acta 118) el Dr. Lozano informó sobre los motivos de la Convocatoria: la reunión de todos los médicos de la ciudad en una sola entidad gremial. La idea era unir a la familia médica en una entidad fuerte y poderosa y solicitar que los presentes dieran su opinión sobre los siguientes dos puntos: 1) si estaban de acuerdo con la idea de la unión, y 2) de ser positivo esto, la forma de concretarla.

Todos los presentes se manifestaron de acuerdo con el primer punto, por lo que se dio por aprobado. Referente al segundo punto, el Dr. Lozano informó sobre el pensamiento de la Comisión Directiva; en cada agremiación hospitalaria se nombrarían delegados de acuerdo a su número, en forma proporcional, y pasarían a ser una delegación de la AMP. Los médicos que no concurrieran a hospitales y a los que se los denomina libres tendrían que estar afiliados en forma directa a la central de la AMP y tendrían representantes proporcionales.

Debido a la dificultad de aunar ideas y unificar posturas, se decidió nombrar una comisión, a fin de estructurar un anteproyecto que luego sería llevado a las asambleas de las distintas agremiaciones para su aprobación o modificación.

En la reunión del 20 de marzo (acta 119) se puso a consideración el anteproyecto sobre la unión e integración con las agremiaciones hospitalarias:

1) Los médicos de las agremiaciones hospitalarias elegirían dos delegados (titular y suplente), que serían reconocidos por la Agremiación Médica Platense y tendrían voz pero no voto en reuniones de la Comisión Directiva.

2) Como las Comisiones de las agremiaciones hospitalarias podían ser integradas por no médicos, se descontaba que la relación con la entidad central se realizaría por intermedio de delegados médicos.

3) Los socios de las agremiaciones hospitalarias serían automáticamente socios de la central, salvo manifestación contraria por escrito del interesado.

4) El cobro de las cuotas societarias se haría en la agremiación hospitalaria y se giraría a la central.

5) Artículo provisorio: los socios nuevos integrarían asamblea sin la antigüedad que exigía el estatuto.

El Dr. Escalante, representante de Berisso, preguntó por qué no se había cursado invitación a las agremiaciones de centros asistenciales y hospitales privados, a lo que el Dr. Lozano respondió que había sido por una omisión involuntaria y que se haría la correspondiente invitación.

Durante los meses de abril y mayo de 1956, el Consejo Directivo de la Agremiación estuvo reunido en reiteradas oportunidades debido a la necesidad de que se pusiera en marcha la aplicación de la carrera médico-hospitalaria y a la preocupación de que su implementación estuviera en consonancia con el pensamiento de la Agremiación. Esto se evidencia en el siguiente resumen de los encuentros mantenidos.

Acta 120 – 3 de abril de 1956

El Dr. Lozano informa sobre la entrevista que han tenido los miembros de la Federación con el ministro de Salud Pública sobre la aplicación de la carrera médico-hospitalaria. En ésta el ministro hizo conocer las disposiciones tomadas para la puesta en marcha de la ley, para lo cual tomó las siguientes resoluciones:

- 1) Creación de tribunales de honor.
- 2) Se declara en comisión todo el personal.
- 3) Resoluciones sobre la forma en que se concursarían los cargos:
 - a) Todos los concursos nulos a partir del 20 de noviembre de 1948.
 - b) Todos los cargos llenados sin concurso se deben concursar.
 - c) La antigüedad de los cesantes a partir del 4 de junio de 1946 será completada como si hubiera existido continuidad en el cargo.
 - d) Los títulos y trabajos presentados se tendrán en cuenta hasta el momento en que se obtuvo vacante.
 - e) Para los no rentados valen todos los trabajos.
 - f) Los sancionados no pueden presentarse a concurso.

Acta 121 – 5 de abril de 1956

Se pasa a considerar los puntos señalados en el acta anterior por el Ministerio de Salud Pública, en referencia a la aplicación de la carrera médico-hospitalaria.

- 1) Se acepta la formación de tribunales de honor, pero se solicita que las entidades gremiales estén representadas en dicho tribunal.
- 2) Se comenta que declarar al personal en comisión genera desagrado e inquietud en el gremio médico ante la posibilidad de cesantías injustificadas, dado que vulnera la estabilidad del médico. El tribunal de honor debería realizar sumarios previos antes de dejar cesantes.

3) Se acepta la revocación de todos los concursos realizados después de 1948, la llamada a concurso de todos los cargos y que valgan todos los antecedentes. En este último sentido, también se acepta la posición sostenida por el Dr. Noel Sbarra, quien presenta un escrito al que da lectura, donde se pone de manifiesto que “el gremio médico siempre fue opositor a la dictadura y que no hay razón de perjudicar con esta medida a toda una generación joven de médicos”. Solicita además “una entrevista con el Ministro para plantear la revisión del inciso en cuestión”, dado que se quieren invalidar todos los antecedentes logrados después de 1946.

Acta 123 – 12 de abril de 1956

Se discute con mayor análisis los distintos ítems sobre la aplicación de la carrera médico-hospitalaria y el llamado a concurso. El criterio general de la AMP es: “Si aceptamos la carrera y entramos en la misma, el Ministerio no tendría derecho a adoptar resoluciones contrarias a la ley”.

Acta 124 – 17 de abril de 1956

Los delegados llevarán el criterio con que la Comisión Directiva de la AMP ha encarado los problemas derivados de la aplicación de la carrera médico-hospitalaria:

- 1) Puesta en comisión.
- 2) Tribunales de Honor por esta sola vez.
- 3) Derogación del inciso b de la 3º resolución.

Además reactualización de gestiones iniciadas para la provisión de automotores para médicos. El Dr. Lozano sugiere que los delegados lleven mandato para que la Federación solicite al Ministerio que sea la comisión permanente la encargada de aclarar y llevar a la práctica los distintos pasos a seguir:

- 1) Confección de planillas de antecedentes.

2) Sobre los trabajos aclarar cuántos valen y si valen simultáneamente los generales y los de especialidad.

3) Concurso de grados.

4) Concurso de funciones en forma progresiva y decreciente.

5) Llamado por especialidad.

6) Los concursos deben ser cerrados.

7) Que se juzguen por intermedio del Tribunal de Honor y por esta sola vez a todos los que han estado o estén en el Ministerio de Salud Pública.

Acta 127 – 8 de mayo de 1956

Sobre problemas de la carrera médico-hospitalaria se informa:

1) La comisión especial permanente estará integrada por los representantes gremiales que realizaron el anteproyecto (Colegio de Médicos, Federación Médica y Agremiación Médica Platense), reunidos con los directores del Ministerio y los subsecretarios.

2) Se prorroga por 20 días el término de la inscripción para los concursos.

3) Se confeccionarán planillas standard para los antecedentes.

4) Los candidatos podrán concursar en 2 hospitales como máximo.

5) Tribunal de Honor va a juzgar a todos los impugnados por las agremiaciones hospitalarias, para los que habrá pleno derecho a defensa. Se solicita, aunque hasta ahora no se ha conseguido, igual temperamento para los renunciantes y cesantes.

6) Se solicitó, aunque no se obtuvo respuesta concreta, que valiesen todos los trabajos, aun los realizados después del 46.

Acta 128 – 14 de mayo de 1956

Inquietudes sobre carrera médico-hospitalaria que se transmitieron a las autoridades:

1) El Ministerio dio satisfacciones sobre el número de cargos, creación de comisión permanente y las normas correspondientes para el próximo concurso.

2) La comisión permanente postergó el término de la inscripción hasta el 20 de junio.

3) Se elaboran las planillas standard.

4) Los antecedentes serían los que la ley exige sin limitación. Fecha de antigüedad: la de expedición del diploma.

5) Tribunal de Honor: su jurisdicción será sobre los impugnados, no sobre los cesantes, ni renunciantes, como lo propuso la Agremiación.

El Consejo Directivo siempre estuvo preocupado por mejorar el funcionamiento de la Agremiación y por lograr una mayor adhesión de los médicos locales a la entidad. Para tal fin, en una reunión mantenida el 24 de julio (acta 135), se intercambiaron ideas sobre la oportunidad de llamar a asamblea para tratar sobre la nueva estructuración de la Agremiación Médica Platense en lo que respecta a:

1) Aumento del número de la Comisión Directiva de 7 a 11 miembros.

2) Incorporación de los Delegados Hospitalarios a la CD con voz, pero sin voto.

3) Cobranza de los agremiados de cada hospital por cada una de las Delegaciones Locales de la AMP.

El 31 de agosto realizó la Asamblea Ordinaria, de donde surgió la nueva Comisión Directiva. El nuevo Consejo Directivo, cuya primera reunión se realizó el 18 de septiembre, quedó constituido de la siguiente manera:

- Presidente: Ricardo Sabbione
- Vicepresidente: Julio Cesar Fernandez Audicia
- Secretario General: Isaac Pérez Núñez
- Secretario de Actas: Ariel Julio Etchavarria

- Tesorero: Ismael Martínez Pintos
- Protesorero: Carlos Gayoso
- Vocales titulares: Armando Lara, Jaime De Barrio, Jaime Trajtemberg, Héctor Vera, Carlos Tetamantti
- Revisores de cuentas: Héctor Defeo, Santiago Gorostiague

Se decidió la impresión de 1.200 ejemplares del estatuto modificado. Se elevó el número de miembros titulares a once y el de suplentes a cuatro, quedando dos titulares como revisores de cuenta y uno como suplente.

El 2 de octubre (acta 144) el Consejo Directivo decidió enviar una nota al Dr. Elías Ferrando (ex presidente de la Agremiación Médica Platense), que en ese momento era presidente de la Federación Médica, para solicitar su intervención en la solución de dos problemas:

a) Gestión ante las autoridades correspondientes a fin de obtener una nueva escala de sueldos correlativa, para todos los grados del escalafón, para los médicos que actuaran en la carrera médico-hospitalaria, y que en su oportunidad la Agremiación aprobó una petición para que el sueldo fuera móvil y equivalente al triple del similar administrativo.

b) Gestión para que se continúe haciendo efectivas las bonificaciones que por varios conceptos se pagaban por la antigua Ley 5364 y que se suspendieron a partir de enero del corriente año.

El Dr. Elías Ferrando ya había trascendido la esfera local y estaba sumamente activo, no sólo como presidente de la Federación Médica, sino trabajando en la creación de lo que sería el futuro Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires. En efecto, según consta en la reunión del Consejo Directivo de la Agremiación del 23 de octubre (acta 147):

Se ha recibido un anteproyecto sobre la creación de un Colegio Médico cuyo espíritu sería el gobierno de las cosas médicas estaría a cargo de los mismos médicos. Fue presentado por el Dr. Ferrando por parte de la Federación Médica y tendría participación el gobierno provincial. En consecuencia se nombra una Comisión de la AMP para el estudio del citado anteproyecto, designándose para tal fin a los Dres. Vera, Moirano y Lara.

Es interesante señalar, con respecto a las finanzas de la Agremiación, que en octubre de 1956 tenía una cuenta corriente en el Banco Provincia con un saldo acreedor de \$1.422,40 m/n.

En diciembre de ese año comenzaron los conflictos con la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia, que llevarían (como veremos a lo largo de este capítulo) varios años en resolverse.

Acta 152 – 14 de diciembre de 1956

Se recibe una nota del presidente de la Asociación Médica del Hospital Español que informa sobre un conflicto gremial al que se hallan abocados con la Comisión Directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia.

Acta 153 – 20 de diciembre de 1956

El Dr. De Barrio informa que ha sido nombrado director interino del Hospital Español, pero dado que es miembro de la CD de la AMP y en vista del conflicto suscitado entre la Asociación Médica del Hospital Español y las autoridades del mencionado hospital, deja a consideración de los miembros de la CD si ha incurrido en una falta de ética, y de acuerdo a su dictamen se dispone a renunciar al cargo de director. Luego de intercambiar opiniones, los miembros de la CD expresan que, si bien no ha incurrido en una falta de ética, el nombramiento como director es inoportuno y no debería continuar a menos que desde dicho cargo posibilite una solución del conflicto suscitado en el Hospital. Se cursa nota a las autoridades de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia, invitándolas a una reunión en la Agremiación.

Acta 154 – 26 de diciembre de 1956

Se continúa tratando de solucionar el conflicto suscitado en el Hospital Español, para lo cual se programa:

- 1) Reunión conjunta entre la Comisión Directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia y los miembros de la Asociación Gremial de Médicos del Hospital Español, en presencia de los miembros del Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense.
- 2) Reconocimiento de la Asociación de Médicos del H. Español.
- 3) Solución de la presunta acefalia en la dirección del Hospital.

1957

En las primeras reuniones del Consejo Directivo del año 1957 se continuó con el tema del conflicto del Hospital Español. En ese sentido, el 29 de enero (acta 156) se señaló lo siguiente:

Se realizó la reunión de la subcomisión respectiva con la CD de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia, siendo aceptado por la misma los tres puntos básicos propuestos por esta Agremiación para el arreglo del conflicto del Hospital Español:

- 1) Reconocimiento absoluto de la Asociación de Médicos de dicho Hospital, 2) Aceptación de la sugerencia hecha nombrándose Director Interino al Dr. Reca y 3) Modificación del Reglamento Interno del Hospital en diversos puntos que oportunamente se estudiarán.

Sin embargo, el tema prácticamente excluyente durante 1957 fueron las mutuales y las obras sociales, en especial, la creación del IOMA (Instituto Obra Médico Asistencial) y su relación con la Agremiación Médica Platense. Esto demandó varias reuniones del Consejo Directivo, sobre todo en la primera mitad del año. De las actas, como veremos a continuación, se desprende no sólo la firme decisión política del gobierno provincial de instaurar el IOMA, sino también la férrea resistencia de la Agremiación bajo la desconfianza de poder ser fracturada o bien quedar sometida a decisiones externas y con actividad profesional condicionada con bajos aranceles. Para reafirmar lo señalado resumimos las reuniones, en donde se evidencia esta puja institucional.

Acta 164 – 14 de mayo de 1957

Informe del Dr. Sbarra sobre el Congreso de Mutualidades realizado en San Luis, donde estuvieron presentes aproximadamente 140 delegados de todo el país. El tema central era “Mutuales”. El problema más alarmante era “Obras Sociales”, que algunas se llamaban a sí mismas mutualidades. Se dio una resolución para tratar de modificar la ley de mutualidades. Se habló que, en lo que respectaba a las obras sociales, se tendería prácticamente hacia el seguro de salud.

Acta 165 – 21 de mayo de 1957

El Dr. Sbarra mociona que se envíe al presidente de la Federación Médica, como expresión de anhelo, ante la inminente puesta en funcionamiento del IOMA creado por Decreto Ley 2452/57), que dicho decreto y sus disposiciones reglamentarias sean tratados especialmente en la VII Reunión Médico Gremial de la Federación Médica de la Prov. de Bs. As., por llevarse a cabo en la ciudad de Avellaneda el domingo 2 de junio próximo.

Acta 166 – 28 de mayo de 1957

Una Subcomisión de la AMP, encabezada por el Dr. Sabbione, acompañó al Dr. Ferrando, presidente de la Federación Médica, a la entrevista con el Dr. Provenzano con el fin de informarse respecto del IOMA. Dicha Subcomisión, que estudia los aranceles, lo hará extensivo a los aranceles del IOMA para ser propuestos en la asamblea.

Acto 167 – 4 de julio de 1957

El Dr. Sabbione informa sobre la entrevista con el Dr. Sergio Provenzano, director interino del IOMA, a la cual fue invitado telefónicamente, realizada en la Subsecretaría de Asistencia Social del Ministerio, a las 18. Se planteó la siguiente conversación:

Dr. Provenzano: Me llama poderosamente la atención que hayan publicado en los diarios aconsejando la no inscripción en el IOMA, después de haber interpretado en la entrevista con Uds. realizada días pasados que estaban de acuerdo con la organización. Desde ya les adelanto que tengo una lista muy grande de inscriptos, del interior de la Prov. de Bs.As. y de esta ciudad, los que se ven sobre la mesa, calcule unos 50. Con esta inscripción iniciaré las actividades enviando las listas impresas a las distintas reparticiones adheridas y para los colegas de la ciudad que no lo hayan hecho publicaré en el diario un suelto que diga: el médico que no se haya inscripto hasta el sábado próximo quedará excluido definitivamente de la prestación. Lamento estar en desacuerdo con Uds. y tener que romper el frente gremial con su correspondiente unidad.

Dr. Sabbione: Mire, Dr. Provenzano, la entrevista con Ud. realizada fue con el sólo objeto de asesorarnos y de ser posible nos documentara con la reglamentación y aranceles totales correspondientes para ser tratados en una asamblea convocada para el día 11/6/57, que fijará nuestra posición.

Acta 168 – 10 de junio de 1957

La asamblea se realizará en el Círculo de Periodistas y se invita por telegrama al Dr. Sergio Provenzano. El Dr. Lara mociona para que, además del homenaje a los médicos fallecidos, se encare en la asamblea la posible iniciación de un movimiento de seguro médico que respalde, en forma más material que las condolencias y las palmas, la situación de desamparo en que queda la familia de médicos frente al fallecimiento de éstos.

Se da lectura al orden del día a presentar en la asamblea:

- 1) Acatamiento estricto de lo resuelto por los congresos gremiales para mutualidades y obras sociales por parte de todos los médicos:
 - a) Libre elección del médico por parte del enfermo.
 - b) Honorarios médicos no inferiores al 80 % de los fijados por las entidades gremiales para la asistencia privada en cada forma.

2) Que todos los acuerdos sean hechos por intermedio de la entidad gremial oficialmente reconocida, en este caso la Federación Médica de la Prov., conjuntamente con la filial que corresponde a cada localidad.

3) Que toda medida de carácter disciplinario contra colegas sea hecha con la intervención de la entidad gremial local o zonal a la que estos pertenecen.

4) Que todos los médicos autorizados a ejercer la profesión en La Plata puedan atender a los afiliados de la obra social, cobrando el arancel establecido y quedando la diferencia, si la hubiere, a cargo del paciente.

5) Que el arancel fijado en esta oportunidad tenga vigencia por un año y quede ya constituida, por este período, la Subcomisión de aranceles de la AMP con carácter permanente, para aprobación del arancel que para cada práctica médica ha establecido la Subcomisión.

Acta 170 – 25 de junio de 1957

Se envía correspondencia al presidente de la Federación Médica de la Prov. de Bs.As. a fin de informarle que se decidió no tratar el problema del IOMA hasta tanto no obren en nuestro poder los aranceles y documentación completa.

Se da lectura a la nómina de los médicos inscriptos en el IOMA, en número de 33. Se resuelve enviar nota a los inscriptos para recomendar el retiro de la inscripción.

Acta 172 – 2 de julio de 1957

El Consejo Directivo de la AMP cumple en informar, y así lo hará en la próxima asamblea, que en gestión directa para resolver el problema planteado en IOMA mantuvo una entrevista en la sede con su director interino, Dr. Sergio Provenzano, en la noche del 29 de junio próximo pasado. Allí se convino, ad referendum de lo que resolviera la asamblea, que las bases para la prestación de servicios de los médicos de la localidad al IOMA se harían ajustándose a lo establecido en los puntos siguientes, que se aplicarían en forma transitoria hasta tanto rija

el acuerdo definitivo, según lo que resulte de lo aprobado a este respecto por la Asamblea de la Federación Médica de la Prov., realizada en esta ciudad el 30 de junio.

1) Los médicos de la localidad, sin limitación alguna, podrán inscribirse para prestar sus servicios profesionales en el IOMA, de acuerdo a lo establecido en el decreto ley de su creación. A tal fin, dicha inscripción se hará sólo para el correspondiente registro de los datos de los médicos, horarios y servicios ofrecidos.

2) Todos los médicos actuarán libremente en el ejercicio de su profesión, teniendo como única limitación la de ajustarse a las normas corrientes que reglan el ejercicio de ésta. Y toda medida disciplinaria no podrá ser tomada sino con intervención de una junta especial integrada por partes iguales con representantes oficiales y de la AMP.

3) Se acepta, para la retribución de la asistencia prestada, la división del arancel correspondiente en dos partes: una a cargo del IOMA, en porcentaje fijado por éste, que deberá ser liquidado regularmente en las condiciones que se establezcan, y otra a cargo del usuario, que será abonada directamente a quienes lo representen, una vez prestados los servicios. La suma de ambas partes no podrá ser inferior al 80 % del arancel privado, aprobado por la Agremiación Médica Platense periódicamente para la localidad.

Para prácticas especializadas la AMP presentará al IOMA un arancel también resultante de la aplicación del 80 % del correspondiente a la asistencia privada.

Acta 179 – 20 de agosto de 1957

El Dr. Sabbione informa sobre la entrevista realizada con el director interino del IOMA, Dr. Sergio Provenzano, en que fueron aceptados en su totalidad los aranceles para las prácticas especializadas presentadas, a excepción de la participación de los clínicos en el arancel quirúrgico.

El 3 de septiembre se produjo una renovación en la Comisión Directiva, lo que significó una nueva distribución de cargos. Quedó conformado el Consejo Directivo de la siguiente manera:

- Presidente: Dr. Ricardo Sabbione
- Vicepresidente: Dr. Ismael Martínez Pintos
- Secretario General: Dr. Isaac Pérez Núñez
- Secretario de Actas: Dr. Jorge Castellano
- Tesorero: Dr. Omar Molina
- Protesorero: Dr. Rubén Durand
- Vocales titulares: Dres. Jaime De Barrio, Luis Touceda, Ariel Julio Etchavarria, Alberto Agosti, Arístides Mezzadri
- Revisores de cuentas. Dres Fernando D'Amelio y Carlos Gayoso
- Revisor de cuentas suplente: Dr. Adolfo Eiras

Uno de los temas que siempre preocupó al Consejo Directivo fueron los aranceles médicos, por lo cual el 17 de septiembre (acta 182) se comunicó al Sanatorio Argentino, Instituto Médico Platense, Sanatorio La Plata y Clínica de Medicina Integral que la Agremiación había resuelto mantener los siguientes honorarios: para médicos internos \$2.500 m/n, para médicos de hospital \$2.800 m/n, para los jefes de servicio \$3.100 m/n y \$500 m/n de bonificaciones para los médicos de guardia para cada clínica, entendiéndose que las guardias serían de 24 horas semanales y los domingos rotativos.

Otro de los temas que se plantearon en esa época fue la relación que tenían las sociedades médicas científicas, sobre todo de algunas especialidades, con la Confederación Médica Argentina, entidad de características gremiales.

En efecto, el 20 de septiembre de 1957 en una reunión de médicos anestesistas quedó preestablecido provisoriamente que la entidad local debía ser reconocida por la Sociedad Argentina de Anestesiología, dependiente a su vez de la Confederación Médica Argentina, y que sus miembros podían pertenecer como afiliados individualmente a la Agremiación Médica Platense.

En este sentido, en la reunión del Consejo Directivo del 24 de septiembre (acta 183) el Dr. Pérez Núñez mocionó para que se planteara a la Federación Médica de la Prov. el siguiente problema, que surgía de haber reconocido la Confederación a una entidad gremial de especialidades médicas paralela a nuestra entidad y a su vez a la Federación Médica de la Prov., oficialmente reconocida por la Confederación Médica de la República Argentina. Entendía el Dr. Pérez Núñez que este reconocimiento significaba una división en el movimiento gremial, cuando el objetivo de nuestra lucha era precisamente conseguir la unidad de todos los médicos. Se aprobó por unanimidad y se envió nota a la Federación.

Luego de mantener reiteradas reuniones y debates con varios anestesistas de La Plata y con integrantes de una delegación de la Sociedad Argentina de Anestesiología, el Consejo Directivo en su reunión del 14 de noviembre (acta 191) señaló:

En base a esta posición queda aclarado definitivamente el concepto siguiente: que la Sociedad Argentina de Anestesiología no puede como tal afiliarse a la Confederación Médica Argentina en forma directa sino a través de la entidad local que la reconozca, en este caso la Federación Médica de Bs. As. y que las filiales en el orden científico no pueden serlo en el orden gremial ya que deben depender de las entidades médicas locales.

La Agremiación no sólo participó de los eventos gremiales, sino que se preocupó por difundir los resultados de estos acontecimientos, como lo hizo en 10 de diciembre (acta 195) con las conclusiones de la VIII Reunión Médica Gremial, realizada en Azul los días 9 y 10 de noviembre de 1957, que se detallan a continuación.

I) Relaciones futuras con las mutuales: se aprobó el anteproyecto elaborado por la Comisión Especial, con algunas pequeñas modificaciones de forma, particularmente en lo referente a la actuación de los médicos libres, cuya inclusión se dispuso como lo sostuvo esta delegación, estableciéndolo en un artículo especial del modelo del contrato colectivo de trabajo. Asimismo se estableció que en las tratativas con las entidades mutuales u obras sociales de proyección nacional intervendría la Confe-

deración Médica Argentina; en las de orden provincial la Federación, y en las de orden local, las filiales directamente.

II) Conducta de la Federación Médica frente al problema profesional, ético y gremial que produce la actitud de las llamadas Clínicas Privadas en abonados: Se propusieron medidas para resolver los tres aspectos o las tres formas en que se puede encuadrar esta situación: 1) en aquellos casos referidos a entidades comerciales médicas con capitales de médicos o no, dirigidas por médicos nominalmente, pero en realidad atendidas por personas sin título acreditante, se insistirá todo lo necesario ante la repartición correspondiente de Salud Pública, para que haga cumplir estrictamente las disposiciones vigentes que garanticen el ejercicio de la medicina; 2) en aquellos casos de establecimientos de este tipo dirigidos y también atendidos por médicos, donde anuncian con propaganda general procedimientos, prácticas y aparatos que en realidad no existen, también se procede por la misma vía a encuadrarlos en la observancia de las disposiciones vigentes; 3) por último, las organizaciones de médicos que trabajan con abonados o que principalmente se dedican a atender grupos de la colectividad mediante este sistema, desplazando muchas veces a otros colegas y lesionando así el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por parte del enfermo (ya consagrada en las aspiraciones gremiales), deben merecer un estudio particular de parte de las entidades gremiales médicas a fin de contrarrestar en estas actividades lo que pudiera haber de lesivo para los correctos intereses generales.

III) Consideración de la reglamentación nueva de la ley de medicina del trabajo: frente al hecho reciente de la nueva reglamentación de la ley de medicina del trabajo en la provincia, que atenta contra disposiciones que las entidades gremiales habrían incorporado como justas, se intentará lograr mediante las gestiones necesarias la modificación de sus alcances.

IV) Sueldo de los médicos en la carrera hospitalaria: se torna imprescindible un aumento salarial para todas las categorías, y en especial se reclama un sueldo básico para el primer grado del escalafón de \$3.000 m/n por tres horas de trabajo diario.

V) Aranceles de honorarios médicos para la atención de los enfermos: se acordó solicitar a la Federación que se aboque lo antes posible al estudio correspondiente con la participación de todos los centros de la provincia, a fin de lograr un honorario único uniforme que contemple los intereses generales y a su vez las particularidades de las diferentes gremiales.

VI) Se propuso para la IX Reunión Gremial la ciudad de Bahía Blanca, fijándose como tema principal “Estudio de la población de la Provincia de Buenos Aires en sus aspectos políticos, económicos y sociales”, a fin de proponer una racionalización de su asistencia, con vistas a lograr conclusiones susceptibles, incluso de poder incorporarse a la nueva Constitución de la provincia.

1958

El año 1958 estuvo dominado por varios conflictos médico-gremiales. En la primera parte del año, la Agremiación Médica Platense tuvo una singular disputa con la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia de La Plata y la sub Comisión Directiva del Hospital Español con solicitadas mediante de ambas partes. Este conflicto, si bien venía de años atrás, se agudizó en los primeros meses de 1958. En la segunda parte del año, luego de la asunción de Arturo Frondizi a la presidencia de la Nación, la Agremiación también participó de la mayor huelga médica en la historia del gremialismo médico, que se prolongó durante 70 días.

Sin embargo, a pesar de los conflictos, la Agremiación vivió un hecho sumamente positivo y trascendental, que marcó definitivamente su futuro: la compra de la casa propia, en la calle 6 N° 1135/37 entre 55 y 56, donde está actualmente radicada nuestra entidad.

En una de las primeras reuniones del año 1958, precisamente el 28 de enero (acta 199), el Dr. Sabbione se refirió a “la oportunidad de alterar el orden del día a fin de satisfacer la inquietud de los presentes despertada por los hechos que son de público conocimiento”. Pero ¿cuáles eran estos hechos de dominio público? Nada más ni nada menos

que el conflicto suscitado entre la Agremiación Médica Platense y los directivos del Hospital Español.

Dado que Sabbione mencionó una serie de denuncias que hicieron los médicos del Hospital Español contra las autoridades mediante una solicitada, publicada en el diario *El Día* el 22 de enero de 1958, y la respuesta de éstos, que acusaba los médicos como gestores del conflicto mediante otra solicitada, también publicada en *El Día* el 26 de enero de 1958, hemos decidido transcribir ambas solicitadas, para un mayor y mejor entendimiento de las causales del conflicto y de las acusaciones vertidas por ambas partes del litigio.

El Día

22 de Enero de 1958

Solicitada

Los médicos del Hospital Español de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia de La Plata por intermedio de sus entidades representativas: Agremiación Médica Platense y Asociación Médica Gremial del Hospital Español, ponen en conocimiento de los asociados y público en general el diferendo existente entre la Comisión Directiva y el Cuerpo Médico, prueba de lo cual es la firma del personal técnico de ese Hospital con la que van avaladas estas líneas.

El diferendo tiene una triple génesis: gremial, técnica y económica.

Gremial: En reiteradas oportunidades la Comisión Directiva desconoció a la Asociación Médica Gremial del Hospital Español llegando a su punto culminante en la audiencia realizada el 18 de abril de 1956 en la Secretaría de Conciliación N°4 de Trabajo y Previsión cuya acta dice textualmente: "...en este acto los representantes de la parte demandada desconocen la existencia de dicha entidad llamada Agremiación Médica del Hospital Español..." Este desconocimiento tiene mayor trascendencia desde que en ese entonces formaba parte del Consejo Médico del Hospital un representante de la misma.

Técnico: Después de reiteradas renunciaciones de médicos del Hospital que ocupaban la dirección del mismo con anuencia de la Comisión Directiva y de la Asociación Médica Gremial, ejerció la Dirección, como única

solución, el señor Presidente de la Agremiación Médica Platense. Los conflictos que provocaron esas renunciaciones fueron siempre debidos a la intromisión inconsulta de la Comisión Directiva en problemas de orden puramente médico y haberse permitido, escudada en el reglamento interno, tomar resoluciones técnicas sin la intervención previa de la Dirección. La Dirección del Hospital está impedida de toda acción ejecutiva y no tiene intervención en aspectos que son fundamentales, como por ejemplo: horarios, distribución del personal subalterno, medidas disciplinarias, asesoramiento en la compra de materiales técnicos culminando la subestimación de la Dirección por parte de la Comisión Directiva con la cesantía del personal técnico sin su intervención, sin conocimiento del organismo gremial en la institución y sin sumario previo, todo lo cual demuestra el dominio total de la marcha del Hospital en su aspecto técnico por personas incompetentes en la valoración e interpretación del hacer médico aun contando con el deseo de beneficiar a la institución con esos procedimientos.

Económico: Fenecido en 1956 el convenio de trabajo concertado con fecha 30 de septiembre de 1954, resultaron infructuosas o inoperantes las tentativas de iniciar nuevas tratativas a los efectos de prolongar o modificar dicho convenio. Como única contestación a los reiterados pedidos de esta Asociación, la Comisión Directiva envió a la misma una nota (14-XI-56) informando la imposibilidad de iniciar conversaciones atento a la situación financiera “y el compás de espera para la firma del convenio con el personal de enfermeras, mucamas, administrativos y de maestranza...”.

El Cuerpo Médico del Hospital Español, deseando el perfecto funcionamiento del Hospital, que implica mejor atención de sus asociados, aspira a que se comprenda la necesidad de aceptar los siguientes principios: Dirección técnica elegida por el cuerpo médico, con amplias facultades para regir los destinos técnicos del Hospital, para lo cual es fundamental la modificación del Reglamento Interno. Esto no significa desconocer las funciones de superintendencia tributarias de la Comisión Directiva. El cuerpo médico, consciente de sus derechos y obligaciones, no aspira ni ambiciona el contralor de la faz administrativa y contable de la institución.

Reconocimiento de la Asociación Médica Gremial del Hospital Español como entidad que representa al Cuerpo Médico del mismo con el derecho a la defensa de los intereses materiales y morales de sus agremiados.

Remuneración de acuerdo a la jerarquía de las funciones y tareas del cuerpo técnico acorde a la realidad económica que vive el país.

Luis Cieza Rodríguez, David Grinfeld, Daniel Busteros, Enrique Giaccio, Ángel de Barrio, Ricardo Reca, Rodolfo Galimberti, Antonio Acosta, Mario Morón, Jorge Lambre, García Centellas, José Vásquez, Vicente Depascual, Angélica C. de Camaño, Ibero Paus, Jaime Trajtenberg, Manuel Torres, Horacio Games, Rubén Durán, Luis Estensoro, Gilberto Cortes, Méndez Annel, Cecchini, Lopetegui, Robles, Castorino, Meroni, Leonardo Bava, Robalo, Ladd, Mario Migliorero, Roberto Larrauri, Dermidio Palau, Roberto Elizalde, Jorge Falvo, Heberto Navajas, Roberto Herrera, Ricardo Millan, Jorge Scala, Roberto Berardi, Antonio Galli, Germán Simpson, Jorge Villafañe Casal, Mariano Rabal, González Ermioni, Julio Verdala y Alba Sobrin.

En respuesta a esta solicitada aparece en el mismo matutino, cuatro días después, la siguiente:

El Día

26 de enero 1958

Solicitada

A LOS SOCIOS DEL HOSPITAL ESPAÑOL

La Comisión Directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia de La Plata, en respuesta a la “solicitada” de los señores médicos del Hospital Español, por intermedio de sus entidades representativas Agremiación Médica Platense y Asociación Médica Gremial del Hospital Español, hace saber a los asociados de la Institución y público en general:

1) Que la representación gremial de las entidades surge de la ley respectiva, una vez llenados los requisitos establecidos, y conseguida la correspondiente personería, sin que sea necesario ningún reconocimiento patronal. Que esta Comisión Directiva no se ha opuesto en ningún momento a que sus médicos se agremien, permitiendo incluso sus reuniones de carácter gremial dentro del mismo hospital, manteniendo tratativas con la Agremiación Médica Platense, que por ley sería la entidad representativa, aunque nunca acreditó su personería gremial acordada por la autoridad. Tampoco la Comisión Directiva ha hecho hincapié en que los médicos del Hospital deben ser representados por delegados

gremiales de la Asociación Médica Platense, sin poder constituir otra entidad ya que la Agremiación Médica Platense no es Federación.

2) Que los señores médicos acusan a la Comisión Directiva de “intromisión inconsulta en problemas de orden puramente médico”. Ello se debe a que la Comisión Directiva pretendió salvaguardar la seguridad, el honor y los intereses del Hospital, conforme a las disposiciones en vigor que rigen las relaciones de trabajo, en casos como los que siguen: atención en la sección radiología de personas no socias, que burlaban el contralor administrativo, utilizándose placas y elementos del Hospital; denuncia de una enfermera contra practicantes y un facultativo por falta de respeto a normas morales; denuncias de familiares de un socio fallecido por falta de atención de un llamado transmitido a la guardia; abandonos y demoras en la atención de los servicios de guardia y urgencia; negativa de un médico de guardia a atender a una persona accidentada por no ser socio, lo que motivó una denuncia policial; denuncia de una madre de una socia contra un médico por falta de respeto en el consultorio; denuncia de un accidentado de haber sido derivado para la atención de una fractura, por un médico de guardia, al especialista que no había elegido; desatención a una accidentada que pedía inmediato auxilio por un médico que exigió, que previamente vinieran sus parientes, etc., etc. Obran en poder de esta Comisión Directiva las denuncias respectivas, que pone a disposición de quien lo desee.

3) En el orden económico, la Asociación efectuó un aumento general a los médicos del 30% que involucra todo el margen disponible resultante del aumento de la cuota social dispuesto por la última asamblea. Ello se calla en la solicitada de referencia. El petitorio de los médicos supera los sueldos que abonan las entidades mutuales de la capital federal y pretende que se rebaje de 3 a 2 horas diarias la obligación de atender. La institución por otra parte, les da libertad de profesión, que se utiliza hasta para competencia contra ella misma, en desmedro de su caudal de asociados. Por otra parte esta Comisión Directiva ha sometido a laudo del delegado del Departamento Provincial del Trabajo el problema económico, lo que no quiso hacer la Agremiación Médica Platense, que pretende ser juez y parte en el asunto.

4) Quieren la Dirección Técnica elegida por el cuerpo médico, para que ocurra, como hasta ahora, que los directores, convertidos en representantes gremiales, cuando no lo son a la vez, preferirán no adoptar

ninguna medida en casos como los que se han detallado, para los que consideran incompetentes y profanos a los miembros de la C. Directiva, pretendiendo erigir un “fuero personal” prohibido por la Constitución Nacional y las leyes. Quieren imponer un reglamento y que los horarios, distribución del personal subalterno, medidas disciplinarias, etc., dependen exclusivamente de ellos, olvidando que son empleados, sujetos a los derechos, obligaciones y responsabilidades emergentes de la legislación laboral. Pretenden repudiar a los directores designados por la C. Directiva y lo van consiguiendo, ya que duele pensar que médicos antiguos del Hospital, que revisten el carácter paralelo de asociados de nuestra institución, no se aventuren a aceptar el honor de ser directores. Y llaman gremialismo a la intimidación, a la coerción, rayana en las prohibiciones del C. Penal. En definitiva: la C. Directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia de La Plata, al informar a sus asociados, les hace un llamado cordial para que se estrechen filas en defensa del patrimonio material y moral de su institución mutualista.

Eusebio E. Rodriguez – Jose Gomez De Barreda – Delia Etcheverry – Pilar I. De Chiesa – Santiago Isla Verde – Victor Amadeo Bertone – Antonio Rosiello – Cesar E. Stangatti – Mario De Cristofano – Carlos A. Linares Quintana – Diego O. Suarez – Ovidio Monreal.

En la reunión del 28 de enero, luego de leídas ambas solicitadas, el Dr. Sabbione hizo mención de las consideraciones que en ellas se formulaban y de la enumeración de denuncias contra el cuerpo médico del Hospital Español. Todo ello y los términos empleados en la publicación suponen un agravio a los médicos, no sólo de dicho nosocomio, sino de toda la ciudad. A ese respecto, vertió las opiniones que personalmente le habían hecho llegar en distintos ambientes, todas coincidentes en el repudio hacia la solicitada patronal y de adhesión a la tarea de nuestra entidad gremial.

En consideración a estas expresiones y en base a la opinión unánime de los médicos del Hospital Español, sugirió adoptar las siguientes medidas:

- 1) Renuncia de los profesionales de la Asociación Española.
- 2) Iniciar juicio por calumnias e injurias a los firmantes de la solicitada.

3) Aconsejar a los médicos de la ciudad que nieguen su apoyo a las posibles gestiones de colaboración de la entidad patronal.

4) Pedir a la Comisión Directiva del Hospital Español que aclare los términos del párrafo en el que acusan a la Agremiación Médica Platense de colocarse en situación de juez y parte.

A continuación, la reunión se convirtió en un intercambio de ideas, aportando su contribución la mayoría de los presentes y el asesor legal el Dr. Coquet. Se acordó en definitiva y por unanimidad la publicación de una solicitada en la que fijara su actuación la Agremiación y cuyo texto sería redactado por los Dres Sabbione, Martínez Pintos y Touceda. Por su parte, los médicos del Hospital Español resolvieron firmar una renuncia única, con carácter indeclinable, haciendo mención de las causales que la impulsaban y dejando constancias de que ofrecían seguir prestando sus servicios por un término de cuarenta días, para encuadrarse en los términos del Decreto Nacional, aunque remarcando que no era una medida de fuerza, sino lógica reacción personal a la ofensa recibida.

El 11 de febrero (acta 200) el Dr. Sabbione informó que la comisión nombrada para redactar la solicitada de la Agremiación había cumplido su cometido, apareciendo ésta en el diario *El Argentino* el 2 de febrero. A continuación la reproducimos para mejor interpretación del conflicto.

El Argentino

2 de febrero de 1958

Solicitada

El conflicto en el Hospital Español

La Agremiación Médica Platense, ante la insólita publicación efectuada el 26 de enero pasado, por la Comisión Directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia de La Plata, se encuentra obligada, contra su voluntad a manifestar lo siguiente:

Que en su reunión del 20 de diciembre de 1956, la Comisión Directiva de la Agremiación Médica Platense, tomó conocimiento y resolvió in-

tervenir en el diferendo suscitado entre la Asociación Médica Gremial del Hospital Español y la Comisión Directiva del mismo.

Desde la primera entrevista a nuestro pedido y en nuestra sede, a la que concurrió casi en pleno la Comisión Directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia y aclaradas muchas situaciones, dichos directivos expresaron su buena voluntad en favor de una rápida solución del conflicto, hasta la última entrevista mantenida en el Hospital Español, resolviéndose de común acuerdo continuar las tratativas sobre la base de los siguientes puntos: 1º) Reconocimiento de la Asociación Médica Gremial del citado Hospital por parte de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia; 2º) Modificación del Reglamento Interno del Hospital; 3º) La designación de un director interino para cubrir la acefalia que amenazaba prolongarse, ya que ningún colega por solidaridad aceptaba el cargo.

En ningún momento se consideró la personería de nuestra entidad que hoy ponen en duda, ya que es la Agremiación Médica la filial en esta ciudad de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires, y ésta, a su vez, miembro de la Confederación Médica Argentina.

Que la Comisión Directiva de la asociación española de Socorros Mutuos y Beneficencia de La Plata, al dar contención médica, unilateralmente interpretadas, muestra la agresividad y desconsideración de cómo trata a sus profesionales.

También, es de señalar la ligereza con que dicha Comisión Directiva ha comprometido en forma genérica el honor y prestigio de sus profesionales, que son el alma y la base fundamental del quehacer diario de la Institución que presiden, olvidando que en la personalidad del médico se nutre la confianza con que la masa de asociados concurre a esa casa en procura de alivio a sus dolores o angustias.

La Agremiación Médica Platense, que prestó al conflicto del Hospital Español su más franco y decidido apoyo, a fin de darle una solución que conciliara los intereses de ambas partes, garantizado en la persona de su presidente, quien desempeñara el cargo de Director Interino y “ad honorem” durante casi nueve meses: hoy, repudia los términos de la publicación solidarizándose con la actitud asumida por la totalidad de los médicos del Hospital Español, que han renunciado a sus cargos, y solicita de los colegas de la ciudad que mediten sobre la oportunidad y forma, al ser requeridos, para prestar su colaboración.

Han expresado su adhesión a las Asociaciones Gremiales del Hospital Italiano, del Instituto General San Martín, del Hospital de Niños, del Instituto Médico Platense, del Sanatorio Argentino y de la Asociación Pública.

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

En la reunión del Consejo Directivo del 11 de marzo (acta 202), el Dr. Sabbione informó que el secretario de la Federación de Entidades Mutualistas de la Prov. de Bs.As. deseaba tener una entrevista con él para tratar de solucionar el conflicto planteado con el Hospital Español.

El Consejo Directivo resuelve que, como base de cualquier arreglo, debía exigirse:

1) Retracción por solicitada en los mismos diarios de la solicitada publicada por la Comisión Directiva del Hospital Español el 26 de enero de 1958.

2) Aceptación de las modificaciones propuestas por la Agremiación al Reglamento Interno del Hospital Español.

3) Mantenimiento de la escala de sueldos propuesta.

4) Que sean dejadas sin efecto las sanciones disciplinarias tomadas contra los médicos durante el conflicto.

El 25 de marzo (acta 204) se procedió a leer una nota de la Sociedad Médica de La Plata, en donde se planteaba un aumento en el alquiler de la sala que el Consejo Directivo de la Agremiación utilizaba para sus reuniones habituales. En respuesta a esto, se resolvió contestar que la Entidad había cumplido con todo lo establecido en la Reglamentación de ordenamiento interno de la Sociedad Médica, que espontáneamente había elevado la asignación mensual en concepto de alquiler, que mantenía a una persona para la atención de sus asuntos con honorario fijo, y que dado sus limitados recursos le era imposible aceptar el nuevo aporte solicitado; que por todo ello y para no crear problemas a la Sociedad Médica había dispuesto arbitrar los medios necesarios para conseguir otro local para su sede lo antes posible.

El 22 de abril (acta 209) sobre el conflicto del Dr. Gordillo con la División de Sanidad de Menores y la separación de su cargo sin justa causa desde hacía varios meses y sin solución (dado que no había sido repuesto en su cargo como lo había solicitado oportunamente la Agremiación), se hicieron presentes los Dres. Raimondi y Busteros sobre su actuación. El Dr. Raimondi manifestó que, de acuerdo a la resolución de la Agremiación, habían comunicado ambos al Director de Menores la decisión de alejarse de las funciones de jefe y subjefe que tenían asignadas respectivamente, cumpliendo el abandono desde el día de la fecha. El presidente propuso que se hiciera resaltar la conducta gremial de los colegas por la actitud asumida y que ella se diera conocer a la masa societaria.

A continuación se trata el tema del Hospital Español, siempre en consideración por la trascendencia que asumió. Se planteó nuevamente en virtud de la publicación que en forma de entrevista periodística había aparecido en el Diario *El Día*, el 20 del corriente, y en la cual se formulaban nuevas ofensas al gremio médico y se tergiversaban los hechos ocurridos. Por lo tanto, se decidió dirigir una nota al interventor del diario *El Día*, para solicitar que se brindara a la Agremiación un espacio igual para exponer sus puntos de vista.

Dada la magnitud del conflicto con el Hospital Español y el alcance que tuvo en su momento, en los medios de comunicación escrita y en la opinión pública, consideramos relevante publicar íntegramente la entrevista citada en el diario *El Día* el domingo 20 de abril de 1958 a las autoridades de la Comisión Directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia del Hospital Español, quienes narran los hechos según su versión en forma cronológica.

El Día – La Plata, Domingo 20 de abril de 1958

EXIGE SOLUCIÓN INMEDIATA EL CONFLICTO QUE HA PARALIZADO EL HOSPITAL ESPAÑOL

DECLARACIONES FORMULADAS POR LOS DIRECTIVOS DE LA ASOCIACIÓN

Los caracteres particulares revestidos por el conflicto entre la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia Hospital Español de esta

ciudad, y los integrantes de su cuerpo médico, nos han llevado a realizar una visita al citado nosocomio a fin de conversar con las autoridades de la comisión directiva e interiorizarnos personalmente de los problemas suscitados. La paralización total de actividades en el mencionado Hospital, que cuenta con 56 camas, tres salas de operaciones, maternidad, banco de sangre, etc., y la importancia de la aludida entidad mutual que con sus 10.800 asociados es una de las más grandes de la Provincia, revelan la trascendencia de la situación planteada y la necesidad de una urgente solución. A los efectos de proporcionar a la opinión pública una versión acabada de los hechos, requerimos los antecedentes respectivos a las autoridades de la comisión directiva de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia Hospital Español, habiendo sido informados en ese sentido por su vicepresidente, señor Raúl César Zárate, y los señores Aquiliano Peña, Ovidio Monreal, Antonio Rosiello y Marino Meitin.

Algunos antecedentes

Los mencionados dirigentes nos manifestaron que “poco tiempo después de hacerse cargo la actual comisión directiva, en uso de facultades estatutarias, sancionó las necesarias modificaciones del reglamento interno para asegurar el debido funcionamiento de los dos órganos, el técnico y el administrativo, por intermedio de los cuales ejerce el gobierno de la entidad. Dicho reglamento interno, aparte de especificar las funciones propias de gerencia y dirección técnica, estableció, asimismo, el principio del concurso abierto para la designación de los médicos que debían ocupar cargos en el Hospital Español, organizando, además, el sistema disciplinario a que quedaba sometido el personal técnico y administrativo, sistema que, posteriormente, y con el objeto de proporcionar las mayores garantías a los imputados, resolvióse perfeccionar con la actuación de una subcomisión de sumarios, integrada, según los casos, aparte del presidente de la institución y dos vocales de la comisión directiva, con la presencia del gerente y/o el director médico de turno, si se tratase de sumarios instruidos a empleados administrativos o técnicos y profesionales respectivamente.

El reglamento interno de referencia –agregan los dirigentes– provocó inmediata resistencia en el cuerpo médico –no obstante haber sido proyectado y sancionado con la intervención y asesoramiento del Consejo Médico– contra el principio del concurso abierto para la designación de los cargos profesionales, con el mal entendido propósito de cerrar el

ingreso al Hospital a todo profesional de afuera, so pretexto del derecho de la carrera médico-hospitalaria interna, lo que, en concepto de las autoridades de la comisión, importa oponerse lisa y llanamente a todo intento de mejoramiento científico de la institución.

Un sumario

Pero la mayor resistencia del cuerpo médico de la institución –prosigue la declaración– fue provocada por el procedimiento disciplinario dispuesto en el aludido reglamento interno y resoluciones complementarias de la comisión directiva, posición que llegó a traducirse en una oposición evidente a la investigación y contralor de los hechos en que estuviesen involucrados profesionales, llegando hasta considerar discutibles las facultades de la presidencia y por ende, de la comisión para disponer y realizar un sumario a un médico. En efecto, la presidencia de la institución, en conocimiento de un hecho, *prima facie* grave, en que aparecía dudosa la posición de un facultativo, dispuso, en uso de sus facultades estatutarias y reglamentarias, la instrucción del correspondiente sumario, integrándose la subcomisión respectiva con el presidente, un vocal y el director médico en turno, para la audiencia de la denuncia efectuada. En esas circunstancias y no obstante haber tomado intervención de hecho el director médico en turno, éste se retiró durante la misma. Dos días después el mencionado director médico, elevó su renuncia a dicho cargo en la que dice: “Respecto las atribuciones del señor presidente de convocar a la subcomisión de Sumarios ante el conocimiento de un hecho que cree debe investigarse; pero tengo noción de la jerarquía del Consejo Médico. Cuando no se pueden adecuar una con otra, se crea un conflicto de conciencia cuyo tratamiento lógico y racional es dejar las posiciones a alguien más capacitado, con virtudes que sepan aunar los poderes”.

Por su parte, elevó también su renuncia, en solidaridad con la del director médico en turno, otro de los directores, y estando en uso de licencia el tercero que integraba el Consejo Médico, planteose para el Hospital una situación que podía traducirse en acefalía de su dirección técnica. Reunida la comisión directiva, resolvióse solicitar a los renunciantes el retiro de sus dimisiones, considerando que no existe motivo valedero para las mismas. La respuesta fue un telegrama en el que invocándose una asamblea de la agremiación interna, se emplazó a la comisión directiva para que en 24 horas indique la autoridad técnica a quien debía entregarse la

dirección del Hospital. Cabe señalar que mientras se presentan estas renunciaciones y se tramita su retiro y sobreviene el emplazamiento referido, el médico sometido a sumario habíase negado a efectuar su descargo ante la subcomisión de sumarios, considerando que la ausencia del director médico en turno en dicha subcomisión lo inhibía para ello.

Grave problema

Ante la gravedad planteada, la comisión directiva se vio en la necesidad de buscar un director técnico que se solidarizó con los renunciados. Luego de algunas gestiones directas, consiguióse el nombramiento de un director, para evitar la acefalia técnica del hospital.

Mientras tanto, uno de los directores renunciados envió un telegrama a la comisión directiva expresando que se había dado conocimiento de la situación del hospital a la autoridad sanitaria provincial, no obstante estar informado, lo mismo que el otro director renunciado que ese mismo día la comisión directiva se reuniría, por haber ya resuelto el problema de la dirección técnica vacante, lo que pone en evidencia, a juicio de la comisión, el definido propósito de los renunciados y de la agremiación interna, de precipitar en toda forma la intervención del hospital por las autoridades estatales. Ante la urgencia derivada de tal actitud, la presidencia resolvió, ad referendum de la comisión directiva, poner en posesión de su cargo al nuevo director, doctor Jaime Oscar de Barrio, cuyo nombre se había mantenido en reserva hasta ese momento. En esas circunstancias, uno de los directores renunciados solicitó una aparte con el director interino para informarle que la agremiación interna del hospital había sancionado un voto de repudio para el profesional que aceptara el cargo. Esta incidencia motivó que el director provisional, no obstante aceptar el cargo, hiciera saber que sometería su conducta a un jurado de honor profesional. Dicha situación está documentada en nota suscripta por el director interino aceptante.

Intervención de la Agremiación Médica Platense

Teniendo conocimiento, además, la comisión directiva, de que el conflicto había trascendido de la agremiación interna de médicos del hospital al organismo sindical legalmente reconocido en La Plata, o sea la Agremiación Médica Platense y obrando una nota de la misma referente a la renovación del convenio de salarios, decidió mantener una

reunión con la misma, para aclarar al propio tiempo la realidad de los hechos ocurridos, evitando toda tergiversación. En la reunión celebrada surgió de la propia Agremiación Médica Platense la voluntad y el deseo de dar una solución al problema planteado. Por otra parte, el director provisional designado, que era miembro de la Agremiación, había sometido su conducta a esta. Tomo así mediación en el conflicto la referida organización sindical, la cual decidió que el director provisional no debía aceptar el cargo por considerar dicha aceptación inoportuna para el robustecimiento de la agremiación y subordinando la solución a la admisión de los tres puntos siguientes: designación de un nuevo director interino, reforma de los artículos de reglamento interno en lo relativo a facultades de la gerencia y faz sumarial, y reconocimiento de la agremiación médica interna del hospital. Frente a este planteamiento, la comisión directiva, previo levantamiento del voto del repudio sancionado contra el profesional que aceptara la dirección técnica, designo, en lugar del director provisional renunciante, al nuevo director interino propuesto por la Agremiación Médica local. Se hizo cargo así el Dr. Ricardo Reca, quien ejerció sus funciones durante tres meses aproximadamente, elevando su renuncia el 15 de abril de 1957 sin haberse podido lograr la armonía, al mantener la comisión directiva su propósito de no declinar sus facultades propias de contralor legal y administrativo.

Nuevo director

Continuaron expresando las autoridades entrevistadas que, a propuesta de la Agremiación Médica Platense, fue nombrado director interino su mismo presidente, Dr. Sabbione, quien se hallaba empapado de las alternativas del diferendo. En agosto de 1957, la citada agremiación, presento un petitorio de mejoras económicas, y al mismo tiempo, un proyecto de reglamentación interna para el personal técnico, y mantener la reglamentación vigente, la entidad gremial reitero en todos sus términos la primera propuesta, cuya escala de sueldos resultaba a la institución mutual imposible de satisfacer. Ante nuevas requisitorias de la Agremiación Médica, la comisión directiva hizo llegar a aquella las conclusiones que impedían la aceptación lisa y llana del petitorio, considerándolo inaceptable, particularmente en relación a la reglamentación presentada, ya que se establecía que la designación de director sería realizada de una terna propuesta por la asamblea de médicos del

hospital, vulnerándose los artículos del estatuto social que asignan tal atribución como propia de la comisión.

A una última ratificación de sus exigencias por parte de la Agremiación Médica, la comisión directiva del hospital hizo su presentación ante las autoridades de Trabajo y Previsión, exponiendo el problema y recabando su atención. Informose, asimismo, a la Federación de Entidades Mutualistas de la Provincia, estimando que “el problema constituye un ataque a la naturaleza misma de una entidad mutualista, ya que tiende a coartarle su gobierno y administración, lo que evidencia que las mutuales son vistas como enemigas de la profesión médica”.

Otra renuncia

A raíz de la renuncia presentada a su cargo por el director, Dr. Sab-bione, la comisión directiva ofreció la dirección técnica al Dr. Manuel Torres, quien renunció poco después de la publicación de estas mismas columnas de la solicitada formada por todos los médicos del Hospital Español. En respuesta a dicha solicitada, la comisión directiva dio a publicidad con fecha 26 de enero del corriente, una nota donde puntualiza los hechos acaecidos. Inmediatamente designo director al Dr. Grinfeld, quien renunció por considerarse afectado por la citada publicación. Así las cosas, en 31 del mismo mes, 52 médicos de la institución, incluyendo muchos ad honorem, elevaron un preaviso legal de renuncia colectiva, que se viene cumpliendo, tomando como base la solicitada de la comisión directiva. A esta renuncia adhirieron otros médicos con licencia o ausentes a medida que fueron incorporándose, con lo cual la casi totalidad de los médicos del hospital quedo en situación de renunciante al transcurrir los plazos legales. Requerido el dictamen de la Dirección de Personas Jurídicas de las autoridades de la entidad mutual, dicha dirección señalo que incumbía a la comisión directiva la designación del director y la reglamentación interna.

Gestiones ante el ministerio de Salud Pública

Se nos informó, asimismo, durante la entrevista mantenida con las autoridades de la comisión directiva del Hospital Español que en virtud del cariz tomado por los acontecimientos, informose de los mismos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, solicitando el patrocinio de un concurso bajo las normas de la carrera hospitalaria, a la vez que el

otorgamiento en caso necesario, de los servicios indispensables, solicitud sobre la cual no ha habido hasta el presente ninguna respuesta efectiva.

Aparte de estas gestiones, se han llevado a cabo otras ante personas y entidades representativas entre ellas la entrevista mantenida con el gobernador electo Dr. Oscar Alende, quien se interesó del problema y designó un futuro funcionario para interiorizarse de estado de cosas y posibilitar la solución definitiva.

Declaraciones del señor Raúl C. Zarate

El vicepresidente de la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia Hospital Español, Señor Raúl Cesar Zarate, nos manifestó respecto al problema de “todo lo actuado fue aprobado por los asociados en una asamblea efectuada el 16 de marzo, oportunidad en que se dio un voto de aplauso a las autoridades. Entendemos que no existe ningún conflicto con los médicos que fueran profesionales del Hospital Español, ya que por retiro voluntario han dejado de pertenecer a la institución. Ha llegado a tal punto la coerción puesta en práctica contra la entidad, que la institución de servicios de urgencia que habían accedido a prestar solución a los pedidos a domicilio solicitados desde el hospital, se han negado a ello con posterioridad al 16 ppdo. Se ha llegado al extremo de tener que hacer cumplir un auxilio mediante la fuerza pública. Lo que es verdaderamente lamentable es que el ministerio de Salud Pública no haya respondido a la solicitud de médicos de guardia y al patrocinio de un concurso, dejando librada a la buena suerte la atención médica de unos de los institutos hospitalarios más importantes de la provincia. Sería de temer cualquier accidente en el camino General Belgrano, como ha ocurrido en otros casos, y que se careciera de nuestro servicio de guardia”.

“Es inminente que en esta emergencia, médicos que se han hecho en nuestro hospital y que están bien conceptuados, personal y técnicamente por los socios y la comisión directiva, hayan hecho causa común en una solidaridad que no podemos comprender. No podemos, en efecto, comprender como los médicos han abandonado un servicio de bien público y la atención de más de 10.000 asociados. Ellos configuran una desconsideración que ningún gremio ha tenido hasta ahora, ya que es bien conocido que agrupaciones sindicales como Luz y fuerza, frigoríficos, etc, cuando estuvieron en conflictos, dejaron guardias para cubrir los servicios más esenciales. Solo los médicos han obrado así, y eso es

lamentable. Por otra parte queremos hacer resaltar el excelente comportamiento del personal compuesto por las enfermeras y empleados administrativos y de maestranza que en esta oportunidad han sabido mantenerse fieles a los intereses de la institución”.

Finalmente, dijo el Sr. Zarate: “Queremos hacer llegar la tranquilidad a la masa societaria. La solución del problema será resuelta a la brevedad y de acuerdo a los principios mutualistas que inspiran a la institución en beneficio de su patrimonio primordial: los socios”.

Presunto atentado

De acuerdo a los datos suministrados durante la visita realizada al Hospital Español registre en sus dependencias un accidente que por las condiciones que le acceden, presenta caracteres de atentado. En efecto, una conservadora de plasma apareció, inexplicablemente desenchufada, originando la pérdida de 20 litros del precioso elemento. Cabe destacar que el procedimiento de preparación de plasma es sumamente lento en tales aparatos y que la pérdida sufrida equivale aproximadamente a 200 litros de sangre, de lo que resulta la gravedad del hecho acontecido.

Servicios actuales

“Se nos informo, finalmente que los servicios técnicos de la Sociedad se han venido cumpliendo mediante una guardia permanente para casos de urgencia, habiéndose derivado la atención clínica y quirúrgica de los asociados a otras instituciones asistenciales. Por otra parte, se está procediendo a la reconstrucción de los servicios sobre la base de los profesionales inscriptos, por la que se espera culminar la tarea a corto plazo”.

Independientemente de hacer un análisis de la verdad (en el cual compartiríamos más el pensamiento de Nietzsche, para quien la verdad de los hechos depende más de su interpretación que de los hechos en sí mismos), con respecto al conflicto sostenido entre la Agremiación y el Hospital Español lo que sí está claro, y debemos tomarlo como una verdad, es la fuerza en la lucha gremial que tuvo nuestra Entidad. Evidentemente, la firmeza y el apoyo de los médicos demostraron que la unidad y las convicciones son indispensables para lograr el éxito en toda disputa gremial contra la patronal.

En el año 1958, ante la inminencia de las elecciones presidenciales, Perón pactó con Arturo Frondizi, candidato de la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), el apoyo de los peronistas a la candidatura presidencial de éste, a cambio de la devolución de la personería gremial a los sindicatos y del fin de la proscripción electoral del general y su movimiento. Frondizi obtuvo la presidencia, pero cumplió lo pactado sólo en parte (53).

A juicio del historiador Félix Luna, los apoyos que aseguraron el éxito de Frondizi fueron heterogéneos: peronistas (aconsejados por Perón, quien había llegado a un acuerdo con el candidato); católicos y nacionalistas (simpatizantes con la postura antidivorcista y de libre enseñanza defendida por el radical); y sectores de izquierda (atraídos por sus ideas progresistas). El 1 de mayo, el general Pedro Eugenio Aramburu entregó el mando al presidente elegido por sufragio el 23 de febrero de 1958, Arturo Frondizi (54). En su discurso presidencial del 1 de mayo resaltó:

La Nación Argentina inicia hoy un nuevo período constitucional que las circunstancias han convertido en comienzo de una nueva era. En lo profundo, este acto inicial está presidido por un ideal moral: la clara e inequívoca voluntad del reencuentro argentino y de reanudar el desarrollo nacional.

Continuaba: A partir de hoy gobernaré para todos los argentinos y reclamaré el concurso de cuantos comparten los anhelos del pueblo, cualquiera que sea su militancia política y sin otra condición que su honestidad y su capacidad. Abandono toda tarea partidista y declaro solemnemente que desde la Casa de Gobierno no se hará política de partido. Debemos terminar con el sectarismo y la intolerancia (55).

Discurso inaugural de Frondizi (55).

Su gobierno estuvo caracterizado por un viraje ideológico, inspirado por Rogelio Frigerio, hacia un tipo de desarrollismo menos impulsado desde el Estado y más orientado al desarrollo de la industria pesada, como consecuencia de la instalación de empresas multinacionales.

Su política sociolaboral, petrolera y educativa tuvo picos de alta conflictividad, con grandes manifestaciones y huelgas del movimiento obrero y del movimiento estudiantil, así como numerosos atentados contra el gobierno con fines políticos, en los que resultaron asesinadas 17 personas entre civiles y militares (56). En ese marco de manifestaciones y huelgas, el gobierno ejecutó el polémico Plan Conintes (Conmoción Interna del Estado), que ponía a los manifestantes bajo jurisdicción de los tribunales militares y prohibía las huelgas.

La política exterior de Frondizi buscó acercarse a la administración demócrata de Kennedy en los Estados Unidos, pero mantuvo una línea independiente e incluso llegó a oponerse a la exclusión de Cuba del sistema interamericano; poco después Frondizi llegó a reunirse en secreto con el Che Guevara (57). Además, por primera vez en la historia argentina se profundizaron las relaciones internacionales con países asiáticos, visitando Indonesia, India e Israel. También se pactaron acuerdos económicos con la Unión Soviética (58).

El gobierno de Frondizi estuvo muy restringido por la presión del poder militar (59), que le llegó a imponer los ministros de Economía liberales Álvaro Alsogaray y Roberto Alemann. Los nuevos contratos petroleros sumaron en conjunto doscientos millones de dólares, y gracias a éstos, en cuatro años la producción de petróleo se triplicó. Pero en septiembre los gremios de trabajadores petroleros declararon una huelga general, en repudio a los contratos petroleros que significaba, debido al giro ideológico del presidente argentino, una política entregadora del petróleo a las empresas extranjeras. El presidente decretó el estado de sitio, poniendo presos a peronistas sindicalistas; de hecho, se rompió el Pacto Frondizi-Perón (60).

Se establecieron numerosas industrias multinacionales, pero también se fundaron algunas argentinas, como la Siam Di Tella Automotores, cuyo primer automotor producido fue el Siam Di Tella 1500, del que se fabricaron 1.000 unidades en seis meses. Antes, Argentina debía importar automóviles para poder abastecer el mercado interno, pero luego, con todos estos logros de producción automotriz, se pudo abastecer ella misma en el mercado nacional de automóviles (61). La producción de la empresa Siam había aumentado también en otros sectores: un ejemplo

fue la producción de lavarropas, que pasó de 2.000 unidades al año a 38.000 unidades en 1958 (62).

También durante el gobierno de Frondizi, se sancionó la nueva Ley Sindical N° 14.455, que estableció un modelo sindical de libertad absoluta de creación de sindicatos por simple inscripción y atribución de la personería gremial al más representativo de todos, con el fin de unificar la representación obrera ante los empleadores, el gobierno y las organizaciones internacionales. La ley estableció también el reconocimiento de la figura del *delegado*, como representante sindical en el lugar del trabajo elegido por todos los trabajadores, disponiendo la prohibición de su despido sin autorización judicial (63).

Por su parte, la política educativa de Frondizi se caracterizó por la sanción de dos grandes leyes: la que aprobó el Estatuto del Docente y la que habilitó a las universidades privadas a emitir títulos profesionales. Esta última motivó una gran protesta estudiantil conocida como “Laica o libre” (64). El movimiento estudiantil organizado en la Federación Universitaria Argentina (FUA) se opuso de inmediato a la habilitación de las universidades privadas y organizó un plan de movilizaciones con apoyo de los sindicatos, los estudiantes secundarios y los partidos políticos de oposición. Fue una de las movilizaciones más grandes de la historia del movimiento estudiantil argentino. Los estudiantes defendían la bandera de la enseñanza laica, mientras que el gobierno y la Iglesia católica defendían la bandera de la enseñanza libre (64).

El 28 de agosto de 1958, los siete rectores de las siete universidades nacionales (entre ellos el hermano del presidente de la Nación, Risieri Frondizi) pidieron al Poder Ejecutivo Nacional la no concertación del decreto para universidades privadas, argumentando que era “para que no se viera alterada la vida institucional y académica del país”. Casi simultáneamente comenzaron las manifestaciones y actos de protesta, que primero se hicieron dentro de las facultades, y después se trasladaron a las calles. Para los laicos, Frondizi era un instrumento de la Iglesia: llegaron a quemar una efigie del presidente, cuya figura estaba representada vestida con una grotesca sotana clerical (64).

Inicialmente el gobierno de Frondizi derogó varios instrumentos de represión contra el peronismo y el movimiento obrero. En esa línea, el 26 de junio de 1958, el Congreso Nacional derogó el Decreto Ley 4161/56, sancionado por la dictadura para prohibir al peronismo, y sancionó una ley de amnistía que dejó en libertad a los miles de peronistas y sindicalistas encarcelados por la Revolución Libertadora. También derogó la Ley de Residencia N° 4144, dictada en 1902, que el sindicalismo argentino venía denunciando desde su misma sanción (64).

En 1958, el 14 de noviembre, a poco de asumir como presidente de la Nación, Arturo Frondizi dictó el Decreto secreto 9880/1958, que le permitía declarar el “Estado Conintes” (Conmoción Interna del Estado), que ya había sido utilizado el 16 de septiembre de 1955 por un decreto suscripto por Juan Domingo Perón (65), restringiendo la vigencia de los derechos y garantías constitucionales y habilitando la militarización de la sociedad y la declaración del estado de sitio (66).

El Plan Conintes de Frondizi permitía declarar zonas militarizadas a los principales centros o ciudades industriales como La Plata, y autorizaba a las Fuerzas Armadas a realizar allanamientos y detenciones (en las cuales se interrogaban a sindicalistas y peronistas), sin cumplir las normas constitucionales. Además, durante el “Estado Conintes” se declararon ilegales las huelgas y manifestaciones (64).

En cuanto a las huelgas más significativas que se realizaron en 1958 durante el gobierno de Frondizi figura la huelga médica llamada la “huelga grande” (67), que se prolongó durante 70 días y que se transformó en el conflicto más extenso y generalizado de la historia del gremialismo médico (68). Nada mejor que transcribir la narración cronológica y los pormenores que la motivaron, tomados del exhaustivo trabajo de investigación de Enrique Visillac (68):

En julio de 1958, a raíz de que las autoridades de la Unión de Obreros y Empleados del Transporte (UTA) resolvieron dejar cesante al director de la Mutualidad de este sindicato y con él a setenta profesionales más, las organizaciones gremiales médicas de todo el país, agrupadas en la Confederación Médica de la República Argentina, decidieron convocar

a un paro nacional por tiempo indeterminado. Finalmente, la huelga se prolongó durante setenta días y se transformó en el conflicto más extenso y generalizado de la historia del gremialismo médico argentino. La actuación de la Asociación de Médicos Municipales (AMM) fue decisiva en la organización de la lucha de los médicos del país.

Cronología de la huelga

Una retrospectiva sobre el conflicto plantea un interrogante: ¿se trató de un movimiento gremial o fue un enfrentamiento político? Extraña que un problema concreto desatara un tan extendido conflicto a nivel nacional.

En primer lugar, la huelga evidenció la siempre conflictiva relación entre los médicos y las mutualidades. En segundo lugar, derrocado Perón, comenzaron a denunciarse cesantías sin sumario previo en diferentes mutualidades. Pero el detonante de la huelga fue la cesantía de Carlos de Dios como director de la mutualidad de la UTA, propuesto por la Asociación Médica de esa Mutualidad y nombrado durante la intervención del gremio. Al asumir Frondizi, cesó la intervención y De Dios fue reemplazado por su predecesor, el Dr. Croquet, nombrado por la UTA.

Los médicos resolvieron convocar a un paro y desoyeron la intimidación del gremio del Transporte, por lo cual se cesantearon a setenta médicos más e incluso algunos colegas fueron agredidos en las guardias. La Asociación Médica solicitó nuevamente la intervención, pero la Dirección de Mutualidades rechazó el pedido.

El paro fue declarado el 4 de julio por tiempo indeterminado, hasta que se lograra la reincorporación del Dr. Dios pero la participación del presidente Frondizi postergó su inicio. Finalmente el 10 de ese mes comenzó la medida de fuerza. El 1° de agosto un Consejo Federal de la Comra decidió extender el paro a todo el país y el 4 se suspendió toda asistencia en hospitales privados, de colectividad, de beneficencia, mutualidades y servicios sociales. El 13 se levantó el paro en todo el país, excepto en la Capital Federal. La AMM profundizó sus diferencias con la Comra. Hacia el 30 de agosto se anunciaron nuevas cesantías de médicos que se desempeñaban en otros gremios (jaboneros, textiles, metalúrgicos) y ante esta situación, la Comra resolvió sumarse nuevamente a la lucha, por lo que la huelga volvió a extenderse a todo el país.

El 3 de septiembre el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires resolvió apoyar la huelga médica y

declaró su estado de alerta permanente. El 13 de ese mes, luego de más de dos meses de intensas tratativas, gracias a la participación de las 62 Organizaciones, que obligó a los gremios textil, metalúrgico y de jaboneros a reincorporar a los médicos cesanteados, se levantó la huelga.

Balance de la lucha

Algunos autores afirman que la huelga médica fue parte de la oposición social al peronismo, basado fundamentalmente en la amenaza que representó para los no peronistas el acuerdo Perón-Frondizi.

Después de la huelga, el gremialismo médico perdió fuerza como proyección de poder y se limitó a la defensa del médico. Esto provocó fracturas en el interior del gremio. Como resultado positivo de la huelga, se logró la promulgación de la ley de estabilidad de los profesionales en el arte de curar (sumario previo) y la ley 14778/58 que resolvió el problema de las incompatibilidades, que por entonces se habían tornado un tema difícil: la única incompatibilidad aceptada fue la horaria.

De todos modos, como señala Visillac (67): “La huelga médica de 1958 fue clave para afianzar la unión gremial de los médicos y medir su fuerza para impedir la reincorporación de profesionales cesanteados durante la Revolución Libertadora y exigir mejores condiciones laborales. La federación logró que se diera respuesta a todos sus reclamos”. Este hecho permitió consolidar lo que sostenían las entidades gremiales médicas acerca de la importancia de la agremiación como arma fundamental para defender las condiciones de trabajo del médico y su ética profesional (67).

Ahora bien, veamos qué repercusión tuvo esta huelga médica en el seno de la Agremiación Médica Platense.

El día 4 de julio de 1958 (acta 220) en el local del Instituto Médico Platense y estando presentes los miembros del Consejo Directivo se efectuó una reunión extraordinaria. El Dr. Sabbione informó que el motivo de la reunión era la huelga decretada por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Reseñó los motivos que llevaron a huelga a la Federación Médica Gremial de la Capital Federal, a la que adhirió la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

Luego de un amplio debate, el CD de la AMP resolvió por unanimidad lo siguiente:

1) Declarar que debe reconocerse en total su amplitud el derecho a la representación gremial de los médicos en defensa de éstos en su trabajo profesional, y desvincularse de toda cuestión de otro orden.

2) Que en apoyo de este principio dispone la aplicación de la huelga médica en los partidos de La Plata, Ensenada y Berisso, cumpliendo con lo resuelto en tal sentido por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y Confederación Médica de la República Argentina.

3) Señalar que la Agremiación Médica Platense desea análoga consideración para los siguientes problemas semejantes, en cuya defensa ha actuado firmemente ante las autoridades oficiales y gremiales correspondientes:

a) Impugnación indebida por parte de las autoridades oficiales provinciales a la mayoría de los médicos del Instituto General San Martín.

b) Separación sin causa verdadera de un médico del Dispensario de Piel, filial La Plata del Patronato de Leprosos.

c) Situación aún no resuelta favorablemente en el Hospital Español, donde la totalidad de los profesionales debió renunciar en forma colectiva ante el agravio público por parte de las autoridades de su Consejo Directivo.

d) Grave medida de desjerarquización tomada contra un funcionario médico por el ex Director de Menores de la Provincia, sin causa debidamente sustanciada con sumario administrativo.

e) Trámite irregular en el concurso para proveer la dirección del Hospital Neuropsiquiátrico de Melchor Romero, donde el jurado técnico de las autoridades oficiales anteriores eliminó indebidamente a cuatro médicos, actuando al margen de la reglamentación correspondiente.

4) Declarar como firme deseo de la Agremiación Médica Platense que aspira a que toda medida de esta naturaleza se aplique con la mayor

meditación, cuidando de lesionar en la menor medida de lo posible a la población en general.

El Consejo Directivo de la entidad comunicó las siguientes normas:

1) Atención exclusivamente de los casos debidamente justificados, de urgencia en los consultorios privados y a domicilio.

2) No concurrencia a ningún establecimiento ya sea asistencial o administrativo, oficial o privado, con excepción de los servicios de guardia correspondientes.

3) La población en general que necesite asistencia médica de urgencia podrá concurrir a los consultorios privados en forma gratuita.

El día 11 de julio (acta 222) se efectuó una reunión extraordinaria para tratar problemas atinentes a la huelga. Se resuelve lo siguiente:

Los médicos de Policía cumplen con las normas dadas para la huelga en la misma forma que los demás colegas.

La próxima asamblea tendrá lugar el domingo 13 a las 8:00 en primera citación y a las 9:00 en segunda.

Designación de un comité de huelga integrado por los Dres. Machado, Ponce, Del Corso, Pérez de Vargas y Antonini.

1) Publicación de los diarios que destaque la unidad y solidaridad que existe en el movimiento de la huelga.

2) Recordar las normas fundamentales. Destacar que en caso de cesantía de los médicos que cubren los Servicios Oficiales estos deberán continuar prestando su colaboración, ya que en caso contrario, gran parte de la población podría quedar sin asistencia médica. Insistir que no es una huelga política, aclarar que la asistencia de médicos en el Hospital de Niños e Instituto del Tórax es la mínima dispuesta por la Agremiación.

El día 15 de julio (acta 223) también se siguió con el tema de la huelga. Se recibió un telegrama de la Federación Médica de la Provincia, que convocaba a Asamblea General para tratar la huelga médica. Por su parte, la Federación Gremial de la Capital Federal apoyaba al movimiento, pero lo que la Agremiación reclamaba era reciprocidad de esa Entidad para el conflicto que mantenía con el Hospital Español.

El día 22 de julio (acta 224) se realizó la Asamblea Ordinaria, donde se nombró la Comisión, que proyectaría la reforma estatutaria por presentarse en la IX Reunión Gremial de Bahía Blanca. Seguidamente se procedió a la renovación parcial de autoridades del Consejo Directivo de la Federación, de la que resultó electo como vicepresidente el Dr. Ricardo Sabbione.

Inmediatamente después de finalizar la Asamblea Ordinaria, ya descripta, se inició la Asamblea Extraordinaria convocada para tratar la posición de la Federación Médica de la Provincia frente al conflicto que mantenía la Federación Médico Gremial de la Capital Federal con la UTA (Unión Tranviarios Automotor). Luego de un largo debate se aprobó por unanimidad la siguiente resolución:

1) Expresar la solidaridad de la asamblea con la Federación Médica Gremial de la Capital Federal.

2) Pedir a la Confederación Médica de la República Argentina que reitere las gestiones necesarias para lograr que se cumpla el convenio suscripto con la UTA.

3) Disponer la intervención activa de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires para solucionar el conflicto, propiciando una urgente reunión del Consejo Federal.

4) A los fines anteriores, solicitar la intervención del Sr. gobernador de la provincia de Buenos Aires.

5) Aconsejar la aplicación de sanciones a aquellos colegas que actúen al margen o en contra del movimiento gremial.

6) En caso de fracaso de estas tratativas, propiciar movimientos de protesta nacionales progresivos y periódicos.

El día 5 de agosto (acta 226) se recibió una nota del decano y del secretario de la Facultad de Ciencias Médicas de la ciudad de La Plata en adhesión a la huelga. Se recibió también una comunicación de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires en la que solicitaba:

1) Nombramiento de dos delegados gremiales para integrar, en cada distrito, comisiones empadronadoras para poner en marcha la colegiación médica.

2) La creación de una comisión de enlace para las relaciones que la Agremiación debe mantener con la Federación Médica.

3) Que se transcriban las normas a seguir en la huelga.

También se hizo presente una delegación del Centro de Estudiantes de Medicina, a fin de solicitar información respecto a la huelga. Sabbione informó que la Subcomisión designada por la Federación Médica, para entender en el problema del Hospital Español, había enviado un telegrama a 24 médicos, invitándolos a una reunión que se realizaría en el Círculo Médico de Avellaneda, para ofrecerles la última oportunidad de rectificar su conducta. En caso contrario, se tomarían las medidas correspondientes.

Como podemos observar, la Agremiación Médica Platense dedicó varias reuniones al tema de la huelga médica y no sólo adhirió a ésta, sino que tuvo una participación activa y convocante.

En lo que restaba del año 1958 la Agremiación tenía que abocarse a tres temas fundamentales: 1) la necesidad de conseguir y adquirir la casa propia, 2) la solución del conflicto con el Hospital Español, y 3) la relación y el convenio con IOMA. En julio y agosto se trataron esos temas:

1) Con respecto a la casa propia, el Dr. Del Corro puso a consideración la necesidad y urgencia de adquirir un local o casa para la Agremiación y el planeamiento necesario para llevarla a cabo. Sabbione aprobó y se designó una comisión integrada por los Dres. Del Corro, Mudrolo, De Barrio, Ringuelet y Gayoso. Se dispuso solicitar el local de la Sociedad Médica para el viernes 18 del corriente mes de agosto a las 20, a los efectos de poder realizar la Asamblea Extraordinaria. Días después el propio Dr. Del Corro, integrante de la subcomisión que se había designado para estudiar la posibilidad de adquirir un inmueble, informó que, de todo lo que habían visto, lo que consideraban más aconsejable era una propiedad sita en la calle 50 entre 1 y 2. Se designó a los Dres. Del Corro, Molina, Sabbione, Pérez Nuñez y De Barrio para que entrevistaran al vendedor de dicha propiedad e iniciaran las primeras tratativas, siempre ad referendum de lo que resolviera la asamblea.

2) Del conflicto con la Asociación Española de Socorros Mutuos y Beneficencia. Tratase el problema del Hospital Español, expidiéndose el Ministerio sobre iniciar los pasos de probable intervención, conmiéndolo con un plazo aproximado de 5 (cinco) días corridos para poner al hospital en condiciones. “El Sr. Ministro solicitó una entrevista para el día 9 de julio a las 18:00 en su domicilio particular. Sabbione afirmó que estaban en la lucha de la defensa gremial de 52 médicos del Hospital Español, frente a la Comisión Directiva o quien fuera que pasara a ser patrón”. Respecto a la observación de que el cierre del Hospital podría dejar sin asistencia a los socios, se propuso que los 52 médicos atendieran en sus domicilios a los pacientes, y en caso de internaciones o intervenciones, el Sr. inistro, en lugar de llevar médicos oficiales al Español, resolvió que los pacientes fueran trasladados a los servicios oficiales.

3) Con relación al IOMA, el Dr. Bravi, su director, se hizo presente en la reunión informando que era su deseo que hubiera representación gremial médica en el Consejo Asesor de esa Institución, pero que en el momento actual no era posible, pues la ley lo impedía. Presentó luego una nota para ser enviada a todos los médicos adheridos al IOMA, en la que se comunicaba que esa entidad abonaría solamente aranceles de consultorio que no sobrepasaran los tres enfermos por hora, considerando que 20 minutos era el mínimo de tiempo que debía dispensar cada médico a su paciente para un correcto examen.

El día 2 de septiembre se realizó la Asamblea Ordinaria, donde se aprobó memoria y balance anual y se eligieron las nuevas autoridades; el 9 de septiembre (acta 230) quedó constituido el Consejo Directivo de la siguiente manera:

- Presidente: Dr. Ricardo Sabbione
- Vicepresidente: Dr. Ismael Martínez Pintos
- Secretario General: Dr. Isaac Pérez Núñez
- Secretario de Actas: Dr. Alberto Agosti.
- Tesorero: Dr. Rubén Durán
- Protesorero: Dr. Angel De Barrio

- Vocales titulares: Dres. Luis Touceda, Jorge Castellano, Martín Vucetich, Ariel Etchavarría, Omar Molina
- Vocales suplentes: Dres. Armando Lara, Eduardo Del Corro, Angel Resua y Arístides Mezzadri
- Revisores de cuentas titulares: Dres. Alfonso Eiras y Fernando D'Amelio
- Revisor suplente: Dr. Carlos Gayoso

En la misma reunión, el Dr. Pérez Nuñez hizo moción concreta para el nombramiento de un secretario administrativo, ya que el volumen del movimiento y la imperiosa necesidad de labor informativa exigían contar con un empleado administrativo que cumpliera horarios. El Dr. Durán planteó también la conveniencia de retribuir el trabajo de un contador. Se resolvió por unanimidad designar un secretario administrativo, dejando para un futuro próximo la consideración de otros colaboradores.

Parece increíble, pero es real: la Agremiación Médica Platense pudo cumplir su labor institucional, desde sus inicios en 1941, durante más de 17 años sin ningún empleado administrativo.

En la reunión del 30 de septiembre (acta 233) el presidente de la AMP, Dr. Sabbione, informó de la presencia del Sr. Héctor Julianez, propuesto por el Dr. Agosti, para desempeñar tareas administrativas. Al considerar sus condiciones personales, hubo acuerdo en reconocerlo así y se decidió asignarle una retribución de \$500, por el momento en concepto de viáticos. La fijación de sueldo y funciones habrían de establecerse definitivamente cuando se organizara la secretaría administrativa.

El día 7 de octubre (acta 234) el Dr. Sabbione informó que se había elevado al Ministerio la nómina de delegados de la Federación para realizar las tareas de empadronamiento, previo a la constitución del Colegio Médico, creado por ley. A continuación se aceptó el presupuesto para la impresión de los bonos de contribución pro casa propia, que importaba la suma de \$500. Se invitó a los miembros del CD a concurrir a la visita de la casa de 43 e/ 6 y 7, en negociaciones para ser adquirida.

Se resolvió además una publicación en la prensa local, para comunicar a los afiliados que podían inscribirse para aspirar a los automóviles,

cuya adquisición estaba gestionando la Agrupación, al precio de 3.741 dólares americanos, a pagar con facilidades.

En la reunión del 14 de octubre (acta 235) los Dres. Sabbione, Del Corro, Agosti y el señor Julianez relataron las alternativas en los tratos de adquisición de la propiedad de la calle 43 entre 6 y 7. Luego de haber examinado la casa, cerrado trato verbal por la suma de \$900.000 y haber convenido con el representante y un familiar responsable que la operación se concretaría 48 horas después (con el pago de una seña y la firma de una promesa de compra), el presidente fue informado por el martillero dos días después que la operación no sería factible por esa suma, ya que el propietario exigía ahora \$1.200.000. Frente a lo injustificado de la demanda y a la violación de la palabra dada, se resolvió dar por terminada la gestión, examinando nuevas propuestas.

En la misma sesión se trató el tema de que el Dr. Bravi, en su carácter de director del IOMA, requirió informes sobre la viabilidad de adoptar medidas contra algunos colegas, que, por actitudes valoradas incorrectas por el Instituto, habían sido eliminados de los registros. Del debate surgió la convicción de que únicamente el Colegio Médico de la Provincia, creado por ley, tenía fuerza para ejercer el indispensable control y la aplicación de sanciones. De ahí la necesidad de activar en lo posible su puesta en marcha.

El día 21 de octubre (acta 236) se analizó el planteamiento de acrecentar los sueldos fijados por la carrera médico-hospitalaria, que fue consecutivamente discutido, y se llegó a un acuerdo en fijar para cada categoría una retribución móvil correspondiente al 100 %, 150 % y 200 % de aumento sobre el sueldo mínimo de la Administración; como este último sería fijado en \$2.200, los haberes respectivos serían de \$4.400, \$5.500 y \$6.600 mensuales. Además, entre los nuevos socios se incorporaron los Dres. Roberto Manuel Cifardo y Alberto Leonardo Poli.

En la sesión del 12 de noviembre (acta 239) el Dr. Sabbione informó al Consejo Directivo sobre tres aspectos sumamente importantes, que resumiremos a continuación:

- a) El Presidente informa de la reunión celebrada en Buenos Aires con miembros de la Federación de la Provincia, Federación

Médica de la Capital y Mesa Directiva de la Confederación Médica de la R.A., para considerar la situación del H. Español de La Plata y la conducta a adoptar con los colegas que, violando las normas gremiales, se desempeñan en ese nosocomio. Después de una detallada enumeración de los hechos, corroborada por la documentación exhibida, que estuvo a cargo de los Dres. Sabbione y Pérez Núñez, los delegados tuvieron la satisfacción de recibir el elogio de los presentes por la forma cautelosa y firme con que fueron llevadas las actuaciones. Frente a las razones esgrimidas, se considera que ha llegado el momento de proscribir al H. Español de La Plata, declarándolo hospital sancionado, para que no pueda actuar ningún médico de la República Argentina mientras se mantenga el conflicto. Con respecto a los médicos actuantes, se resuelve comunicarles en breve plazo a adoptar una conducta gremial, adhiriendo a las decisiones del Consejo Directivo bajo pena de aplicarse sanciones válidas para todo el territorio de la Nación.

b) El Presidente informa también sobre las noticias de la detención por parte de la Policía Federal del socio de esta Entidad, Dr. Oscar Colombo, quien desempeña además el cargo de Presidente de la Agremiación Médica de Berisso. La mesa directiva, en uso de sus atribuciones, ha dirigido un telegrama al gobernador de la provincia, protestando enérgicamente y solicitando su intervención urgente para obtener la libertad del colega. El Dr. Agosti hace referencia a una gestión similar ante el Ministerio del Interior, realizada por la Agremiación de Berisso, dejando además constancia de que asume la responsabilidad de afirmar la prescindencia política actual del Dr. Colombo, así como también sus condiciones morales y conducta personal.

c) El Presidente informa de la aceptación por parte del IOMA del planteamiento formulado por esta Agremiación y la Federación de la Prov. de Bs.As. sobre libre elección del médico, aranceles fijados por la Federación y contrato de trabajo a través de las organizaciones gremiales a partir del 1° de enero de 1959. Con este motivo se exterioriza una vez más la imprescindible e imposterable necesidad de adquirir una propiedad para el desarrollo de

las actividades vinculadas con esos contratos. Asimismo se recaba de los presentes información sobre la colocación de bonos pro casa propia, siendo unánime la expresión de que ha tenido buena acogida, lo que augura un amplio éxito.

En este sentido, sobre la necesidad de la casa propia, el 9 de diciembre (acta 241) el Dr. Pérez Núñez informó sobre entrevistas mantenidas para finiquitar la adquisición de la casa de la calle 6 entre 55 y 56 en la suma total de \$1.875.000, habiéndose firmado ya un boleto provisorio con entrega de \$100.000. El día 27 de diciembre próximo a las 14:00 se firmaría con el CD en pleno el boleto de compra-venta, en cuyo acto se completaría la cantidad de \$250.000. La entrega del inmueble, en un plazo cercano a los 90 días, sería contra el pago de \$350.000. La escritura de traslación del bien inmueble, debería firmarse antes del día 20 de septiembre de 1959, entregándose en ese acto \$400.000 más, es decir que se habría completado la suma de un millón de pesos. El saldo de \$875.000 quedaría en hipoteca a favor del actual propietario, devengando un interés anual del 12 %, pagadero trimestralmente, comprometiéndose a desgravar la propiedad en un plazo de dos años, amortizando no menos del 50 % anual. El Dr. Touceda dejó constancia de su oposición a la referida operación de compra, entendiéndose que escapaba a las posibilidades económicas de la Agremiación. El Dr. Pérez Núñez propuso que se autorizara la emisión de otro millar de bonos pro casa propia, en la seguridad de que fuera posible su colocación, para así solventar la adquisición. Se aprobó por unanimidad.

Si bien la gran mayoría del Consejo Directivo estuvo de acuerdo con la compra de la casa propia y las condiciones y forma de pago, hubo algunas voces disidentes como el caso del Dr. Luis Touceda. En efecto, el 23 de diciembre (acta 243), el Dr. Touceda presentó la renuncia al cargo de vocal del CD. El Dr. De Barrio sostuvo a este respecto que era una posición moral del Dr. Touceda, justificado ya que no podía firmar el boleto de compra de una operación que consideraba impracticable, dejando constancia expresa en acta anterior. Opinó que si se le liberase de dicho compromiso, desaparecería la causa del conflicto moral.

El Dr. Sabbione fijó su posición, sustentando la tesis de que la integridad del cuerpo requería acatar las decisiones de la mayoría, ya que

de otra manera, en situación similar, estarían colocados todos y cada uno de sus miembros en su oportunidad. Por otra parte, el hecho de que el Dr. Touceda firmara el boleto de compra no lo obligaba en absoluto, ni moral ni económicamente, sobre todo habiendo dejado a salvo anteriormente su oposición. El Dr. Castellano y Agosti apoyaban el mismo criterio. El Dr. Durán opinó que podía postergarse la consideración de la renuncia y propuso que se designara una comisión encargada de entrevistarlo y convencerlo de la necesidad de que el núcleo directorio se mantenga unido, sin discrepancias. Se aprobó el temperamento, haciéndose elogios de las condiciones de laboriosidad y criterio gremial que revelaba siempre el Dr. Touceda.

Entendiendo que además de conocer los temas médicos gremiales que trataba la Agremiación era indispensable también saber qué pensaban y sentían los médicos de esa época, inmersos en otra problemática social y con los avatares cotidianos de la profesión, hemos elegido reproducir en forma resumida un artículo paradigmático de ese entonces: “Consideraciones sobre la sociedad, la medicina y el médico”, de Ítalo Elena (69).

1) Fundamentos del Ensayo: El médico argentino vive y trabaja angustiado.

De los muchos motivos de su angustia, los más permanentes surgen de la situación crítica de la práctica médica.

A medida que la medicina progresa, como ciencia y como técnica, se acentúa sensiblemente la divergencia entre lo mucho que podría hacerse en beneficio de la salud, utilizando el enriquecimiento de medios que su adelanto provee, y lo poco que realmente se hace. Esta progresiva contradicción permite aseverar que la práctica médica padece una crisis crónica, nacida de su limitada posibilidad de cumplir con su objetivo: la adecuada atención de la salud del pueblo.

La comprensión de este hecho induce en el espíritu médico un fondo permanente de frustración.

Por sobre ello y debido ya sea a cambios de orientación de la práctica asistencial surgidos de replanteos científicos o técnicos, o bien, con mayor intensidad y frecuencia, debido a momentos particulares de la

situación económico-social del medio en que actúa, aquella crisis se agudiza.

Entonces el fracaso de la práctica médica se manifiesta en la dificultad para obtener, por parte del profesional, los recursos necesarios para proveer por sí al bienestar material propio y al de los suyos.

En tales condiciones ya no puede gozar de la necesaria independencia económica que, además de liberar su delicada tarea de las preocupaciones emergentes de la necesidad, le es indispensable para su permanente capacitación.

La frustración se siente entonces con acentuada angustia, y la falta de claras perspectivas la aumenta y profundiza, originando frecuentes actitudes desconcertadas que lo desvían aún más de su quehacer específico, o lo desvirtúan, o lo pervierten.

Nuestra práctica se halla en uno de estos momentos de crisis que se agudiza peligrosamente.

2) La Sociedad, el derecho a la Salud y la Medicina.

Debe entenderse siempre que lo social es dinámico por excelencia, por eso dice Simmel que “lo social es siempre un proceso”.

Algunos de estos fenómenos, por su generalización y su tendencia normativa, alcanzan el valor de exigencia colectiva: son los derechos sociales. Entre ellos, en primerísimo lugar, el derecho a la salud y asistencia de la enfermedad.

Esa necesidad, que es tan vieja como el hombre, ha adquirido el reconocimiento de las instituciones sociales como derecho colectivo. Así queda expresamente enunciado en la

“Declaración Universal de Derechos Humanos”, proclamada por las Naciones Unidas: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica”.

La necesidad social del cuidado de la salud tiende a ser satisfecha por las ciencias médicas, en su amplio sentido.

Pero he aquí que lo que pareciera relativamente simple: enfrentar todo lo que puede la ciencia médica como tal, con sus conocimientos de la etiología, patogenia y tratamiento de las enfermedades psico-físicas,

por un lado, y las necesidades sanitarias de un grupo social, por el otro, resulta en la realidad endiabladamente complicado.

Y corresponde que nos preocupemos de ver el por qué de tal complicación.

Existen por una parte, los enfermos con sus múltiples problemas y, por otra, la medicina con sus conocimientos, científicos, sus técnicas y su arte. Pero ambas cosas no se dan aisladas, sino en un medio social con sus características propias, que influencia a la vez a quienes son los encargados de aplicar esos conocimientos y técnicas y a los mismos enfermos, tanto como a su mutua relación.

Esto determina que exista un modo por el cual la medicina llega al enfermo. Modo que es complejo y variable, según el medio y la época, en relación con lo evolutivo de las ciencias médicas, y lo dinámicamente variable que es el medio social donde ellas se aplican.

Este “modo de aplicación” es lo que se llama corrientemente “práctica médica”.

En ella intervienen tanto los factores científicos médicos, las modalidades técnicas, etc, como los individuos que la profesan y los pacientes, ambos como entes sociales. E intervienen los factores originados en los distintos productos de relación inter-humana para contribuir a otorgarle caracteres especiales.

Por eso la práctica médica es compleja dada la interferencia de numerosos factores que, a su vez son complicados en sí mismos y por su inter-relación.

Una simple enumeración es suficiente para dar idea de al complicación: Formación cultural y científica del profesional (educación secundaria y universitaria); nivel cultural de la población; educación sanitaria; progresos científicos y modo y efectividad de la incorporación de esos conocimientos al técnico del arte de curar; posibilidad de utilizar los recurso técnicos necesarios para una asistencia correcta; posibilidad del médico de realizar su arte y técnica de acuerdo con su saber y conciencia; beneficios que obtiene el profesional sea para subvenir sus necesidades materiales, sea como progresiva capacitación; alcance de la acción médica para el pueblo; situación económica del pueblo, o parte de él, para subvenir por sí a su propia asistencia; problemas médicos sociales que escapan a la posibilidad de acción individual, etcétera, etcétera.

En todo ese complejo: medio social- medicina- médico- enfermo, se dan una serie de contradicciones cuyo análisis debemos ensayar.

Diremos entonces que la Universidad comienza por desconectarse de la realidad económico-social nacional y termina por no cumplir con su misión de formar adecuadamente los técnicos necesarios.

El Estado, alejado también del contacto popular, desconoce el derecho social a la salud y no cumple con uno de sus objetivos primordiales.

Otras instituciones oficiales aparentan otorgar una asistencia médica de muy limitados alcances en calidad y en número de beneficiados. O instituciones privadas desvirtúan la medicina por someterla a intereses comerciales.

De todo ello surge una primera contradicción fundamental: que la sociedad, que tiene en las ciencias médicas la salvaguarda de la salud de sus componentes, poco o nada hace para otorgarle la importancia que corresponde.

Importancia que debiera traducirse en planes sanitarios orgánicos adaptados a un conocimiento cabal de la realidad mórbida nacional, y en la provisión de medios económicos que sustentaran debidamente esos planes.

Consecuencia de esa primera contradicción es esta otra: que los progresos de la medicina no son aprovechados por todos los médicos ni, mucho menos, alcanzan en sus beneficios a todos los enfermos.

3) Situación Social del Médico.

Desde ya puede afirmarse que en la estructura actual de nuestra sociedad, el médico, que ejerce como el que más, una función social, no tiene de la sociedad respaldo alguno; ninguna defensa, más que aquella que, como luchador aislado, puede conseguir por sí mismo.

La falla social resulta de ese modo suicida por el doble motivo de no realizar nada orgánico para favorecer el progreso de la eficiencia médica y, por ende, descuidar la salud de los individuos que componen la sociedad.

Cuando se habla del médico es con referencia siempre a sus deberes, nunca a sus derechos y necesidades.

Siguen actuando los repetidos “slogans”: “la medicina es un sacerdocio”, “el médico por vocación debe ser sacrificado”, y generoso... y humilde... y desinteresado...

Se renuevan siempre, incluso en revistas médicas, artículos que tratan de cómo debe ser el médico, y en ellos sobran consejos, exigencias y hasta admoniciones. Nunca se leen artículos donde se hable claramente de cómo es el médico, qué necesidades tiene y cómo puede hacerse para satisfacerlas con el objeto de su mayor eficiencia social.

Es que se da el hecho cierto que el médico, que no maneja en su profesión mercancías, que debe ser desinteresado por principio, que no puede establecer diferencias de calidad o cantidad de trabajo para sus clientes, tengan éstos solvencia o no, debe, no obstante, vivir él y los suyos de lo obtenido con su profesión, que es cada vez menos.

Llegamos así a una contradicción de carácter crucial en nuestra práctica médica: la subsistencia y el bienestar del hogar del médico depende de su trabajo de “atender enfermos”. Si es en la práctica privada, atendidos en cantidad progresiva, no importa ni cómo ni a qué hora; de otra manera acumulando “puestos” de magra renta, o combinando la práctica privada con los puestos. Esto significa que cuanto más trabajo, necesario para el aumento de sus ingresos e imprescindible para lograr una seguridad social que, de otro modo, no tiene, menos tiempo le pertenece. Dejemos de lado lo que ello implica como disminución de sus posibilidades de extensión cultural; o de la privación de su presencia y conducta con el hogar. Hablemos, en cambio, de lo contradictorio que eso resulta frente a las exigencias mismas de la medicina, cuyos adelantos deben conocerse, y ante las estrictas necesidades clínicas que imponen un tiempo de dedicación al enfermo, cuya limitación siempre se traduce en perjuicios diagnósticos y terapéuticos

Y en este punto conviene que dediquemos algunas consideraciones al acto de recetar, que, junto con su actitud personal y lo que dice al enfermo, constituyen el trípode fundamental de la acción trascendente asistencial del médico.

Ubicado el médico con realismo en el diario trajín de su quehacer está siempre pendiente de la angustia de asir de alguna manera las novedades que la medicina provee en forma permanente. De ellas algunas son sustanciales, de fondo, pero las que más lo golpean a través de cartas,

secantes, folletos, visitadores, telegramas, etc., son las “novedades terapéuticas”.

El problema de la repercusión de ese hecho en la conducta médica es digno de un estudio especial. Aquí solo planteamos estas cuestiones: ¿hasta dónde nuestro sistema de vida y de práctica no nos hace dependientes de la interesada propaganda de productos farmacéuticos? ¿Cómo nos enteramos de los “milagros” de antibióticos, vitaminas, corticosteroides, atarácicos, etc., sino a través de los folletos de sus empresas comerciales? ¿Y dónde está el organismo o institución que asegure la veracidad científica de lo proclamado por los laboratorios? No existiendo éstos: ¿Disponemos de una autocrítica científica suficiente, y medios y tiempo adecuados para ensayar con objetividad esas “novedades”? ¿Hasta dónde no constituimos, con nuestra labor, meros instrumentos de los laboratorios farmacéuticos?

Estas cuestiones obligan a reconocer el carácter coercitivo de los fenómenos sociales, pues un hecho social, la propaganda médica de los laboratorios, se impone al médico a favor de la concurrencia de otros factores sociales que lo facilitan en una estructura propiciatoria.

Y así entendemos, en este preciso ejemplo, por qué dice Marañón: “Y la receta, que es donde culmina, en efecto, el interés social de la medicina, es donde, por lo común, la medicina pierde su dignidad de ciencia biológica”.

Desamparado en sus necesidades económicas, que lo hace dependiente de la administración nacional (implicaciones políticas) o de instituciones privadas comerciales (implicaciones técnicas y de limitación de su función social) o de la competencia en su práctica privada (implicaciones éticas), inadecuadamente preparado por la Universidad, su trabajoso autodidactismo lo hace dependiente de los conocimientos sumarios, seudo científicos o falsos, propagados insistentemente por la acción interesada de los comerciantes de medicamentos.

Su contacto permanente con la realidad social le hace ver, a veces sólo entrever, que existen causas sociales de enfermedad frente a las cuales su acción individual es impotente. Muchos se resignan ante ellas, con acre sabor de frustración, otros luchan abnegadamente en su limitada esfera de acción con pobres frutos; los muy pocos alcanzan, gracias al trabajo tesonero de toda una vida, a obtener cambios valederos en la orientación sanitaria social.

En esa situación social bosquejada, el médico vive el fracaso permanente de conocer que no está haciendo todo lo que la medicina actual le permitiría para todos sus enfermos.

La suma de esos factores de angustia lo precipitan en el desconcierto, con lo que se favorece el círculo vicioso: mayor desconcierto-mayor dependencia-mayor angustia.

Entonces no es de extrañar que se produzca lo que llamamos perversión de la práctica médica, por reducirse su acción a la simple receta de drogas y más drogas.

Perversión que es fruto de una estructura social que la condiciona y por una situación social del médico a todas luces precaria.

Perversión porque esa conducta implica el olvido, no sólo de los otros medios terapéuticos del objetivo médico primordial con el que realmente “culmina el interés social de la medicina”, cual es el de cuidar la salud; no el de tratar los enfermos.

El casi olvido de la medicina preventiva es una de las consecuencias más graves de esta serie de fenómenos médico-sociales que venimos analizando.

Todo lo expuesto justifica que hablemos de agudización creciente de la crisis de nuestra práctica médica. En su doble aspecto: en la eficiencia de su acción por la salud del pueblo y en la suficiencia por mantener al médico en un nivel justo de bienestar social. Y como se habla del médico resulta valedero para todo profesional del arte de curar.

4) Ubicación del problema-bases para su solución.

Las sociedades más desarrolladas son altamente institucionalizadas.

Las relaciones inter-humanas se traducen en productos que significan organización.

La organización en grupos sociales dentro de la comunidad, que tienen intereses comunes, es la forma espontánea de buscar nuevos niveles de convivencia.

El libre juego democrático de esas organizaciones sociales, con la lucha de intereses encontrados que trae aparejada, favorece el progreso social, por su propia gravitación en el medio: discusión de los problemas espe-

cíficos, exposición de necesidades, vituperio público de las injusticias, etcétera, y por la orientación que induce en la acción del Estado.

Los médicos, con su triple responsabilidad de miembros de una comunidad, profesionales que tienen intereses comunes y técnicos que entienden en la salud del pueblo, poseen en el camino de la organización profesional el procedimiento para iniciar la lucha por nuevos niveles de convivencia.

Sea cual fuere la teoría que se acepte sobre las causas de los cambios sociales, los técnicos de la salud: médicos, odontólogos, farmacéuticos, kinesiólogos, etc., deben ser los asesores naturales de todo cambio deliberado en lo que se refiere a la salud.

Sobre esto todos están de acuerdo, pero siempre falla la máquina que pone en movimiento los resortes por los que se pueda cumplir con las aspiraciones médicas, por interferencias que desvían el interés y la economía sociales por cauces de valor muy secundario al de la satisfacción del derecho a la salud.

Sólo los profesionales del arte de curar organizados en una institución democrática, pueden obtener que los cambios específicamente sanitarios se produzcan con carácter positivo por su influencia en el medio social. Así se concretará su acción trascendente social incorporándola a la dinámica de los cambios deliberados inducidos por la acción popular.

Por otra parte, el movimiento gremial médico argentino no es fruto de improvisaciones y tiene ya una historia que debe ser conocida.

Profesionales sensibles a la situación social del gremio y a las necesidades sanitarias del país, y avizores de un porvenir cada vez más angustioso, reconocieron la necesidad impostergable de aunar las inquietudes médicas en una organización que hiciese valer su voz en el ámbito nacional.

Y tiene la particular trascendencia este movimiento de bregar tanto por un mayor alcance de la medicina, con un mejor nivel técnico, para el pueblo, como por la misma situación personal y profesional del médico.

Puede comprobarse tal intención repasando las conclusiones y recomendaciones que los congresos médico-gremiales han votado a partir del primero realizado en Rosario en 1936 hasta el último (VI) efectuado en San Luis en abril de 1957.

Sólo se espera la vitalización creciente de este movimiento, con la afluencia y apoyo de todos los médicos del país, para que llegue a alcan-

zar la preponderancia lógica de su influencia en toda cuestión técnica, gremial, social que sea atingente a la sanidad nacional.

Cierta apatía individual que demuestran todavía un número importante de médicos constituye, a su vez, un fenómeno social digno de estudio.

Pero la conclusión de este ensayo tiende a ponerlos sobre aviso.

Las transformaciones sociales pueden hacerse sin la contribución de la familia médica organizada y entonces todo es posible en materia de improvisación, defectos e injusticias.

En ese caso la coerción de los hechos sociales se mostrara para perjuicio del pueblo en su derecho a la salud y del médico en su derecho al bienestar y a un nivel digno de la labor. Tal sucedería, por ejemplo, con la creación de una nueva institución social, como el seguro de salud, del que se habla actualmente, sin la debida participación y dirección médicas.

De otra manera, la activa y honesta brega por afianzar una organización que haga valer los fueros del derecho a la salud y de las reivindicaciones médicas puede lograr que la sociedad regulada, en lo nacional vuelque el interés justo hacia lo sanitario y las cosas médicas.

Esa actitud militante constituye una gran responsabilidad médica del momento, pero también, para quienes sepan comprenderlo, una real necesidad profesional para no quedar a la zaga de los cambios sociales.

1959

Al inicio del año 1959, la Agremiación Médica Platense contaba con 680 socios y poseía un efectivo de \$31.321,00, producto de lo recaudado el año anterior por las cuotas societarias.

Dado que aún no se contaba con la casa propia, el 13 de enero se acordó realizar gestiones para obtener en alquiler un local provisorio, con teléfono, para sede de la entidad, hasta que se produjera la posesión de la propiedad adquirida. En esa reunión el presidente pidió autorización, la que se acordó para la compra de una máquina de escribir Olivetti de 168 espacios en la suma de \$19.800, imprescindible para las tareas

administrativas, teniendo en cuenta el aumento extraordinario que sufrirían los precios con la nueva ordenación económica del país.

El 20 de enero, el Dr. Del Corro comunicó el resultado de sus gestiones para obtener un local provisorio para la Agremiación. Había obtenido la promesa formal del Centro de Fomento de la calle 12 para habilitar un espacio en su local y ponerlo a disposición de este Consejo Directivo. Se resolvió aceptar la propuesta, encomendando al Dr. Del Corro a finiquitar el acuerdo.

El 3 de febrero se recibió una nota del Centro de Fomento de la calle 12, accediendo ceder en alquiler parte del local de la calle 12 N° 1188, en la suma de \$1.100 mensuales con carácter temporario, hasta tanto se habilitara el local propio. Se resolvió aceptar la oferta por unanimidad. Allí funcionaría la sede provisorio de la Agremiación.

El 11 de febrero, la reunión se realizó en el local provisorio de la Agremiación Médica Platense. El Dr. Sabbione comunicó que a partir de la fecha, la labor informativa y de administración se llevaría a cabo en ese local, con el horario de 8 a 20, pudiendo recurrir los médicos a los efectos del trámite y evacuación de consultas. El local había sido alquilado transitoriamente hasta finiquitar la operación de compra de la casa propia. A este respecto, hizo mención de las obligaciones que restaban para tomar posesión de la casa, poniendo de relieve también la colaboración decidida de casi todos los colegas en el aporte del primer bono de mil pesos y la necesidad de una nueva contribución para solventar los gastos pendientes, cosa factible en esos momentos con el pago de las bonificaciones que se adeudaban por carrera hospitalaria, y cuya efectividad se había logrado luego de imperiosas gestiones del CD.

La Agremiación Médica Platense, al firmar el contrato con el IOMA por intermedio de la Federación, basado en esas normas, había resuelto retener el 5 % de las remuneraciones, en concepto de gastos administrativos, los que habrían de destinarse al pago de una oficina contable y a llevar a cabo iniciativas que alentaba desde hace tiempo el CD: 1) amparo al médico enfermo con un subsidio mensual que había sido fijado provisoriamente en \$5.000, 2) protección a la familia del médico fallecido con un seguro de vida, 3) cooperativa para los profesionales,

que incluyera beneficios tan importantes como material médico, vestimenta, zapatería, comestibles, repuestos para automotores, etc.

El Dr. Martínez Pintos trazó un paralelo entre el médico antiguo y el médico actual, con sus particularidades y sus posibilidades económicas, ampliamente favorables al médico de antes. Criticó la posición individualista, imposible de adoptar en esta época por las condiciones en que debía desarrollarse la profesión y por el avance de la nueva medicina, que exigía el trabajo en equipo. Además reveló cifras que demostraron que las mutuales no estaban en condiciones de remunerar el trabajo médico por la burocracia y otros servicios no esenciales, que insumían la mayor parte de sus ingresos.

El 17 de febrero, el presidente informó que el asesor letrado, Dr. Coquet, había sugerido la modificación de los estatutos a fin de adecuarlos a los requisitos exigidos por la Inspección de Personas Jurídicas. Se resolvió convocar a la Asamblea Extraordinaria para considerar ese tema y el de estado actual de las relaciones con las mutuales y las obras sociales. La asamblea se llevaría a cabo el día 10 de marzo a las 20:00 en primera citación. A propuesta de la Mesa Ejecutiva se resolvió también encargar tareas administrativas a las señoritas Marta Gonzalez e Hilda Prado, desde el 6 y 11 de febrero pasado respectivamente, con una retribución por servicios de \$1.500 mensuales a cada una. El Sr. Julianez, que no podía cumplir horario, mantendría su situación de encargado de administración, sin horario fijo, con la retribución de \$500 mensuales fijada anteriormente.

El día 24 de febrero (acta 250) se reunió el Consejo Directivo y decidió que, considerando que la capacidad del actual local habría de resultar insuficiente para efectuar el trabajo de recepción y control de planillas que reclamaba el contrato firmado con el IOMA, se autorizaba a la Mesa Ejecutiva para concretar los detalles de arrendar un local en la calle 11 entre 62 y 63, ofrecido a esta Entidad, sin perjuicio de mantener el actualmente alquilado. La necesidad de contar con un plantel de empleados, requerido por la tarea que se iniciaría en los primeros días de la próxima semana, condicionaba la autorización que se otorgaba a la Mesa Ejecutiva para la designación de un tercer empleado administrativo.

El 3 de marzo, el presidente del IOMA, Dr. Bravi, informó sobre el establecimiento de tres listas de médicos: 1) con arancel mínimo, 2) con aranceles libres, estando sujeto a las mismas obligaciones, pero pudiendo acrecentar el aporte de los afiliados hasta completar los honorarios que fijara previamente y 3) con libertad absoluta de fijación de honorarios, siéndole reconocido únicamente por el IOMA la extensión de recetas en los formularios aprobados, beneficiándose el afiliado con los descuentos respectivos en medicamentos, análisis y radiografías.

En la reunión del 24 de marzo el Dr. Sabbione expresó: “Este Consejo Directivo está empeñado en una obra en beneficio para el médico, en base a sacrificios de toda índole, en la seguridad de que es la única manera de conquistar el respeto y la jerarquización del médico, ya que éste, individualmente, se encuentra incapacitado para luchar”. Hizo referencia a las situaciones a las que estaba enfrentado el gremio médico y a la necesidad de que se ventilaran sinceramente las divergencias que pudieran existir, en la seguridad de que el CD no habría de adoptar nunca una actitud que comprometiera la integridad de los asociados.

El 7 de abril, con la presidencia de su titular, Dr. Sabbione, se inició la sesión, realizándose una reunión informativa con médicos que se desempeñaban en Teléfonos del Estado, y cuya presencia respondía a la invitación que se les había formulado. La presidencia hizo mención de los principios que regían el enfoque gremial de las relaciones con mutuales y obras sociales y de la necesidad de que se llevaran a la práctica, en un futuro lo más inmediato posible, con el acuerdo de todos los médicos, quienes, al compenetrarse de las ventajas de ese sistema en lo que se refería a la jerarquización y capacitación científica, habrían de apoyarlo fervientemente. Explicó que, frente a este movimiento basado en principios justos, se movían fuerzas poderosas que pretendían dividir al gremio, acordando beneficios que siempre negociaban, pues tenían conciencia de la fuerza de la Agremiación y temían perder las posiciones que detentaban. Intervino además un tercer elemento, que era la masa de afiliados de esas Instituciones, quienes en definitiva eran los dueños de esas organizaciones y que con su fuerza desbordante habrían de obligar a los dirigentes a aceptar nuestro justo planteo, pues ellos apreciaban, más que ningún otro, los beneficios que le otorgaría la libre elección del médico.

El Consejo Directivo tenía la intención de que los médicos comprendieran la realidad del problema y pusieran su esfuerzo para lograr la consecución del éxito. Sólo una minoría se resistía a entender las razones, y hubiera sido lamentable que la acción interna de las organizaciones mutuales y obras sociales los llevaran a quedar en una situación incómoda al tener que acatar luego, por obra de las circunstancias, lo que debiera ser su lucha y sus anhelos.

El 14 de abril, los miembros del CD de la Agremiación realizaron una reunión conjunta con el Dr. Auspach, el Sr. Arguelles y otras autoridades de YPF, para hablar sobre el problema de la asistencia médica en esa obra social. Señalaron que se les había ofrecido hacer un contrato similar, con el ya firmado con Salta, estableciendo fundamentalmente que los actuales médicos contratados permanecerían en sus cargos para actuar como médicos orientadores, de reconocimientos, etc., y si querían, podrían hacer asistencia con sus sueldos actuales. Además la parte asistencial se atendería con el sistema de la libre elección con los médicos, cuya nómina elevaría la Agremiación, y con los aranceles fijados por la Federación Médica de la Provincia.

Por su parte, el Dr. Salvi, que habló luego, preguntó a la presidencia qué actitud adoptaría la Agremiación si YPF se negara a aceptar el criterio sustentado. Respondió el Dr. Sabbione que harían uso de las medidas de fuerza que fueran necesarias. El Dr. Salvi expresó entonces que las medidas de fuerza sólo podrían tomarse a través de los médicos que en ese momento prestaban servicios en YPF, cosa que estimaba que no podían aceptar, porque ellos estaban muy cómodos y no tenían ningún conflicto con la institución. El Dr. Sabbione dijo entonces que existían medidas colaterales, como cerrar los sanatorios, retirar los servicios de urgencia o de los anestesistas, y en último término, se podrían utilizar los médicos de la Entidad.

Frente a una publicación del Ministerio de Marina que invitaba a presentarse a concurso para llenar un cargo de médico en dicha obra social, se decidió luego de un cambio de ideas efectuar una publicación periodística en los diarios de la ciudad, para recordarle a los médicos que

debían abstenerse de inscribirse, por no estar aquella obra social con los principios de libre elección de médicos que sustentaba la Agremiación.

El 21 de abril, el Dr. Sabbione informó sobre gestiones realizadas con las distintas mutuales y obras sociales, a las cuales se les habían enviado dos notas, estando en curso una tercera, que reiteraba los principios de libre elección del médico, contrato colectivo y aranceles aprobados. A este respecto, comunicó que la gran mayoría no había contestado, ignorando el planteamiento realizado.

Se dio entrada además a una lista del IOMA integrada por médicos inscriptos con dos especialidades. Se resolvió: 1) preconizar la inscripción en una sola especialidad, 2) cualquier médico podía atender enfermos de otra especialidad distinta de la que está inscripto. Esto empezaría a regir desde la firma del próximo contrato, si es que las disposiciones del IOMA no lo establecían con anterioridad.

Como se evidencia de la sesiones del mes de abril, la Agremiación emprendió una decidida acción para normatizar en todas las obras sociales y mutuales los principios básicos de libre elección y aranceles dignos en la atención médica.

En la reunión del 9 de junio (acta 261), el ministro hizo el planteo de las posibilidades de recuperar el Hospital Gutiérrez para la Dirección de Menores. El Dr. Pérez Núñez puso en conocimiento del Ministerio la opinión de los médicos de ese establecimiento, contrario a la adopción de tal temperamento, opinión vertida en diversas oportunidades. El ministro, entonces, expresó que se dirigiría oficialmente a la Agremiación con el fin de conocer la posición de la Entidad, para resolver posteriormente; adelantó también que invitaría al Dr. Zambosco, director del Hospital, para escuchar la opinión del cuerpo médico. El Dr. Pérez Núñez hizo resaltar que la Agremiación haría respetar el derecho de los médicos y la aplicación de la ley de carrera médico-hospitalaria. Con respecto al proyecto de modificación de dependencia, la Agremiación estudiaría previamente todos los aportes que se hicieran en un sentido o en otro.

El Dr. Sabbione respondió que el Ministerio opinaba que debía ser un hospital específico y exclusivo para menores disociales, abandonando la faz asistencial en general que cumplía en ese momento. El Dr. Miran-

de, en su carácter de presidente de la entidad primaria, expresó que de la reunión celebrada días pasados se había resuelto por unanimidad que el Hospital Gutiérrez continuara con su aspecto de hospital asistencial.

El Dr. Sabbione, concretando, invitó a todos los médicos del Hospital Gutiérrez a elevar a la Agremiación un anteproyecto, con el estudio correspondiente y las argumentaciones precisas que avalaran por qué debía continuar como hospital asistencial; con este proyecto en el CD y siempre en contacto con la opinión de la mayoría, se resolvería y se haría conocer el temperamento de la Agremiación a las autoridades cuando lo solicitaran.

El 14 de julio, a propuesta de la presidencia, se resolvió gestionar, de la Federación Médica, un préstamo de \$200.000 para cumplimentar una nueva cuota por la casa propia, ya que los fondos de la Agremiación no eran suficientes por el momento. El 4 de agosto, la presidencia informó que la Federación Médica de la Provincia había acordado el préstamo solicitado.

En la reunión del 18 de agosto (acta 271) el presidente informó que, por no haberse logrado aún la Personería Jurídica, la escritura de la casa adquirida debería hacerse a nombre de los miembros del CD, dejando constancia que era para la Agremiación Médica Platense. A este respecto se facultó al presidente Dr. Ricardo Sabbione y al contador, señor Francisco Placeres, para entrevistarse con el escribano Angel Zappa y el señor Chiarruttini, con el fin de ultimar los detalles de la escrituración.

El 1 de septiembre, el Dr. Pérez Núñez informó que el día 26 de agosto se había realizado una mesa redonda entre una Delegación de la Asociación Española de Socorros Mutuos, representado por su presidente y vicepresidente, y la Agremiación, representada por los Dres. Sabbione, Pérez Núñez y Durán, encontrándose presentes asimismo los miembros de la Asociación de Profesionales del Hospital Español, Dres. Migliorero y Busteros, el asesor legal del H. Español, Dr. Martinsens, y una representación de la Fraternidad y de la Unión Ferroviaria en calidad de mediadores, presidida por el señor Cuello.

Abierto el acto, la AMP hizo un planteo previo, consistente en que consideraba que sólo entraría en tratativas luego de que la Asociación Española, por intermedio de sus autoridades, se retractara públicamente

de los términos de la solicitada, publicada oportunamente en diarios de La Plata, contra los médicos que prestaban su concurso en el H. Español, como así también que se declararan reincorporados todos los ex médicos y que fueran retirados los que estaban en funciones. Tomada la palabra por parte de los representantes de la A. Española, manifestaron que en razón de no tener mandato de la CD solicitaban un cuarto intermedio hasta el día 31 del mismo mes, a fin de dar respuesta concreta a la cuestión previa planteada por la AMP, lo cual fue aceptado.

Reiniciada la mesa redonda el día citado, con los mismos participantes y en el mismo lugar que la efectuada anteriormente (es decir, en la Sociedad de Constructores calle 53 N° 691), luego de un amplio debate se llegó a las siguientes conclusiones: 1) reunión conjunta de la CD de la Asoc. Española y el CD de la AMP dentro de una semana, 2) levantamiento de un acta de lo actuado en la reunión, sobre los tres puntos siguientes: a) retractación conjunta de las solicitadas publicadas durante el conflicto, b) reposición de los profesionales que desearan volver al H. Español, previa consulta a cada uno de ellos por parte de la AMP, c) retiro de los profesionales que estaban en ese momento al servicio del H. Español, para lo cual se cumpliría el siguiente trámite: la AMP gestionaría ante la Confederación Médica de la República Argentina considerar nuevamente la situación de estos profesionales para lograr el levantamiento de las sanciones que pesaban sobre ellos, una vez que concretaran el retiro efectivo del Hospital.

En esa misma reunión, el Dr. Sabbione informó que, el día 31 de agosto de 1959, el CD en pleno acompañado por el Dr. Antonio Armando Lara, como así también por el Dr. Ismael Martínez Pintos, ex integrantes del CD, había concurrido al domicilio del Dr. Carlos A. Chiarruttini, sito en la calle 6 N° 1135/37, donde funcionaría el futuro local social de la AMP, para proceder a la firma del boleto definitivo de compra e integración de un millón de pesos, a cuenta del precio total convenido de \$1.875.000, que se pagaría por el inmueble, destacando que dicho acto autorizaba a la AMP a tomar posesión éste, según lo convenido, el día 10 de septiembre próximo.

¡Pasaron más de 18 años, pero al final se concretó el sueño de la casa propia! En efecto, el día 26 de octubre en el local recién adquirido de la Agrupación Médica Platense, calle 6 N° 1135/37, siendo las 11:00,

con la presidencia del Dr. Ricardo Sabbione y la asistencia de los miembros titulares del Consejo Directivo (Dres. Ángel Resúa, Isaac Pérez Núñez, Roberto Koch, Miguel Olivares Oliva, Marcos Salemme, Ariel Etchavarría y Ricardo Monteverde) se realizó la reunión extraordinaria convocada para considerar las observaciones hechas al Estatuto de la entidad por la Dirección de Personas Jurídicas, que se gestionaba por el expediente 1/6831 de dicha repartición. Se procedió luego a corregir la redacción de los artículos observados. El 24 de noviembre, habiendo aprobado las observaciones de la Dirección de Personas Jurídicas se certificó y rubricó el libro de Actas de la Agremiación.

1960

De la siguiente manera comenzaba José Pavlotzky su relato “Asistencia médica en la ciudad y en la campaña. Mala distribución o falsa plétora”, en el 2º Congreso Médico Gremial Argentino, realizado en Rosario en 1936 (70):

Uno de los temas más debatidos en nuestro gremio es el de la plétora de médicos. Tema tratado en muchas oportunidades y que divide la opinión en dos bandos: los que creen en la existencia real de una plétora médica en nuestro país, entre ellos altas autoridades universitarias, y proponen por consiguiente las medidas oportunas para evitarla, y los que sostienen que tal plétora no existe, pues grandes zonas del país carecen por completo de médicos, y muchos miles de habitantes de una asistencia médica, ni gratuita ni paga.

Todavía en 1960, según Epifanio Palermo, se mantenían esos dos bandos (71). Según el Ministerio de Salud Pública de la Nación, había en Argentina, en 1960, 30.477 médicos registrados. Su distribución puede verse en el cuadro N° 1.

Cuadro N° 1 - Número de médicos y de habitantes por cada médico en la República Argentina EN 1960 (71)		
Jurisdicción	Cantidad de médicos	Habit. por c/ médico
Todo el país	30.477	657
Capital Federal	13.511	220
Córdoba	2.976	591
Santa Fe	3.026	617
Buenos Aires	6.849	983
Mendoza	754	1.095
La Pampa	121	1.310
San Juan	266	1.325
Tucumán	568	1.374
Chubut	102	1.304
Neuquén	74	1.500
La Rioja	84	1.527
Entre Ríos	526	1.528
Río Negro	124	1.553
San Luis	106	1.644
Salta	242	1.705
T. del Fuego	4	1.766
Corrientes	290	1.873
Santa Cruz	26	2.033
Jujuy	113	2.122
Chaco	251	2.133
Catamarca	73	2.362
Sgo. del Estero	192	2.485
Formosa	63	2.833
Misiones	136	2.876

El número de habitantes por cada médico en 1960 era de 657, con variaciones entre 220 (Capital Federal) y 2.876 (Misiones). De los 30.477 médicos registrados, 26.362, es decir el 86,4 % del total, se encontraban en Capital Federal y 3 provincias: Córdoba, Santa Fe y Buenos Aires, donde residía el 66,7 % de la población argentina.

Ha sido y sigue siendo difícil conocer con exactitud el número de médicos en nuestro país, como puede apreciarse en el cuadro N° 2, en el que figuran los médicos registrados en diferentes años por diversos autores, según la investigación realizada por Epifanio Palermo (71).

Cuadro N° 2 - CANTIDAD DE MÉDICOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA (71)					
Fuente	Año	Médicos	Fuente	Año	Médicos
De Pablo	1914	3.542	Lab. Ocefa	1957	22.285
Pavlotzky	1934	8.328	M.A.S. y S.P (*)	1957	26.389
Lazarte	1945	11.807	Mardones	1959	26.684
Secretaría S. Pública	1947	20.400	De Pablo	1959	29.300
De Pablo	1947	16.240	M.A.S. y S.P (*)	1959	29.188
UNESCO	1948	18.301	Sevlever	1959	28.700
De Pablo	1954	22.412	M.A.S. y S.P (*)	1960	30.477
Sevlever	1957	25.681	Di Tella	1960	28.623

(*) Ministerio de Acción Social y Salud Pública.

Palermo (71) agrega:

El número de médicos que un país necesita depende de un conjunto de factores de compleja dilucidación en cuanto a la diferente importancia relativa: morbilidad general, presencia o no de endemias, tipo de medicina asistencial curativa, preventiva, de fomento de la salud; desarrollo de la higiene pública, número y distribución del personal auxiliar, organización de las prestaciones en relación con las distancias, medios de transporte, extensión del territorio; presupuestos, existencia o no de seguros sociales, etc., etc.

En 1960, los temas y la problemática gremial seguían siendo similares a los del año anterior, aunque existía cierto malestar, especialmente por parte de las autoridades del IOMA, debido a que en otras obras sociales y mutuales existían médicos a sueldo y la Agremiación seguía tolerando esta situación en lugar de unificar criterios.

En la reunión del 19 de febrero se pasó a considerar una nota enviada por el IOMA, que en términos generales manifestaba no incorporar a la lista de profesionales del Instituto a aquellos que se encontraran trabajando a sueldo en otras obras sociales o mutuales, por vulnerar el principio de la libre elección del médico por el paciente y contratos colectivos de trabajo.

A continuación se inició el debate. Tomó la palabra el Dr. Osacar, quien solicitó a la asamblea que no se lo interrumpiera. Consideró que la pretensión del IOMA atentaba contra la libertad de trabajo y la esencia del quehacer médico. Definió la libertad médica, que por otra parte estaba consagrada por la Constitución. Estimó que la nota era discriminatoria, separando a los médicos de obras sociales de los médicos del Estado, y favoreciendo a éstos. La actitud del IOMA era segregacionista, por tratar de destruir al médico de mutual y coactivo económicamente, porque sorprendía a médicos que en un principio habían apoyado al Instituto y que se habían comprometido financieramente, a los que de pronto se los trataba de dejar de lado (aproximadamente cuatrocientos colegas). Tomó posición en contra de este procedimiento brusco y se manifestó sorprendido porque una institución oficial tomara una medida “dictatorial”. Consideró también que era una exoneración en masa, sin sumario previo, que se coartaba el derecho del afiliado del IOMA y a la libre elección del médico al suprimir a cuatrocientos de éstos. Se inmiscuía el IOMA en la vida de las mutuales y en la vida privada de los médicos.

El Dr. Herrero Ducloux pidió que el Dr. Bravi aclarara el sentido de la nota. Éste solicitó que se leyera nuevamente el renglón que hablaba de la moralidad, lo que provocó una violenta reacción por parte de varios colegas presentes. Bravi sostuvo que el IOMA se limitaba a hacer una consulta ante la convicción de estar ante una dualidad de criterios por parte de los médicos que trabajaban en el Instituto y en mutuales. Puntualizó la diferencia de hecho que existía al poder elegir el afiliado al Instituto entre varios centenares de médicos mientras que los afiliados

de otras mutuales tenían que, obligadamente, elegir entre unos pocos. El Dr. Herrero Ducloux manifestó entonces que los médicos de mutuales y obras sociales no se oponían a la libre elección del médico, sino al atentado al libre médico.

El Dr. Poce preguntó luego en qué obra social se hizo concurso de ingreso, a lo que el Dr. Osacar contestó que en la Obra Social de la Carne, salvo para algunos últimos ingresos. Poce sostuvo que eso desvirtuaba el valor del concurso inicial.

A continuación, el Dr. Bravi manifestó que, al principio, los directivos del IOMA creyeron que había libre elección del médico, pero que después de treinta y siete reuniones llevadas a cabo en distintos lugares de la provincia, a lo largo de un año, vieron que no podían admitir esta dualidad de criterios.

El Dr. Poli, por su parte, sostuvo que el punto de vista gremial era firme, claro e indiscutible. El problema residía en el pedido de renuncia a los médicos de mutuales. Preguntó si se podía actuar sin ocasionar perjuicio, y estimó que debían dejarse las cosas como estaban. También reconoció los derechos de los colegas de las mutuales y pidió que no se cubrieran los puestos que fueran quedando vacantes, para que pasasen lentamente al sistema de la libre elección.

El Dr. Defeo dijo que la gran mayoría de los médicos de La Plata atendían afiliados del Instituto y mutuales. El Dr. Osacar enunció entonces la siguiente moción: los representantes de la Agremiación Médica Platense fundamentarían su voto contrario al proyecto del IOMA. El voto de esta asamblea decidió, en forma expresa, que la Agremiación adoptara de inmediato medidas de fuerza contra el IOMA para el caso de que persistiera en la aplicación del proyecto.

El Dr. Arnera presentó la moción que proponía que fuera libre elección de médico para todo: para el IOMA y las demás obras sociales y mutuales. En caso contrario, que quedaran los médicos en libertad para aceptar el pedido del IOMA, es decir, que no se permitiera trabajar para el Instituto a los médicos a sueldo en obras sociales y mutuales.

El Dr. Larrain, por su parte, aclaró que hablaba a título personal. Estimaba que los médicos de mutuales debían tener una garantía que

preservara su antigüedad, sueldo, etc. Pidió que se creara un fondo de compensación, para de esta manera ir marchando lenta y progresivamente a la libre elección del médico.

Sin embargo, el Dr. Agosti vio una disparidad en lo sustentado por los diversos oradores: libre elección del médico para el IOMA y sistema cerrado para las demás mutuales y obras sociales. Sostuvo que había médicos que usufructuaban los altos cargos de mutuales, burocráticamente sin rendir en el aspecto asistencial. Se produjo entonces una reacción violenta de los Dres. Osacar, Herrero Ducloux y Formenti. El Dr. Agosti se inclinó porque la libre elección del médico en todos los frentes se produjera cuanto antes.

El Dr. Poli mocionó porque debía rechazarse la nota del IOMA, por ser lesiva a la dignidad médica y porque la patronal no debía inmiscuirse en los problemas médicos. Instó a que se hiciera una reafirmación por parte de los colegas de la ciudad, de los principios fundamentales del gremialismo médico argentino: libre elección del médico, contratos colectivos de trabajo y aranceles fijados por las entidades gremiales superiores; y propuso además que se hiciera progresivo el pase a la libre elección del médico para no lesionar los intereses de los colegas que trabajaban a sueldo en mutuales y obras sociales. Puestas a votación las mociones, resultó ganadora la del Dr. Poli con treinta y nueve votos.

Uno de los nuevos temas que aparece en discusión en 1960 es la creación de la Caja Médica en la Provincia de Buenos Aires, algo que interesaba al gremialismo médico en general y muy especialmente a la Agrupación Médica Platense, cuyo presidente, Ricardo Sabbione, tendrá una decisiva participación en su fundación.

El 2 de junio, el Dr. Isaac Pérez Núñez presentó su informe como delegado a la Asamblea Extraordinaria de la Federación de la Provincia de Buenos Aires, del 15 de marzo del año en curso. Hizo presente la siguiente posición de la Agrupación Médica Platense:

Primero: Apoyo amplio a la creación de la Caja de Previsión para médicos. Segundo: Aprobación en términos generales, del Proyecto elaborado por el Colegio de Médicos de la Provincia. Tercero: Gestionar el trámite necesario para permitir un estudio completo, acabado y

fundado del problema, su conocimiento y aprobación por los médicos, para lograr su aplicación a la mayor brevedad.

Poco tiempo después se concretaría la creación de la Caja Médica de la Provincia de Buenos Aires y el Dr. Ricardo Sabbione sería uno de sus presidentes fundadores.

Si bien existía un gran consenso sobre el rol de la Agronomía y la importancia de su gestión, también había voces disidentes. Sin embargo, el Consejo Directivo siempre le dio la oportunidad a aquellos que estaban en desacuerdo de expresar sus ideas.

Tomemos como ejemplo la reunión del 4 de agosto (acta 305), en la que se hizo presente el Dr. Héctor U. Defeo, quien había sido invitado a consecuencia de su renuncia como médico inscripto para atención de afiliados de obras sociales y mutuales. Preguntado sobre los motivos de su actitud, manifestó que, a su entender, la Agronomía Médica perjudicaba a un amplio sector de profesionales con su actitud divisionista entre médicos “de libre elección” y médicos “a sueldo”. Asimismo estaba en desacuerdo con el descuento del 5 % que se realizaba de los honorarios de los médicos, con destino a la Agronomía. Consideraba “que la Asamblea que lo autorizó lo hizo por un tiempo determinado, a fin de ayudar a la entidad en una situación pasajera. Volviendo al tema de ‘libre elección’ y ‘médicos a sueldo’, las mutuales ofrecen, como en mi caso, ventajas que perdería si me obligasen a practicar la “libre elección” (sueldo, jerarquía, jubilación, etc.) y además me obligaría a salir en busca de pacientes, reduciendo mi presupuesto de vida que estoy acostumbrado llevar”.

Dr. Sabbione: “No veo la justicia ni la conveniencia en ese tipo de mutuales, donde tienen sistemas burocráticos, de categoría jerárquica, con espléndidos sueldos para sus dirigentes, coche, chofer, etc. Todo eso no va en beneficio del usuario, que no es más que un sector de población que debe pagar sus excesos”.

Dr. Defeo: “Opino que como médico a sueldo, no tengo protección gremial, pues estamos excluidos de la Agronomía.” Además dijo: “El médico de mutual es un régimen anterior a la libre elección, y debe respetarse pues tiene derechos adquiridos. Propongo que se llame a asamblea en la que participen los médicos a sueldo”.

Dr. Pérez Núñez: “Se llamó a asamblea a todos los médicos mediante circulares y avisos periodísticos. Si no han concurrido no ha sido por falta de invitación. [...] Además con respecto al problema del 5 %, la asamblea que lo autorizó no fijó fechas ni término para su aplicación. Su mandato sólo puede ser reconsiderado por otra asamblea. En definitiva el Dr. Defeo retira su renuncia hasta tanto se realice la asamblea que solicita y se trate el problema del 5 %, motivo fundamental de su renuncia. El Consejo Directivo resuelve incorporar al temario de la próxima Asamblea Ordinaria el asunto ‘Consideración del descuento del 5 % que actualmente se realiza en las liquidaciones de médicos inscriptos’”.

El Dr. Sabbione propuso la publicación de listas de médicos inscriptos en Arancel Libre Parcial, Básico y Libre Total para conocimiento de los usuarios de obras sociales contratadas. Se aprobó la moción.

El 8 de septiembre (acta 310), luego de haberse presentado por Administración el estado de cuentas acreedoras de la entidad, se resolvió abonar la cuota de \$437.500 m/n por la compra del local de la Agronomía, en concepto de primera entrega de la deuda de \$875.000 m/n, que sería concertada en dos cuotas. También se determinó abonar la suma de \$200.000 m/n. adeudada a la Federación Médica. Con respecto a las cuotas de \$2.00 m/n por socio y por mes que debía transferir la Agronomía a la Federación, se resolvió que por secretaría se efectuara un prorrateo de lo adeudado y se informara en la próxima reunión.

Durante esta etapa institucional, se planteó la necesidad de ampliar la actividad de la Entidad a otros aspectos sociales, culturales e incluso deportivos. En este sentido, en la reunión del 22 de septiembre, el Dr. Sabbione consideró importante el incorporar un grupo de asociados en una comisión cultural-deportiva, hecho sin precedentes en la Entidad. Se resolvió formarla y denominarla Comisión de Cultura y Deportes, integrándola los Dres. Aischuir, Grajales, Brandi y Ponce de León, con facultades de ampliarla si lo creyeran conveniente, debiendo presentar un proyecto de reglamentación y actividades futuras para ser considerado por el CD.

En el mes de octubre la Agronomía decidió reclamar enérgicamente ante el IOMA la demora en los pagos y la pronta regularización de éstos a fin de no tener que tomar medidas de lucha gremial. Por otra

parte se enviaron notas, por resolución de la Mesa Ejecutiva, a la Dirección de Sanidad de la Universidad Nacional de La Plata, ofreciéndole los servicios profesionales de los médicos inscriptos en la Agremiación.

Se mandaron comunicados a las Entidades Primarias reiterando la posición de la Agremiación frente a las obras sociales y mutuales que no aceptaran los principios básicos sustentados por esta Entidad. En dicha nota se desautorizaba también la formación de organizaciones profesionales o mixtas, destinadas a ofrecer a sectores de la población un determinado tipo de asistencia sin intervención y control de las entidades médico-gremiales.

El 1 de diciembre de 1960 (acta 320) se realizó la última reunión del Consejo Directivo presidido por el Dr. Ricardo Sabbione. En realidad fue una reunión de cordialidad, en donde los miembros salientes dieron la bienvenida a los miembros entrantes.

Se dio comienzo al acto siendo las 12. Hizo uso de la palabra el Dr. Sabbione, realizando un resumen histórico de lo actuado, y formuló votos por la feliz continuación de la tarea emprendida. Presentó luego al Dr. Juan Jorge Moirano a los empleados de la Agremiación, que fueron saludados por el presidente entrante. Luego hizo éste uso de la palabra, agradeciendo los términos del Dr. Sabbione y manifestando su esperanza de poder continuar eficazmente hacia adelante por el sendero de progreso abierto por sus antecesores. Habló seguidamente el Dr. Pérez Núñez, destacando la colaboración que encontraron en muchos sectores del gremio médico y confiando en que ésta se vería acrecentada durante la actuación de las nuevas autoridades. El Dr. Grinfeld, por su parte, felicitó a los integrantes del viejo Consejo por la labor titánica realizada y, sobre todo, por el indudable despertar de la conciencia gremial del médico que habían logrado. Finalmente y a propuesta del Dr. Moirano, se resolvió efectuar en horas de la noche de este mismo día la primera sesión del nuevo Consejo Directivo. Pero esto será otra historia, que próximamente continuaremos...

BIBLIOGRAFIA

- 1) VALENTE Marcela. Argentina: Grietas nazis en pasado encubierto. Agencia de Noticias Inter Press Service (IPS) [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.ipsnoticias.net/2005/04/argentina-grietas-nazis-en-pasado-encubierto/>
- 2) LUNA Félix. Ortiz: reportaje a la Argentina opulenta. Buenos Aires: Sudamericana; 1978.
- 3) ADAMOVSKY Ezequiel. Gremialismo y política en los profesionales universitarios argentinos, el problema de la identidad de clase durante la primera mitad del siglo XX. Redes Universidad Nacional de Quilmes. 2011; 17(33):35-61.
- 4) NUN José. La teoría política y la transición democrática. En: Nun José, Portantiero Juan Carlos (comp.). Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina. Buenos Aires: Puntosur; 1987.
- 5) TORRE Juan Carlos. Sobre los orígenes del peronismo. La ciudad futura 23/24; 26-27 junio-septiembre, 1990.
- 6) BELMARTINO Susana, BLOCH Carlos, CARNINO María Isabel, PERSELLO Ana Virginia. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el Sector Salud Argentina 1940-1960. Buenos Aires: OPS/OMS; 1991.
- 7) VISILLAC Enrique, MARTÍNEZ Nélica, BOLONIATI Norma. 70 años de actividad médica: de la profesión liberal a la progre-

siva precarización del trabajo. Premio Salud Pública 2006-2007, Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. <http://www.medicos-municipales.org.ar/>

- 8) Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, versión taquigráfica. 1938, sesión del 23 de septiembre: 2567-2580. P. 2568.
- 9) VISILLAC Enrique. La crisis de la profesión y el surgimiento del gremialismo. Boletín de Temas de Salud, Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Noviembre 2006; 13(123):2.
- 10) FERNÁNDEZ Manuel Martín. Los médicos, el ejercicio profesional y sus posibilidades. Revista Federación Médica de la República Argentina. 1942; 2(2):56-60.
- 11) BELMARTINO Susana, BLOCH Carlos, PERSELLO Ana Virginia, CARNINO María Isabel. Corporación Médica y Poder en Salud, Argentina, 1920-1945. OPS/OMS; 1988.
- 12) FOSSA RIGLOS Santiago. Sinopsis histórica de la Confederación Médica de la República Argentina. Revista de la Confederación Médica de la República Argentina. Abril-mayo 1967; 20(99).
- 13) ACUÑA Pedro S. La Federación Médica de la República Argentina. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(1):9-12.

- 14) de EANDI Fanny F. Habla la Federación Médica de la República Argentina. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(1):19-20.
- 15) De la “Casa del Médico”, Residencia de Médicos, Reglamento “C”. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(2):30.
- 16) MONTEVERDE Victorio. La residencia del estudiante en la Casa del Médico. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(5):15-16.
- 17) MONTEVERDE Victorio. El sentido del gremialismo médico. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(6):16-21.
- 18) ABADIE Juan L. El Colegio de Médicos de la Capital Federal en las Provincias. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(1):21.
- 19) RAGO Leo. Hacia una mayor afinidad en las relaciones de la Universidad y de las autoridades sanitarias con las instituciones médico-gremiales. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1943; 3(20):14-15.
- 20) CAVIGLIA Miguel L. El mutualismo y su desnaturalización en desmedro de la clase médica. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(1):22-24.

- 21) ABADIE Juan L. Nuestra encuesta: ¿Cuál es la mayor necesidad en el ejercicio de la Medicina? Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(4):16-19.
- 22) ELENA Ítalo V. Los Congresos Médico Sociales Argentinos. Cuadernos Médico Sociales. Diciembre 1983; (26).
- 23) Confederación Médica de la República Argentina. Congresos Médicos. 1967; publicación 99:4-6.
- 24) Hacia una Sanidad Integral. Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Revista de la Federación Médica de la República Argentina Número Extraordinario. Noviembre 1943:12-14.
- 25) Ecos del Congreso. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1941; 1(1):14, 62.
- 26) Segundo Congreso Médico Gremial Argentino, organizado por la Federación Médico Gremial Argentina y de la Provincia de Santa Fe. Actas y Trabajos. Librería y Editorial Ruiz: Rosario; 1937. p. 9-33.
- 27) La Agremiación Médica realiza mañana un acto. Diario El Día. 6 de agosto de 1941:6.
- 28) Reunión de Médicos en esta ciudad. Diario El Día. 8 de agosto de 1941:5.

- 29) La Agremiación Médica Platense solicitó una conferencia al Dr. Luis V. Tettamanti. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1942; 2(1):11-14.
- 30) SCENNA Nicodemo. Agremiación Médica Platense. Revista de la Federación Médica de la República Argentina. 1942; 2(1):15.
- 31) Noel Sbarra en la memoria Platense, semblanzas y testimonios. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 1998. p. 7, 12, 34, 36, 37, 41, 45, 46, 48, 59, 60, 100, 117.
- 32) Actas de la Agremiación Médica Platense. Libro I. Consejo Directorio; 1941.
- 33) SABSAY Fernando. Presidente Ramón Carrillo. Presidencias y Presidentes constitucionales argentinos. Buenos Aires: Biblioteca Nacional y Página 12; 1999.
- 34) RECALDE Héctor. Prostitutas reglamentadas. Buenos Aires 1875-1934. En: Todo es Historia. Marzo 1991; 24(285):72.
- 35) LÓPEZ Alfredo. Historia del movimiento social y la clase obrera argentina. Buenos Aires: A. Peña Lillo; 1975. p. 410.
- 36) TORRE Juan Carlos y PASTORIZA Elisa. La democratización del bienestar. En Nueva historia argentina, tomo VIII. Buenos Aires: Sudamericana; 2002. p. 257.

- 37) GAMBINI Hugo. Historia del peronismo, vol. I. Buenos Aires: Planeta; 1999. p. 335.
- 38) LUNA Félix. Perón y su tiempo. I. La Argentina era una fiesta. Buenos Aires: Sudamericana; 1948. p. 385-386.
- 39) SIGAL Silvia. Intelectuales y peronismo. En: Nueva historia argentina, tomo VIII. Buenos Aires: Sudamericana; 2002. p. 483.
- 40) ROMERO Luis Alberto. Breve historia contemporánea de la Argentina. 2a. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
- 41) ULANOVSKY Carlos y otros. Días de radio. Historia de la Radio argentina. Buenos Aires: Espasa Calpe; 1995. p. 226.
- 42) RODRÍGUEZ MOLAS Ricardo. Historia de la tortura y el orden represivo en la Argentina. Buenos Aires: Eudeba; 1984. p. 67.
- 43) BRUSCHTEIN Luis. Contra la corriente. Página 12 [Internet]. 2 de agosto 2001. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/2001/01-08/01-08-02/pag16.htm>
- 44) DI STEFANO Roberto y otros. De las cofradías a las organizaciones de la sociedad civil. Historia de la iniciativa asociativa en Argentina 1776-1990. Buenos Aires: Edilab/Gadis; 2002.
- 45) GADANO Nicolás. Nacionalizar YPF no es la solución para los problemas energéticos argentinos. Geonativas [Internet]. 28 de

febrero de 2012. [Consultado el 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://geonavitas.com.ar/es/noticias/energia/17555-nicolas-gadano-qnacionalizar-ypf-no-es-la-solucion-para-los-problemas-energeticos-argentinosq.html>

- 46) Campo Durán: 50 años enviando gas y petróleo. El Tribuno [Internet]. [Consultado el 27 de abril de 2010]. Disponible en: <http://190.224.160.132:8080/salta/Salta/diario/2009/12/14//salta/campo-duran-50-anos-enviando-gas-y-petroleo>)»
- 47) ADAMOVSKY Ezequiel. El régimen peronista y la Confederación General de Profesionales. Orígenes intelectuales e itinerario de un proyecto frustrado (1953-1955). Desarrollo Económico. 2006; (182):245-265.
- 48) PORTUGHEIS Elsa. Bombardeo del 16 de junio de 1955 [Internet]. Investigación histórica del Archivo Nacional de la Memoria; 2010. p. 28-29. Disponible en: <http://www.derhuman.jus.gov.ar/publicaciones/pdfs>
- 49) PAGE Joseph A. Perón. Segunda parte. Buenos Aires: Javier Vergara Editor; 1984. p.94.
- 50) LUNA Félix, DELEIS Mónica, DE TITTO Ricardo, ARGUINDEGUY Diego L. El libro de los presidentes argentinos del siglo XX. Editorial Aguilar; 2000.

- 51) POTASH Roberto. El ejército y la política en la Argentina 1945-1962. De Perón a Frondizi. 2da. Ed. Buenos Aires: Sudamericana; 1981. p. 307-308.
- 52) FERLA Salvador. El drama político de la Argentina contemporánea. Buenos Aires: Editorial Lugar; 1985. p. 245, 255-256.
- 53) LUNA Félix. La Propuesta Desarrollista. Historia de la Argentina. Hyspamerica; 1995.
- 54) MIRANDA Fernando. Frondizi, ese desconocido... Dunken; 2008.
- 55) NOSIGLIA Julio E. El discurso del 1º de mayo de 1958 de Arturo Frondizi, en El Desarrollismo. Editorial Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N° 3. 1983. p. 79-85
- 56) GASSINO Francisco E. (director). In Memoriam. 1ra. Ed. Buenos Aires; 1998.
- 57) ROUILLON Jorge. Los 1428 días de Frondizi presidente. La Nación [Internet]. [Consultado el 1 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota-id=346050>
- 58) RAPOPORT Mario. Las relaciones con la Unión Soviética. Iberoamérica y el Mundo, patrocinado por el Instituto Iberoamérica y el Mundo [Internet]. [Consultado el 24 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.argentina-rree.com/13/13-028.htm>

- 59) ACASUSO José Andrés. En defensa de Frondizi. Territorio Digital [Internet]. 17 de julio de 2009 [Consultado el 17 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.territorioidigital.com/nota.aspx?c=3756439658982363>
- 60) SABSAY Fernando. Presidente Arturo Frondizi. País Global [Internet]. [Consultado el 28 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.pais-global.com.ar/html/argentina/presidencias/presi30.htm>
- 61) Hitos de la industria automotriz argentina [Internet]. Auto Historia. [Consultado el 10 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.autohistoria.com.ar/Varios/Hitos.htm>
- 62) VERNA ETCHEBER Roberto. Evolución de la industria nacional argentina. Gestipolis [Internet]. [Consultado el 19 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.gestipolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/eco/evoindnalarg-1.htm>
- 63) ALTAMIRANO Carlos. Los nombres del poder: Arturo Frondizi. Fondo de Cultura Económica; 1998.
- 64) LUNA Félix. Historia de la Argentina (Argentinos latinoamericanos edición). Hyspamerica; 1995.
- 65) GODIO Julio. La caída de Perón de junio a setiembre de 1955. Buenos Aires: Granica Editor; 1973. [El comunicado se publicó en el diario La Nación del 17 de septiembre de 1955].

- 66) Presidencia de Frondizi (1958-1962) [Internet]. Todo Argentina. [Consultado el 28 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.todo-argentina.net/historia/civmil/frondizi/index.html>
- 67) VISILLAC Enrique. La huelga grande. Femeca; 2013.
- 68) VISILLAC Enrique. Huelga médica de 1958. Boletín de Temas de Salud. Noviembre 2006; 13(123):8.
- 69) ELENA Italo. Consideraciones sobre la Sociedad, la Medicina y el Médico. Revista Anales Argentinos de Medicina. Enero-marzo 1958; 3(1):102-107.
- 70) PAVLOTZKY José. La asistencia médica en la ciudad y la campaña. En: 2º Congreso Médico Gremial Argentino. Rosario; 1936.
- 71) PALERMO Epifanio. Número de médicos y otros profesionales. Su distribución en la República Argentina. Revista Anales Argentinos de Medicina. Julio-diciembre 1963; 8:178-187.

Creo que como miembros directivos representativos de la AMP quizás no hemos cumplido como corresponde y como han sido mis intenciones y tal vez la de Uds. cabe una crítica bien justificada si nos preguntamos: ¿Qué tiempo dispensamos a nuestra Agremiación? ¿Qué tramite de efectividad para algunas mejoras? ¿Qué puntualidad a nuestra asistencia? ¿Qué modificaciones constructivas hemos hecho? Aunque me he sentido a gusto y bien acompañado por Uds., deberíamos redoblar nuestra vocación hacia la lucha gremial, lograr verdaderas conquistas y ejemplarizadoras para nuestros sucesores”.

*Dr. Ricardo Sabbione, el 26 de marzo de 1957
Presidente de la Agremiación Médica Platense*

Auspiciado por AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE.

