

## “La salud en los Planes Nacionales de Desarrollo. Argentina 1946-1989”

Susana Novick<sup>(\*)</sup>

El objetivo específico de esta ponencia es describir el discurso legitimador utilizado en los Planes Nacionales de Desarrollo al delinear la política de salud. Nuestro interés por los Planes <sup>1</sup> se explica pues entendemos que ellos constituyen una valiosa síntesis de las diferentes políticas que se pretende implementar desde el Estado y asimismo, uno de los documentos más sustanciosos si se busca hacer visible y comprender la ideología que un gobierno sustenta para implementar dichas políticas; representando una suerte de aspiración máxima del modelo de sociedad que se intenta construir mediante el accionar público. Para su estudio priorizamos el contexto sociopolítico que les dio origen, por lo que consideramos adecuado agruparlos según fueran elaborados durante los gobiernos justicialistas, radicales y militares, antes que hacer una descripción cronológica de los mismos <sup>2</sup>. Los criterios de análisis que utilizamos tratan de dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿existe un diagnóstico que puntalice los problemas que el plan pretende resolver? (conocimiento previo de la situación social); ¿se propone el plan logros en relación con el conjunto de las políticas sociales y/o de cada una de ellas en particular? (metas); ¿cómo pretende el plan modificar las variables sociales? (acciones propuestas); ¿cuáles son los argumentos esgrimidos que legitiman las metas a alcanzar y las acciones propuestas? (justificaciones); ¿es activo o subsidiario? (rol asignado al Estado); ¿se promueve la actividad privada, o por el contrario se refuerza la actividad del Estado como formulador y prestador de servicios sociales?; ¿es democrático o autoritario? (sistema político en que se origina); ¿los objetivos declarados son económicos o redistributivos?; ¿se impone y refuerza el poder central –centralismo- o se intenta una descentralización? (distribución del poder político); ¿se aplicará en todo el territorio nacional, en una provincia o en un municipio? (ámbito de aplicación); ¿a quiénes se les aplicará la política formulada: a toda la población -universal- o a un grupo determinado -selectiva-?; el financiamiento: ¿será sólo de origen interno o tiene previsto recursos externos?

### 1. Los gobiernos justicialistas

En la Argentina, será a partir del advenimiento del peronismo cuando la planificación adquiere relevancia como fenómeno socio-político. El Primer Plan Quinquenal (1947-1951) fue elaborado como respuesta al diagnóstico que previamente realizara el Consejo Nacional de Posguerra, creado en 1944 por decreto 23847. Este primer intento orgánico de

---

<sup>(\*)</sup> Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales “Gino Germani” (UBA). Agradezco la valiosa colaboración de Ariel Wilkis y de la Lic. Viviana Cuevas.

<sup>1</sup> Las fuentes que hemos consultado para elaborar esta ponencia fueron las siguientes: a) Primer Plan Quinquenal (1947-1951) (Gobierno Justicialista); b) Segundo Plan Quinquenal (1953-1957) (Gobierno Justicialista); c) Plan Nacional de desarrollo (1965-1969) (Gobierno Radical); d) Plan Nacional de desarrollo (1970-1974) (Gobierno Militar); e) Plan Nacional de desarrollo y Seguridad (1971-1975) (Gobierno Militar); f) Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional (1974-1977) (Gobierno Justicialista); g) Lineamientos para una estrategia de crecimiento económico (1985-1989) (Gobierno Radical); h) Plan Nacional de Desarrollo (1987-1991) (Gobierno Radical).

<sup>2</sup> En relación al período elegido para nuestro trabajo, debemos aclarar que dos circunstancias explican la elección del año 1946 como punto de partida. La primera es de índole política, dado que en esa fecha el movimiento justicialista accede al gobierno. En efecto, el triunfo del peronismo implicará, entre otros, un cambio importante en el rol asignado al Estado, y consecuentemente, en las políticas públicas desde él implementadas. La segunda es de índole temática, pues si bien las áreas de salud, vivienda, educación, etc. poseen antecedentes ciertos de deliberadas políticas públicas desde mucho antes de la fecha indicada, es justamente a partir de mediados de siglo que las políticas sociales pasan a formar parte de la planificación global.

planificación económico-social fue en realidad un conjunto de proyectos de leyes que el Poder Ejecutivo envió al Congreso, de los cuales quince fueron convertidos en ley y doce no obtuvieron sanción. De los veintisiete proyectos enviados al Parlamento, analizaremos sólo los relacionados con el área de salud: a) Ley de organización de la sanidad pública; y b) Ley de Construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud pública; ambos posteriormente aprobados y sancionados. Mediante ellos el Estado asumía el deber de afrontar la asistencia médica integral en beneficio de aquellos que ganan menos, sosteniendo la conveniencia de semisocializar la medicina, respetando el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por enfermo y fomentar por otra parte, para las clases pudientes, el desarrollo del régimen asistencial privado.

La Ley de organización de la sanidad pública (Ley 13.012) ordena la realización de estudios e investigaciones de carácter sanitario, social, jurídico y estadístico tendiente a la redacción del proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social. La norma crea el Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social para el financiamiento de las instituciones que se incorporarían al Código citado.

Por su parte, la Ley de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de Salud Pública (Ley 13.019), sostiene que con los impuestos a recaudar, se dispondrá de 200 millones de pesos anuales a distribuir entre las obras proyectadas para costear su funcionamiento y el de toda la organización de la salud pública. Con el programa formulado se ofrecerá al 65% de la población -la no pudiente- una asistencia médica completa, perfecta y gratuita; a un 20% asistencia a tarifas reducidas, quedando un 15% de la población - la pudiente- dentro del ejercicio liberal de la profesión. La ley propone construir 25.000 camas en los hospitales generales, centros de salud urbana y rural, unidades sanitarias y hospitales obreros; 12.000 en el área de maternidad e infancia; 30.400 en el área de alienación mental y neuropsiquiatría; 10.000 para atender la tuberculosis; y 3.000 camas para la lepra.

En el Segundo Plan Quinquenal (1953-1957) la meta fundamental consistía en desarrollar la protección y el mejoramiento de la salud del Pueblo, a fin de acrecentar su bienestar físico, intelectual y moral. Este objetivo general se lograría mediante: a) la acción estatal pura; b) la cooperación entre la acción estatal y los organismos médico-asistenciales privados; y c) la acción privada exclusiva, supervisada por el Estado. El Plan aclara que frente a la medicina individualista y la medicina socializada, la Doctrina Peronista propugnaba, más que la socialización de la medicina, la función social de los establecimientos médicos y la función social de los profesionales del arte de curar; entendiéndose que tanto los establecimientos asistenciales como el saber médico, son bienes que se crean mediante la concurrencia del esfuerzo individual y el esfuerzo social. Con referencia a la organización, el Plan considera al país como una unidad nacional de Salud Pública, quedando a cargo del Organismo Nacional de Salud Pública la conducción general de todas las actividades y la dirección de las grandes luchas en relación con la medicina social y la de carácter preventivo, situación que no implica afectar el sistema federal, Así, se propone una conducción centralizada y una ejecución descentralizada. En el quinquenio 1953-1957 serán habilitados por el Estado Nacional 10 centros sanitarios, los que servirán a una población de 570 mil personas. La legislación sanitaria se ordenará de acuerdo a la Constitución Nacional, y los objetivos del Plan, por medio de los siguientes instrumentos básicos: a) Código Sanitario y, b) Ley Orgánica de Salud Pública.

El Plan Nacional para la Reconstrucción y la Liberación Nacional, de diciembre de 1973, dispone que el Estado debe garantizar la salud de sus habitantes haciendo efectivo el principio de justicia social, otorgando a los sectores de menores recursos servicios de salud de alta calidad, complejidad y costo. Con este objetivo el Estado se propone actuar como garante y cogestor en la dirección de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por el que se encauzará el crecimiento del sector salud a través de un planeamiento racional, factible en su implementación y aceptable por todos los sectores. Se incorporarán al SNIS aquellas provincias que, prevista su inclusión en el proyecto, lo acepten voluntariamente. Se aplicará en forma progresiva, por áreas, en las zonas declaradas prioritarias – Noroeste, Noreste y Patagonia- y se integrarán en una primera etapa los servicios oficiales prestatarios de salud. Se prevé la integración voluntaria, ordenada y paulatina de las Obras Sociales, los hospitales de la comunidad y el sector privado. El SNIS se complementará con la Carrera Sanitaria Nacional, que no sólo garantizará la formación técnica de los trabajadores de la salud, sino que posibilitará también, para los niveles profesionales, la satisfacción de sus inquietudes científicas y sociales. Asimismo, tendrá acción efectiva sobre la industrialización y comercialización de medicamentos.

Simultáneamente a la puesta en marcha del SNIS, el Gobierno del Pueblo atenderá el cumplimiento de aquellos programas y proyectos que tiendan a solucionar los problemas sanitarios más urgentes. Entre ellos se propone: a) la reformulación de la asistencia materno-infantil; b) la atención médica rural; c) las inmunizaciones masivas; d) la lucha contra las enfermedades sociales; e) la asistencia alimentaria; f) el saneamiento ambiental; g) la recuperación y reemplazo de camas en sus establecimientos asistenciales y; h) la formación de recursos humanos para la salud. El Estado mantendrá todos los servicios que actualmente funcionan en aquellas regiones cuya integración al SNIS no está prevista en el corto plazo.

## **2. Los gobiernos militares**

Sólo el gobierno de la Revolución Argentina elaboró un plan, el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad 1971-1975, cuyos objetivos generales eran: a) promover la integración nacional mediante un desarrollo regional más justo, armónico y equilibrado; b) mejorar el nivel educativo; c) mejorar las condiciones del bienestar de la población a través del ingreso y el pleno empleo. En relación con la salud, el Plan puntualiza que existe una parte de la población que afronta un riesgo evitable de enfermar y morir por carecer de alguna o varias de las condiciones imprescindibles que hacen a su nivel de salud. Se detallan como problemas de importancia: a) la falta de coordinación de los tres subsectores que componen el área: el estatal, paraestatal y privado; b) las deficiencias y distorsiones en la dotación de recursos humanos: déficit de enfermeras, retribución insuficiente en los empleados por el subsector estatal; c) la obsolescencia de la mayor parte de los recursos físicos como consecuencia del bajo índice de inversiones que ha impedido un re-equipamiento adecuado. Ante la situación descripta, el Plan considera necesario orientar la acción en dos direcciones y en tres etapas. En la primer etapa se mejorará la capacidad instalada, y se atenderán las necesidades sanitarias críticas de la población. Simultáneamente se estudiará y programará la implantación de un sistema coordinado de prestaciones -Sistema Efecto Coordinado (SEC)- que implica el ordenamiento de los establecimientos según su nivel de complejidad y su articulación acorde con un proceso de regionalización sanitaria. El SEC estaría integrado por la totalidad de los establecimientos de jurisdicción estatal y paraestatal dependientes del Estado, al que se incorporarán opcionalmente los establecimientos y consultorios privados, y los paraestatales no dependientes del Estado. En la segunda etapa se pondrá en funcionamiento el SEC. Se establecen como objetivos: a) poner en funcionamiento un sistema previsional que asegure la financiación continua, eficiente y oportuna de las actividades del sector salud; b) dotar al sector de suficientes recursos humanos, tanto en cantidad como en calidad; c)

establecer un cuerpo legal adecuado; d) recuperar la capacidad instalada en equipamientos y edificios del sector público; e) coordinar las acciones del sector salud con las de los restantes sectores sociales; f) poner en funcionamiento el SEC.

### **3. Los gobiernos radicales**

El Plan Nacional de Desarrollo 1965-1969, elaborado durante el gobierno del Dr. Illia, manifiesta que será realizado bajo el signo del federalismo y de la democracia salarial; y que sus metas no son impracticables, es más, hasta podría decirse que son modestas. Se parte del supuesto de un planeamiento democrático, considerado como un método para lograr un objetivo nacional: el ordenamiento y la coordinación de la economía durante el próximo quinquenio. Al realizar un breve diagnóstico sobre el sector salud, el Plan sostiene que la expectativa de vida al nacer muestra importantes diferencias que se explican por la relativamente elevada tasa de mortalidad infantil, y por ciertas áreas de incidencia de afecciones endémicas, las que arrojan elevados índices de morbilidad y mortalidad. Se destaca el carácter cada vez más público y social que adopta la medicina en nuestro país: alrededor del 80% de las camas instaladas pertenecen al sector estatal. Y si bien la tasa nacional de camas por mil habitantes es similar a las de los países desarrollados, se observan serias deficiencias en la distribución regional. Idéntica situación se puntualiza en relación a los recursos humanos: la tasa de médicos se encuentra dentro de los niveles internacionales considerados óptimos, pero presenta importantes distorsiones en su distribución. La estructura jurídico-administrativa del sector muestra superposiciones de funciones y falta de demarcación en la competencia de los organismos encargados de ejecutarla. Con referencia a los establecimientos y servicios públicos, en su inmensa mayoría carecen de clientela definida, no están integrados a áreas demográficas determinadas, ni suministran atención integral ni gratuita. Como contradictoria consecuencia se produce una subutilización de los recursos existentes, y una demanda cada vez mayor de recursos adicionales.

El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública fija la política sanitaria nacional, independientemente de la cual planea, ejecuta y evalúa programas tendientes a la protección, fomento y reparación de la salud de la comunidad. Estos programas integran sus cuatro funciones principales: medicina asistencial, medicina sanitaria, capacitación e investigación. Respecto de la primera –medicina asistencial-, el Ministerio dispone de 344 establecimientos en todo el territorio del país. El rendimiento muestra, en los últimos años, una marcada capacidad ociosa, de las que puede inferirse una subutilización de la capacidad instalada del orden del 50%. Para modificar esta situación se idearon dos programas: a) la creación de Servicios de atención médica para la comunidad y b) un Plan de obras por medio del cual se prevé invertir considerables sumas para la iniciación, continuación, terminación y ampliación de edificios.

Con referencia a la Medicina sanitaria, el Plan detalla varias propuestas: a) Provisión de agua potable para poblaciones rurales; b) Plan maternidad e infancia: el objetivo principal es lograr en un período de 5 años una reducción significativa de las actuales tasas de morbilidad y mortalidad; c) Programa Nacional de Lucha contra la enfermedad de Chagas Mazza; d) Lucha antituberculosa; e) Programa Nacional de erradicación del Paludismo; f) Programa de inmunizaciones contra la viruela, difteria, tétano, coqueluche y tifoidea.

Durante el gobierno del Dr. Raúl Alfonsín (1983-1989) la Secretaría de Planificación elaboró dos documentos. El primero de ellos titulado "Lineamientos para una estrategia de crecimiento económico (1985-1989)", publicado por el Dr. Juan Sourrouille durante su desempeño, no puede ser considerado un Plan ni por su temática –estrictamente económica- ni por sus características jurídico-institucionales. El segundo, titulado "Plan Nacional de Desarrollo (1987-1991)", elaborado durante la gestión del Dr. Grinspun, si bien carece de las características jurídicas de un Plan -no fue sancionado ni discutido

por el Poder Legislativo- consideramos su estudio de interés, dado el extenso tratamiento que allí se realiza de las variables sociales. Por otra parte, representa el primer intento planificador luego de catorce años de inactividad en este área. El Plan presenta un diagnóstico sobre el sector salud señalando el creciente deterioro de las condiciones de vida de la población en los últimos años, circunstancia que ha determinado la persistencia y aumento de afecciones tales como la desnutrición, la tuberculosis y el mal de Chagas-Mazza. Por otra parte, la ampliación de la franja de población de edades avanzadas - envejecimiento de la población- incrementa la demanda de atención de una gran variedad de problemas. Asimismo, a los clásicos problemas del subdesarrollo se suman los propios de la urbanización, con su incidencia en la salud mental, los que reclaman una atención en el plano preventivo. La fragmentación institucional es la nota dominante en la prestación de servicios de salud. Largos años de desprotección de los servicios públicos llevaron a una situación de deterioro del hospital público. El sector salud presenta un alto grado de ineficiencia, traduciéndose en los hechos en un manejo irracional de los recursos -subutilización y sobreutilización de los mismos-, marginando de sus servicios a amplios grupos poblacionales. Existen tres formas de atención: la estatal, la de las obras sociales y la privada. La capacidad estatal de orientación sobre la política de salud se vio debilitada durante la dictadura militar (1976-1983) como consecuencia de las transferencias de servicios a las provincias o municipios, el arancelamiento de la atención médica y el desfinanciamiento.

Se identifican como problemas principales: a) carencia de recursos humanos adecuados; b) carencia de una red de servicios integrada; c) graves problemas de financiamiento; d) carencia de vinculación entre el subsector de Obras sociales y los establecimientos públicos; e) deterioro de los establecimientos públicos; f) falta de regulación y control estatal en la incorporación de tecnología; g) actitud mercantilista de la mayoría de los prestadores del sector privado, con incidencia en el tipo de atención prestado por las Obras Sociales; h) grandes diferencias en cuanto a la cobertura que cada Obra Social otorga a sus beneficiarios.

Las políticas propuestas para solucionar los problemas apuntados son: i) democratizar las instituciones de salud; ii) promover la distribución equitativa de los recursos preventivos y curativos disponibles; iii) hacer participar a la población en la gestión de los mismos; iv) reordenar el sistema a través del Seguro Nacional de Salud.

Por otra parte, se afirma la conducción general del sector como función indelegable del Estado mediante la ampliación de su capacidad como prestador directo de servicios y la reactivación de los Institutos Nacionales de Investigación. El instrumento mediante el cual se pretende modernizar, coordinar y racionalizar el área es el Seguro Nacional de Salud, el que alcanzará con su cobertura a la totalidad de la población del país, otorgándose prioridad a la estrategia de atención primaria de salud. Con referencia a los insumos, ante el crecimiento desmesurado de los costos y las desigualdades en el acceso a los recursos, se plantea una política integrada de regulación y promoción. Así, el Fondo de Asistencia en Medicamentos es un programa nacional destinado a cubrir las necesidades de medicamentos de los sectores carenciados.

El Plan propone una política de descentralización coherente y ordenada: reforzando a los órganos locales de decisión en materia de salud pública, se logrará un uso más eficiente de los recursos y la difusión de tecnologías adecuadas. Las políticas antes mencionadas no serán viables sin la modernización de la gestión de la Secretaría e integrando el INOS a la misma. Con respecto a la asignación de recursos, se prevé un fuerte aumento de los gastos corrientes y de capital, emanados del Tesoro Nacional. El crédito externo se utilizará para ejecutar obras de infraestructura en varios hospitales de provincias.

El gobierno se propone reordenar el sector salud en su conjunto. Las principales reformas giran alrededor de los siguientes ejes: a) establecer instancias y procedimientos que faciliten la comunicación y coordinación de los actores (Estado, Obras

Sociales, sector privado) implicados en la prestación de los servicios, asumiendo el Estado la conducción del sistema en su conjunto; b) planificación y promoción de los recursos humanos del sector mediante la reestructuración de los sistemas de formación de profesionales; c) intervención del Estado para asegurar el acceso a los medicamentos a toda la población; d) el Sistema Nacional de Salud dará prioridad a la atención primaria, es decir colocará el énfasis en la prevención y promoción de la salud; e) fortalecimiento de los establecimientos públicos a través de una mayor descentralización administrativa a instrumentarse en forma coordinada con las provincias.

#### **4. Conclusiones**

El cuadro N\* 1 que a continuación agregamos, contiene las características más importantes de todos los planes ( y un proyecto) realizados durante nuestro período de estudio. Apuntamos algunas conclusiones descriptivas referidas a cada uno de los gobiernos y luego generales.

##### **4.1. Conclusiones sobre los planes de desarrollo justicialistas:**

Los tres Planes se formulan en base a diagnósticos previos, implícitos en el Primer y Segundo Plan Quinquenales y explícitos en el Plan trienal. En los tres Planes se pretende modificar el nivel de vida y consumo de la población, mediante la implementación de políticas sociales. En los tres Planes se percibe el ámbito social como el elemento clave para concretar el proyecto político de sociedad que el partido gobernante ha ideado. Todos estipulan metas referidas a las principales variables sociales: salud, educación, vivienda, seguridad social, familia y minoridad. Respecto de las acciones propuestas, el Primer Plan Quinquenal coloca el énfasis en las políticas de salud y educación. En el Segundo Plan Quinquenal, se expresan más claramente las metas sociales y las áreas que comprenden lo social visto desde el Estado. No obstante, problemas de índole económica general limitan las inversiones públicas en este ámbito. En el Plan Trienal, diagnósticos más precisos posibilitan la formulación de metas y objetivos más concretos. En el ámbito de la salud, el Primer Plan delinea un Estado responsable, que acciona directamente sobre esta variable, invirtiendo sumas considerables en la ejecución de las metas previstas. Se prioriza el otorgamiento de cobertura médica integral para los sectores sociales más desprotegidos. El Segundo Plan Quinquenal, por su parte, si bien concede al Estado capacidad de acción, llama al sector privado a colaborar en sus objetivos, reservándole a aquél un rol de supervisión. En el Primer Plan se habla de semisocializar la medicina, mientras en el Segundo se hace hincapié en la función social de los establecimientos médicos y de los profesionales del arte de curar. En el Plan Trienal, por su parte, el Estado se reserva el rol de garante y cogestor de la salud pública mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), al que paulatinamente y voluntariamente se incorporarían las Obras Sociales y el sector privado. Aquí el acento se coloca en la necesidad de un planeamiento racional, sin aclararse de qué forma los sectores involucrados se verán obligados a acatar la “racionalidad” estatal. En relación a las justificaciones enunciadas, podríamos decir que el proyecto político del justicialismo se mantuvo -con algunas variantes- durante los tres gobiernos.

##### **4.2. Conclusiones sobre el plan de desarrollo militar:**

De todos los gobiernos militares sucedidos durante el período analizado, sólo el gobierno de la denominada “Revolución Argentina” formuló un Plan de Desarrollo. El Plan formula diagnósticos explícitos al referirse al sector salud, proponiéndose modificar el nivel de vida y consumo de la población mediante la implementación de políticas sociales. Respecto de las acciones propuestas, el Estado se reserva una posición activa y promotora, sin afectarse el derecho de propiedad o la libertad de acción de los particulares. Para lograr el desarrollo del país -objetivo y solución a los problemas detectados- el Estado toma a su cargo la responsabilidad de proteger a los grupos más carenciados. Ideas como descentralización,

racionalización, seguridad y eficiencia tecnológica conforman el marco global de la acción. En el ámbito de la salud, el Plan considera necesario coordinar los tres subsectores que componen el área (estatal, paraestatal y privado), aumentar las inversiones estatales en reequipamiento y crear recursos humanos adecuadamente capacitados y retribuidos. La solución integral se lograría mediante la creación de un sistema coordinado de prestaciones - Sistema Efecto Coordinado (SEC)- integrado por la totalidad de los establecimientos estatales y paraestatales dependientes del Estado, mientras el sector privado podría optar por incorporarse. No se especifican criterios precisos y concretos para el funcionamiento del ente a crear. Ambicioso es el proyecto de construir 18 hospitales en todo el territorio nacional, meta que implica asignarle a la salud pública un importante rol. Finalmente, se impulsa la profundización de la política de descentralización de las unidades hospitalaria. Respecto de las justificaciones enunciadas, el gobierno militar de la "Revolución Argentina" posee un proyecto cuyo eje fundamental consiste en lograr el desarrollo. Mediante esta meta -esencialmente económica-, se mejoraría el nivel de vida, la distribución de ingresos y el pleno empleo. El proceso estaba liderado por empresas extranjeras -las industrias más dinámicas-, el sector financiero y las empresas del Estado. El aumento de las inversiones públicas formaba parte de la estrategia ideada. El Plan reiteradamente acude al concepto de Seguridad como argumento legitimador del desarrollo propuesto. En efecto, la Seguridad Nacional es entendida como una situación en la cual los intereses vitales de la Nación se hallarían a cubierto de interferencias, perturbaciones, daños, peligros y riesgos; no mencionándose claramente los orígenes de estas perturbaciones. Sin embargo, se define al desarrollo como una variable dependiente de la seguridad.

#### 4.3. Conclusiones sobre los planes de desarrollo radicales:

Durante nuestro período de estudio, sólo el gobierno del Dr. Arturo Illia formuló un Plan de Desarrollo aprobado por el Congreso Nacional. No obstante, el gobierno del Dr. Raúl Alfonsín elaboró un proyecto en la Secretaría de Planificación durante la gestión del Dr. Grinspun que debe ser analizado. Ambos documentos consignan diagnósticos al referirse al tema de salud, educación, vivienda y seguridad social. Asimismo, ambos pretenden modificar el nivel de vida y consumo de la población mediante la implementación de políticas sociales. Respecto de las acciones propuestas, el Plan de Illia se propone lograr un "objetivo nacional" perfectamente alcanzable: el ordenamiento y coordinación de la economía, dentro del marco del federalismo y la democracia social. Las metas fijadas no se consideran impracticables, sino más bien modestas. El proyecto Grinspun propugna una planificación democrática, bajo los siguientes principios básicos: democracia participativa, modernización y ética de la solidaridad. En el ámbito de la Salud Pública, el diagnóstico del Plan Illia destaca las importantes distorsiones regionales en la expectativa de vida al nacer, las camas instaladas y los recursos humanos existentes. Las enfermedades endémicas y la relativamente alta tasa de mortalidad infantil son los principales problemas detectados. Para mejorar la situación descrita se coloca el énfasis en una reforma jurídico-administrativa de los organismos involucrados en el área; y en un mayor rendimiento y mejor prestación de los establecimientos y servicios públicos, actualmente ociosos y subutilizados. Planes específicos atenderán el tema de la maternidad e infancia y la lucha contra las enfermedades endémicas. La capacitación prevista para el personal posibilitaría la descentralización ejecutiva y administrativa ideada. No se hace referencia alguna al subsector privado de salud. El proyecto Grinspun, por su parte, señala el deterioro de las condiciones de vida de la población como causante de la persistencia y aumento de la desnutrición, la tuberculosis y el mal de Chagas-Mazza, mientras el envejecimiento de la población incrementa la demanda de atención. La falta de coordinación, la ineficiencia, la subutilización y sobreutilización de los recursos son las características más salientes del sistema. Así, la modernización, coordinación y racionalización necesarias para solucionar la situación descrita se

lograría a través del Seguro Nacional de Salud, mediante el cual se dará prioridad a la atención primaria. El fortalecimiento de los establecimientos públicos se alcanzará mediante una mayor descentralización administrativa instrumentada en forma coordinada con las provincias. Respecto de las justificaciones enunciadas, el gobierno radical del Dr. Illia intentó realizar una estrategia de desarrollo capitalista pero autónoma.

Por último, en forma general y en relación a las justificaciones, los tres planes peronistas apelan a la justicia social, soberanía política e independencia económica, mientras el militar acude a la doctrina de la seguridad nacional. Los planes radicales, por su parte, a la democracia social y el federalismo (Plan Illia); y a la democracia participativa, la ética de la solidaridad y la modernización (Proyecto Grinspun). Sobre el rol asignado al Estado, se consigna como activo en todos los planes, excepto en el militar y el proyecto radical. Respecto del sistema político en que se originan, todos surgen en un contexto democrático, excepto el plan militar. Con referencia a los objetivos declarados, son esencialmente redistributivos en los planes justicialistas y el radical del Dr. Illia. En los restantes adquieren peso los económicos. Respecto de la distribución del poder político, mientras los planes justicialistas son centralizadores, los demás incluyen políticas descentralizadoras bajo diferentes argumentos: federalismo (Plan Illia), mayor participación y eficiencia (Proyecto Grinspun), reducir gastos a nivel nacional (Plan militar). En relación al ámbito de aplicación, todos abarcan el territorio nacional. Con referencia a quiénes se les aplicará la política formulada, las áreas de salud, educación y vivienda son universales. En lo que concierne al financiamiento, los planes justicialistas y el militar sólo utilizan el de origen interno. Los planes radicales hacen también mención a los de origen externo, aunque el del Dr. Illia lo emplearía en una mínima proporción.

Del análisis de las fuentes recopiladas, pareciera muy reducida la capacidad de transformación de la realidad social a través de los planes. A pesar de que todos ellos difieren en los caminos propuestos para la solución de los problemas detectados, se observa una relativa continuidad en los diagnósticos respectivos. En el tema salud todos los planes coinciden en el grave deterioro, sin obtenerse mejoras sustanciales a pesar del tiempo transcurrido. Sin embargo, los especialistas han reconocido explícitamente la utilidad de la planificación en salud (NERI, 1982). Y coincidentemente, en el ámbito político argentino continúa vigente la utilización de la planificación socio-económica como instrumento transformador. En efecto, en 1988, los Equipos Federales de Planificación Justicialista elaboraron un documento titulado "Tercer Plan Quinquenal 1990-1995", y más recientemente el gobierno del Dr. Menem publicó "Argentina en Crecimiento 1995-1999"; constituyendo ambos un claro ejemplo de la actualidad que aún presenta la estrategia planificadora.

### **Bibliografía**

- Equipos Federales de Planificación Justicialista. *Tercer Plan Quinquenal. 1990-1995*, (1988). Buenos Aires.
- Neri, Aldo. (1982). "Salud y Política Social"; en: *Desarrollo Económico, Buenos Aires*, v 22, N° 85, abril-junio.
- Poder Ejecutivo Nacional. Subsecretaría de Programación Macroeconómica. Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. "Argentina en crecimiento. 1995-1999", Buenos Aires, s/f.
- Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional. República Argentina, Poder Ejecutivo Nacional, diciembre 1973.
- Presidencia de la Nación, Subsecretaría de Informaciones: Segundo Plan Quinquenal, Buenos Aires, 1953.
- Presidencia de la Nación, Secretarías del Consejo Nacional de Desarrollo y del Consejo Nacional de Seguridad, Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad, 1971-1975, República Argentina, 1971.
- Presidencia de la Nación Argentina. Consejo Nacional de Desarrollo, Plan Nacional de Desarrollo 1965-1969, Buenos Aires, 1965.
- Presidencia de la Nación. Secretaría de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo 1987-1991, s/f
- Secretaría de Salud Pública de la Nación. "Plan analítico de Salud Pública", Tomo I, s/l, s/f.

Senado de la Nación. "La salud pública en la Argentina", Colección Estudios Legislativos y Parlamentarios N° 1, Buenos Aires, Julio 1986.

**Cuadro 1: Las Políticas de Salud en los Planes Nacionales de Desarrollo 1946-1989**

<b>Planes de Desarrollo</b>	<b>Estrategia Desarrollo</b>	<b>Sistema Político</b>	<b>Ideología dominante</b>	<b>Rol del Estado Distribución poder Político</b>	<b>Metas</b>	<b>Justificaciones</b>	<b>Acciones Propuestas</b>
<b>1. Gobiernos Justicialistas</b>							
Primer Plan Quinquenal (1947-1951)	Capitalista Independiente	Democrático	Nacionalismo Popular	Activo Centralización	Semisocialización de la medicina.	Justicia Social Soberanía Política Independencia Económica	Fuerte inversión estatal en el ámbito del territorio nacional con financiamiento interno
Segundo Plan Quinquenal (1953-1957)	Capitalista Independiente	Democrático	Nacionalismo Popular	Activo Centralización	Función social hospitales y médicos	Justicia Social Soberanía Política Independencia Económica	Código Sanitario y Ley Orgánica de Salud Pública . Inversión Mínima.
Plan Trienal para la reconstrucción y la liberación Nacional (1974-1977)	Capitalista Independiente	Democrático	Nacionalismo Popular	Activo Centralización	Efectivizar el principio de justicia social	Justicia Social Soberanía Política Independencia Económica	Creación del SNIS Carrera Sanitaria Social
<b>2. Gobiernos Militares</b>							
Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad (1971-1975)	Capitalista Dependiente	Autoritario	Liberalismo	Subsidiario Descentralización	Coordinar sectores Dotar recursos humanos Crear legislación adecuada	Doctrina de la Seguridad Nacional	Creación del SEC. Plan Nacional de Enfermedades Transmisibles. Concluir transferencia de establecimientos a las Provincias
<b>3. Gobiernos Radicales</b>							
Plan Nacional de Desarrollo (1965-1969)	Capitalista Independiente	Democrático	Nacionalismo Popular	Activo Descentralización	Reducir mortalidad y enfermedades endémicas	Democracia Social Federalismo	Plan Maternidad e Infancia. Programa de lucha contra el Chagas. Lucha antituberculosa. Programa Nacional contra el Paludismo. Servicio de Atención médica para la comunidad.
Proyecto: Plan Nacional de Desarrollo (1987-1991)	Capitalista Dependiente	Democrático	Liberalismo democrático	Subsidiario Descentralización	Priorizar atención primaria. Descentralización Modernización	Democracia Participativa Ética de la Solidaridad Modernización	Creación del Seguro Nacional de Salud y Fondo de Asistencia en Medicamentos con financiamiento interno y externo.

Fuente: Novick, Susana. “Argentina: efectos poblacionales de las políticas sociales (1946-1989)”, Informe Beca Perfeccionamiento. Conicet (inédito)

