

13355

426

**CENTRALIZACION Y DESCENTRALIZACION:
ORGANIZACION DE LA ATENCION
DE LA SALUD EN ARGENTINA**

JUAN CARLOS VERONELLI

**DOCUMENTO DE TRABAJO PRESENTADO AL SEMINARIO
SOBRE PROBLEMAS DEL FEDERALISMO EN ARGENTINA**

**EDICION PRELIMINAR DE CIRCULACION LIMITADA
PARA SU DISCUSION EN EL SEMINARIO**

**BUENOS AIRES
1973**

INTRODUCCION.

Toda sociedad actual posee un subsistema social diferenciado, encargado de recuperar, mantener y mejorar la salud de sus individuos.

Quando las acciones de salud se realizan sobre el medio ambiente físico, se denomina al subsistema correspondiente "de saneamiento ambiental". Cuando en cambio, las acciones se realizan sobre las personas, se lo llama subsistema "de atención médica".

La noción de salud no es igual para las diferentes sociedades. A pesar de la convergencia actual, en gran medida favorecida por la acción de la Organización Mundial de la Salud, subsisten diferencias importantes entre la significación que diversas sociedades asignan al "qué" y al "para qué" de la salud, así como a la aceptación de su carácter de derecho humano básico (que conlleva la noción de igualdad de acceso a prestaciones de salud).

Las modalidades de organización y funcionamiento del subsistema social de atención médica depende, en cada sociedad, de un complejo mosaico de condicionantes históricos (ideologías predominantes, organización política y social, factores demográficos y económicos, estados del conocimiento y la tecnología en los diversos momentos en que el sistema se estructura, etc.) (1).

(1) La importancia de la estrecha interdependencia de factores históricos en la organización sanitaria fué ya mencionada por E.R. Coni en 1891 (ver Veronelli, J.C. y Rodríguez Campoamor, N. "La Política Sanitaria Nacional", Cuaderno de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, U.B.A., N°617 B.Aires, Julio 1970-Dicbre.1971, pag.12). En años recientes su importancia ha sido destacada por autoridades de la talla de Brian Abel-Smith ("Estudio Internacional de los gastos de Sanidad", Cuadernos de Salud Pública, OMS, N°32, Ginebra, 1969, pág. 23) y Edward Grzegorewski ("Examen preliminar del establecimiento de sistemas de Salud Pública, Boletín OSP, Junio 1968, pág. 477).

Por esas razones se desarrollará en primer lugar una reseña cronológica de la evolución de las instituciones de salud (especialmente en el área de la atención médica), destacando en la misma las tendencias a la centralización o a la descentralización y la modalidad elegida en cada momento histórico para esta última (descentralización política o administrativa, y dentro de esta última, de tipo institucional o territorial). A continuación se analizarán las tendencias y modalidades, relacionándose las mismas con características de nuestra situación sanitaria, tanto en lo que hace a cantidad y distribución de los recursos como a condicionantes constitucionales, económicos, demográficos, sociales, etc.

Finalmente se resumirán los elementos que puedan extraerse del análisis como fundamentos para enfoques futuros del problema.

1. Reseña histórica.

1.1. Período colonial.

Los servicios de atención médica se brindaban en la España de los siglos XV y XVI a través de hospitales religiosos, hospitales públicos y médicos "particulares", generalmente egresados de las Universidades. Los hospitales públicos* dependían de los cabildos, única institución en la que, en forma restringida, se manifestaba la voluntad popular y cuyo alcance quedaba limitado al área local o comunal (2).

(2) J.V. Gonzalez. "Manual de la Constitución Argentina" B.Aires, 1897.

* Los hospitales públicos europeos de la época tienen grandes diferencias, en lo que hace a objetivos, con los actuales. Constituyen más una institución de reclusión preventiva (para aquellos que no tienen medios de subsistencia conocidos o están impedidos por diversas razones para atender a su subsistencia). Más que a la protección de los hospitalizados, ..//

Para ejercer el control estatal sobre el ejercicio de la medicina, instituyen los Reyes Católicos la institución del Protomedicato, a cargo de un facultativo (Protomédico) designado por la Corona⁽³⁾.

Estas son las instituciones que se trasplantan a la América Española. Dependiente nuestro territorio del virreinato de Lima, sede del Protomedicato, son los cabildos primero y las reales audiencias después, los que asumen el gobierno de las instituciones de salud, como parte del gobierno del "área", hasta que la aparición del protomedicato introduce, frente al "área", la "función" salud pública.

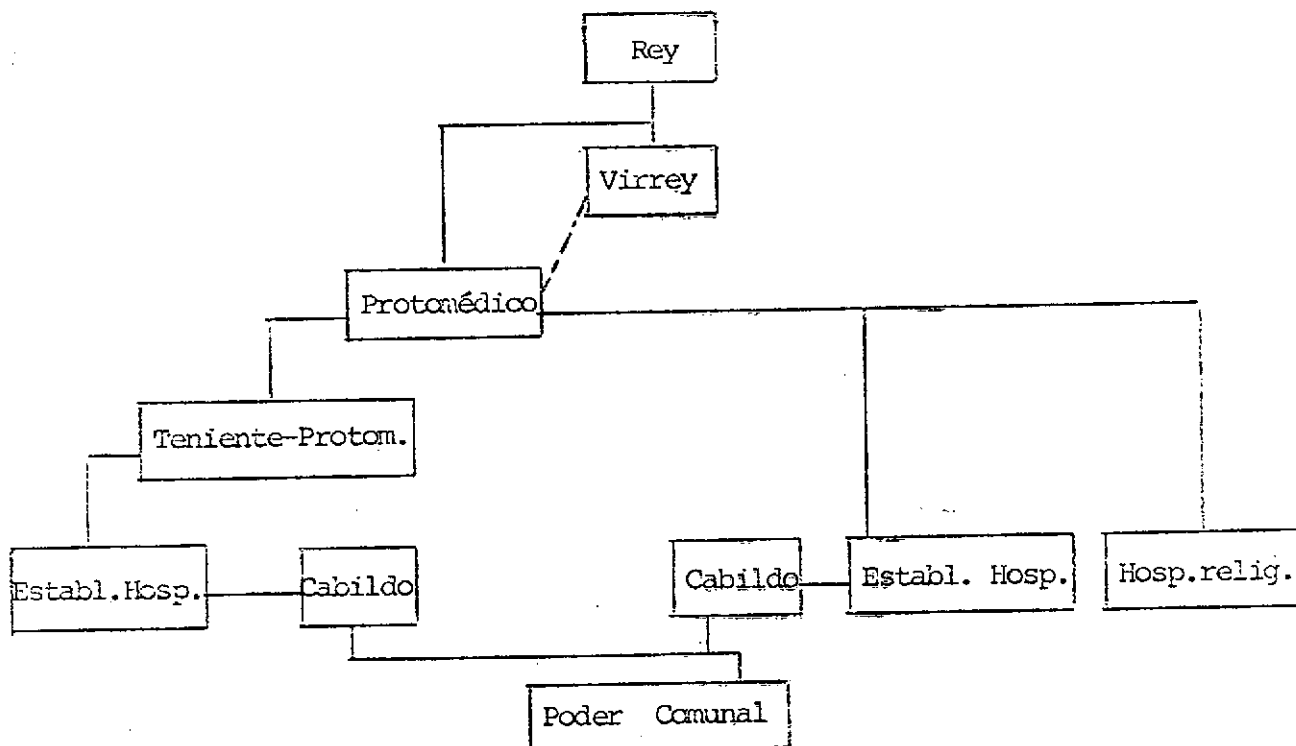
Pese a que profesionales autorizados por el Protomedicato de Lima para prestar servicio se titularon en Córdoba protomédicos entre 1640 y 1690, es recién en 1778-80, con la institución del Protomedicato de Buenos Aires, que aparece la función en nuestro territorio⁽⁴⁾ "sólo para organizar los hospitales, economizar sus consumos de medicamentos y útiles" y también para controlar la legalidad del ejercicio de la medicina (decreto de creación provisoria del Protomedicato dictado por Vértiz en 1778).

Tenemos, entonces, una autoridad sanitaria local, los cabildos, de los que dependen establecimientos de atención médica, y por otra parte una autoridad central, el Protomedicato, designado por el poder real. (Esquema I).

//...tienden a proteger la sociedad. Esas características se trasplantan a América y restos modificados de las mismas sobreviven, lamentablemente, en muchas instituciones hospitalarias actuales. (Ver Jean Imbert, "Les Hopitaux en France", Que sais-je, N° 795, PUF, Paris, 1966 y del mismo autor "L'hôpital Français, Dossiers Thémis, PUF, Paris, 1972).

(3) Félix Garzón Maceda. "La Medicina en Córdoba" Ed. Rodríguez Gil, Bs.As. 1917. TIII pág.16 y sig.

(4) F. Garzón Maceda, ob cit, pág.5



(ESQUEMA I)

1.2. La emancipación.

La notable actividad del único Protomédico del Río de la Plata, Dr. Miguel Gorman, comienza a debilitarse después de las invasiones inglesas. Sus colaboradores, sobre todo Francisco y Cosme Argerich, continúan con la actividad docente en la Escuela de Medicina y Cirugía creada en 1801, con el control sanitario (Junta de Sanidad, 1804), etc. (5). La necesidad de los ejércitos libertadores obliga a transformar la Escuela en Instituto Médico Militar. El gobierno surgido del cabildo abierto de 1810

(5) Juan Tumburus. "Síntesis Histórica de la Medicina Argentina". Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1926.

comienza, a partir de 1821, a disolver los cabildos. (La primera es la Provincia de Buenos Aires, por ley del 24 de diciembre de 1921) ⁽⁶⁾. Pero entre 1813 y 1820, la geografía política de nuestro territorio se ha modificado por la aparición de nuevas provincias, subdivisiones de las tres intendencias en que se dividía durante el virreinato. (Real Ordenanza de Intendentes, dictada en 1782 por Carlos III) ⁽⁷⁾. Durante el período que abarca desde la disolución de los cabildos hasta 1852, la acción de Rivadavia introduce varias de las instituciones que tendrán influencia en la modelación de nuestro sistema sanitario: la Universidad de Buenos Aires (1821) ⁽⁸⁾, la Sociedad de Beneficencia ⁽⁹⁾ y la organización del Servicio Médico de la ciudad y de la campaña de Buenos Aires, decreto cuyos diez títulos crean otras tantas instituciones (Tribunal de Medicina, Profesorado, Farmacias, Médico de Policía, Médicos de Sección, Médicos de Hospitales, Médicos de Campaña, Médico del Puerto, Administración de la Vacuna y Academia de Medicina) ⁽¹⁰⁾.

Desde 1830 hasta 1852 las situaciones serán diferentes en las diversas provincias. En Córdoba, por ejemplo, el Ministro Vélez presenta a la Legislatura dos proyectos de ley por los que se crean los cargos de médicos departamentales, en uno, y un Consejo de la Salud Pública, en el otro, reemplazante del Protomedicato y organismo asesor del Ejecutivo, fiscalizador del ejercicio profesional y supervisor de la enseñanza ⁽¹¹⁾.

(6) Joaquín V. González. Ob cit. pág.5.

(7) La última en separarse es la provincia de Jujuy, en 1834.

(8) Ricardo Piccirilli. "Rivadavia y su tiempo". Ed. Peuser, Bs.As.1943 Pag.335 y sig

(9) Ricardo Piccirilli. Ob cit., pág. 348 y sig.

(10) Registro oficial (Nacional) de la Rep. Argentina que comprende los documentos expedidos desde 1810 hasta 1873. Bs.As.1879. Libro 2 N°12, abril 12, 1822 pp. 137 a 154.

(11) F. Garzón Maceda. Ob cit. pág 76 y sig.

En Buenos Aires, desde 1835, la Universidad sufre una progresiva reducción de los presupuestos que se suprimen en 1838; en ese año se pierde por descuido linfa vaccínica (12,13).

Se completa así la presentación de las instituciones sanitarias que hallaremos en la iniciación del período siguiente.

1.3. La organización nacional.

"La Constitución sancionada en 1853 fué un compromiso destinado a realizar la organización nacional, dando satisfacción a ciertas aspiraciones regionales que condicionaban la unión de las provincias" (14). Ninguna mención se hace en la Constitución Nacional sobre la salud o sus instituciones. Y el artículo 104 declara que "las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno Federal...." Sin embargo, desde 1852, un organismo asume la representación de la función "Salud pública" en el gobierno nacional: el Consejo de Higiene Pública.

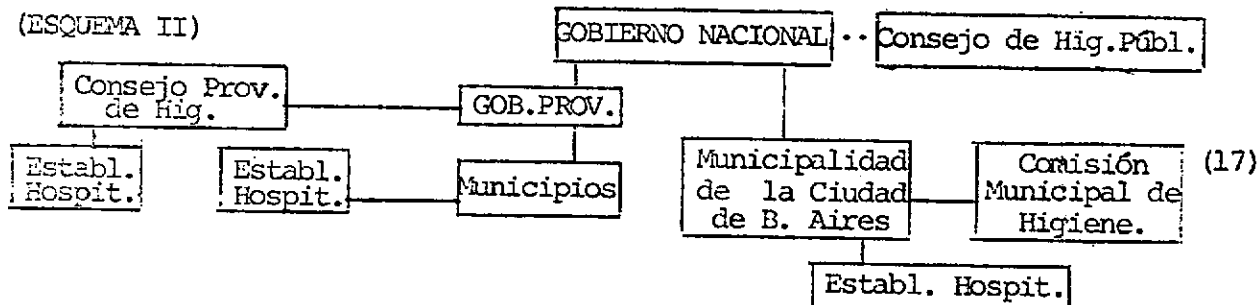
En las provincias, cuya organización municipal menciona el artículo 5º de la Constitución Nacional, existen o se crean organismos similares al nacional. El régimen municipal mencionado por la Constitución Nacional y establecido por las constituciones provinciales, constituye los Municipios como resultado de una descentralización administrativa. "La descentralización municipal o comunal es administrativa. Las municipalidades son entidades ju-

-
- (12) Antonino Salvadores. "La Universidad de B. Aires". Bibl. Humanidades. Univ. de La Plata, TXX, La Plata, 1937, pág. 146 y sig.
- (13) José Ingenieros. "La evolución de las Ideas Argentinas". Edit. Problemas, B. Aires, 1946, T IV; pág. 156 y sig.
- (14) Ricardo Zorraquín Becú. "El feudalismo argentino". Edit. Perrot, Buenos Aires, 1963, pág. 642.

rídicas en las cuales las provincias han delegado atribuciones de orden administrativo para organizar servicios públicos y con ello cierto poder fiscal y de policía. La Corte Suprema las ha definido como delegaciones de poderes locales con atribuciones circunscriptas a sus fines y límites administrativos" (15). Inclusive algunas Constituciones provinciales de la época establecían la designación por el Poder Ejecutivo Provincial de los intendentes*, modalidad aún vigente en la Constitución de la Provincia de Catamarca (artículo 215) (16).

Producida en 1880 la federalización de la Ciudad de Buenos Aires, sus intendentes son designados por el Poder Ejecutivo Nacional.

En muchas de las Constituciones provinciales de la época se menciona a la salud pública, o a la salubridad, o a los hospitales, como parte del ámbito municipal. Sin embargo, algunas instituciones dependen de los organismos provinciales. El esquema de organización es el siguiente:



(15) Rafael Bielsa. "Principios de derecho administrativo". Ed. Depalma. Buenos Aires, 1963, pág. 642.

(16) Centro de Investigación y Acción Social. Constituciones Provinciales Argentinas. Buenos Aires, 1964, pág. 71.

(17) Creada en 1854 y transformada luego en Asistencia Pública y Administración Sanitaria.

* Un detallado estudio del régimen municipal en la Constitución Nacional y en las provinciales, hasta 1943, puede hallarse en: Inst. de Invest. Jurídico-Política, U.N.L., Estudios sobre la Constitución Nacional Argentina, Santa Fe, 1943, pág. 575 a 610.

Pocos años después de la federalización de Buenos Aires, el Consejo de Higiene Pública se transforma en Departamento Nacional de Higiene*, dependiente del Ministerio del Interior. A poco de crearse el organismo nacional que representa la función "Salud Pública" en ese nivel, un desacuerdo con el intendente de la Municipalidad de Buenos Aires genera el primer conflicto entre la autoridad del área y la autoridad de la función, fallado por arbitraje del Ministro del Interior en favor de la función (18)**

En 1906 se sanciona la ley 4953, sobre un proyecto presentado por el entonces Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Dr. Manuel A. Montes de Oca, a instancias de su amigo el Dr. Domingo Cabred. Esa ley instituye la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales regionales. Frutos de esa Comisión y, fundamentalmente, de la acción infatigable de Cabred son los establecimientos hospitalarios nacionales que surgen en Córdoba, Buenos Aires, La Rioja, Salta, Chaco, Rio Negro, La Pampa y Misiones (19).

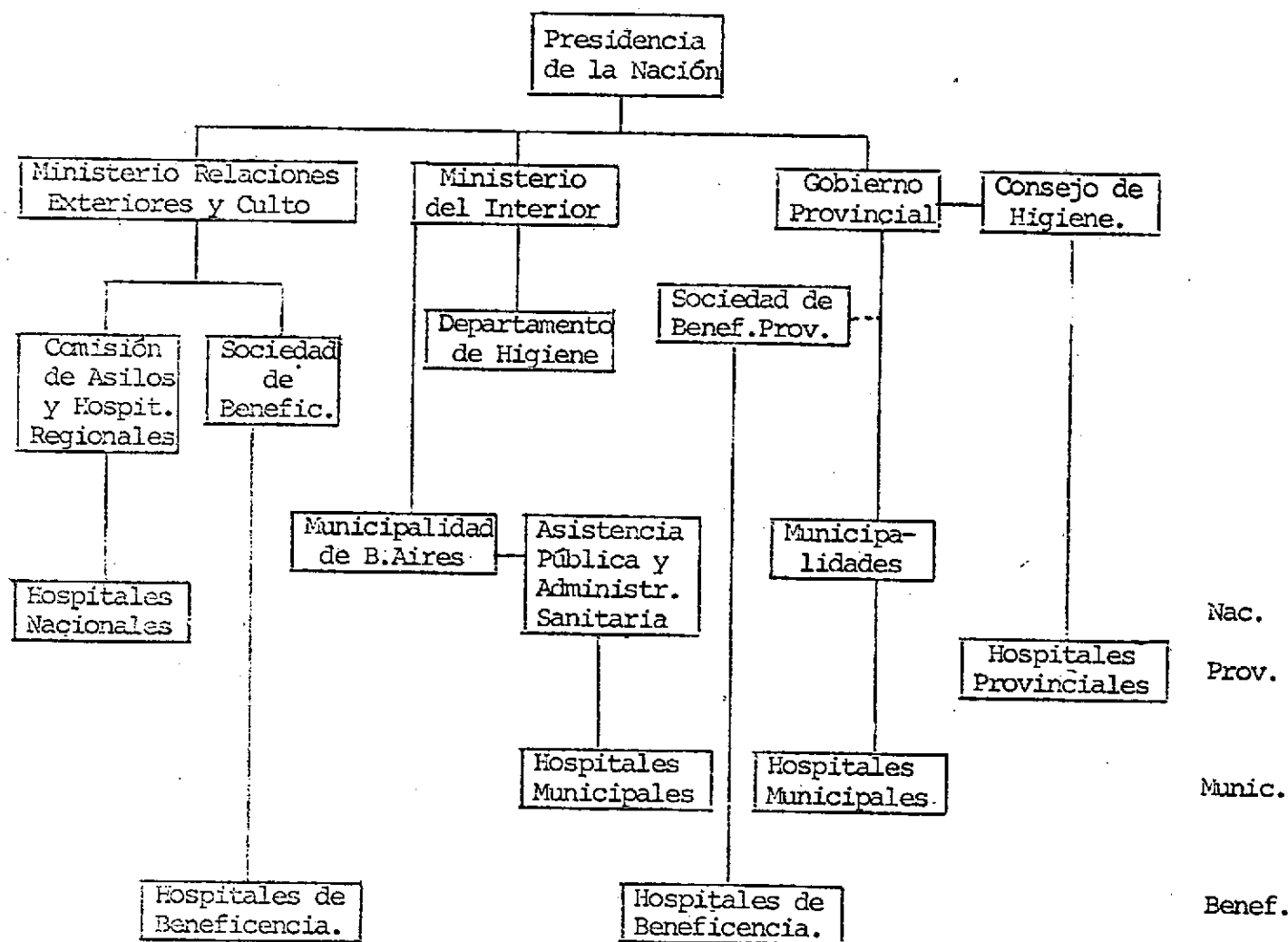
Esta institución modifica, en parte, el esquema organizativo anterior, transformándolo en el siguiente:

(18) Veronelli, J.C. y Rodríguez Campoamor, N. "La Política Sanitaria Nacional". Publicación citada anteriormente, pág. 12.

* Ley orgánica del Departamento Nacional de Higiene N° 2829, de octubre 3 de 1891; reglamentación por decreto de enero 22 de 1900.

** Un decreto de marzo 10 de 1900, asigna atribuciones al Depto. Nacional de Higiene para aplicar medidas profilácticas en la Capital.

(19) Malarud, Moisés. "Los maestros: Domingo Cabred". Revista de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública de la Prov. de Bs. As., N°7, enero-diciembre, 1964, pág. 122 y sig.



(ESQUEMA III)

1.4. La búsqueda de la centralización.

En el esquema III se observa con facilidad la dispersión del poder de decisión en lo referente a salud.

Ello motiva iniciativas por parte de las autoridades del Departamento Nacional de Higiene y de la Administración Sanitaria Municipal, tendientes a integrar el sistema y a centralizar la decisión.

En 1892, E.R. Coni es designado Director de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, repartición que por su iniciativa se transforma en Administración Sanitaria y Asistencia Pública.

"Al asumir la dirección de la Asistencia Pública - cuenta nuestro primer sanitarista en sus memorias - juzgué el momento oportuno para procurar la centralización en una misma autoridad competente de los hospitales y hospicios de la comuna, porque a juicio mío, debían depender de una comisión de personas honorables e idóneas, pues en materia hospitalaria no bastaba la distinción y la belleza, la alta posición social y los sentimientos de caridad indiscutibles en las damas argentinas, para tomarlas hábiles en la administración de establecimientos esencialmente técnicos, que requieren conocimientos que ellas no pueden tener".

Con ese propósito gestionó y obtuvo una entrevista con el entonces Presidente de la Nación, Dr. Carlos Pellegrini,

"Acogido con toda afabilidad por el Presidente de la República, tuve oportunidad de desarrollarle mi proyecto de centralización de los servicios sanitarios del Municipio, que a mi ver, darían excelentes resultados en la práctica y traerían grandes economías a la administración pública. El Dr. Pellegrini escuchóme con toda atención, dando pruebas del mayor interés en la conferencia. Terminada ésta, se expresó más o menos en estos términos:

"Dr. Coni: las ideas expuestas por Ud. están perfectamente fundamentadas y me adhiero a ellas, porque he tenido ocasión de conocer la Asistencia Pública de París, admirable en su organización, donde precisamente se ha llevado a la práctica lo indicado por Ud., pero deploro que en nuestro

país, donde la Sociedad de Beneficencia figura como una entidad poderosísima, no será posible por ahora, realizar su desideratum. Debo añadirle más, no ha nacido aún el hombre público en este país que se atreva a retirarle a dicha asociación la dirección de los nosocomios a su cargo, so pena de levantar ante sí una enorme montaña de resistencias y malas voluntades. La Sociedad de Beneficencia, fundada por el gran Rivadavia es, a mi ver, una fortaleza inexpugnable, contra la cual tendrán que fracasar todas las tentativas de acción (20)". Con el mismo resultado negativo terminó la gestión análoga de otro director de la Asistencia Pública, el Dr. José Penna.

Coni, amigo de las predicciones, afirma en sus memorias:

"Tiempo vendrá en que un hombre de estado de carácter inquebrantable, resuelva favorablemente el asunto de la centralización de los hospitales, hospicios y asilos, porque no debe olvidarse que la Sociedad de Beneficencia administra y sostiene sus establecimientos con recursos del Estado, siendo de muy poca importancia los particulares que obtiene" (20).

Estas iniciativas de fines de siglo pasado tendían a integrar el sistema municipal con una conducción centralizada y técnica.

Pero desde comienzos de siglo, empieza a pretenderse la centralización de una autoridad sanitaria nacional. En 1903, José Penna destaca

(20) Emilio R. Coni. "Memorias de un médico higienista". Biblioteca Médica Argentina, T. I. Buenos Aires, 1918, pág. 310-312.

la diferencia entre los problemas sanitarios y los puramente políticos:

... es posible regirse en cuestiones de higiene y de profilaxis por las leyes políticas que persiguen la autonomía y la libertad. La prevención de las enfermedades exige una técnica más severa y coercitiva, ejercitada por un criterio unitario exclusivo, que actúe lo menos posible sobre la libertad individual pero que asegure la preservación colectiva" (21).

En 1920, el Director del Departamento, Dr. Capurro, presenta un proyecto de ley para unificar y coordinar los servicios sanitarios (21).

El presidente de la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923, Gregorio Araoz Alfaro, manifiesta:

"Se ha visto siempre en nuestro régimen federal de gobierno el principal obstáculo a una organización nacional eficiente de la profilaxis y la asistencia pública. En efecto, la autonomía de las provincias y determinando a cada una de ellas a tener sus autoridades sanitarias propias y sus reglamentos particulares, fué causa a menudo de una verdadera anarquía de opiniones y de procedimientos sanitarios, con notorio perjuicio de la defensa colectiva que, para ser eficaz, debe estar sujeta a reglas y normas fijas y uniformes".

En esa Conferencia se considera, como primera cuestión, el problema de la autoridad sanitaria nacional.

En general, las opiniones concuerdan sobre la necesidad de estructuras, una autoridad sanitaria central que uniforme la conducción y promueva la unificación de la legislación correspondiente.

(21) Cit. por Gregorio Araoz Alfaro, Discurso inaugural - Min. del Interior, Depto. Nac'l. de Higiene; Conferencia Sanitaria Nac'l. Antecedentes, Sesiones y Conclusiones. Publicación Oficial. B. Aires, 1923, pág. 22 y sig.

Los organismos propuestos para la autoridad a crearse son: Subsecretaría de Salud Pública y Asistencia Social, en el proyecto de Bard; Dirección Nacional, en tres proyectos, dos de los cuales incluyen en la misma, representantes provinciales; Administración Sanitaria Nacional o Departamento Nacional de Higiene, con mayores competencias y atribuciones, y finalmente, Consejo Nacional de Salud Pública.

Algunos, como los de Bard, incluyen la integración de la Sociedad de Beneficencia.

Los representantes de la Capital y los de provincias, de escasos recursos como Santiago del Estero, por ejemplo, acuerdan al organismo nacional autoridad casi total.

El proyecto del representante de Córdoba, deposita la autoridad concentrada, en un Consejo de cinco miembros, de los cuales cuatro representan a las provincias. Los representantes de Santa Fe - los que más relativizan la autoridad central a crearse - presentan una declaración "en salvaguardia de los derechos de las provincias y municipalidades con respecto a la organización sanitaria nacional"

En ella defienden la necesidad de uniformación de legislación en algunas áreas, pero permitiendo "a las provincias y municipalidades ejercer su acción autonómica dentro del régimen federativo".

Afirman, además, que "queda reservada a las provincias y municipalidades la asistencia hospitalaria, las asistencias públicas, consultorios externos, salas de primeros auxilios, etc." (22)

(22) Min. del Interior-Depto. Nac'l. de Higiene. Conferencia Sanit.Nac'l. Ob cit. pág. 99 a 142.

Propiciadores y detractores del centralismo, asumen en la Conferencia, claras posiciones. Pero no sucede nada.

En 1933 se reúne, convocada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. En dicha Conferencia, se formulan las siguientes conclusiones (Sección 19a.) (23):

"Coordinación de los servicios técnicos en la asistencia de los enfermos generales:

"1º: En la actualidad, la asistencia de enfermos generales en el territorio de la Nación, se hace por medio de la acción oficial y acción privada".

"2º: La acción oficial es desarrollada por las autoridades nacional, provincial y comunal".

"3º: Dada esta multiplicidad de factores, conceptuamos difícil llevar a cabo un plan perfecto de coordinación de servicios técnicos en la asistencia de enfermos generales, si no se resuelve previamente un asunto fundamental, que es, centralizar en una sola autoridad todas las cuestiones referentes a la Salud Pública".

"4º: Una vez obtenido la autoridad única en materia de salud pública, se irán coordinar los servicios técnicos de orden oficial y entablar un entendimiento con las instituciones privadas para llegar al objetivo del Superior Gobierno de la Nación".

Permítasenos destacar el enunciado del punto 4º: "sólo después de obtenida la autoridad única, se considera posible coordinar los servicios técnicos oficiales"

(23) Min. de Relaciones Exteriores y Culto-Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social - T.II, Actas y Conclusiones. Edt. Kralft. B. Aires, 1934, pág. 115.

En realidad, coordinar es, según el Diccionario⁽²⁴⁾, "disponer cosas metódicamente".

Pero aún en la acepción más habitual de acción común concertada, el criterio manifestado concordaría con la opinión de un sanitarista de tan alto merecido prestigio, el Dr. Guillermo Arbona, quien tiene sobre la coordinación sanitaria, la misma idea que la que expresa la conclusión que se comenta⁽²⁵⁾.

La siguiente modificación de la organización sanitaria, sucede después de la Revolución del 4 de junio de 1943.

"Para la época de la revolución de junio, la desintegración de los diversos organismos de la Salud Pública era casi atómica. Teníamos a los enfermos mentales del sexo femenino, por ejemplo, que dependían del Ministerio de Relaciones Exteriores, no sé aún por qué, mientras que los enfermos mentales varones dependían del Ministerio del Interior, tampoco sé por qué. Y "sic de coeteris"."

"Existían 15 o 20 instituciones, sin contar con que la Municipalidad tenía, por su gravitación, casi carácter nacional. Y del viejo Departamento Nacional de Higiene, quedaba sólo una oficina para otorgar permisos a los empleados enfermos. Además, existía la Sanidad de Fronteras, para graves emergencias internacionales, por pestes, que organizó el Dr. Penna, que fué uno de los prestigios del Departamento. Claro es que se trazaron muchísimos planes de reorganización, porque este es un "hobby" de nosotros los médicos. Pero lo malo es que luego que uno traza los planes, viene en seguida otro que en un determi-

(24) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, 18a. Ed. Madrid, 1956.

(25) Guillermo Arbona. "Comunicación personal".

nado momento tiene poder, y se lleva un trozón de la centralización. Y sucesivamente otro y otro"... "Pero en los tres años que transcurren de 1943 a 1946, se producen hechos notables"

"La primera Dirección Nacional de Salud Pública (decreto N° 12.311)^(*) que nació sobre la base del Departamento Nacional de Higiene y a la que se le agregaron todos los organismos que se pudo agregar, tuvo por Director al Dr. Galli, que fué el autor de la iniciativa tendiente a centralizar la sanidad argentina, como en su tiempo lo fué Gorman. El Dr. Galli consiguió el aludido decreto N° 12.311, por el que todos los organismos médicos pasaban a integrar y depender de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Con este resultado: que a poco andar, otro colega con mayor poder circunstancial, le segregaba la Asistencia Social y se la lleva a la entonces Secretaría de Trabajo y Previsión. En 1946, se crea la Secretaría de Salud Pública, no sin antes quedar convertido el decreto de marras, en letra muerta, porque no se logra la incorporación de los servicios médicos de la Municipalidad, como se establece en el decreto, ni la incorporación de los cuerpos médicos de los distintos ministerios. Ese no cumplimiento, motivó la renuncia del Dr. Galli, lo mismo que en 1778 sucedió con su predecesor, el Dr. Gorman"⁽²⁶⁾.

Los considerandos del decreto N° 12.311, resumen todas las demandas de Coni, Penna, Bard, Araoz Alfaro, afirmándose en ellos "que las exigencias de la salud pública del pueblo, son la suprema ley y por consiguiente, es inadmisibles

(*) Decreto N° 12.311, del 21 de octubre de 1943.

(26) R. Carrillo. Conferencia del 12 de febrero de 1951, "Introducción al conocimiento de la Salud Pública". En, R. Carrillo, Contribuciones al Conocimiento Sanitario, Ministerio de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1951, pág. 397 y 398.

sostener que nuestro régimen constitucional o legal pueda haber trabado, por razón de límites jurisdiccionales, la eficiencia gubernamental en materia de endemias, epidemias y enfermedades sociales, que no reconocen tales límites para su propagación y que, por lo tanto, tampoco deben existir para su prevención, curación y asistencia".

El artículo 2º crea en el Ministerio del Interior, la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, asignándole como jurisdicción "todo el territorio de la República, sin perjuicio de las atribuciones de los gobiernos locales"

El artículo 3º indica la reunión en el organismo creado del "Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de la Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependan de los distintos ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas de la Nación.

El 16 de agosto de 1944, el decreto N° 21.001, segrega la parte de Asistencia Social, que pasa al ámbito de Trabajo y Previsión, tal como narra el Ministro Carrillo. El nuevo organismo, Dirección Nacional de Salud Pública, tiene, como hemos visto, competencia sobre todo el territorio. Pero la extensión del territorio hace imposible la conducción, la supervisión, el asesoramiento o el control desde la Capital. Para resolver el problema, el decreto crea las Delegaciones Regionales, reglamentadas por Resolución N° 22, del Director Nacional de Salud Pública. (Delegación Regional del Norte, del Litoral, del Oeste y del Sur, con sedes en Tucumán, Rosario, Mendoza y Bahía Blanca, respectivamente)

El 23 de mayo de 1946, por decreto N° 14.807, considerando "que la creación de un Ministerio de Salud Pública que abarque el despacho de todos los asuntos relacionados con tan importante y vital función de gobierno, constituye una aspiración general, cuya satisfacción se hace ya impostergable; que hasta tanto el Honorable Congreso estudie y considere la necesidad de reajustar la distribución de funciones entre los diversos ministerios, es factible asignar a la actual Dirección Nacional de Salud Pública, la categoría de Secretaría de Estado sin perjuicio de respetar la cláusula constitucional que establece un determinado número de ministros-secretarios, con facultad para refrendar y legalizar los actos del Poder Ejecutivo, el Presidente de la Nación Argentina, en acuerdo general de ministros, decreta:

Art. 1° Créase la Secretaría de Salud Pública, dependiente de la Presidencia de la nación,

Art. 2° El Secretario de Salud Pública tendrá jerarquía de Ministro Secretario de Estado.....

1.5. La organización de la autoridad sanitaria.

La Secretaría de Salud Pública es conducida desde 1946, por el Dr. Ramón Carrillo, quien continúa al frente cuando, en 1949, se le asigna rango ministerial.

La función "salud pública" tiene vigencia y jerarquía en el nivel nacional. Pero es menester defenderla. En octubre de 1944, se había creado el Instituto Nacional de Previsión Social, "servicio público de orden social" que funcionará como "entidad autárquica institucional" (Art. 2° del Decreto n°29.176).

En noviembre del mismo año, por decreto N° 30.656, se asignaron al Ins-

tituto responsabilidades en el campo médico-preventivo y curativo.

En junio de 1946, el flamante Secretario de Salud Pública, obtiene, por decreto N° 16.200, que se modifique al 30.656/44 "en el sentido de que la Secretaría de Salud Pública será el único departamento encargado de aplicarlo en la totalidad de sus disposiciones por intermedio de los organismos o secciones especializadas de su dependencia" (Art. 1°) y que "la recaudación de los aportes ordenados por el decreto ley N° 30.656/44 corresponderá al Instituto Nacional de Previsión Social, quien deberá entregar los fondos que obtuviere a la Secretaría de Salud Pública (Art. 2°)

Tomamos de un trabajo publicado en 1971, una sucinta caracterización de la gestión ministerial del Dr. Carrillo:

"En 1946, el país cuenta con 66.300 camas hospitalarias de las cuales 15.425 pertenecen a establecimientos nacionales.... El Ministerio se propone duplicar las camas del país. En 1951 "las camas nacionales son 27.351.... Las 66.300 camas de 1946 se han convertido en 114.609 en 1951".

"En 1954, el total de camas ha ascendido a 134.218. La mayor parte de las camas de la Fundación han pasado al entonces Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, que cuenta con 37.981 camas"

"A mediados de 1947 el Ministerio de Obras Públicas transfiere al de Salud, su Departamento de Arquitectura Hospitalaria".

"El presupuesto del Ministerio de Salud Pública (expresado en pesos constantes) se duplica en cuatro años y el personal sufre un incremento, entre 1946 y 1951, equivalente a un 168%".

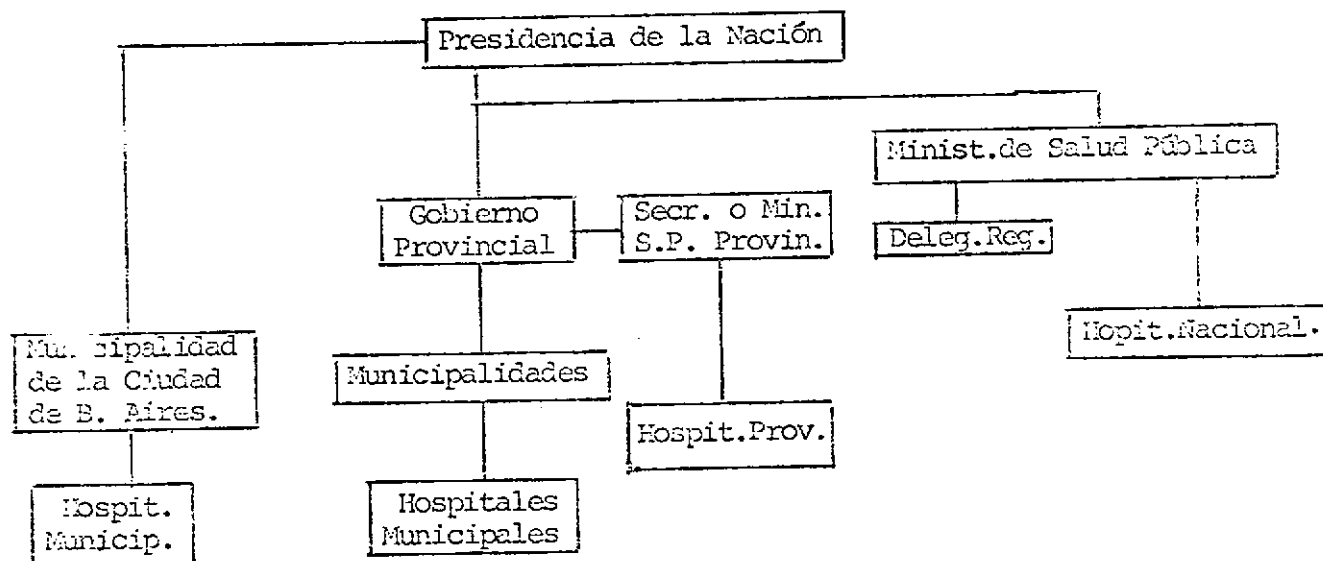
"Los indicadores de salud acompañan a estos cambios: la mortalidad general pasa de aproximadamente 10% a aproximadamente 8.5% y la mortalidad infan-

til de poco más de 80 a 65 por mil nacidos vivos".

"Se iniciaron también iniciativas de esos años la fabricación de medicamentos por parte del Ministerio, con el fin de modificar los precios en el mercado y el comienzo de la regionalización sanitaria"

"La imaginación fecunda y el deseo de imprimir velocidad a los cambios sociales, llevaron al Ministro Carrillo a sobredimensionar sus objetivos y multiplicar las actividades más allá de lo que la infraestructura humana y financiera podían resistir"⁽²⁷⁾.

Las delegaciones regionales aparecidas en la Dirección Nacional, se aumentan a seis (Buenos Aires, Litoral, Centro, Noreste, Norte, Cuyo y Sur) y se reúnen en un departamento ministerial (Dirección de Delegaciones). El esquema organizativo sería:



(ESQUEMA IV)

(27) Veronelli, J.C. y Rodríguez Campoamor, N., Política Sanitaria Nacional, public. cit. pág. 17-19.

El Organismo Nacional recibe su último aporte con la transferencia de los establecimientos que había creado la Fundación Eva Perón y se constituye en el Subsector con mayor volumen de capacidad instalada. (*)

Dentro de los planes existentes para el período 1952-1958 y que dejan de cumplirse por el alejamiento del hombre que había actuado como motor principal del cambio y por la revolución militar de 1955, hay algunos que merecen ser destacados (28):

1. "El programa de red hospitalaria: consistente en la constitución de un vasto complejo ordenado y cuyas prestaciones estuviesen coordinadas. La capacidad instalada nacional y la jerarquía del organismo, hacía posible conseguir la coordinación con el resto del sector público y con el reducido sector privado."

2. "Organización de la profesión médica, incluidas odontología, farmacia y obstetricia. Creación del "médico de familia" para los no pudientes, en zonas o barrios con desamparo médico". El último punto es de particular interés, dado que constituye el esbozo de un nivel primario organizado, elemento de la mayor trascendencia en un sistema eficaz y eficiente de atención médica y al que en nuestro país no se le ha asignado ni se le asigna, la debida importancia.

3. "Promoción del desarrollo de las industrias farmacéutica, de equipamiento hospitalario y de instrumental médico"

En materia de financiación, sus ideas emergen con claridad en la conclusión de una Conferencia dictada en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Ai-

(28) R. Carrillo. Plan esquemático de Salud Pública (1952-1958) Min. de Salud Pública, B.Aires, 1951.

(*) Esa capacidad instalada, creada por adición, posee establecimientos de diversa antigüedad y estado de conservación y cuya localización y dimensión son más fruto de factores histórico-político, que de formulaciones técnicas.

res, el 14 de noviembre de 1950:

"En lo que claramente de lo expuesto que nuestro país ha dejado atrás ya los sistemas de financiación individual; que incluso ha superado el sistema rentístico (de rentas generales) desde la creación del fondo nacional de Salud Pública",

"La meta final que se vislumbra en el proceso evolutivo de la medicina parece hoy día radicar en los sistemas de seguridad social. Sin embargo, los gobernantes argentinos no ignoran que para llegar a ella se requieren prolongados estudios y procesos de adaptación y aplicación, pues, como ya lo hemos señalado, ningún país puede desprenderse bruscamente de su propio pasado histórico... "(29)

Sin embargo, no faltaron, durante el período examinado, desarrollos producidos a través de líneas distintas de la propiciada por el Ministro Carrillo. Ejemplo de ello es la aparición de las Obras Sociales y la adquisición, por parte de ellas y de algunas mutualidades, de una capacidad instalada de reducido volumen.

Tampoco faltaron errores. La centralización administrativa de casi todo el trámite enlenteció el flujo de los mismos en todo el sistema. El empuje de Carrillo hizo crecer la estructura del organismo central con mayor velocidad que los recursos humanos calificados y los recursos financieros disponibles. Al alejarse el factótum, el sistema en equilibrio inestable se inclinó hacia el deterioro.

En ese momento se produjo la interrupción del gobierno por la revolución de 1955.

(29) Ramón Carrillo - Contribución al conocimiento ob cit. pág. 178.

1.6. La búsqueda de la descentralización.

La revolución de 1955 ha germinado y estallado en el interior. Trae una decidida actitud de adversación. Es lógico que juzgue duramente el centralismo anterior, fuertemente teñido de implicancias políticas.^(*)

En el campo de la salud pública han sucedido muchas cosas en los doce años anteriores. También se han cometido errores y el período inmediato anterior a la revolución es un momento de deterioro financiero y organizacional.

Las autoridades sanitarias juzgan que la organización existente "adolece de defectos fundamentales en su funcionamiento" fallas que se atribuyen a la ausencia de la debida coordinación y a la duplicación de funciones "de diversos organismos y servicios que, actuando en los mismos campos, tienen un rendimiento mínimo con gran dispersión de esfuerzos y materiales"

El Gobierno requiere el asesoramiento de expertos internacionales en organización sanitaria, solicitándose a la Organización Panamericana de la Salud la contratación temporaria de los mismos. Con anterioridad a la entrega del informe, un decreto del Poder Ejecutivo autoriza al Ministerio a comenzar el proceso de las transferencias.

Los considerandos mezclan dos tipos de razones: las que indican la conveniencia de una descentralización administrativa (lo que los franceses, siguiendo a la Grasserie⁽³⁰⁾ denominan desconcentración) como son:

"distancia del centro, con sus corolarios de dificultades de información, exceso de gastos administrativos por la lejanía de la dirección, demoras,

(30) Raoul de la Grasserie. "L'état fédératif", Fontemoing, Paris, 1897. (Citado por C. Sánchez Viamonte. Derecho Constitucional. Edit. Kapeluzz, Buenos Aires, 1945, T.I., pág. 356).

(*) La influencia de los condicionantes políticos en la centralización en la descentralización es esbozada en el punto 3.3.

falta de adecuación a características locales".

Quedamos argumentos, más discutibles, en este caso, como:

"que la intervención, el gobierno y administración de esos establecimientos por las autoridades locales, permitirá la observación de la actividad social por parte de los pobladores de la zona en que se cumple";

"que la fuerza de la opinión de estas últimas en los regímenes democráticos es decisiva en la selección de sus dirigentes, lo que redundará en beneficio de su eficiencia".

Esta línea argumental será analizada en la segunda parte de este tratado y corresponde a lo que se considera fundamento de descentralización política ("en la descentralización política, el régimen representativo es esencial" afirma Bielsa⁽³¹⁾).

Finalmente, por el decreto anteriormente comentado, para "evitar las superposiciones en la prestación de servicios dependientes del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, con los brindados por otros organismos locales, ya sean provinciales o municipales", se autoriza al organismo nacional a conceder la transferencia de establecimientos.

Es decir, en el momento en que el volumen del sistema nacional hace posible la ansiada coordinación, un gobierno militar, con interventores en todas las provincias, decide la disolución - por descentralización política - del sistema nacional, con la confianza de que se podrá luego establecer una "centralización normativa" que no tiene ni tradición ni soporte legal en el país.

Pero es imposible comprender los sucesos del período sin tener en cuenta:

(31) R. Bielsa. "Principios de Derecho Administrativo" ob cit.

a) La decidida actitud de adversación del régimen que, iniciado en el interior, levanta contra los excesos del centralismo las banderas del federalismo.

b) La idea dominante en muchos países influidos por la organización sanitaria de Estados Unidos y Suecia - los mejores estados de salud de la época - sobre la trascendencia de las unidades locales y del gobierno local en materia de salud pública.

Los consultores solicitados por el Gobierno se informan sobre la política decidida por éste y la avalan en su informe⁽³²⁾, uno de cuyos leit-motivs es la organización conveniente para la salud pública del país. Toman en cuenta la organización política federal y los excesos del centralismo anterior, reflejados en innumerables consecuencias, aconsejando reservar para el nivel nacional el establecimiento de normas y la asesoría técnica y transferir a las provincias, municipios e incluso a instituciones particulares, la capacidad instalada.

La descentralización cumplida por el Ministerio entre 1956 y 1957, es fundamentalmente del tipo de la descentralización política.

Pero en 1957, la creación del Instituto Nacional de Salud Mental⁽³³⁾, da comienzo a la línea de las descentralizaciones del tipo administrativo-institucional.

(32) Estudio de los servicios de Salud Pública de la Argentina. Informe de la comisión de Consultores Internacionales. Junio 1957. (Mimeografiado).

(33) Decreto-ley N° 12.628/57.

Los programas "verticales" del Ministerio comienzan a debilitarse:

Se ha decidido afirmar el binomio centralización normativa-descentralización ejecutiva. Pero sólo para el segundo término, existen soportes constitucionales y legales.

La centralización normativa debe ser obtenida a través de mecanismos que deberán ser creados en el futuro.

1.7. La política de transferencias.

"Una causa más de la anarquía y desorganización del sistema hospitalario nacional, fue la consecuencia de la política de transferencias de servicios".

"Iniciada en 1957, conviene mencionar rápidamente sus antecedentes".

"En el año 1956, el Ministerio de la Nación solicitó la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, para que estudiara los problemas sanitarios nacionales y propusiera las soluciones de los mismos".

"En septiembre de 1957, la comisión de expertos designada, entre las recomendaciones incluyó la necesidad de la descentralización ejecutiva y administrativa de los servicios asistenciales a nivel provincial y/o municipal o privado"

"Por decreto-ley 1.371, del 8 de febrero de 1957, modificado por el decreto-ley 11.562, del 25 de septiembre de 1957, se crearon los instrumentos le-

gales para posibilitar las transferencias de los servicios asistenciales".

"En el año 1958, se efectuaron las transferencias, previos convenios ajustados a disposiciones contractuales con cada una de las provincias"

"Por la ley 14.475, del 16 de septiembre de 1958, y promulgada el 25 de septiembre de 1958, se dispuso el reintegro de los servicios transferidos de modo tal que, desde ese mismo momento, quedaron dependiendo nuevamente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación".

"Por esta misma ley, en sus artículos 8º y 9º, se estableció la posibilidad de nuevas bases legislativas tendientes a lograr una creciente intervención de las provincias y municipios en la atención de la asistencia médica en las respectivas zonas".

"Por decreto 8.569, del 22 de septiembre de 1961, se estableció la necesidad técnica de volver al ámbito provincial los servicios asistenciales. Con esta disposición se activaron las gestiones y estudios para las transferencias".

"Por la Ley de Presupuesto Nº 16.432 y apoyado en lo que establecen los artículos 37, 38 y 49, se autorizó al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública a efectuar las transferencias. Lógicamente, la autorización caducó automáticamente al quedar concluido el año fiscal correspondiente, el 31 de octubre de 1962".

"Después de haber sido consultadas todas las provincias, sólo aceptaron las transferencias definitivas las de Santa Cruz, que se concretó por el decreto 8.416 de 1962, y Formosa, por los decretos 7.006 del 14 de agosto de 1961 y 13.920 de 1962, que en estos últimos días acaba de denunciarlos por la imposibilidad de atender los hospitales transferidos".

"Se efectuaron también transferencias parciales y a otros niveles, como a la Universidad de Tucumán, decreto 3.534, del 7 de mayo de 1963, del Centro de Oncología (aún no concluido) y del Dispensario Oftalmológico, y por decreto 11.886, a la Universidad de Córdoba, el Instituto de Puericultura, etc."⁽³⁴⁾

Las transferencias son la modalidad esencial de descentralización, pero no la única. Por decreto ley 12.628 del 11 de octubre de 1957, se crea como organismo descentralizado y autárquico el Instituto Nacional de Salud Mental. Se introduce así, la modalidad "institucional" de la descentralización administrativa.

Durante el período 1955-1966, se destacan dos gestiones ministeriales a cargo de "ministros políticos": los Dres. Noblía y Oñativia.

Durante ambas gestiones, la tendencia descentralizadora adquiere una prudencia y moderación tal, que por momentos parece estarse cerca de un equilibrio entre ambos polos.

Ejemplo de lo expuesto son los párrafos siguientes, tomados de un discurso del Ministro Oñativia, en 1963:

"El comienzo de la política de transferencia, iniciado en el año 1957, que pretendió entregar el manejo de los hospitales nacionales a las provincias y municipalidades, trajo como consecuencia un estado de incertidumbre, de anarquía y de caos en los servicios asistenciales nacionales, con el resultado final de un desmantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario".

"En muchas provincias se estableció la atención administrativa a cargo

(34) Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. "Política Sanitaria y Social" 12 de octubre de 1963-31 de diciembre de 1965. Tomo 2, pág. 341-344.

de la Nación y la técnica por las provincias, sistema que agravó aún más el panorama de crisis hospitalaria, pues ni la Nación ni las provincias atienden satisfactoriamente las necesidades del hospital. Y salvo excepciones, la triste realidad que hoy contemplamos es esta de la falta adecuada de atención hospitalaria en muchos pueblos o ciudades del país; el espectáculo de hospitales que siendo de nuestro pueblo, agregan, a su postergación económica y social, la falta de una adecuada asistencia médica que alivie la enfermedad y el dolor".

"Mientras no se resuelva una efectiva política de descentralización que posibilite el desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, no les permitirán a éstas, entre otras cosas, absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial. Mientras tanto Salud Pública de la Nación, debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales" (35).

Ambas gestiones se caracterizan por la adopción de una actitud prudente frente al problema centralización-descentralización, resuelto habitualmente en los términos en que se plantea desde la época del Ministro Carrillo.

Centralización normativa y descentralización ejecutiva, pero salvando la vocación de "acordar con las provincias e instituciones una sola organización tipificada que asegure un régimen uniforme en calidad y cantidad de los servicios, de tal modo que no exista ningún habitante del país que no tenga asegurada su asistencia médica y - en caso de urgencia o lejanía - que nadie pueda morir sin servicio médico" (36).

(35) Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública. Actas de las II Jornadas, San Juan, 18-23 noviembre, 1963. La Plata, 1964, pág. 74 y sig.

(36) R. Carrillo. "Contribuciones al Conocimiento Sanitario", ob cit. pág.271-272.

Parte de ese objetivo se busca, (proceso iniciado por el Ministro Norblía y consolidado por la gestión Oñativía), a través de la formación de administradores de salud pública. (Creación y colaboración en el sostenimiento de escuelas de Salud Pública, aparición de revistas de organismos de Salud Pública, etc.)

En estas actividades prima el concepto de organización de la "función", pero igual que en el período anterior, la amplitud territorial exige el fortalecimiento de organismos que integren las actividades con criterio de "área". Se reorganizan para ello, las delegaciones sanitarias federales (en cada provincia) y las regionales, creándose en el organismo central una "Oficina Coordinadora" (decreto 2083/64).

La necesidad de integrar la conducción a nivel área no es exclusiva del organismo sanitario nacional: el Ministro de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires dicta en diciembre de 1960, una resolución (Nº 649) por la que se crea una "Comisión de Regionalización Sanitaria", sancionándose en noviembre de 1961 la ley de regionalización sanitaria (Nº 6647).

En cuanto a la línea iniciada en la época del Ministro Carrillo y que no se integró en su estructura, las obras sociales y mutuales, continúan su desarrollo, en algunas de gran vigor. Sin embargo, como subsector y a nivel nacional, no tienen gran volumen de capacidad instalada ni un peso financiero que sea de real importancia en la estructura del gasto global.

1.8. Un binomio que se desequilibra.

Los esfuerzos de Galli y Carrillo dan realidad a una autoridad sanitaria nacional. El Ministerio nacional adquiere primacía en cuanto a volumen de camas hospitalarias, no siempre localizadas con adecuación a necesidades reales

(ya hemos visto que parte del número de camas se hace por incorporación de instituciones).

La centralización llega a ser excesiva y comienza a colaborar con problemas financieros en el deterioro del sistema.

Todos aceptan como vía de solución el binomio "centralización normativa-descentralización ejecutiva".

Se explora - con malos resultados - la descentralización política: es la marcha y contramarcha de las transferencias.

En 1966, vuelve a quebrarse la continuidad gubernamental. Una nueva institución aparece en el escenario ministerial: el Ministerio de Bienestar Social. Sobrarían razones para justificar la integración en una jurisdicción de numerosos organismos vinculados con la política social ⁽³⁷⁾ Pero probablemente la creación del ámbito "Bienestar Social" obedeció en ese momento más a criterios formales y rígidos sobre la confección de un organigrama del Poder Ejecutivo que a consideraciones sobre coherencia política. El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública es transformado en Secretaría de Estado, con conservación de su individualidad presupuestaria. La enérgica personalidad del Secretario, permite durante los primeros años de la institución, la preservación de gran parte del poder de decisión.

En Septiembre-Octubre de 1966, se realiza en Washington, la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. En el informe de la República Argentina, se afirma:

"Iniciado el estudio de las estructuras anteriormente dispuestas, se pudo comprobar áreas de trabajo superpuestas o por el contrario, aisladas; la correc-

(37) Ver, por ej.; Veronelli, J.C. "Hacia donde va la Seguridad Social Argentina". Cuaderno de Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Univ. Bs.As. (en prensa).

ción de esas anomalías se tradujo en una nueva formulación que contempla la centralización normativa, de asesoramiento y supervisión, con desconcentración o delegación de las responsabilidades operativas, habiéndose también, determinado con justeza, las líneas de decisión y de información" (38).

Si hasta aquí parece intención de las autoridades ejecutar una descentralización administrativa, el discurso del Secretario de Estado, en la Primera Reunión de Autoridades de Salud Pública en noviembre de 1966, modifica el planteo:

"Con la descentralización ejecutiva se procederá, por una parte, a delegar en organismos periféricos, las acciones de salud que actualmente se conducen desde el nivel central y, por otra parte, a transferir los establecimientos locales que estuvieran en condiciones requeridas para ello, a los organismos de salud provinciales. Las transferencias se formalizarán mediante acuerdos donde se conengan las condiciones técnicas y administrativas de esta operación" (39)

Dictada la ley 18.586, se procede a transferir y en la 4a. Reunión de Autoridades, el discurso de clausura del Secretario de Estado, expresa:

"... merece especial mención la transferencia de los establecimientos asistenciales a la jurisdicción provincial, lograda ya en, aproximadamente, el 85% de los casos" (40).

Nunca pudo avanzarse más. Las jurisdicciones de mayores recursos, por ejemplo, la Secretaría de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. o la de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, no aceptaron las transferencias y

(38) Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. "Informe de la República Argentina, Septiembre-Octubre, 1966, pág. 5.

(39) Ministerio de Bienestar Social, Subsecretaría de Salud Pública. "Conclusiones y Recomendaciones". Reuniones Nacionales y Regionales de Autoridades de Salud Pública (1966-69) B.Aires, 1970, pág. 9.

(40) Ob cit. pág. 161.

el presupuesto nacional, de valor relativo cada vez menor, estuvo en gran parte dedicado a subsidiar mediante establecimientos nacionales, a las jurisdicciones de mayores recursos, cuyos presupuestos propios casi igualaban al del organismo nacional.

Pero las transferencias, dentro del sector público, no agotan la descentralización producida:

a) la sanción de la ley 17.102, faculta al Poder Ejecutivo para transformar sus establecimientos en "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad". El sistema modifica antecedentes y proyectos del gobierno anterior, reduciendo el carácter experimental de los mismos. Algunas provincias imitan el procedimiento (por ejemplo, Santa Fe, ley 6312/67 y decreto regl. 4321/67).

b) La descentralización administrativa de tipo institucional, se utiliza para la creación del Servicio Nacional de Rehabilitación (ley 18.384), Instituto Nacional de Obras Sociales (18.610).

En 1970, se produce un cambio de autoridades. El nuevo Secretario expone, el 31 de agosto de ese año, sus ideas sobre política sanitaria y afirma:

"Por haberse transferido servicios y actividades nacionales a niveles provinciales, sin perfeccionar su coordinación y uniformidad, no se ha logrado aún un mejoramiento del sistema. Para que este se produzca, nos proponemos":

"1º Afianzar la centralización normativa para todo el sector, imprescindible complemento de la descentralización operativa realizada".

"2º Completar las acciones de transferencia de establecimientos y actividades a los niveles correspondientes".

"3º Circunscribir las acciones concurrentes y supletorias del nivel nacional a aquellos casos o circunstancias que, al exceder la capacidad del nivel

local, lo hagan necesario" (41).

Debe destacarse la exactitud del diagnóstico: desequilibrio del binomio centralización normativa-descentralización ejecutiva, menos notable en los años anteriores por el carácter autoritario del gobierno en general y por la fuerte personalidad del Secretario de Salud Pública; así como la razonabilidad del tratamiento proyectado.

completar el proceso de transferencias (con lo que se hubiese eliminado la injusticia distributiva antes señalada) avanzando vigorosamente por el camino de la centralización normativa, tarea difícil por ausencia de normas constitucionales o legales que la sustenten.

Pero el Ministro de Bienestar Social tenía otras ideas. Pocos meses más tarde, la Secretaría de Estado de Salud Pública es transformada en Subsecretaría, con pérdida de sus anteriores individualidades.

Desde el Ministerio, se prosigue la labor descentralizadora, a través de varias modalidades:

a) descentralización administrativa institucional: creación de los institutos de Obras Sociales (ley 18.610), de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (ley 19.032), descentralización de establecimientos hospitalarios (ley 19.337), y

b) la de mayor trascendencia, modificando el equilibrio entre los subsectores que canalizan el gasto en salud. La ley 18.610 extiende la obligatoriedad de la constitución de obras sociales a la totalidad de los trabajadores en relación de dependencia, distribuidores y vendedores de diarios y la facultad de

(41) Min. de Bienestar Social. Secret. de Estado de Salud Pública. "Políticas y estrategias para el Sector Salud. Buenos Aires, 1970, p. 12.

hacerlo para el personal de dirección de empresas. Los aportes y contribuciones de los trabajadores del sector privado serán administrados por la asociación profesional, con personería gremial, signataria de los respectivos convenios colectivos de trabajo.

El desarrollo del subsector "Obras Sociales", bajo este instrumento legal, fué rápido, más rápido en la disposición de fondos que en la efectivización de prestaciones. Pero el poder de decisión quedó fragmentado entre las más de doscientas obras sociales existentes, entre las cuales se observan no sólo diferencias de montos financieros disponibles "per cápita" (en función de la permanencia en las contribuciones que "leyes especiales" les habían adjudicado a grupos con especial poder de presión y/o expresión), sino también diferencias de prestaciones, de gastos administrativos, etc.

Dice la Comisión Nacional de Obras Sociales en su informe final (1968):

"Las notables diferencias observadas, tanto en lo referente a las obligaciones, como a los derechos de los afiliados, evidencian una vulneración de los principios de igualdad de oportunidad y justicia distributiva aceptados universalmente como fundamento de todo el sistema de seguridad social".

El monto global que se administra en tan fragmentado subsector, se aproxima, según estimaciones actuales, al cuarenta por ciento del gasto total de salud del país, en tanto el gasto público se ha ido reduciendo hasta constituir, en los últimos años, un magro 20% del gasto total.

El Instituto de Obras Sociales, al que el artículo 13 de la ley 18.610 asignaba como finalidad "promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos,