

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.

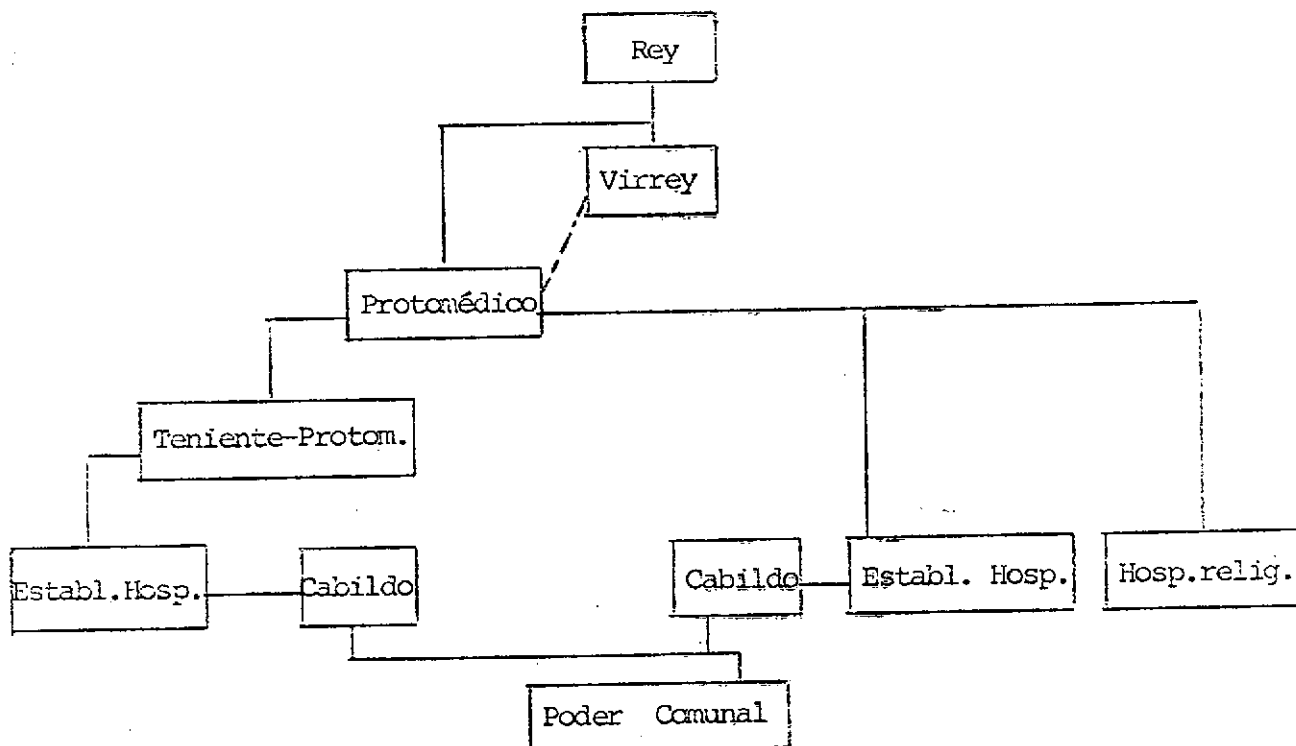
Pese a que profesionales autorizados por el Protomedicato de Lima para prestar servicio se titularon en Córdoba protomédicos entre 1640 y 1690, es recién en 1778-80, con la institución del Protomedicato de Buenos Aires, que aparece la función en nuestro territorio⁽⁴⁾ "sólo para organizar los hospitales, 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'hospital Francais, 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.

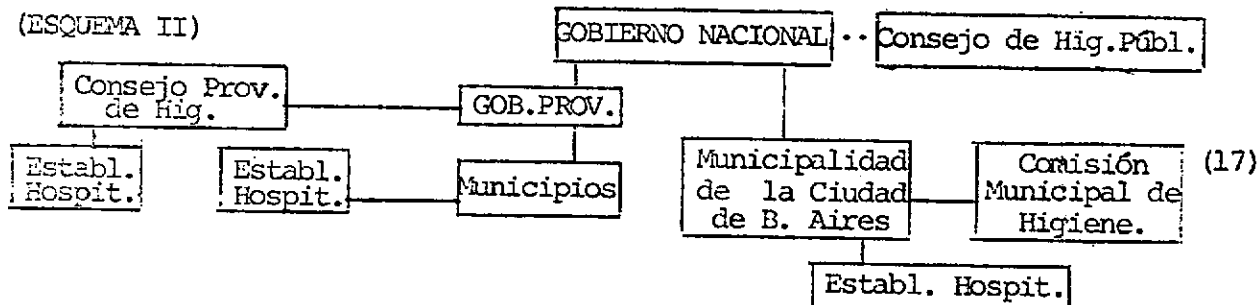
En las provincias, cuya organización municipal menciona el artículo 5º de la Constitución Nacional, existen o se crean organismos similares al nacional. El régimen municipal mencionado por la Constitución Nacional y establecido por las constituciones provinciales, constituye los Municipios como resultado 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, Río Negro, La Pampa y Misiones (19).

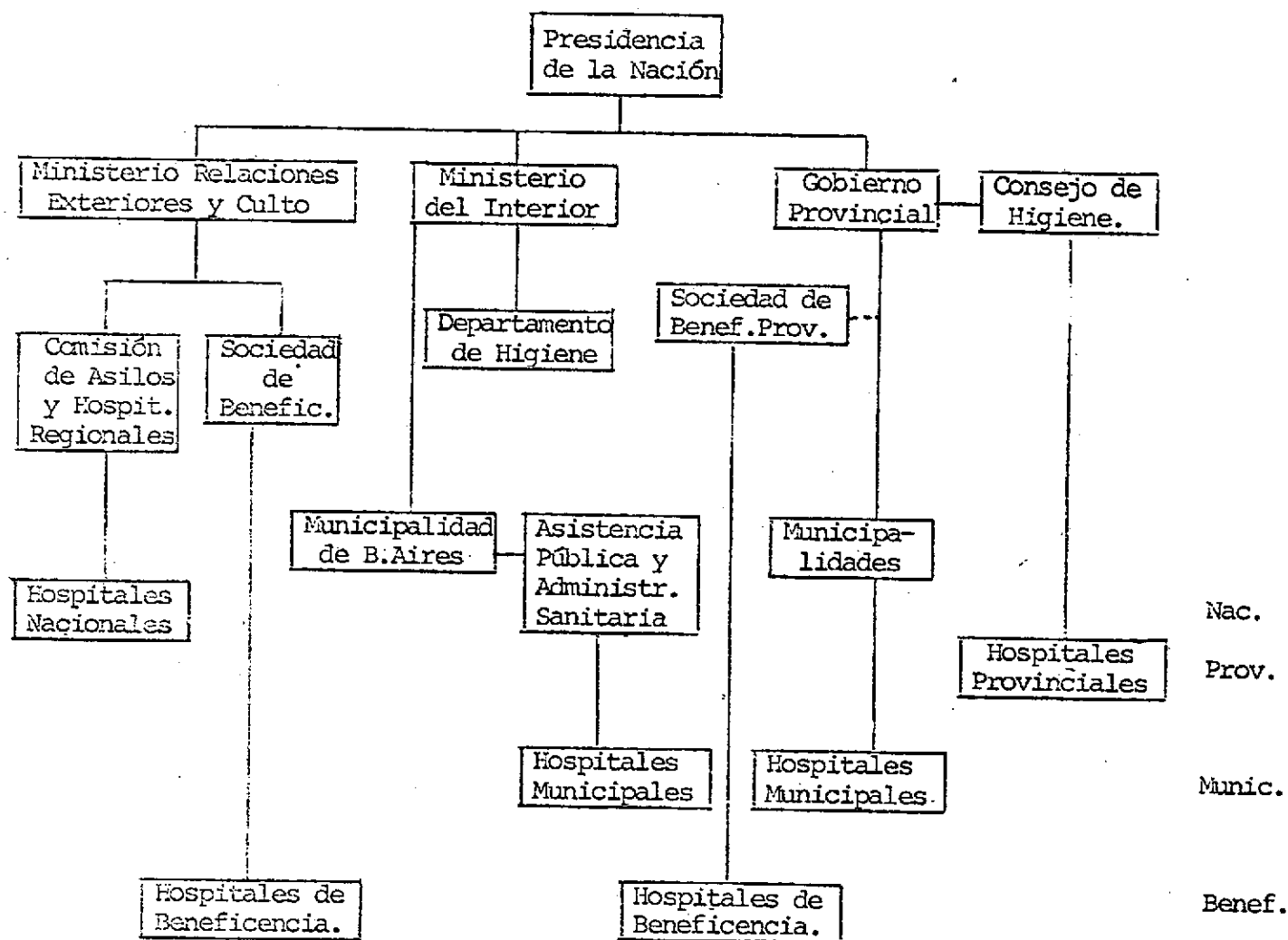
Esta institución modifica, en parte, el esquema organizativo anterior, transformándolo en el siguiente:

(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 Nº 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 Nº 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%".

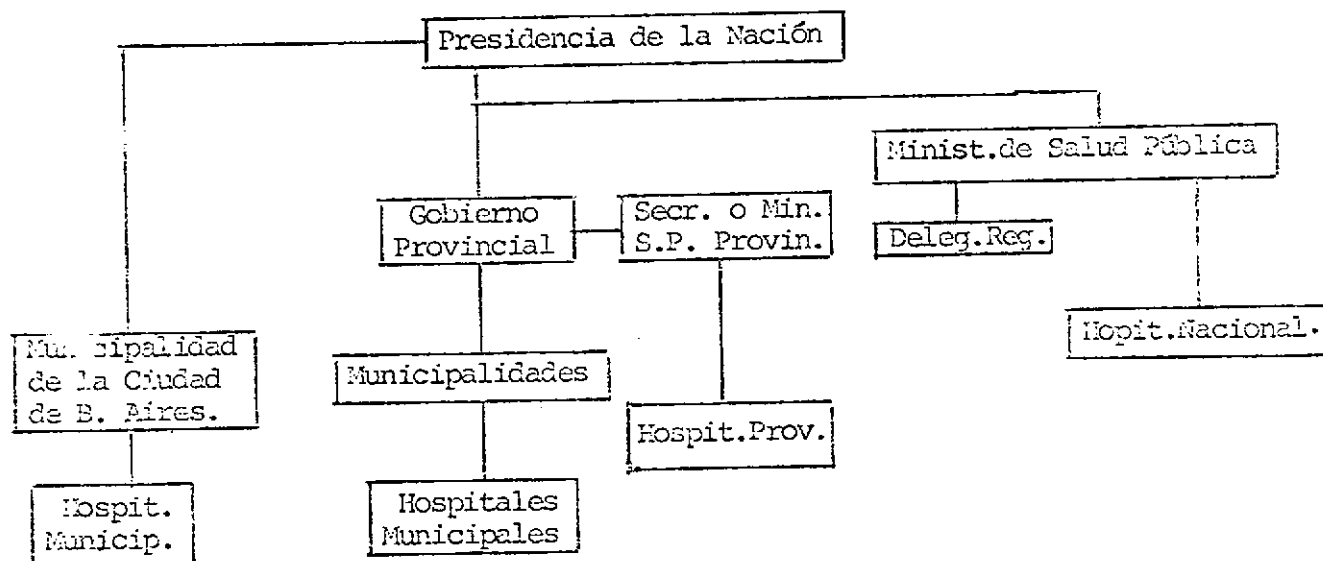
"Los indicadores de salud acompañan a estos cambios: la mortalidad general pasa de aproximadamente 10% a aproximadamente 8.5% y la mortalidad infan-

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,

financieros y contables", se planteó como alternativas, un sistema integrado o un sistema coordinado y optó por el último⁽⁴²⁾.

1.9. Situación actual.

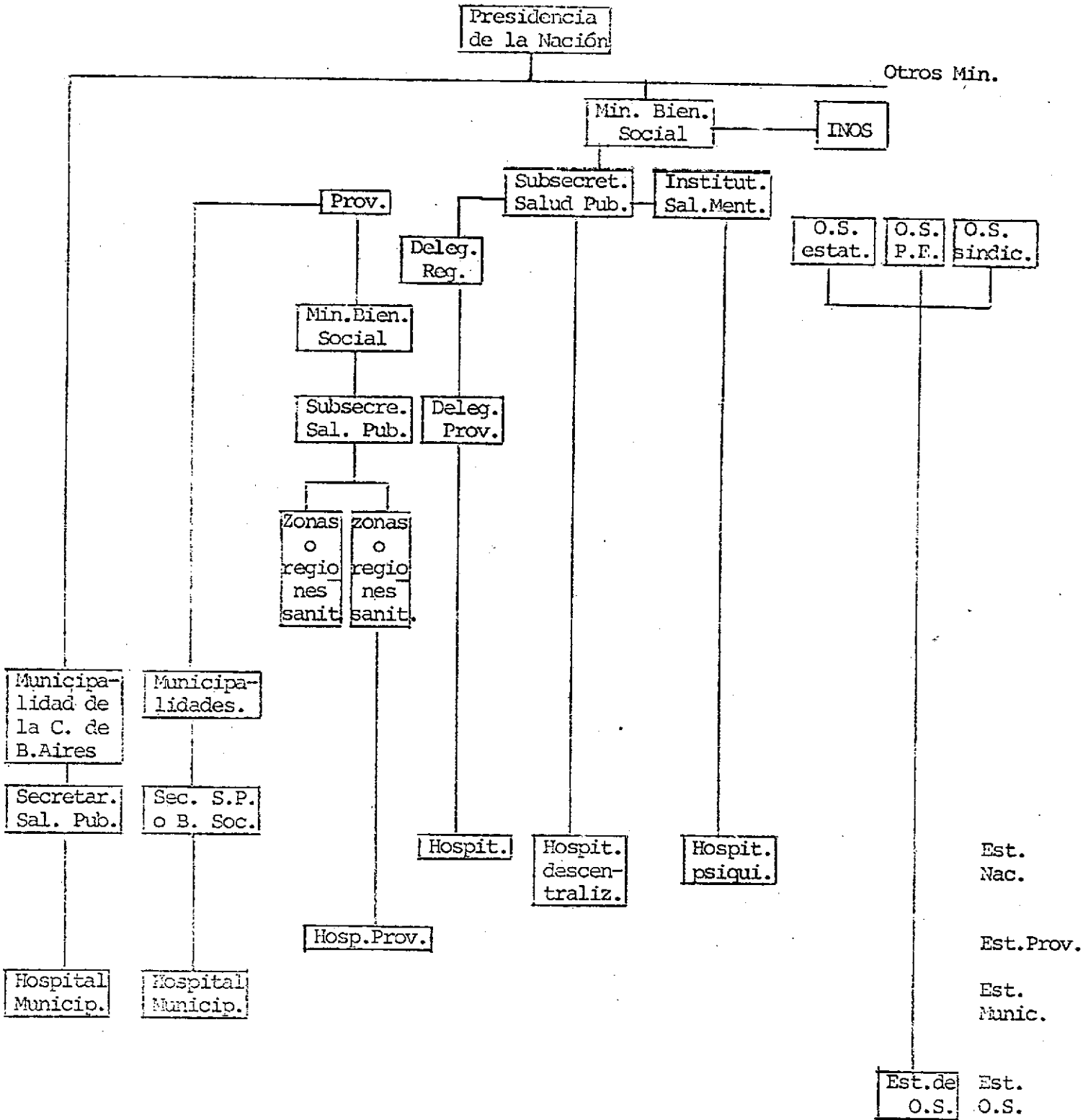
El organismo nacional responsable de la salud, tiene rango de subsecretaría (o área a cargo de un subsecretario) dependiente del Ministerio de Bienestar Social. Su capacidad instalada se reparte entre una porción mayor que depende de una institución descentralizada (Instituto Nacional de Salud Mental) y una menor, compuesta por establecimientos polivalentes y monovalentes, en su mayor parte localizados en el área metropolitana. Su presupuesto ha ido reduciendo su significación respecto del presupuesto general de la Nación (4.57% en 1965; 3.02% en 1966; 2.22% en 1968; 2.95% en 1969; 2.56% en 1970)^(*).

La capacidad instalada pública continúa siendo la más importante (casi las tres cuartas partes del total) pero su conducción se reparte entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales y municipales.

El subsector Obras Sociales, posee una parte muy reducida de la capacidad instalada, utilizando por contrato, de manera amplia, la capacidad instalada privada (cercana a la cuarta parte del total). La conducción de este subsector está repartida en casi doscientas instituciones. El gasto que se canaliza a través de esos subsectores, es algo más del 50% del total, quedando el resto a cargo directo de la población. La porción que se canaliza a través del subsector Obras Sociales es superior, casi el doble, de la que lo hace a través del subsector oficial.

(42) INOS. "Las Obras Sociales en la República Argentina" (Trabajo presentado al V Congreso Iberoamericano de Seguridad Social) B. Aires, 1972.

(*) Estimaciones del Departamento de Economía Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública.



(ESQUEMA V)

La distribución de camas hospitalarias por dependencia, es la siguiente:

te:

	Total camas hospitalarias	%	
Total	133.847		
Nacional	29.310	21.9) 73.1
Provincial	47.629	35.7	
Municipal	20.749	15.5	
Obras Sociales y Mutualidades	4.977	3.7	
Privada	30.095	22.5	
de Comunidad	1.087	0.8	

(Datos del Estudio sobre Salud y Educación Médica, Serie 2
Nº 3, Buenos Aires, 1970)

Los porcentajes que corresponden a los subsectores público, de obras sociales, privado y de comunidad, por provincia, son los siguientes:

	Publ.	O.S.	Priv.	Comun.		Publ.	O.S.	Priv.	Comun.
Capit. Fed.	72.3	7.1	20.6						
Bs. Aires	75.6	1.5	22.8		Mendoza	67.9	14.9	17.1	
Catamarca	85.5	-	14.5		Misiones	85.4	-	12.6	
Córdoba	75.3	2.6	22.0		Neuquén	90.9	-	9.1	
Corrientes	84.7	1.8	13.5		Río Negro	82.2	0.9	16.9	
Chaco	75.0	-	25.0		Salta	83.7	1.8	14.4	
Chubut	76.2	1.0	22.8		San Juan	85.5	3.0	11.4	
Entre Ríos	81.1	3.8	15.0		San Luis	86.7	-	13.3	
Formosa	87.6	5.3	7.0		Santa Cruz	66.8	13.6	19.6	
Jujuy	77.6	0.6	21.8		Santa Fe	56.4	2.4	33.0	8.2
La Pampa	79.8	-	20.1		Santiago del Estero	83.7	2.6	13.6	
La Rioja	82.7	4.5	12.8		Tucumán	76.5	4.9	18.6	
					T. del Fuego, Antárti. e Islas Atlánt. Sur	77.6	-	22.4	

2. Análisis de las tendencias y modalidades de la centralización y la descentralización sanitarias.

2.1. La Centralización.

El análisis de la centralización se referirá exclusivamente, al sistema de salud y al subsistema de atención médica. Quedan, por supuesto, excluidas todas las referencias relacionadas con el centralismo político. En el análisis se entiende, también, que la centralización coexiste con los mecanismos democráticos de representación en el nivel nacional.

El proceso de centralización - o de constitución de una autoridad central de normatización y conducción - que se origina en los comienzos de la organización nacional, se realiza entre 1943 y 1946 y se consolida y extiende hasta 1955, tiene como objetivos la búsqueda de una uniformidad que elimine diferencias injustificables y, por otra parte, una utilización eficiente de los recursos disponibles. Se busca el orden para imponer la igualdad, sacrificando para ello parcelas de libertad.

2.1.1. La centralización "política"

Por analogía con la clasificación de la descentralización basada en Bielsa, podemos denominar "política" a la centralización que se produce por reunión en un nivel de organización más elevado y general de facultades de decisión que se encontraban repartidas en niveles menos generales y más próximos a la comunidad local. Este tipo de centralización puede limitarse a la conducción y normatización en su grado más amplio y general, o extenderse, en el campo de las decisiones, hasta las coyunturales y aún cotidianas. En ninguna de sus modalidades tiene, en las Constituciones nacional y provinciales vigentes, elementos que la legalicen o soporten. (Ver en 3.1, la situación actual y la prevista por la

Convención Nacional Constituyente de 1949).

La ausencia de bases constitucionales que legitimen y determinen los canales de esta centralización, explica los tanteos que se han sucedido históricamente para alcanzar los objetivos enunciados.

La Conferencia Sanitaria de 1923, propone desde la delegación en el organismo nacional de facultades provinciales (representante de Santiago del Estero) hasta la constitución de un organismo nacional que incluya representación de las provincias, sea como Dirección Nacional, sea como Consejo Federal. Algunos pretenden la centralización mediante la elevación jerárquica del organismo nacional (Bard). Pero la representación santafecina levanta las banderas de la autonomía, aquellas que según José Penna no debían hacerse intervenir en la organización sanitaria, y configuran una sólida alternativa: dejar las cosas como están o incurrir en inconstitucionalidad.

La inconstitucionalidad es un pecado menor en 1943. El decreto 12.311/43 puede por ello afirmar: "es inadmisibile sostener que nuestro régimen constitucional o legal pueda haber trabado por razón de límites de jurisdicción, la eficiencia gubernamental"....

Por otra parte, esa interpretación no literal de la constitución había servido al Ministerio del Interior (Ministro Zapata) para arbitrar en favor del Departamento Nacional de Higiene, el primer conflicto jurisdiccional. Pero la fragilidad del soporte legal, lleva a buscar, no sólo la facultad de conducción, sino la integración de la dependencia. Las modalidades mediante las que se busca obtener o afianzar la centralización son:

a) por integración de dependencias estatales o privadas en el organismo central. (Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales - nacional-;

Instituto de Nutrición - municipal -: Sociedad de Beneficencia de la Ciudad de Buenos Aires - privada);

b) por jerarquización del organismo nacional. (Dirección Nacional en 1943, Secretaría en 1946, Ministerio en 1949);

c) por aumento (por creación) de capacidad instalada nacional. (Fué el camino elegido por D. Cabred a través de la Comisión Nacional de Asilos y Hospitales Regionales y por R. Carrillo con la construcción de establecimientos (entre 1946 y 1951, la capacidad instalada del Ministerio aumenta en un 77%);

d) por aumento del volumen y capacitación del personal del organismo central. (Visible desde comienzos de siglo y muy rápido desde 1946).

e) por aumento de la capacidad financiera del organismo. (Notable desde 1946);

f) mediante la modificación de preceptos constitucionales o legales. (El ejemplo más notable es el de la Constitución de 1949, que será analizada en 3.1.)

Una mención especial merece un procedimiento, si no de centralización, por lo menos de uniformación de doctrina y criterio: se trata de la formación de personal técnico para la administración de los servicios. Los criterios técnicos, compartidos por funcionarios adiestrados de diversos niveles, se convierten en elementos unificadores. Cuando la capacitación está a cargo de organismos nacionales, pueden convertirse en ejes de una uniformación muy amplia. El procedimiento ha sido sobre todo empleado por los ministerios de los Dres. No-blia y Oñativia.

2.1.2. La centralización administrativa.

Dentro de un organismo o nivel, este tipo de centralización tie-

ne dos modalidades. La que podríamos llamar "concentración", caracterizada por el traspaso del nivel de decisión de unidades periféricas al nivel superior (en ella queda comprendida la centralización "territorial") y la centralización institucional, integración de organismos descentralizados.

La primera es fruto de ambición de poder o de la patología de los administradores, conocida como incapacidad para delegar. Su corolario es el enlentecimiento y la parálisis de la organización. La segunda, puede ser conveniente en momentos en que se busca integrar una política sectorial o corregir una dispersión del poder de decisión.

Se han mencionado ejemplos de la primera durante la gestión del Ministro Carrillo. La segunda, se ha considerado en proyectos de épocas recientes, sin haberse aún decidido al respecto.

2.2. La descentralización.

Estado inicial del sistema en el momento de la organización nacional, se utilizó como remedio, sobre la base de diagnósticos previos, en 1955-1957 y en 1967-1973.

2.2.1. La descentralización política.

Significa ubicar las decisiones en niveles en los que la representación - que es figura esencial de la modalidad en cuestión - sea más próxima. Ha sido uno de los criterios defendidos para jerarquizar el régimen municipal. (Ver, por ejemplo, la tesis de doctorado del Dr. Lisandro de la Torre, 1988, capítulo V).

Algunos tratadistas la mencionan como procedimiento de origen de las provincias, sosteniendo que la Nación "comenzó por ser una unidad. Lo fue en el virreinato y siguió siéndolo durante las luchas por la emancipación, desde

1810 hasta 1820. Dentro de ese período se crean las provincias, algunas por propia iniciativa, pero la mayor parte por voluntad del gobierno central y en consecuencia, con el carácter de una delegación o descentralización política. (C. Sanchez Viamonte, *ob cit*, pág. 403). Ideas parecidas exponen Alberdi (Derecho Público) y J.V. González (Manual de la Constitución) .

Pero en nuestro caso particular, el régimen municipal se adscribe a otra modalidad de descentralización, la administrativa de tipo territorial, como lo explica con detalle uno de nuestros más prestigiosos especialistas en Derecho Administrativo, el Dr. Rafael Bielsa. Hemos mencionado (ver 1.6) el decreto del gobierno surgido en 1955, por el cual se autoriza al Poder Ejecutivo a transferir, esto es, a operar con la modalidad de descentralización política. Separamos los argumentos en dos tipos: los que correspondían a la centralización administrativa y aquellos en que se recurre a la autoridad local y a la fuerza de la opinión de los pobladores.

Estos argumentos están comprendidos en los comentarios siguientes:

"...existe una tendencia a unir, ligar y después confundir descentralización con democracia. Esta confusión es tan importante para el caso que merece una consideración explícita. Dos puntos son básicos. Primero, el hecho es que los gobiernos locales, como los nacionales, adoptan un número de formas y que ninguno de ellos tiene un impulso marcado hacia la forma democrática. Segundo, la descentralización puede existir fácilmente, en ausencia de democracia local"....

"Existe, además, otra fuente de confusión respecto a la relación entre democracia y autogobierno local. La misma proviene de la repetida afirma-

ción de que el pueblo se interesa mucho por los asuntos locales, y muy poco en los lejanos asuntos del gobierno nacional. Tal vez dicho en forma más moderada, una afirmación de grados diferenciados de interés sería correcta para la mayoría de los países y tendría validez especial en países con extensas poblaciones agrícolas con bajos niveles de integración nacional. Dando por sentado el hecho obvio de la proximidad de los problemas locales, la mayor posibilidad que los vecinos puedan alcanzar cargos en el gobierno local, y la propia posibilidad de alcanzar un cargo en un área de menor competencia, la consecuencia no es necesariamente un argumento fuerte en favor de la descentralización".

"Por el contrario, causa asombro que cinco países recientemente estudiados por Gabriel Almond y Sidney Verba, mediante unas cinco mil entrevistas, evidenciaron que: a) una proporción sorprendentemente amplia de la gente no se siente involucrada en asuntos públicos, nacionales o locales, pese a las presunciones sobre la disposición natural por lo menos en las actividades locales; b) el interés en los asuntos nacionales es completamente sustancial y favorable; y c) la participación real y hasta la motivación para participar en asuntos locales es en extremo baja"⁽⁴³⁾.

Se mencionó también que en 1966 el flamante gobierno expone en Washington, en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, su intención de avanzar por la vía de la centralización normativa, con desconcentración o delegación de las responsabilidades operativas. Hasta aquí la figura es de descentralización administrativa. Pero al mes siguiente se menciona (descenso del Secretario) la transferencia a provincias (descentralización política).

(43) Fesler, J.W. "Enfoques para la comprensión de la descentralización". Rev. de la Administración Pública N°26-27, Julio-Dic. 1967, Bs.As., p.42 y sig.

La centralización normativa tiene todas las dificultades legales de la centralización. Producida la descentralización política (transferencias), en aquellas jurisdicciones que carecen de la capacidad de rechazarlas, se busca la centralización normativa a través de tres canales:

a) Programas en los cuales la capacidad técnica de la Nación les adjudica una situación de liderazgo (por ejemplo, desarrollo del Programa Nacional de estadísticas de Salud, formulado e iniciado por el Ministerio de Oñativia).

b) Reuniones de autoridades de Salud, en las que se busca el acuerdo.

c) Programas asistidos, basados en el slogan "normas contra fondos"

La primera de las líneas se revela exitosa. Sin embargo, el programa mencionado adquiere una particular rigidez y los intentos para modificarlo desde el nivel central que lo engendró, tropiezan con la tendencia a la estabilidad en el acuerdo inicial de un decisorio colegiado.

La segunda línea promueve acercamientos e intercambios de informaciones y opiniones de indudable beneficio, pero la coordinación se establece más fácilmente en el terreno verbal que en el real. Sólo en contadas oportunidades las autoridades reunidas buscan la formulación de una política nacional de salud; las más de las veces se ocupan de buscar recursos o defender situaciones de sus ámbitos particulares, sintiéndose frecuentemente enfrentados con el inexistente fantasma de un poder nacional, del que se previenen y desconfían.

Esta modalidad alcanza cierto grado de institucionalización con la creación del Consejo Federal de Salud, que reúne a todos los Subsecretarios

de Salud Pública de provincias bajo la presidencia del Subsecretario Nacional. Se reedita así, una de las fórmulas propuestas para la creación de una autoridad central en la Conferencia Sanitaria de 1923, autoridad que no debe entenderse como persona o departamento, sino que admite (y con ventajas) una amplia participación de representantes de niveles subnacionales.

La tercera línea, los programas asistidos, (con algún parecido al programa de Hill Burton estadounidense) fracasa ruidosamente. La negativa de algunas jurisdicciones "ricas", a aceptar las transferencias, compromete parte del presupuesto nacional de salud en progresiva reducción frente al general de la Nación. Las provincias de escasos recursos no pueden ajustar sus programas a los requerimientos formales exigidos, y terminan redactándolos en las oficinas centrales, a gusto de los técnicos que deben aprobarlos. Los fondos, cuando llegan a la Provincia y consiguen alcanzar a Salud Pública, lo hacen con tales demoras que no puede exigirse el cumplimiento de las metas establecidas.

El cambio de autoridades de 1970 produce una renovación del esfuerzo por imponer la "centralización normativa", mediante: a) la totalización de las transferencias, para liberar al presupuesto nacional del subsidio permanente a las jurisdicciones ricas; b) los programas centrales con liderazgo técnico (Programación, Estadísticas) y c) la modificación de condicionantes legales. Se han mencionado ya los factores que esterilizaron la intención.

Conviene, antes de pasar al tópico siguiente, transcribir algunos conceptos sobre este tipo de descentralización que permiten relativizar las excesivas ilusiones que, a veces, se depositan en el mismo:

"La descentralización de carácter político-administrativo, tal como la devolución a gobiernos democráticos subnacionales, tiene rasgos políticos que, aunque a menudo explícita o implícitamente en la retórica de la gente con mentalidad descentralizada, no están siempre netamente incorporados en procedimientos más analíticos. Un objetivo de la descentralización es, ciertamente, transferir la toma de decisiones en ciertas materias normativas al electorado subnacional. Tres probables consecuencias deben señalarse. Primera, es obvio que, habrá en muchas instancias diferentes decisiones normativas, si una mayoría de la población de las áreas subnacionales o sus cuerpos legislativos, toman las decisiones que de otro modo hubieran correspondido a la mayoría nacional o al parlamento. De igual modo, claro está, la población de una unidad de gobierno local, o su concejo, alcanzarán a menudo decisiones diferentes a aquéllas a que arribarían el pueblo o la legislatura de una provincia o estado".

"Segundo, el conglomerado nacional de decisiones municipales o provinciales en el mismo campo normativo, puede diferir notablemente de las decisiones que habrían resultado de una elección nacional o de la acción del parlamento. Esto es, no sólo porque en el último caso habría una pauta normativa aplicable a todo el área nacional, sino porque un conglomerado de decisiones normativas locales, produce algo así como un sistema de remiendos sobre la nación. Además, los distintos distritos electorales de los gobiernos locales, con respecto a aquellos correspondientes a la elección de los legisladores nacionales, la variación en la participación de los electores en las elecciones locales y nacionales, las diferentes orientaciones de los representantes locales respecto de los legisladores nacionales, y otros factores pueden combinarse para que las decisiones locales afecten a una mayoría sustancial de la población nacional, favorecien-

do en consecuencia una política opuesta a aquélla que hubiera adoptado el parlamento nacional. En los Estados Unidos, por ejemplo, las legislaturas estatales constituidas de modo que representan en demasía los electores de pequeñas comunidades rurales, han descuidado los intereses de los pobladores de la ciudad, a pesar que más de la mitad de la población nacional vive en lugares con más de 10.000 habitantes; el congreso nacional presta más atención a los intereses urbanos, debido principalmente a la distinta representación electoral. Por tal motivo, el pueblo y los gobiernos de las ciudades a menudo acuden al Congreso en busca de una política dirigida a la solución de sus problemas".

"Tercero, una verdadera fragmentación de la toma de decisiones, puede por sí misma impedir el alcance de decisiones que probablemente cuentan con el apoyo de la mayoría, aunque no sea como un conglomerado sino el producto de una amalgama. Este es un rasgo familiar de los problemas interprovinciales e intercomunales que no pueden ser tratados con efectividad, a menos que las provincias o comunas afectadas acuerden una solución conjunta a través de una acción coordinada. Son ilustrativas al respecto, las dificultades para lograr acuerdos interprovinciales e intercomunales sobre control de la contaminación de las aguas que corren a través de varias provincias, o que pasan por varias ciudades, con el resultado que las provincias y ciudades situadas río abajo, son víctimas de las prácticas de contaminación ejecutadas en los estados y ciudades que se encuentran río arriba. Dentro de las áreas metropolitanas, donde las grandes ciudades urbanas están divididas en múltiples gobiernos locales (p. ej., 250 o más en cada una de 11 áreas metropolitanas americanas, y hasta más de 1.000 en el área de Chicago), la colaboración en la toma de decisiones puede ser virtualmente imposible. En general, entonces, la menos importante de las minorías posi-

bles (p. ej., una) de las unidades del gobierno local, tiene un veto efectivo sobre una decisión favorecida por una extraordinaria mayoría del pueblo 'del área con problema'. Falta de decisión ante problemas urgentes puede ser una consecuencia imprevista de la fragmentación del poder para la toma de decisiones".⁽⁴⁴⁾

2.2.2. La descentralización administrativa.

Esta modalidad tiene dos variedades: la territorial y la institucional.

La primera, que se ha mencionado como base - según Bielsa - del régimen municipal argentino, se halla involucrada en uno de los conflictos más frecuentes de las organizaciones administrativas: el del área versus la función.

El tema ha sido extensamente analizado por J.W. Fosler⁽⁴⁵⁾, quien lo define así:

"Todo gobierno estadual y local existe para cumplir una multiplicidad de funciones en un área dada, y se supone que le corresponde coordinar su actividad total en relación con todas las necesidades de la comunidad involucrada en el área pertinente. Pero si tal gobierno no tiene sino una parte de cada función por realizar, y si la totalidad de la función es así una combinación vertical sobre la cual ningún gobierno tiene un control total, sucede que los reclamos del gobierno territorial deben afrontar las rivalidades de las comunidades funcionales de los agentes especialistas, los grupos de interés particular de carácter privado, los cuales están preocupados sólo por funciones particulares"

"Aquí también la cuestión no es simplemente una cruel batalla por el poder personal. Al contrario, cada contendiente tiene una base racional para

(44) Fosler, J.W. "El problema de la descentralización ..." pub. cit., pág. 58 y 59.

(45) Fosler, J.W. Area and Administration, University, University of Alabama Press, 1949.

su reclamo. El prefecto está allí para cargar con la responsabilidad por la aplicación de programas nacionales en su área, y se espera que él aportará a la tarea un conocimiento más amplio y sensible del carácter del lugar, que aquel que corresponderá a los agentes funcionales altamente especializados. Su preocupación es la totalidad del área y la totalidad de las actividades nacionales con respecto a aquélla. Sin embargo, los ministerios nacionales pueden defender un caso igualmente válido. Un ministerio de agricultura es responsable por el cumplimiento de programas a través de toda la nación: esta es una responsabilidad que no puede cumplir completamente si no es más que una cabeza sin cuerpo; si no puede dirigir a sus agentes regionales en la ejecución de los programas nacionales de agricultura. El tiene la preocupación de que todas las áreas geográficas jueguen su parte total en el programa y no puede permitir la intervención de un extraño que pueda decidir no propiciar el desarrollo del programa, o distorsionar sus prioridades"

"El conflicto es inevitable porque toda descentralización involucra áreas y funciones. Históricamente está comprobado que tan pronto aparece en la capital la distinción funcional y el volumen de trabajo asignado a cada campo de especialización excede la capacidad de un solo hombre, las semillas del conflicto quedan diseminadas. El problema se intensificó con el desarrollo del adiestramiento especializado para las diferentes funciones. Así en nuestro tiempo, las especialidades han proliferado en forma tan notable que los especialistas en subfunciones, se molestan aún estando bajo la dirección de hombres profesionalmente preparados pero carentes de una preparación especial en la subfunción"

"La solución, si aún podemos usar este término, no está en la

aceptación de las doctrinas convencionales. Lo mejor que puede esperarse es una difícil combinación que variará de país a país, y dentro de cada país de tiempo en tiempo. Histórica y doctrinalmente el director generalista del área, tal como el prefecto, tiene prioridad" (46).

En la organización sanitaria argentina, salud pública comienza siendo una atribución del gobierno de área (cabildos, provincias y municipios). La introducción de la función (Protomedicato en el período colonial, organismos nacionales después) suscitan la aparición de conflictos, de los que algunos han sido ya mencionados.

Dentro de una misma estructura administrativa, sea nacional o subnacional, se generan necesidades de integración de conducción a nivel área y entran en conflicto con los departamentos que representan las subfunciones: ejemplos pueden obtenerse de los desarrollos de autoridades regionales, tanto interprovinciales en el nivel nacional, como interdepartamentales en el nivel provincial. Recuérdense las zonificaciones intraprovinciales, como la temprana de la Provincia de Buenos Aires, que se convirtió en común desde 1967; o la organización de delegaciones regionales dependientes del organismo nacional, desde 1943.

En todos los ejemplos mencionados faltan esquemas que permitan integrar en los diversos niveles la participación de la población. En 1965 se desarrolla un procedimiento experimental que busca, entre otros, ese objetivo. Antes de la sanción de la ley por una de las Cámaras, se produce el cambio de

(46) Fesler, J.W. "El problema de la centralización" ob cit. pág. 67 a 69.

gobierno. Las nuevas autoridades modifican, promulgan y aplican el modelo, tanto a nivel nacional como en algunas provincias. La participación forma parte de los objetivos generales del gobierno nacido en 1966 de la voluntad de un número restringido de ciudadanos. La que se obtiene en salud, representa más a los "notables" de las comunidades locales que a la comunidad misma.

El problema de la participación en los servicios de salud es tan complejo como importante y debe continuarse la búsqueda de procedimientos hábiles para obtenerla.

La segunda modalidad de la descentralización administrativa es la institucional. Merced a un instrumento legal, una dependencia adquiere cierta independencia del organismo mayor al que pertenece. Las leyes que lo crean deben especificar con gran claridad la misión y funciones, los vínculos de unión con el organismo mayor y sus facultades de supervisión, control, etc. Falencias de esos instrumentos o en la aplicación de los mismos, dan lugar a la identificación de autarquía con autonomía y a la atomización de los decisorios.

Los institutos o servicios (de Salud Mental, de Rehabilitación, los establecimientos hospitalarios descentralizados en virtud de la ley 19.337) son ejemplos ya mencionados de esta variedad de descentralización.

A una variedad particular pero relacionada con ésta, debería adscribirse la creación de las obras sociales, en virtud de la ley 18.610, radicando en falencias del control y supervisión con origen en el instrumento legal o en su aplicación, la incoordinación de su funcionamiento y la autonomía con que se conducen.

3. Los factores condicionantes de la centralización-descentralización.

3.1. La constitución nacional

Se ha mencionado en repetidas oportunidades, la ausencia de mención de la salud pública en nuestra Carta Magna. La modificación de 1957, introduce en el artículo 14 bis. una mención sobre seguridad social, cuyos beneficios serán otorgados por el estado; "el seguro social obligatorio, estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administrada por los interesados con participación del Estado"... y en el artículo 67, inciso 11, faculta al Congreso Nacional para dictar el Código de la Seguridad Social. A través de la Seguridad Social puede incluirse la organización sanitaria, (tal como se hace en casi todos los países occidentales, europeos y en algunos de los países socialistas) que podría tener así carácter de institución nacional uniforme.

3.1.1. La Constitución de 1949.

La Convención Nacional Constituyente de 1949, incluyó algunas menciones relacionadas con la política sanitaria. En su 11a. Reunión, del 11 de Marzo, el Convencional Sr. Nazar se refirió al derecho sanitario, manifestando:

"En los países de tipo federal se advierte la tendencia a atribuir en la materia al poder central funciones de legislación y ejecución. El proyecto consagra la solución a que se orienta ese proceso: 1º) como fin del Estado la defensa de la salud pública; 2º) la política sanitaria; 3º) el derecho del individuo a solicitar esa protección".

"En cuanto al proceso de socialización del derecho común que determina la aparición de nuevos principios y concepciones, y la concreción,

hoy en cuerpos sistemáticos de leyes sociales, expreso que el agregado al artículo 67, inciso 11, de la Constitución vigente, consagra en el texto de la Ley Fundamental la concepción peroniana sobre el problema, y en lo demás, adhiero a lo que se ha dicho ya en las eruditas exposiciones de los doctores Valenzuela, Méndez San Martín, Sampay y otros".

El inciso 11 del artículo en cuestión, que se convirtió en 68 y determina las atribuciones del Congreso, lo faculta para dictar el Código Sanitario. El inciso 16, establece como atribución "proveer lo conducente a la prosperidad del país, a la higiene, moralidad, salud pública y asistencia social"...

Ambas modificaciones desaparecieron al no ser incluidas por la Convención Nacional Constituyente de 1957.

Además del artículo mencionado, en la Constitución de 1949 se establece como uno de los derechos del trabajador, el derecho a la preservación de la salud (artículo 37, inciso 5) (*). En ese mismo artículo, el inciso 7 determina el derecho a la seguridad social, de manera muy distinta de la establecida por el artículo 14 bis en 1957, afirmándose en él:

"El derecho de los individuos" a ser amparados en los casos de... .., promueve la obligación de tomar unilateralmente a su cargo las prestaciones correspondientes o de promover regímenes de ayuda mutua obligatoria destinados.....etc." (47).

(*) Art. 37, inc. 5: "El cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad, a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna los requisitos adecuados de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades normales del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo".

(47) Convención Nacional Constituyente. 11a. Reunión, 11 de Marzo de 1949. Diario de Sesiones, 1949.

3.2. Las constituciones provinciales.

Las constituciones provinciales vigentes (*) han sido promulgadas en tres reducidos períodos de nuestro pasado reciente:

- entre 1895 y 1907, las de Catamarca y Tucumán;
- entre 1923 y 1935, las de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Salta y San Juan, y
- entre 1957 y 1962, las de Corrientes, Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Santa Cruz.

En las del primer grupo salud no es objeto de tratamiento especial: la Constitución Catamarqueña menciona en su artículo 56 la "salud pública" en su acepción de salvación pública; la de Tucumán se limita, en el artículo 131, a determinar que son ramos del poder Municipal "la policía de salubridad, la inspección de alimentos, el establecimiento y sostén de hospitales y otras obras de beneficencia"...

El tratamiento de salud como sujeto de consideraciones especiales se restringe, en la mayor parte de las constituciones del segundo grupo, a la mención de la salubridad, habitualmente junto con el ornato, como atribución del poder municipal. (Buenos Aires, artículo 183; Córdoba, artículo 157; Entre Ríos, artículo 195; Jujuy, artículo 131; La Rioja, artículo 141; Salta, artículo 173).

La Constitución de Entre Ríos agrega en su artículo 42, que el Estado

(*) Es decir, en su forma actual, fruto de reemplazo o reforma de textos anteriores, en muchos casos.

reglamentará especialmente los seguros y el socorro mutuo, en caso de enfermedad, maternidad, muerte, niñez desvalida, vejez o invalidez.

La de San Juan constituye la excepción de este grupo de constituciones: promulgada en 1927, su artículo 31 establece "el reconocimiento del derecho de todos los habitantes de la provincia a un mínimo de seguridad económica. "Para ello se establecerá por ley la jornada de trabajo con relación a la vida higiénica y el estado de desarrollo industrial y agrícola ganadero, el salario mínimo con relación al costo de la vida, un régimen de seguros contra la enfermedad, la vejez y la invalidez y de amparo a la maternidad, viudez y niñez desvalida". Es notable la presencia en este artículo de los elementos fundamentales del concepto de seguridad social, tal como se formula, un quinquenio más tarde, en la Social Security Act roosveltiana o una década después en los sistemas neozelandés-o inglés.

El tercer grupo de constituciones, promulgadas en 1957 y 1962, es menos homogéneo. Las de Corrientes, artículo 163; La Pampa, artículo 115; Mendoza^(*), artículo 200 y San Luis, artículo 144, se limitan a mencionar la salud pública o salubridad como área de competencia del poder municipal.

La de Chubut establece que la ley garantizará a todo trabajador en relación de dependencia "la higiene y seguridad en el trabajo y la asistencia médica" (artículo 46); además, que "la Provincia asegura a todos sus habitantes el derecho de ser protegidos en su salud" (artículo 52), "debiendo la legislatura promover, organizar, fiscalizar y coordinar la defensa de la salud individual y colectiva y la asistencia social". Además, en ese artículo de la Constitución de Chu-

(*) La Constitución de Mendoza establece en su art. 14, que el allanamiento de domicilio podrá efectuarse por orden de juez competente o de autoridad sanitaria o municipal por razón de salubridad pública.

but y en el 27 de la de Río Negro, se determina el deber de todos los habitantes de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad.

La Constitución de Formosa dedicó a salud los artículos 55, 56, 57, 58 y 59, determinándose que la Provincia establecerá un reglamento de seguros sociales y tutelaré la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad, orientándose en el sentido de una medicina social e integral. Un enfoque parecido es el de la constitución de Misiones (artículo 37, 38 y 39) a lo que se agrega la atribución municipal en el área de la salud (artículo 171); la de la provincia de Río Negro, cuyo artículo 25 se refiere a los seguros sociales y el 26, 27 y 28 completan el área de salud y establecen la existencia de un Consejo Provincial de Salud Pública.

La Constitución de Santa Cruz dedica al sujeto "salud" los artículos 55 y 57, determinando el establecimiento de un régimen de seguro social y la constitución de un Consejo Sanitario Provincial; el artículo 148 destaca la competencia municipal en acciones de salud pública.

Las de Santa Fé (artículos 19 y 21) y de Santiago del Estero (artículo 68, incisos 31 y 32) establecen el derecho a la salud y la creación, en la primera, de una organización técnica adecuada para la promoción, protección y reparación de la salud, o la declaración del deber del Estado, en la segunda, de proveer a la asistencia médico social, racionalizando la administración de los diversos servicios, etc.

Además, el artículo 156 bis de la Constitución de Santiago del Estero, inciso 6º, establece como ramo del Poder municipal, la Salud pública e Higiene.

La Constitución del Chaco va un poco más allá en su artículo 33, al afirmar que "la Provincia tiene a su cargo la promoción, protección y repara-

ción de la salud de sus habitantes, con el fin de asegurarles un estado de completo bienestar físico, mental y social. Al efecto, dictará la legislación que establezca los deberes y derechos de la comunidad y de los individuos y creará la organización técnica adecuada". El artículo 115 determina como competencia de la cámara de diputados, legislar sobre seguridad social, higiene y "todo lo que tienda a lograr el bienestar social". El artículo 196, sobre atribuciones de los municipios, les otorga competencia para dictar ordenanzas y reglamentaciones sobre, entre otras cosas, la salubridad (inciso 5,b).

Es, finalmente, la Constitución de Neuquén la que contiene la definición más audaz del grupo. Además de la protección familiar y materno-infantil, comprometida por el artículo 24, el 54 establece que "la Provincia asegurará a todo trabajador, condiciones de trabajo que aseguren la salud, el bienestar, etc. El artículo 101 declara atribución del poder legislativo dictar "leyes de acción y previsión social y sanitaria que aseguren la protección del Estado a las asociaciones que tengan estos mismos fines". El artículo 287 establece el compromiso mayor: "Es obligación ineludible de la Provincia, velar por la salud y la higiene pública, especialmente en lo que se refiere a prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud". Los artículos 288, 289, 290, 291, 292, 293 y 294, completan el tratamiento del tema.

Resumiendo, podríamos decir: las Constituciones promulgadas a fines del siglo pasado o comienzos de éste, conceden escasa consideración especial a la salud; las sancionadas alrededor del año 30, mencionan la salud pública o la salubridad, que en aquella época tenía una connotación de saneamiento ambiental, como

atribución del poder municipal, excepto la de San Juan, que anticipa en un artículo notable, nociones difundidas posteriormente por los teóricos de la seguridad social.

En cuanto a las constituciones de sanción más reciente, la consideración de la salud varía desde su mención como atribución del poder municipal hasta la obligación constitucional de poner a disposición de los habitantes, servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud.

3.3. Factores políticos.

Características políticas generales condicionan frecuentemente la conducta en lo que hace a centralización-descentralización en el ámbito sanitario.

La trascendencia de los condicionantes constitucionales varían según los regímenes políticos de cada momento (ha sido mencionado el distinto peso que restricciones de ese origen tuvieron desde 1890 hasta 1943 y desde 1943 a 1946).

Del mismo modo, en 1955, la descentralización política en salud es parte de un proceso de descentralización política más general, fruto de una reacción contra los excesos centralistas anteriores.

Los gobiernos de movilización, para usar la tipología de un prestigioso politicólogo, son más proclives a centralizaciones y uniformaciones que los de "unión nacional", en los cuales la falta de consenso se reemplaza por acuerdos en niveles mínimos.

La influencia de elementos del medio político en la organización y funcionamiento de los sistemas de salud es un tópico de tal interés que será objeto de un trabajo posterior.

3.4. Condicionantes demográficos.

La población argentina tiene en los dos últimos decenios una reeucida tasa de crecimiento vegetativo. La expectativa media de vida al nacer ha aumentado en esos veinte años, notándose en los últimos cinco el impacto que en este indicador produce el incremento de la mortalidad de menores de un año. La expectativa correspondiente al sexo femenino ha aumentado más rápidamente que la del sexo masculino. La población ha envejecido (la proporción de mayores de 65 años aumenta desde el primer censo nacional). El aumento en la población de edades avanzadas y con mayor proporción de mujeres que de varones debe ser relacionado con la circunstancia de que son esas edades y sobre todo del sexo femenino, las que exhiben en todos los países tasa más altas de utilización de servicios de atención médica. Por otra parte, la proporción de población urbana crece también progresivamente, originando demandas en las constelaciones hospitalarias y sistemas urbanos de atención⁽⁴⁸⁾.

La consideración de movimientos de población escapa muchas veces a las posibilidades de previsión de niveles subnacionales.

(48) Veronelli, J.C. "El sistema de atención médica". Capítulo del estudio sobre la industria farmacéutica Argentina, dirigido por el Prof. Francisco Suárez (en prensa).

TABLA

Censo nacional de	* Proporción urbana rural	Población en miles de hab.	Incremento medio anual x %	% de mayores 65 años	Expect. de vida al nacer	
					varones	mujeres
1869	28.6/71.4	1.737		3.8		
1895	37.4/62.6	3.954	30.0	4.1		
1914	52.7/47.3	7.885	34.9	4.3	46.93	48.86
1947	62.5/37.5	15.897	20.4	6.9	58.68	62.33
1960	70/30	20.009	17.6	8	63.3	69.5
1970	-	23.275	14.8	-	64.06	70.22

Fuentes: Censos nacionales. (Para el de 1970, cifras provisionales).

3.5. Condicionantes sociológicos.

Ardua tarea es la de caracterizar las tendencias sociales dominantes en una sociedad. Sin embargo, para la consideración del tema que nos ocupa, bastaría poder vislumbrar si en nuestra sociedad predominan fuerzas centrípetas, tendientes a darle cohesión y robustez, o fuerzas centrífugas, creadoras de divisiones y particularismos. Algunos de los estudiosos de la seguridad social, por ejemplo, Guy Perrin, consideran que el campo de esa institución social ofrece simultáneamente un laboratorio diagnóstico y un instrumento terapéutico en relación con las fuerzas de cohesión social. Anota este autor que aquellas sociedades en las que los particularismos (fuer-

* La proporción urbano/rural merece en el estado actual de nuestro país consideraciones especiales. La definición censal de rural o urbano se basa en el tamaño de los núcleos poblacionales, en tanto que su importancia en atención médica se fundamenta en comportamientos y actitudes de origen complejo, muy bien analizados, por ejemplo, en el libro de R.F. Bridgman, "L'hôpital e la cité". Editorial Cosmos, Paris, 1963, pág. 7 y siguientes.

zas centrífugas) predominan, las instituciones de seguridad social adoptan modalidades del tipo denominado "profesional múltiple"; en tanto que las sociedades en que predominan las fuerzas centrípetas adoptan sistemas nacionales o profesionales unitarios, en los que la solidaridad juega en escala nacional o en la comunidad global de los trabajadores. Pierre Laroque, "el Beveridge francés", sigue un razonamiento similar al enjuiciar el camino seguido por la seguridad Social en Francia desde 1946. (49)

Las resistencias generadas recientemente en el ámbito de las obras sociales ante proyectos tendientes a integrarlas podrían ser interpretadas como signo de fuerzas centrífugas basadas en sentimientos de pertenencia a clases y ocupaciones particulares. Estos factores pueden ser relacionados con los expuestos, como condicionantes políticos, en el punto 3.3.

3.6. La distribución de los recursos.

Habitualmente la uniformación (dentro de ciertos límites) de los recursos existentes para actividades sectoriales, es fruto de decisiones centralizadas, en tanto que la descentralización tiende a ampliar las diferencias entre regiones o áreas.

3.6.1. Los recursos humanos.

Argentina posee una cantidad apreciable de recursos humanos para la atención médica en relación con su población. La tasa de médicos (por 10.000 habitantes) es superior a la de la mayoría de los países de alto grado de desarrollo, en tanto que la tasa de enfermeras es inferior a la de todos ellos.

(49) Veronelli, J.C. "Hacia donde va la Seguridad Social Argentina" public. cit.

TABLA

País	Médicos x 1000	Enfermeras x 1000
Argentina ¹	19.9	17.2
Suecia ²	13.0	47
Holanda ²	12	44
Francia ²	13.4	36
Reino Unido ²	11.6	32
U.R.S.S. ²	23.0	47
E.E.U.U. ²	14.9	50
España ²	13.3	--

Fuentes: 1) Estudio sobre Salud y Educación Médica, 1969.

2) Statistic Year book, 1971.

Pero la distribución de los recursos muestra en Argentina diferencias regionales superiores a las de casi todos los países desarrollados.

Las tasas de médicos por 10.000 habitantes en las distintas jurisdicciones puede verse en la Tabla siguiente:

Capital Federal	60.9	Mendoza	16.0
Buenos Aires	13.6	Misiones	5.1
Catamarca	8.7	Neuquén	8.1
Córdoba	22.1	Río Negro	8.1
Corrientes	7.3	Salta	8.2
Chaco	6.5	San Juan	12.3
Chubut	10.8	San Luis	9.1
Entre Ríos	10.4	Santa Cruz	9.7
Formosa	5.1	Santa Fe	16.5
Jujuy	7.1	Santiago del Estero	5.1
La Pampa	9.1	Tucumán	12.5
La Rioja	9.1	T. del Fuego, Antart. e islas del Atlánt. Sur	8.1

Fuente:
Estudio sobre
Salud y Educa-
ción Médica.

La distribución de enfermeras por 10.000 habitantes por regiones de desarrollo, muestra las siguientes características:

TABLA.

Patagonia	24.9
Comahue	17,1
Cuyo	17.0
Centro	21.6
Noroeste	18.4
Noreste	13.9
Pampeana	16.9
Metropolitana	15.8
Total del país	17.2

Fuente: Asoc. Facultades de Medicina

La gran disparidad observable sobre todo en la distribución de médicos, hace suponer la conveniencia de una redistribución que resulta más fácil dentro de un sistema uniforme y dentro de un estatuto de personal o carrera médico sanitaria de alcance nacional.

3.6.2. Los recursos materiales.

Se repiten aquí las disparidades antes anotadas. En el punto 1.9. se mostró la participación de cada subsector, en cuanto a la capacidad instalada de las jurisdicciones argentinas. En la tabla siguiente, pueden observarse las tasas de camas hospitalarias totales por mil habitantes en cada jurisdicción:

TABLA

Capital Federal	9.4	Mendoza	5.1
Buenos Aires	5.0	Misiones	2.7
Catamarca	4.4	Neuquén	5.9
Córdoba	7.7	Río Negro	4.9
Corrientes	4.3	Salta	6.2
Cháco	4.2	San Juan	3.9
Chubut	8.7	San Luis	5.4
Entre Ríos	7.9	Santa Cruz	6.9
Formosa	2.7	Santa Fe	6.2
Jujuy	8.6	Santiago del Estero	3.8
La Pampa	7.9	Tucumán	5.3
La Rioja	5.0	T. del Fuego, Antart. e islas del Atlant. Sur	12.9
Total de la República: 6.0			

Fuente: Estudio sobre Salud y Educación Médica.

La capacidad instalada oficial está en condiciones de conservación deficientes. Desde hace varios años se menciona el programa de recuperación de capacidad instalada, el cual, aún con una formulación realista y modesta, requeriría una capacidad financiera que excede las posibilidades actuales de todos los gobiernos provinciales.

El gobierno nacional no puede financiar el programa en la totalidad de las regiones, pero podría encarar su realización por provincias si una vez efectuado, se integraran los establecimientos en un sistema que los provea de fuentes adicionales de financiación.

Otro de los recursos materiales digno de especial mención es el que representan los medicamentos. La utilización de los mismos podría reducirse y mejorarse a través de modificaciones estructurales del sistema de Atención Médica. Además, la creación de un Sistema que cubriese, con características uniformes, la totalidad o la casi totalidad de la población, permitiría una mayor

regulación del mercado y pondría a dicho sistema en irremediables condiciones (monopsonio) para negociar la adquisición.

3.6.3. Los recursos financieros.

El gasto directo de la población representa aproximadamente la mitad del gasto global de salud según lo muestra el Estudio sobre Salud y Educación Médica. En las prestaciones financiadas por gasto directo, juegan todos los factores que se reúnen en la noción de accesibilidad económica, y que dan origen a diferencias de utilización según niveles económicos. Casi todo el consumo farmacéutico entra dentro de este rubro, total o parcialmente.

La otra mitad del gasto está a cargo, en partes desiguales, del Estado y de las Obras Sociales. El monto de gasto de las últimas casi duplica al estatal (*).

En ambos sectores, el poder de decisión se reparte ampliamente: en el primero, en varios organismos nacionales, varias decenas de organismos provinciales y varios cientos de establecimientos municipales; en el segundo, en las casi doscientas obras sociales existentes.

Es muy difícil que en esas circunstancias, puedan establecerse procedimientos que aumenten la racionalidad del gasto en salud.

En 1970, el gasto público - 20% del gasto total - tenía en las diversas provincias, grandes diferencias, expresado en pesos per cápita. En la tabla siguiente, se muestran las cifras que corresponden a ese gasto per cápita (1970), diferenciándose la parte que corresponde a la Nación y a la provincia:

(*) El mejor análisis y la mejor estimación del gasto en salud y su estructura de los años recientes puede verse en "Salud, Financiamiento y Solidaridad", Depto. de Economía Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública, 1973.

TABLA

	Fondos Nacion.	Fondos Prov.	Total		Fondos Nacion.	Fondos Prov.	Total
Buenos Aires	6.90	17.50	24.40	Mendoza	2.86	46.21	49.07
Catamarca	27.54	33.27	60.81	Misiones	8.43	26.29	34.72
Córdoba	10.16	28.89	39.05	Neuquén	10.57	46.03	56.60
Corrientes	6.29	28.12	34.41	Río Negro	12.92	34.09	47.01
Chaco	10.80	30.69	41.49	Salta	12.00	43.62	55.62
Chubut	9.57	46.90	56.47	San Juan	6.57	43.49	50.06
Entre Ríos	7.40	29.48	36.88	San Luis	14.96	43.62	54.34
Formosa	14.15	39.10	53.25	Santa Cruz	0.79	109.92	110.71
Jujuy	5.71	33.38	39.09	Santa Fe	3.84	18.42	22.26
La Pampa	24.23	25.16	49.39	Santiago del Estero	10.77	21.12	31.89
La Rioja				Tucumán	6.03	32.18	38.21
				T.del Fuego	21.07	3.19	24.26

Erogaciones en salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales, por jurisdicción, en per cápita, 1970.

(Fuente: Depto. de Economía Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pùb).

En la tabla figuran como erogaciones nacionales las que corresponden a mantenimiento de establecimientos nacionales en las provincias o programas especiales. Las transferencias de fondos nacionales a provincias están contabilizadas como erogación provincial.

EPÍLOGO.

Una notable imperfección del lenguaje es la ausencia de una denominación para la cualidad continua que une los polos centralización y descentralización. A lo largo de ese continuo, en alguna proporción de la variable "centralización-descentralización", debe buscar cada sociedad y cada época la solución más conveniente a sus problemas. Las soluciones polares parecen estar destinadas a alternarse en forma pendular.

"En el estudio de la práctica sanitaria no es fácil formular principios de apli-

cación, porque los que funcionan en un país pueden fracasar en otro. La unificación o diversificación, la centralización o descentralización, las agencias voluntarias o estatales, los agentes sanitarios de tiempo parcial o exclusivo han ocupado, de distintos modos, la atención de dirigentes capaces".....

"En la búsqueda de soluciones para las dificultades que afrontan naciones viejas y nuevas, se deben considerar cuidadosamente cinco de los postulados más significativos: se refieren a la indisolubilidad de la medicina preventiva y curativa, a la prelación de aquella, la unidad de control, la coordinación y el gobierno local y la participación de la gente" (50).

Para aclarar el significado de los tres últimos postulados, Brockington transcribe una norma del Ministerio británico de Reconstrucción (1918), una afirmación de un comité de expertos de la OMS (1954) y un párrafo de un discurso de Haven Emerson sobre las unidades locales como bases del sistema nacional de salud en Estados Unidos, de 1948.

Esas tres citas son las siguientes:

1º) "El primer principio de toda buena administración es que cuando haya de establecerse una nueva función especial, se encargue de ella un solo órgano oficial que atienda a toda la población que necesite ese servicio, en lugar de poner dicha tarea en manos de varios organismos que atiendan a distintos sectores de la colectividad" (51).

2º) "La evolución sanitaria propone coordinar todas las medidas de preven-

(50) Brockington, F. "La salud en el mundo". Eudeba, Bs. As., 1958, pág. 189 a 191.

(51) Se prefirió transcribir la cita del trabajo "Planificación Sanitaria Nacional de Hilleboe, y colab., Cuaderno de Salud Pública N° 46, OMS, Ginebra, 1973.

ción, recuperación y rehabilitación, en un solo sistema de servicios sanitarios" (OMS)".

3º) "La salud de la Nación se basa en el cumplimiento adecuado de las funciones sanitarias establecidas a nivel del gobierno local, donde la iniciativa, la responsabilidad y los recursos emanan del poder de la opinión pública" (H. Emerson).

Y añade Brockington, como comentario al punto 3º:

"Escrito para los Estados Unidos de América del Norte, este principio alcanza probablemente aplicación universal, aunque varía un tanto en su interpretación. El gobierno local elegido popularmente y que gasta dineros recolectados según sistemas de tasas locales, como en Inglaterra, difícilmente tendrá aplicación general. El régimen electoral puede robustecer los lazos de responsabilidad entre el miembro del consejo y el ciudadano; pero muchos consejos sanitarios de Gran Bretaña, que son seleccionados (designados), pueden funcionar con iniciativa y responsabilidad. Tampoco es indispensable la autonomía absoluta para que se puedan llenar las exigencias que formula Emerson"

La unidad de la organización administrativa (punto 1), la integración de las actividades en un sistema de servicios y una descentralización con o sin base de una representación electoral, con o sin autonomía absoluta, que permita la participación, parecerían ser las únicas recomendaciones generales que pueden formularse técnicamente. Se ha visto cómo nuestro sistema buscó unidad a través de la centralización, se han mencionado los problemas que aparecieron al conseguirse esa centralización y los resultados de la descentralización ulterior. Se mencionaron los argumentos que fundamentaban la necesidad de descentralizaciones administrati-

vas, territoriales o institucionales, y los que requerían de la descentralización política, relativizándose algunos de ellos.

Frente al estado actual del sistema, el diagnóstico se repite: falta de coordinación, atomización de la decisión, desigualdad en la magnitud de los recursos en las diversas áreas.

En sólo uno de los proyectos enumerados a lo largo de la evolución histórica (la designación de "médicos de familia" para la población indigente, Segundo Plan Quinquenal del Ministro Carrillo) hay un esbozo de organización de un nivel primario de atención: es la gran ausencia de la historia de nuestra atención médica. Esa organización podría disminuir el impacto de las desigualdades culturales, actuaría como puerta de entrada al sistema de atención, resolviendo los problemas de baja complejidad en un contexto personalizado y mejoraría la utilización de los recursos mediante una referencia con criterio racional.

La distribución de recursos exige una decisión, sin que ello signifique que deba ser tomada por una persona o un organismo. Pero todos estos problemas están signados por la urgencia. Desde hace un quinquenio, la situación de salud de nuestra población se deteriora. Argentina es tal vez, el único país en el mundo que exhibe desde hace seis años, tasas crecientes de mortalidad infantil.

Esperamos que los elementos descriptos y analizados, puedan colaborar en la formulación de una política sanitaria sensata, realista y eficaz.