

EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS), UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Flor Codagnone y Mariano Fontela

El SNIS fue instaurado mediante dos leyes nacionales sancionadas en septiembre de 1974: la ley 20.748, de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y la ley 20.749, de Carrera Sanitaria Nacional. Se implementó en las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa, aunque en esta última no llegó a ejecutarse suficientemente. Concebido por Domingo Liotta, expresaba una mirada sanitarista con base en la justicia social. Ambas leyes fueron “derogadas” de facto cuatro años más tarde por la dictadura militar.

El primer aspecto que conviene resaltar del SNIS es que fue el único proyecto de reforma integral del sistema de salud que fue aprobado por ambas cámaras del Congreso Nacional. Y si bien su implementación fue acotada geográfica y temporalmente, no puede dejar de mencionarse el hecho de que su paulatina ejecución se vio demorada por los vaivenes de una situación económica inestable y que luego fue interrumpida por la dictadura iniciada en marzo de 1976, un año y medio después de la sanción de las leyes mencionadas. Pese a lo obvio de esta última referencia, algunos de los análisis académicos que se han publicado sobre el SNIS parecen adjudicar su escaso desarrollo más a supuestos defectos en su formulación que al contexto político y económico de la época.

Domingo Liotta fue secretario de Salud Pública de la Nación, designado por el presidente Héctor Cámpora en mayo de 1973. La Secretaría de Salud Pública dependía del Ministerio de Bienestar Social. Cuando Juan Perón asumió la presidencia confirmó a Liotta en el cargo. Otros sanitaristas de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires participaron en la elaboración del proyecto.²⁸

En resumen, “el proyecto de Liotta, inspirado en el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, proponía la conducción normativa, financiera y administrativa del Sistema como responsabilidad directa del Estado.”²⁹ En este marco, la iniciativa planteaba la conformación de un sistema único, regionalizado, con servicios

²⁸ La elaboración del proyecto original “quedó en manos de los médicos de la [Escuela de Salud Pública de Buenos Aires] Carlos Hernán Canitrot (departamento de Administración Sanitaria), Aldo Neri (director de la Escuela hasta 1977), María Teresa Beas (también del Departamento de Administración) y otros médicos y especialistas. El resultado fue un borrador de proyecto de Ley que pasó a las manos del secretario Liotta” (Rayez, 2020: 220). Según el testimonio de Liotta, “elegí a Canitrot del radicalismo, al Dr. Aldo Neri, quien después fuera ministro del Dr. Alfonsín, a Abraham Sonis, decano de la Universidad Maimónides, quien trabajaba para la Organización Mundial de la Salud, y como sanitarista al Dr. Prieto. Un grupo heterogéneo, tanto desde el punto de vista político como religioso” (Ministerio de Salud, 2012).

²⁹ El proyecto del SNIS reflejaba “no sólo la diferente postura doctrinaria del gobierno peronista, sino también una profunda transformación en el pensamiento predominante entre los sanitaristas argentinos que, en los orígenes de la década del setenta, pasan de la doctrina del ‘seguro’, destinado a la financiación de la demanda –doctrina que imperara en los años sesenta– a la del ‘servicio’, que implica, además del manejo del financiamiento, la coordinación y organización por parte de las agencias públicas de la oferta de servicios en los niveles estatal, privado y de las Obras Sociales” (Katz y Muñoz, 1988: 45).

ordenados por niveles de complejidad e identificación de población a cargo. El financiamiento estaría a cargo del Estado y la cobertura sería universal. Los proveedores estarían remunerados por un salario y el subsistema público se transformaría en el principal proveedor de atención.³⁰ La financiación del Seguro se sustentaría en los principios de solidaridad y justicia distributiva. Liotta proponía aumentar los presupuestos estatales para salud con fondos de rentas generales y reordenar los recursos de otros sectores para conformar un Fondo Financiero Sanitario Nacional” (Maceira, Cejas y Olaviaga, 2010: 10).

Según Liotta, “sólo era posible implementar la política sanitaria otorgándole un papel protagónico al equipo de salud” (Gorrochategui, 2020), y por eso los dos proyectos de ley fueron presentados y aprobados de manera conjunta.

En un discurso del mes de julio de 1973, Liotta explicó: “La Reforma Sanitaria representa un paso fundamental en el logro de la reconstrucción nacional. (...) En nuestro país es mandatorio que se implemente una política sanitaria que permita subsanar la desorganización y el mal aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos y financieros que existe en el sector salud en estos momentos. (...) Creemos que esto sólo será posible a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud afirmado en el principio de la solidaridad nacional. Los principales fundamentos serán la conducción normativa central con la cooperación contributiva de las actuales fuentes de financiación y la concentración del trabajo profesional en un solo centro o área programática” (Liotta, 1973: 2).

Antecedentes

La idea de integrar de diferentes maneras el sistema de salud argentino era presentada –con algunas diferencias programáticas– a principios de la década de 1970 por distintos sectores del sanitarismo peronista. Por ejemplo, el Comando Tecnológico Peronista (CTP), conducido por Julián Licastro y José Luis Fernández Valoni, propiciaba un sistema unificado de atención: el Servicio Único Nacional de Salud.

Según un documento del Centro de Estudios y Planificación Sanitaria “Ramón Carrillo” del año 1973, que expresaba la propuesta del Consejo de Planificación (Beltramino y Bloch, 1982) fundado por Leopoldo Frenkel y Roberto Ares y en el que colaboraban Miguel Bellizzi y Edmundo Morrone (Denaday, 2018), “las obras sociales, que constituyen una conquista de las organizaciones sindicales, fundamentadas en la justicia social y la solidaridad, que dan satisfacción a las necesidades médico asistenciales y sociales del trabajador y su núcleo familiar, se verán fortalecidas al integrarse, no solo porque ampliarán así el espectro de sus prestaciones, sino por la participación activa en la conducción del sistema”.

Un documento de 1973 del Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista –en el cual participaron activamente Rolando García y Mario Testa– proponía una versión “estatista” de la integración: el Estado debía responsabilizarse de “asegurar el acceso a la salud en forma gratuita e igualitaria a través de un Sistema Único Nacional de Salud que incluya a todos los recursos humanos, materiales y

³⁰ De acuerdo al testimonio de Mario Testa (1973: 12), la visión inicial de Liotta suponía desalentar “toda solución que parta de un nuevo gravamen al salario de los trabajadores y del pago directo de los servicios médicos”. La reforma del sistema de salud se haría “tomando como base el hospital, en torno al cual se organizará una red de servicios”.

financieros del sector”. Según este documento, “las rentas generales del Estado son las que deben financiar el sistema. Los mecanismos financieros del tipo de la Seguridad Social son injustos, pesando negativamente sobre una equitativa distribución de la riqueza, ya que frecuentemente invierten el criterio de solidaridad social por el que se fundamentan”. También el mismo documento planteaba la necesidad de una “eliminación total del lucro en el cuidado de la salud”, una “nacionalización de la producción de los medicamentos y equipamiento sanitario” y una “plena participación popular en todos los niveles”.

También Juan Carlos Veronelli brindó testimonio de su propia participación en 1974 en la elaboración de un “ambicioso” proyecto de integración del sistema de salud de la Unión Cívica Radical (UCR) –en oposición al proyecto de Liotta que ya estaba siendo debatido en el Congreso– que contó con la aprobación de Ricardo Balbín, Plácido Nosiglia y Aldo Neri.³¹ De todas formas, si se lee la descripción del propio Veronelli sobre ese proyecto radical,³² resulta difícil acompañar su calificación de “ambicioso”. La plataforma de la UCR para las elecciones presidenciales de 1973 no había insinuado proyectos de ese tipo. Sí proponía un “Seguro de Enfermedad, como paso previo hacia un Seguro de Salud integrado en un sistema de Seguridad Social, para lograr una asistencia médica igualitaria, (...) debiendo el Estado orientar, promover y controlar, considerando además que su planificación centralizada tendrá una ejecución descentralizada por entes con autonomía económica y administrativa” (Confederación Médica de la República Argentina, 1973: 42).

Cámpora y Perón

En el discurso ante la Asamblea Legislativa al asumir la presidencia de la Nación el 25 de mayo de 1973, luego de 18 años de proscripción del peronismo, Héctor Cámpora explicó con detalle el proyecto de reforma y su justificación: “El Sector Salud en nuestros días debe ser concebido como un sistema integral en el que con unidad de criterio se vuelcan todos los recursos de la comunidad, tanto públicos como privados, que deben ser administrados y dirigidos en condiciones óptimas por su alto costo y las crecientes demandas de atención. La tendencia cada vez más pronunciada en las últimas décadas es la de considerar al Sector Salud como un sistema, destinado a proporcionar mejor salud y a incluir todos los aspectos de asistencia médica y rehabilitación, en lo que se ha dado en llamar ‘la asistencia sanitaria completa’. (...) La evolución histórica de la sanidad en la Argentina

³¹ Según el testimonio de Liotta (Ministerio de Salud, 2012), antes de presentar el proyecto de ley al Congreso nacional, “Perón, conecedor de la sangría que podía ser el debate de esta ley dentro del Parlamento, me dijo que se la llevara al Dr. Ricardo Balbín para consultarlo y así coordinar con el bloque radical, el más grande después del justicialista, la aprobación de la ley. Así lo hice. Balbín me dijo: ‘Dígale al general que la Unión Cívica Radical va a aprobar este Proyecto en el Parlamento’”.

³² “En el proyecto de la oposición radical se establecía un nivel nacional a cargo de un organismo federal que formularía las políticas y elaboraría las normas, en tanto que las provincias serían las verdaderas unidades ejecutoras del sistema, administrando los servicios de sus jurisdicciones aumentados por la transferencia de aquellos que estaban en poder de la Nación. Para asegurar la participación y evitar el corporativismo, se incluían organismos asesores que incorporaban una amplia representación de todos los actores involucrados. Se pretendía integrar en las provincias los servicios públicos con los órganos del seguro obligatorio, a través de la unificación de los límites de sus ámbitos respectivos y la explícita indicación de que serían parte de los eventuales proveedores de servicios al sistema” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 660).

condicionó la realidad actual del Sector Salud, integrándolo en tres agrupamientos: el estatal, el de las Obras Sociales o Mutuales y el privado. Los tres son importantes por su volumen, necesarios por la tarea que cumplen y legítimamente han adquirido derechos por su trayectoria”. Sin embargo, según Cámpora, “por la falta de una dirección unitaria y vertical se han superpuesto esfuerzos y han primado intereses sectoriales por sobre los del conjunto”. También declaró que los servicios de salud serían “gratuitos” y que se eliminarían “las barreras culturales, geográficas y económicas que hoy registran privilegios y restringen el acceso de todos a los servicios de salud”. Agregó que “además, no debe existir libre empresa en cuanto a quienes intervienen en problemas de la asistencia médica, ya que ésta favorece una estéril competencia entre entidades y sistemas, incrementa considerablemente los costos, crea desigualdades en la atención de los enfermos, hace un uso indiscriminado de la tecnología y distribuye inadecuadamente los recursos, ejerce una práctica individualista y deshonesto de la medicina y un superfluo consumo de medicamentos y drogas favoreciendo las formas sofisticadas y triviales de la atención médica. Nuestro Gobierno propugnará el establecimiento de un Sistema Único Nacional de la Salud para el que no deben existir fronteras nacionales, provinciales o comunales y sindicales. Será el responsable de asegurar el flujo ascendente de la programación, canalizando las expectativas y necesidades populares, y tendrá como fin promover la integración entre las acciones de los equipos técnicos y las necesidades de la población y a su vez promoverá la toma de conciencia de otras necesidades en salud”. Por último, en su discurso Cámpora anunció que promovería “la industria nacional de medicamentos y productos biológicos, regulando su importación y eliminando la libre comercialización de dicha industria, para terminar así con la especulación y el lucro”. 49 días después renunciaría a la Presidencia, para facilitar la elección de Juan Perón tras su regreso a la Argentina.

Perón no realizó discursos públicos relevantes sobre la reforma del sistema de Salud en su tercera presidencia. Pero dos meses después de haber asumido como presidente de la Nación por el voto popular, el 21 de diciembre de 1973 Juan Perón presentó el *Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional*, un documento de 369 páginas que buscaba resumir las “grandes obras” y las “profundas transformaciones” que proyectaba realizar el gobierno nacional. Conviene resaltar que en las tres presidencias de Perón los planes plurianuales no fueron simples libros para archivar en las bibliotecas, sino que tuvieron un valor fundamental a la hora de explicitar los ideales que orientaban las políticas del gobierno.

Pese a que el *Plan* daba prioridad a las transformaciones económicas y productivas, contenía dos páginas referidas a la salud. En este tema, el documento advertía sobre la necesidad de resolver la situación de “una estratificación de la población en tres grupos: pudientes, asalariados –cubiertos por las Obras Sociales– e indigentes, cada uno de los cuales recibe una asistencia médica de calidad muy diferenciada. El crecimiento del Sector Salud ha sido desordenado y espontáneo, sin planificación o con una planificación deficiente. Los tres subsectores que lo componen –oficial, obras sociales y privados– no coordinan entre sí la instalación y uso de sus establecimientos asistenciales, el destino y la utilización racional del recurso humano, ni las necesidades de la población a cubrir”. También señalaba la desequilibrada distribución de “los recursos humanos” y las dificultades de acceso de la población con cobertura de obra social. Para resolver esa situación, el Plan proponía que el Estado fuera “garante y cogestor en la dirección de un Sistema Nacional

Integrado de Salud 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”. De esa manera, el Estado garantizaría “la salud de los habitantes, efectivizando el principio de la justicia social, haciendo accesibles a los sectores de menores ingresos servicios de salud de alta calidad, complejidad y costo”. Según el Plan, se incorporarían al SNIS “aquellas provincias que, prevista su inclusión en el proyecto, lo acepten voluntariamente. Se aplicará en forma progresiva, por áreas programáticas en las zonas declaradas prioritarias –Noroeste, Noreste y Patagonia y se integrarán en una primera etapa los servicios oficiales prestatarios de salud”. Se preveía “la integración voluntaria, ordenada y paulatina de las obras sociales, los hospitales de la comunidad y el sector privado”. También el Plan establecía que el SNIS se complementaría “con la Carrera Sanitaria Nacional, que no solo 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”. Otras cuestiones previstas eran “la supresión de los aportes de los jubilados y pensionados y la disminución o supresión del pago de coseguros para las prestaciones de alta complejidad”; la intervención “efectiva en la industrialización y comercialización de medicamentos”; “la reformulación de la asistencia materno-infantil”; la “atención médica rural”; “las inmunizaciones masivas”; “la lucha contra las enfermedades sociales, la asistencia alimentaria, el saneamiento ambiental”; “la recuperación y reemplazo de camas en sus establecimientos asistenciales”; “la formación de recursos humanos para la salud”; entre otras.

¿El proyecto significaba una estatización del sistema de salud?

Pese a que no pocos historiadores señalan la existencia de diferencias significativas entre el proyecto de SNIS preparado por Liotta y la ley aprobada en el Congreso, el *Plan Trienal* de 1973 no postulaba una estatización del sistema de salud, y reconocía de forma explícita que “las Obras Sociales son, por su naturaleza específica, elementos componentes del sistema de Seguridad Social y en ese carácter deben constituirse en uno de los mecanismos de mayor sensibilidad y eficiencia de la redistribución positiva del ingreso, puesto que se fundamentan en la solidaridad social como una de las concreciones del principio de justicia social”.

Coincidiendo con esta lectura, un documento del mismo año del Ministerio de Bienestar Social (1973c: 2), del cual dependía la Secretaría de Salud Pública que conducía Liotta, enunciaba que el SNIS “está ubicado auténticamente en la realidad argentina. Una mirada retrospectiva permite distinguir tres tendencias propuestas para la planificación sanitaria en nuestro país. Primero, quienes creen que se puede marchar aceleradamente hacia una estatización de todos los recursos, con independencia de las demás etapas del desarrollo económico y social. Segundo, los que siguen aferrados a formas de organización liberales y divorciadas del proceso y el momento que vive el país. Ninguna de estas dos corrientes refleja nuestro pensamiento. El sistema que proponemos se basará en la integración armónica y ordenada de todos los sectores actuales, bajo un régimen de cogestión para la conducción en todos sus niveles. No se trata, entonces, de optar o no por la ‘socialización de la medicina’, sino de socializar las responsabilidades en materia de salud. Por esto no estamos ni contra la medicina pública ni de las obras sociales ni de la privada. Estas falsas opciones sólo actúan como retardatorias del cambio. Contamos con todas ellas, pero a través de una acción concertada y no sectorizada. Porque en nuestro país no nos sobra nada para atender la

salud del pueblo. Esta meta tendremos que conquistarla todos juntos, para no perder por separado”.

En otro documento de la Subsecretaría de Salud Pública de agosto de 1973 se afirma: “el cambio revolucionario que proponemos en salud parte del convencimiento de que está perimida una organización sanitaria nacional que perjudica al pueblo, frustra al profesional, encarece las prestaciones y detiene el progreso social”. En política y organización sanitaria se sostenía la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud. “Es impostergable el terminar con las soluciones convencionales y los esquemas de una medicina atomizada en múltiples administraciones independientes, cuya carga de ineficiencia la soporta el pueblo asalariado. (...) Es inconcebible que en materia de salud pueda haber una realidad privada y otra pública”. Esta falsa antinomia pública-privada debía ser superada con una reunión de recursos y de esfuerzos que garantizara al sistema propuesto una prestación suficiente, oportuna y continua. “Propiciamos a través de este sistema nacional el ejercicio de una sola medicina con un solo requisito para recibir atención médica: la condición de estar enfermo o necesitar servicios, cualquiera sea la condición económica o la situación geográfica de quien la demande”. Según el mismo documento, “la conducción normativa, técnica, financiera y administrativa del Sistema Nacional de Salud será responsabilidad directa del Estado. Por otra parte, todos los sectores afectados deben estar presentes a través de la constitución inmediata de un Consejo Nacional de Salud integrado por representantes de las áreas administrativas. En primer lugar, el pueblo, que es quien recibe el servicio, representado a través de sus organismos gremiales; en segundo término, los trabajadores de salud, que son quienes lo prestan a través de sus organizaciones específicas; el Estado a su nivel nacional, provincial y comunal; las universidades y otras entidades autárquicas y por último todo organismo representativo capaz de aportar soluciones concretas. El Consejo Nacional de Salud deberá trabajar en sesión permanente dentro del ámbito de la organización estatal participando en la conducción normativa, técnica, financiera, administrativa del Sistema Nacional de Salud y evaluando la ejecución y resultado de medidas en todo el territorio nacional” (Ministerio de Bienestar Social, 1973b: 8).

En diciembre de 1973 el Poder Ejecutivo Nacional elevó al Congreso Nacional el proyecto de creación del SNIS: “Este proyecto define la función del Estado como garante de la salud y determina, a partir de la postulación del principio de la solidaridad nacional, su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos (...) El sistema propuesto asume y unifica la planificación, organización, financiación y ejecución de todas las acciones concernientes a Salud, previéndose un plazo no mayor de tres años para implementar el proyecto sin perturbar los servicios y beneficios que actualmente se prestan”.

Controversias acerca del papel de los sindicatos y los colegios médicos

Como ya se dijo, son varios los autores que subrayan que el texto definitivo de las leyes aprobadas en septiembre de 1974 no reflejó con precisión lo propuesto por el Poder Ejecutivo Nacional (PEN),³³ y no ahorran detalles en el análisis de los

³³ “La estrategia de centralización estatal que el proyecto reflejaba generó el rechazo de todos los sectores vinculados al sistema de obras sociales: desde los sindicatos hasta las asociaciones

pormenores del debate legislativo.³⁴ Son de agradecer tantas precisiones, pero no parecieran notar que se trata de un fenómeno por demás corriente: el Congreso muchas veces modifica o rechaza los proyectos de ley enviados por el PEN, a lo que se suma que Perón había fallecido en julio. Según Beltramino y Bloch (1982), “el proyecto original era integrar de manera obligatoria todos los efectores dentro del Sistema de Salud. La oposición cerrada del sindicalismo organizado determinó que en el proyecto definitivo la incorporación quedara librada a la voluntad de los interesados, hecho que en la práctica no se concretó”.³⁵ Katz y Muñoz (1988) también detallan largamente la insistente oposición de las confederaciones de profesionales de la salud durante el tratamiento del proyecto en el Congreso. Contra esta interpretación tal vez sirva tomar como ejemplo la experiencia en San Luis: solamente 17 médicos en toda la provincia se abstuvieron de adherir al SNIS.

No se trata de dos textos aislados: la referencia más frecuente en los libros y los artículos académicos sobre el SNIS es la diferencia entre lo propuesto y lo aprobado. Conviene recordar sin embargo que no todas las propuestas de los múltiples equipos técnicos del peronismo coincidían con la idea de Liotta, y que incluso el

gremiales médicas, las empresas de medicina privada y la industria farmacéutica se movilizaron en su contra. Por la propia lógica de la coalición en el gobierno fue la oposición sindical la más gravitante de todas, y el proyecto final incorporó algunos de sus reclamos: la adhesión de las obras sociales sería voluntaria, lo que en la práctica tampoco se produjo. El proceso finalmente decantó en la ley 27.748 del año 1974, que en la práctica sólo tuvo incumbencia sobre el sector público de salud. La brecha entre los propósitos iniciales –ya notoriamente atenuados durante la formulación– y el grado de implementación alcanzado fue abismal: solo dos provincias adhirieron al sistema” (Alonso y Cook, 2017: 24).

³⁴ Según Aldo Neri (1982), “el SNIS constituyó el intento más radical de unificación del sector público de salud y de integración con el de la seguridad social. Al menos, eso fue el proyecto inicial que un grupo de especialistas sin cargos en el gobierno elaboró, por pedido del entonces secretario de Estado de Salud Pública, Domingo Liotta, en 1974. Liotta fue el auténtico y solitario promotor de la iniciativa, pivote de su gestión pública que, aunque ineficaz, fue bien intencionada e impregnada de una aspiración que los hechos evidenciaron imposible. El modelo inicial implicaba la incorporación progresiva del sector público asistencial de todas las jurisdicciones al Sistema, junto con las obras sociales estatales y paraestatales; promovía una conducción central a través de un consejo de múltiple representatividad (gobiernos nacional y provinciales, trabajadores, empresarios, profesionales de la salud, universidades); instituyó una elevada descentralización operativa, a través de estructuras similares a la nacional para cada provincia, con administración autárquica (aunque sujeta a la planificación nacional); fijaba la gratuidad del servicio para el usuario en el momento de su utilización; abría la posibilidad de incorporación o convenio voluntario con las obras sociales sindicales; diversificaba las fuentes de su financiación al incorporar los pagos de la seguridad social; y, cosa muy significativa, adoptaba predominantemente el régimen de trabajo profesional a dedicación exclusiva”.

³⁵ En una entrevista, Mario Testa (2013) afirmó que “el campo de la salud se encuentra, en efecto, muy fragmentado y todos los intentos de revertir esa situación han chocado con resistencias feroces y han terminado por agravarla en lugar de resolverla. Pienso (y digo) que los sanitaristas somos el grupo profesional más frustrado de América Latina porque sabemos a la perfección lo que hay que hacer y jamás hemos podido hacerlo (ni siquiera de manera parcial, como era la propuesta del SNIS) en ningún país del continente, salvo Cuba. Y cuando hablo de resistencia feroz es fácil demostrarlo: cuando en 1973 el ministro de salud Dr. Domingo Liotta envió el proyecto a la legislatura nacional, la CGT anunció que si ese proyecto se aprobaba declaraban una huelga general (¡a Perón!). Esa misma CGT declara de manera permanente que promueve un modelo de organización asistencial solidario. Me parece que tengo un concepto algo distinto de la solidaridad”.

proyecto elevado al Congreso difería parcialmente de lo que expresaba el *Plan Trienal* presentado ese mismo mes.

Más en general, es preciso aclarar que esta interpretación coincide con la de otros historiadores e historiadoras que interpretan el poder del sindicalismo en el peronismo como una supuesta debilidad del propio Perón, tanto en este tercer gobierno (1973-1974) como en los dos anteriores (1946-1955). De hecho, son muchos los textos que describen el origen del desarrollo de las obras sociales en el primer peronismo más como resultado de concesiones de un débil Perón que de un proyecto político y social coherente y consistente. Resulta curioso que en esta interpretación desinformada suelen coincidir la extensa tropa de historiadores reconocidamente antiperonistas con algunos intelectuales que se identifican como integrantes de la “izquierda peronista”. Ignoran quizás –u omiten deliberadamente– no solamente que el sindicalismo argentino no goza precisamente del beneplácito de buena parte de la intelectualidad académica, sino también que la filosofía política a la que adhiere el peronismo –sobre el cual supuestamente son especialistas– desde su origen interpreta la idea de Comunidad Organizada como un vínculo armónico entre el Estado y el individuo a través de la organización social, y adhiere al principio de subsidiaridad del Estado proveniente de la Doctrina Social de la Iglesia: para Juan Perón, la organización popular era la mejor manera de proteger los derechos y de impulsar el desarrollo de las personas y de la sociedad, y la intervención del Estado solamente se justificaba cuando esa organización se demostraba insuficiente o inconveniente. Es decir, la contradicción en todo caso no está entre los ideales y la acción política concreta de Perón, sino más bien entre las presunciones académicas de quienes la afirman y la estrechez de sus lecturas.

En un discurso de 1949, luego publicado bajo el título de *La Comunidad Organizada*, Juan Perón había proclamado una Tercera Posición ideológica que rechazaba tanto el individualismo como el estatismo: esa comunidad “persigue fines espirituales y materiales”, “tiende a superarse” y “anhela mejorar y ser más justa, más buena y más feliz, en la que el individuo pueda realizarse y realizarla simultáneamente”. En esta concepción, las “organizaciones libres del pueblo” son las células básicas de la democracia. El ideario de la Comunidad Organizada concibe la vida social priorizando la iniciativa, la participación y la autonomía de las personas y sus formas de organizarse, buscando así superar la dicotomía entre privatismo y estatismo.

El principio de subsidiariedad fue asumido explícitamente por distintos pensadores y pensadoras que en distintas etapas históricas tuvieron participación en la elaboración de los principios políticos del peronismo, entre otros: Arturo Sampay, Pablo Ramella (Segovia, 2019), María Granata (Lavallén Ranea, 2020) o Antonio Cafiero. “El rasgo original de la doctrina justicialista es el rescate y potenciación del concepto de Comunidad Organizada frente a los polos dialécticos del individualismo y el estatismo” (Cafiero, 2007: 147). Para Granata, “el Peronismo considera al Pueblo no solo en su realidad física y espiritual, sino también en su dinámica. El Pueblo es una fuerza vital y, por lo mismo, está en constante transformación. La situación de estatismo contraría su naturaleza esencial” (Granata, 1954).

Carrera Sanitaria Nacional

La Carrera Sanitaria Nacional se estableció por la ley 20.749 que establecía que los trabajadores y las trabajadoras de la Salud gozarían “de estabilidad inviolable,

remuneración adecuada a las prestaciones que realicen, con incentivos económicos, científicos y de capacitación, régimen de previsión social y jubilatorio acorde con la trascendencia de sus labores”. Se incorporaba el sistema de residencias médicas para “posibilitar la formación intensiva y programada de los graduados, a fin de cumplir las necesidades crecientes de médicos integralmente formados”. El ingreso a la carrera sanitaria nacional de las y los profesionales de la salud y sus colaboradores se realizaba por concurso abierto. También se creó un régimen de capacitación permanente.

El objetivo de la Carrera Nacional Sanitaria era saldar la irregular distribución geográfica del personal de salud en relación con la población.³⁶ El SNIS tenía por objeto una distribución racional del sistema de salud, contribuyendo a una organizada redistribución del plantel, considerando las necesidades básicas regionales que debían cubrirse en materia de vivienda, transportes, equipo, instrumental y apoyo técnico, creando así nuevas fuentes de trabajo. También tenía como objetivo mejorar las condiciones laborales y el régimen jubilatorio de las trabajadoras y los trabajadores de la salud. Se establecía una jornada de trabajo adecuada y con niveles de retribución dignos y suficientes para todas las funciones, dando la posibilidad, en los casos en que correspondiera, de incluir tareas docentes y de investigación como parte integrante de dicha jornada. “De esta manera se corregirá el mal aprovechamiento del esfuerzo humano que actualmente se observa en los distintos sistemas, por sobrecargas laborales y dispersión de los lugares de trabajo. El régimen de carrera promoverá la dedicación exclusiva al Sistema, otro de cuyos efectos será la integración de todos los trabajadores del equipo de salud a su núcleo familiar y social. Se podrá así desterrar definitivamente, entre otras, la imagen de nuestra enfermera desgastando sus energías en multiplicidad de turnos” (Liotta, 1973: 5). Se establecía, además, un sistema de concursos y se trabajaría en contacto estrecho con las universidades en la formación de recursos humanos a todos los niveles. Según Liotta (1973: 7), “la racionalidad de los recursos humanos (...) no sólo proveerá de personal de salud a nuestras áreas desprotegidas y rurales, sino que posibilitará proyectarnos solidariamente en Latinoamérica, cubriendo necesidades imperiosas de capacitación y prestación de servicios dentro de un plan de colaboración cuyos primeros pasos ya han sido dados”.

La ley 20.749 estableció que el Consejo Federal dictaría “las normas para determinar las zonas desfavorables, siendo el organismo de aplicación el Consejo Provincial correspondiente”.

Estructura administrativa y organización

El SNIS se organizó en base al concepto de “área programática” y del principio de ejecución descentralizada. Siendo el hospital o el centro de salud la columna sustentadora del sistema, su zona de influencia geográfica sanitaria sería

³⁶ La cuestión poblacional fue soslayada por buena parte de quienes analizaron el SNIS. Incluso el propio Liotta afirmó, años después, que el SNIS “tenía sí, es cierto, una finalidad primera, fundamentalmente de proteger con una cobertura adecuada la atención médica de todos los argentinos, no se descubrió su acción velada que tenía un fundamento geopolítico. En efecto, a través de la carrera sanitaria, que en esencia presenta un modelo en el orden civil como el de la sanidad militar, se podía asegurar la distribución de profesionales en el interior del país y en especial en las zonas de fronteras. Debe seguir siendo para nosotros los argentinos un motivo de seria preocupación el poseer bienes naturales de una tan exuberante riqueza que contrasta con países limítrofes” (Liotta, 1980, citado por Storino, 2018).

convenientemente integrada con “el aprovechamiento de toda la capacidad instalada preexistente” y sería “gobernada en cogestión por los representantes de prestadores y prestatarios, junto con la autoridad sanitaria provincial o nacional” (Liotta, 1973: 3). Estas áreas programáticas constituían la unidad mínima de organización sanitaria, que debía satisfacer las necesidades de salud de una población geográficamente delimitada por sus componentes demográficos, económicos, sociales y técnico-sanitarios. El director o directora del área sería el funcionario responsable del gobierno del sistema en este nivel, e integraría del Consejo Provincial de Salud. Su designación sería por concurso.

La base principal de operaciones sería el hospital de mayor complejidad disponible en el área: el centro de derivación de quienes requirieran atención especializada. En aquellos lugares donde no existiera un establecimiento con estas características, se utilizaría el más adecuado del subsector privado o de obras sociales locales. Como escalón intermedio de esta organización el área contaría con los hospitales de limitada complejidad y las clínicas y sanatorios que adhirieran al sistema. Por su parte, las bocas de entrada estarían representadas por los centros de salud, consultorios médicos, gabinetes odontológicos y efectores mínimos. En aquellos lugares donde no existieran estos dispensarios, debían ser instalados, “facilitando así una adecuada redistribución de los recursos humanos y llevando al equipo de salud a las más apartadas regiones, en condiciones básicas para cumplir su tarea: vivienda, vehículos, instrumental, equipos, comunicaciones” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 3).

Financiamiento

Según el ya citado documento del Ministerio de Bienestar Social, “la financiación del Sistema Nacional de Salud debe partir de la aplicación de los principios de solidaridad social y justicia distributiva”. Para esto se crearía un Fondo Sanitario Nacional. “Este primer paso debe ser sucedido en forma inmediata por la implantación de un mecanismo de recaudación impositivo para salud que no recaiga sobre el ingreso del necesitado. Desalentaremos toda solución que parta de un nuevo gravamen al salario de los trabajadores y del pago directo de los servicios médicos” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 10)

Según Ierace, el financiamiento proyectado del SNIS estaba dado por los aportes fijados por el presupuesto anual de gastos de la Nación; por una cuenta especial como fondo financiero sanitario nacional de carácter acumulativo, integrado por el aporte de las provincias que ingresaran al sistema; y por las contribuciones del sector privado adherido. Estaba previsto que “para los años posteriores” se incorporarían “al presupuesto general las partidas que sean necesarias para el cumplimiento de la presente ley, que nunca serán inferiores al 5,1% del cálculo de recursos del presupuesto general. Las contribuciones anuales de las provincias, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y del Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sud al adherirse al sistema nacional integrado de salud no podrán ser inferiores a los porcentajes para gastos de salud incluidos en los presupuestos respectivos para el año 1973”. Así se proyectaba un mínimo de asignación anual, tanto para la Nación como para las provincias, y “un fondo financiero sanitario nacional de carácter acumulativo” (Ierace, 2008). “Los recursos que se recauden en el área, incrementados por los que provea el Fondo Nacional de la Salud, deberán satisfacer financieramente los presupuestos locales y una flexible

organización administrativa que permitirá tomar las decisiones necesarias en el terreno” (Ministerio de Bienestar social, 1973: 4).

Reforma sanitaria nacional: principales focos de atención

El SNIS se proyectó con un fuerte eje en materia de salud mental: se estimaba para ese momento que un 10% de la población requería de atención en servicios de psiquiatría. Se concibió un plan que no sólo tuviera en cuenta la atención manicomial, sino distintos niveles de perturbación de la conducta, neurosis, psicosis, trastornos de la personalidad. “Fundamentalmente, la concepción de este programa debe hacerse dentro de un marco social atendiendo a que la enfermedad mental incide sobre y es resultante de la estructura y el funcionamiento familiar, la que a su vez está condicionada por factores de urbanización, industrialización, migración, desocupación y trabajo enajenado. Los fundamentos de un plan deben partir de un criterio funcional que ubique la salud mental como parte de los servicios de atención médica en íntimo contacto con las fábricas, las escuelas y las organizaciones comunales de base, con funciones de promoción, prevención y detección precoz en el medio social y familiar” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 6). Se planteó que los grandes establecimientos psiquiátricos debían modernizarse, dejando su estructura manicomial para cumplir tareas de rehabilitación médica y social a través de internaciones de media y larga evolución. “El enfoque del enfermo con un marginado social exige atender este problema con una diversidad de medios y favorecer así la resocialización y reubicación del paciente. El tratamiento de los enfermos psiquiátricos en edad geriátrica requiere de especial atención en centros de asistencia y rehabilitación” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 14).

En materia de medicamentos el SNIS preveía un control de precios. “Estamos empeñados en buscar soluciones que conviertan en una empresa social este campo de la producción y en establecer controles eficaces para el abaratamiento real” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 16). Se afirmaba asimismo que la tuberculosis, a pesar de los avances científicos, seguía siendo un asunto de preocupación nacional, tanto que los enfermos por tuberculosis ocasionaban la mayor utilización de las camas hospitalarias. Respecto de la tuberculosis: “este problema está inminentemente ligado a factores socio-económicos y sanitarios. A una acción social y económica suficiente, debemos acompañarla de medidas específicas en el campo de la salud, como la vacunación de la BCG directa y la búsqueda del bacilo de Koch en los grupos de mayor riesgo” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 6). También se hizo foco en las endemias de Lepra, Chagas y paludismo. “La salud es un componente con una influencia mutua del desarrollo socio-económico del país. Sin embargo, consideramos que la protección de la salud es un fin social en sí mismo con una gran carga moral y humanitaria y con un objetivo que es el bienestar y la felicidad de la comunidad, y no exclusivamente como un factor a conservar desde el punto de vista de la productividad” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 8).

También se postulaba que la mortalidad infantil estaba en ascenso. Por ello, el SNIS propuso “atacar en forma inmediata las causas médico-sanitarias que en forma más o menos ostensible impiden elevar dignamente los niveles de salud de la madre y el niño. (...) El equipamiento de los servicios materno-infantiles, especialmente, en las zonas desprotegidas, constituyen parte del arsenal que utilizaremos en esta lucha emprendida. La recuperación del salario del trabajador es, por otra parte, una medida de trascendental importancia” (Ministerio de Bienestar Social, 1973: 5). Las bases

para un Plan Nacional de Salud Materno Infantil contaban con un detalladísimo documento propio (Ministerio de Bienestar Social, 1973) y estuvo coordinado por Carlos Gianantonio. Para dicho plan se estableció un sistema de cinco escalones: el equipo sanitario que trabajaba en territorio; establecimientos del tipo de Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Dispensarios y consultorios externos; establecimientos de mediana complejidad con internación; establecimientos de alta complejidad ubicados en centros urbanos importantes y que actuaban como centros de derivación especializada para los restantes escalones; establecimientos de máxima complejidad en la especialidad obstétrica y pediátrica, de acuerdo con adelantos científicos y tecnológicos.

Ahora bien, la experiencia del SNIS no solo puede analizarse a partir de lo proyectado y lo aprobado, sino también a través de la experiencia concreta de su ejecución, aunque haya sido acotada en el tiempo y el espacio. Su implementación más avanzada ocurrió en las provincias de La Rioja y San Luis, por lo que conviene revisar testimonios de quienes la condujeron.

La Rioja: el SPIS, una exitosa experiencia previa

Según recuerda en una entrevista el sanitarista Carlos María Juliá (2022): “En 1973 Carlos Menem gana las elecciones como gobernador de la provincia. Con él habíamos tenido varios encuentros, porque sus hijos y los míos iban al mismo jardín. Su secretario de Salud era Raúl de la Fuente, un riojano que se había formado trabajando en comunidades rurales de Córdoba. Al poco tiempo de su nombramiento, me vino a visitar y a pedir colaboración para un plan de salud. Yo me sorprendí y le contesté que era la primera vez que la autoridad de salud provincial me visitaba, y encima me pedía ayuda. Me honraba con su visita y con su pedido, así que accedí de inmediato. Me entregó un manuscrito que a simple vista me gustó. Le pedí que me lo dejara para estudiarlo. Yo sabía que, en paralelo, en el Ministerio nacional se estaba gestando el proyecto de ley para enviar al Congreso. El doctor De la Fuente³⁷ reunió a todos los directores generales de la Secretaría de Salud. Eso fue muy significativo, porque sabía que no todos eran justicialistas, pero tenían una buena preparación y años de experiencia. Ahí de la Fuente dijo: ‘Les presento el Plan de Salud para La Rioja, que Nación recomienda para todo el país. Les pido colaboración’. Fue una actitud muy buena, y los subió al carro inmediatamente. Entre todos se decidió hacer una experiencia previa en un área programática. Sería un Sistema Integrado de Salud Provincial. Así nació lo que posteriormente se llamó SPIS (Sistema Provincial Integrado de Salud), que fue exitoso y consensuado por todos los profesionales y no profesionales de la salud (De la Fuente, 2006). Se eligió el área de Aimogasta y se estableció que resultaba primordial trabajar en terreno y no en un escritorio. Además, había que capacitar a todos los trabajadores y las trabajadoras de todos los sectores de salud, y que supieran que iban a tener beneficios con la implementación en planta. El plan significaba que trasladaran sus consultorios privados al hospital, lo que implicaba

³⁷ Raúl De la Fuente apunta en sus memorias: “Domingo Liotta en el mes de abril nos hace conocer las pautas para un sistema de salud como aconsejaba Juan Domingo Perón. En síntesis, quería desarrollar ‘una medicina en todo el país que sea igualitaria para ricos y pobres, donde el Estado sea garante y financiador de la salud’. Algo que ya sucedía en todos los países del viejo mundo. (...) Yo quería aprovechar mi doble visión de los servicios de salud, tanto de ciudad como de campaña. Me animé y desarrollé en dos carillas, siguiendo las pautas de Liotta, un bosquejo de cómo alcanzar esas metas” (De la Fuente, 2006).

una atención gratuita, pero con una remuneración que los compensaba. ¡Los profesionales agarraron enseguida!” (Juliá, 2022).

Para mayo de 1973 ya se había bosquejado el plan. El SPIS se llevaría a cabo en los departamentos de Arauco, San Blas de los Sauces y Castro Barros. “Se debía ilustrar a los médicos y demás trabajadores de la salud, convencerlos no sólo de los grandes beneficios para las comunidades, sino de la conveniencia de un buen pasar para ellos y para su grupo familiar, porque deberían renunciar a la práctica de la medicina privada, lo que implicaba prestar atención médica a los y las pacientes sin cobrar la prestación. El plan comprendía a todos, profesionales o no profesionales de la salud. Entonces, había que instalarse en el terreno y formarlos en esta nueva filosofía. Técnicamente se debía organizar en los hospitales cabecera de Aimogasta, San Blas y Castro Barros. Mientras, estaba en marcha la creación del Agente Sanitario, primer eslabón de la red”. Sobre esta figura del Agente Sanitario, Juliá supone que se trata de la única de las provincias en que se implementó el SNIS que tuvo esta figura. “Nosotros le dimos mucha manija a la atención primaria de la salud rural, e incorporamos al personal del SNIS la figura del agente sanitario, con un resultado espectacular” (Juliá, 2022).

Para ese entonces, el hospital cabecera de San Nicolás de Aimogasta sólo prestaba tres servicios médicos durante tres horas por la mañana y las enfermeras cubrían turnos de ocho horas. La mayoría de los enfermos graves eran derivados al Hospital Plaza de la capital provincial. Con el SPIS, la jornada de trabajo se estipuló en ocho horas al día en el hospital y tres horas de práctica asistencial. “Prepararse para organizar los servicios y ateneos para la discusión de los casos interesantes, guardias hospitalarias de veinticuatro horas todos los días también formaba parte de este desafío”.

El SPIS preveía instrumentar y organizar cuatro especialidades básicas: clínica, obstetricia, pediatría y cirugía. Se estipuló que cada servicio no debía tener menos de tres médicos y se necesitaba contar con odontólogos, bioquímicos y como mínimo tres enfermeras universitarias para cada uno de los cuatro servicios. Además de cuatro ambulancias. “Trajimos un técnico radiólogo y un bioquímico, contratamos a un anestésista y trajimos al doctor Mansilla, en cirugía. Así empezamos a trabajar en lo que se configuró como un Sistema Provincial Integrado de Salud” (Juliá, 2022).

“El proyecto para acceder a una buena medicina significaba una inversión importante para la provincia. Indudablemente, el costo financiero era alto, pero se brindaría un excelente servicio de salud en zonas rurales donde [hasta ese momento] se prestaba una medicina precaria, lo que significaba una alternativa distinta. Con este plan, la población recibiría una buena medicina las veinticuatro horas del día, sin excepción de ricos y pobres, y traería como consecuencia, acompañada de una buena educación, un pueblo fuerte y sano” (De la Fuente, 2006: 20).

Para conseguir financiación, Juliá y De la Fuente se reunieron con el gobernador Menem. De ese encuentro recuerda De la Fuente (2006: 20): “Después de conversar tres horas sobre este ambicioso plan, nos dijo francamente: ‘les doy el visto bueno, pero es muy importante que vean al ministro de Hacienda –el licenciado Saúl– que es el responsable de la plata. Si él consiente, adelante. Si el plan resulta, contento el gobernador, pero si no, ya saben lo que les toca a ustedes”. Con el visto bueno de Menem se decidió intensificar el trabajo en los tres departamentos. Hacienda se mostraba indecisa hasta ese momento: los costos resultaban demasiado altos para las arcas de la provincia. “Ante la indecisión mostrada por el ministerio, argumentamos

que los servicios prestados en salud no son caros ni baratos, sino que debían cubrir todas las necesidades de una población, porque es una prioridad universal, al igual que la educación y la vivienda, para eso el pueblo paga sus impuestos. Un pueblo sano y fuerte, con una buena educación y vivienda, es capaz de afrontar cualquier contingencia y lograr el desarrollo integral de la Nación con soberanía y justicia social” (De la Fuente, 2006: 22). Finalmente, cuando De la Fuente y Juliá lograron convencer a Hacienda, en octubre de 1973 se puso en marcha el ambicioso SPIS. Sin embargo, el vínculo con Hacienda siempre mantuvo tensiones. “Desde julio se presionaba al ministro de Hacienda para que autorizara y financiara la experiencia piloto. Estaban muy reticentes por la incidencia en el presupuesto, que en realidad no era tan significativa, ya que teníamos promesa de ayuda de la Nación. El mes de septiembre fue clave, decidimos inaugurar el área programática con un anuncio oficial, contando con la motivación de la totalidad de los trabajadores de salud y el beneplácito de la población que recibía los beneficios del plan. La fecha elegida fue el 17 de octubre del 73” (De la Fuente, 2006: 23). “Visité al gobernador”, recuerda De la Fuente, “y le dije que la experiencia estaba lista para el 17 de octubre y que los trabajadores querían saber cuánto iban a percibir por dedicación exclusiva. Pensé que por semejante desprendimiento deberían percibir un 15% menos de lo que cobraba un subsecretario de Gobierno. El Dr. Menem me respondió que era mucha plata, pero que la última palabra la tenía el ministro de Hacienda. Él tampoco dio el visto bueno. Sin embargo, le respondí que el programa no se iba a detener y que lo inauguraríamos el 17 de octubre. En lo más íntimo pensé que era un gran riesgo, pero que valía la pena y que Hacienda finalmente lo iba a cumplir. Reunido nuevamente con los profesionales les anuncié que el gobierno asumía la responsabilidad de pagar el 15% menos de lo que ganaba un subsecretario. Saltaron y gritaron de alegría. A partir de allí, todos, sin distinción, trabajaron día y noche para que todo estuviera impecable en los servicios”. Para la inauguración asistieron autoridades locales, provinciales y nacionales, y el mismísimo Liotta viajó hasta Aimogasta.

Ya con el plan en marcha, las tensiones con Hacienda siguieron hasta enero del 74. Durante tres meses ninguno de los trabajadores del SPIS había recibido su sueldo. El 5 de enero, por fin, se destrabó el conflicto y se pagó a todos los trabajadores y las trabajadoras los tres meses juntos. “Al poco tiempo, casi todos los profesionales aparecieron con un fitito cero kilómetro”, recuerda Juliá (2022). Una vez que los pagos estuvieron cumplidos, todo se tranquilizó y se empezó a notar un alto rendimiento de las prestaciones en los servicios. La gran novedad de esta etapa fue la presencia de agentes sanitarios en los hospitales distritales y en los centros de atención primaria. “El agente sanitario estaba capacitado para las pequeñas intervenciones, pero, sobre todo, para derivar a centros de mayor complejidad de la red provincial”. Según el testimonio de Juliá, después de los primeros meses de funcionamiento el SPIS dio tan buenos resultados que Menem empezó a desear implementarlo a nivel provincial. La pregunta, entonces, era si la provincia podía financiar semejante proyecto. “Con el ministro de Acción Social, Dr. Nicolás Narmona, opinábamos que se debía ser prudente en cuanto al funcionamiento y preparación del plan en ciudades importantes como La Rioja y Chilecito, donde la demanda de servicios e infraestructura hospitalaria era muy significativa. Además, resultaba primordial el tema de cómo motivar a profesionales y obras sociales, que seguramente defenderían sus intereses en el sector. Por lo tanto, sosteníamos que primero se debía consolidar las áreas rurales, y luego conseguir el apoyo de la Nación” (De la Fuente, 2006: 31).

Liotta estaba de acuerdo con establecer prudentemente los tiempos y organizó una delegación para auditar el territorio. El grupo de evaluadores estaba compuesto por sanitaristas y periodistas. Permanecieron en Aimogasta una semana y evaluaron el funcionamiento de las áreas programáticas. El 20 de mayo de 1974 se inauguró el SNIS en la Rioja, y en agosto de ese año el ministro nacional le anunció al gobernador la seguridad del apoyo económico para iniciar el proyecto a gran escala, y puso a su disposición todo el Ministerio. Para ese entonces ya se debatía en el Congreso de la Nación el proyecto de ley del SNIS y de la Carrera Sanitaria Nacional.

La Rioja: el SNIS, organización y tensiones

La primera tarea consistió en comprar toda la capacidad instalada de la medicina privada, el “sanatorio sindical” y el alquiler de sus dependencias. Luego se produjo el traspaso de todo el personal de salud pública, quienes pasaron a depender de la Nación en todo concepto. “Entonces tuvimos que cambiar los legajos de cada uno de los trabajadores –de la provincia a la Nación–, algo muy delicado, pues los legajos estaban muy lejos de ser completamente perfectos, como exigía la Nación. Recuerdo que fueron devueltos como cuatro veces para hacerles correcciones antes de aceptarlos. Además, demandó bastante tiempo firmar uno por uno los legajos. Finalmente se conformó la nueva administración y todo comenzó a funcionar paulatinamente, hasta sintonizar con el régimen nacional” (De la Fuente, 2006: 39).

Respecto de las tensiones con el sanatorio sindical –De la Fuente afirma que fueron muy reticentes– Juliá (2022) recuerda: “La CGT de La Rioja, cuyo secretario general era Julio Corso, había comprado el que se llamó ‘Sanatorio Sindical’. Él nos había pedido colaboración para su organización, estructuración, equipamiento y diseño. Además, terminó siendo secretario de Bienestar Social de Menem. Teníamos buena relación. No se incorporaron al SNIS, pero no competían”.

Según Juliá (2022), la principal oposición al SNIS estaba en el Colegio de Médicos. “Teníamos una resistencia muy grande del Colegio de Médicos de La Rioja. A mí me declararon persona no grata. Se habían, además, constituido en asamblea permanente, para evaluar la ley. Eran unos treinta médicos de la capital. Las mayores dificultades que enfrentaba el SNIS tenían que ver con que a veces se atrasaban las transferencias para pagar los sueldos”. En ese sentido, afirma De la Fuente (2006): “Viajaba con mucha frecuencia a Buenos Aires para conseguir los fondos para los sueldos, lo cual no funcionaba de manera ágil. Hago especial referencia a esto porque afectó demasiado el entusiasmo de los trabajadores de la salud. Después de una ardua gestión, me informan que no solamente era necesaria la homologación ya concretada y las dos leyes votadas por el Congreso, sino que también faltaba establecer las respectivas jurisdicciones de las cuatro provincias incorporadas. Es decir que sin obtener la jurisdicción no podíamos gozar de todos los beneficios del SNIS, en especial su presupuesto. Este problema, finalmente subsanado, fue causado por una negligencia de López Rega, ministro de [Bienestar Social y Salud Pública de la Nación], que no había trabajado a tiempo la concreción de las jurisdicciones de las cuatro provincias. El error fue tal que los ministerios del Interior y de Economía tomaron conocimiento por nosotros, las cuatro provincias afectadas”.

En este sentido, Susana Belmarino y Carlos Bloch afirman: “Sería ingenuo suponer que la única y fontal oposición al Sistema Nacional integrado de Salud provino del sindicalismo. El proyecto tocaba intereses muy poderosos y concepciones muy arraigadas en el sistema de provisión de atención médica vigente. Las empresas

médicas privadas, la industria farmacéutica e, inclusive, los profesionales convencidos de las virtudes del sistema liberal, pueden servir como ejemplos de una oposición basada en una amplia diversidad de intereses”. De todas formas, refiriéndose a la sanción de las leyes nacional, Beltramino y Bloch sostienen que “el peso de la oposición sindical debe haber sido por lo menos equivalente, si se tiene en cuenta que la rama sindical constituyó uno de los núcleos hegemónicos del sistema de poder a partir de la renuncia de Cámpora y el ascenso de Perón a la presidencia de la Nación” (Belmarino y Bloch, 1982: 11).

San Luis: una experiencia posible

El testimonio de Ginés González García (2022)³⁸ sirve para revisar la implementación del SNIS en San Luis. “A mediados de 1973, cuando me enteré de la existencia del proyecto, decidí ir a impulsarlo a San Luis. También sabía que venían trabajando en él desde el nivel central especialistas que no eran de identidad peronista. En ese momento, esto último no me parecía tan importante. Hasta donde sabía, lo que le había dado impulso al SNIS fue que Salvador Liotta –hermano de Domingo Liotta– había conocido a López Rega en España. La ideología de Liotta no era muy conocida en Argentina, y tampoco era un hombre que tuviera una imagen pública extendida. Más tarde Liotta expuso públicamente una versión que confirmaba estos supuestos.³⁹ De todas maneras, se aprobaron ambas leyes”.

Según González García (2022), si bien oficialmente el proyecto se lanzó en San Luis en agosto de 1975, él “ya lo impulsaba aún sin conocer su contenido. Cuando se conoció el proyecto de ley, me dediqué a predicarla. En ese momento ya era el delegado sanitario federal y el director general de Hospitales de San Luis. Más allá de los detalles acerca del contexto local, recuerdo que era una época de mucha movilidad y euforia. Sentíamos que íbamos a poder cambiar todo: que todo iba a ser innovación, cambio y alegría, distinto a lo que veníamos viviendo. El proyecto inicial tenía claras reminiscencias del sistema de salud inglés: una incorporación masiva, una carrera común y, a su vez, una unificación de absolutamente todas las fuentes de financiamiento. Por supuesto, no era fácil una propuesta de ese tipo en una Argentina

³⁸ Luego de la entrevista realizada para ser usada como insumo en este texto, González García usó parte del material para resumir su experiencia en un artículo en *Infobae*.

³⁹ Según el propio Liotta, “personalmente mi paso por Salud Pública diría que fue hasta cierto punto accidental y no era de ningún modo un hombre que mentalmente estuviera preparado y no contenía en el momento bases estructuradas y elaboradas largamente para poder llegar rápidamente a un accionar efectivo. (...) En la tarde del sábado 26 de mayo de 1973 [al día siguiente del inicio de la presidencia de Cámpora] estaba con mi familia descansando en mi pueblo natal de Diamante en Entre Ríos, cuando recibo un llamado telefónico de mi hermano Salvador, a la sazón con residencia permanente en España, directamente desde la residencia del general J. D. Perón, en Madrid. El pedido concreto y personal del general Perón, aceptar la subsecretaría de Salud Pública por un período que no sería seguramente mayor de tres meses hasta poder resolver dentro de las líneas políticas del gobierno, el nombramiento definitivo”. Además, Liotta había residido once años en Estados Unidos hasta 1971, “lapso prolongado [por el] que aún a pesar de los deseos e intenciones opuestas, se produce lentamente un alejamiento del ambiente comunitario del país”. También describe que sus primeros días de gestión coincidieron con un caos en los hospitales: “un clima de subversión y desjerarquización; la dirección médica invadida en dramática excitación por grupos de empleados habitualmente subalternos que pretendían tomar posiciones directivas con irrespetuosa consideración hacia profesionales con una larga y honorable trayectoria dentro del Hospital” (Liotta, 1980, citado por Storino, 2018).

Federal. Todos queríamos hacer un cambio, pero personalmente tenía muchas dudas respecto de la factibilidad de hacerlo sin gradualismo: una cosa así no se puede hacer de un día para otro. Entendía que por eso el proyecto de la ley había sido modificado: para que no fuera tan brutal la incorporación obligatoria de las obras sociales. Pero no quedaban claros los caminos sobre cómo se haría la redistribución gradual, tanto del sistema de financiación como de los prestadores”.

Sigue Ginés: “Igual, lentamente fui convenciendo a los sectores disidentes locales, sobre todo a los legisladores y las legisladoras y a la CGT. Mi primer papel fue convencer al ministro de Salud y al gobernador, Elías Adre. Además, debía lograr que la legislatura provincial aceptara el SNIS. Un obstáculo visible era que la CGT a nivel nacional no estaba convencida, y había ya en la provincia grupos disidentes. En la cámara provincial cinco diputados habían roto con el frente, y además estaba el bloque radical, con lo cual estaba muy fragmentada. Lentamente fui convenciendo a los disidentes, sobre todo al bloque de Rodríguez Saá y a la CGT. En las provincias como San Luis no había todavía un desarrollo importante de las obras sociales. La única relevante era la provincial, y el sector privado tampoco tenía magnitud. Todavía no había ocurrido el *boom* industrial de San Luis.⁴⁰ También logré convencer a la inmensa mayoría de profesionales de la Salud: recorrí la provincia predicando el cambio. Había mucha pasión, militancia y trabajo. Yo creía mucho en el SNIS y estaba dedicado a él con efusión. Siempre que uno cree en algo convence mejor, y convencí a todo el mundo. No puedo decir absolutamente nada sobre una supuesta falta de convicciones, a pesar de que muchos de los funcionarios no eran peronistas, y que la provincia ya tenía algún fragor de conflicto. Llevé más de 300 profesionales de todo el país, jóvenes que iban a hacer patria, que estaban llenos y llenas de expectativas y esperanzas. No era la variable económica lo que los atraía. Era un proyecto con mucha mística, fueran o no peronistas. Nunca más volví a vivir un período de euforia como ese. Fue un gran desafío hacer que toda esa cantidad de personas ingresara en el sistema de salud, ya que las provincias del interior son más conservadoras. Además, se venía una cuestión económica muy complicada en todo el país. Lo que parecía un gran sueldo al comienzo se devaluó muchísimo a los pocos meses por la inflación. Resultó muy duro para muchos.”.

“El proyecto original de Liotta establecía la integración obligatoria de todos los sectores. Esto provocó oposiciones en sectores sindicales y en colegios profesionales, que se vieron reflejadas en una modificación de la ley finalmente aprobada. De todas formas, mi experiencia en San Luis fue que solamente 17 médicos

⁴⁰ “Durante el gobierno de Adre se firmó el Acta de Reparación Histórica que significó para San Luis, La Rioja y Catamarca, una serie de reivindicaciones económicas con los proyectos de radicación industrial. Esta Acta se firmó entre los tres gobiernos provinciales y el Gobierno Nacional, en Catamarca, el 25/08/1973. (...) Se instalaron varias fábricas y prosperaron en San Luis, Villa Mercedes, Justo Daract y Naschel, por lo que el Gobierno dispuso la delimitación para Parques Industriales en las zonas mencionadas” (Mulhall, 2003: 12). Adre fue apresado en marzo de 1976 y mantenido cuatro años en el penal militar de Magdalena. “Durante su detención, el encierro y la tortura a la que lo sometieron sometido provocaron un deterioro de su estado de salud, ello motivó que fuese liberado en abril de 1980 para volver a su Concarán natal, aunque con una total restricción, no pudiendo abandonar su domicilio, y con dos policías permanentemente en la vivienda familiar. (...) Falleció el 30 de junio de 1980, como consecuencia de complicaciones de su estado de salud derivados de su prisión en Magdalena” (Costamagna, 2021).

no adhirieron al SNIS. En particular, mientras trabajaba allí me obsesionaba el camino de la integración, y eso la ley no lo dejaba fácil. Tenía claro, sin embargo, que para que eso sucediera primero debía andar bien el sistema público. Veía que el SNIS había sido diseñado desde una intención muy abstracta: no tenía en cuenta el desarrollo del sistema argentino. Ya había obras sociales y mutuales de larga trayectoria. Fue un proyecto muy bueno, pero ya en los años 70 su viabilidad era difícil. Era un momento muy diferente del país al actual. Además, las provincias donde empezó tenían poca población y tenían un desarrollo menor del sistema de salud, y el sector público era hegemónico por falta de desarrollo de las obras sociales”.

Según González García (2022), “la forma en que se debatió largamente el proyecto provocó que se hicieran cambios que hicieron más difícil que pudieran ingresar al sistema los sectores para los cuales estaba orientado, principalmente para las obras sociales. Algunos representantes sindicales me decían en esa época que el SNIS era ‘un salto al vacío’: había que desarmar un subsistema que ya funcionaba para armar algo nuevo que no se sabía cómo iba a funcionar. En todo caso, primero había que fortalecer el sector público, para luego incorporar progresivamente a las obras sociales. Pero incluso era dificultoso para el sector público: la documentación que había que juntar era tortuosa, legajo por legajo había que pasar a todo el personal al Estado nacional, con todos sus antecedentes. Tal vez en esto último influyó que el proyecto fuera armado por expertos y expertas sin experiencia de trabajo en el Estado, porque se venía de 18 años de proscripción del peronismo. Sin embargo, hay una tendencia a explicar un supuesto ‘fracaso’ del SNIS por presuntos defectos intrínsecos del proyecto, cuando lo cierto es que tuvo que enfrentar problemas no menores: la muerte de Perón, la inestabilidad económica, el contexto de violencia política, y finalmente fue abortado por la dictadura más sangrienta de nuestra historia. Tal era la jerarquía que había adquirido el SNIS que la dictadura tardó más de un año y medio en desmembrarlo. Llama la atención que tantos comentaristas e historiadores omitan estas minucias. Su aplicación había sido progresiva en cuatro provincias cuando fue interrumpida por el golpe de Estado de marzo de 1976. Afirmar que solamente se implementó en cuatro provincias es decir una verdad demasiado incompleta. Incluso las versiones acerca de que muchos de los defectos del SNIS provenían de la oposición de los sindicatos ignoran que la propia CGT había designado a dos supervisores de su implementación que participaban en reuniones de las autoridades sanitarias provinciales. Recuerdo que el golpe de marzo de 1976 ocurrió cuando representantes de la CGT estaban reunidos en Tucumán con representantes de varias provincias que querían incorporarse al SNIS”.

Por fin, a principios de agosto de 1975, con la presencia de algunos gobernadores y de Liotta, se inauguró en SNIS en San Luis. “En ese momento, jugamos muy fuerte a que se tratara de un cambio profundo. ¿Dónde estuvo ese cambio? La internación era mejor, porque había más dedicación, tiempo y personal, pero donde se sintió más fuerte aún fue en la atención primaria. Ahí cambió por completo. Además, hicimos visitas domiciliarias desde el hospital con horario prolongado de atención primaria. A mi oficina la convertimos en un centro de salud. Ahí el SNIS fue una estampida. Se empezaron a dar muchísimas prestaciones. Además, estaba tan bien estructurado que a los militares les tomó más de un año desarmarlo. No pudieron hacerlo de un día para otro” (González García, 2022).

Tensiones

El proyecto original de Liotta establecía la integración obligatoria de todos los efectores. Esto, como ya se dijo, provocó oposiciones. Luego la ley estableció la adhesión voluntaria de las Obras Sociales, que no llegó a concretarse. El artículo 36 establecía que las obras sociales podrían “incorporarse, a solicitud de las mismas, total o en forma parcial al Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante convenios especiales. (...) Las obras sociales no adheridas al sistema deberán, en todos los casos, dentro del área programática, coordinar su planificación y acciones de salud con el Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de sus organismos competentes”. El artículo 37 establecía que “en caso de emergencia sanitaria nacional, provincial o regional declarada por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, los establecimientos y servicios asistenciales de las obras sociales están, mientras dure la emergencia, afectados y subordinados a la administración federal del Sistema Nacional Integrado de Salud y deberán dar cumplimiento a las directivas que al efecto les imparta la autoridad sanitaria nacional”.

González García (2022) “veía que el diseño del SNIS no tenía en cuenta las características del sistema de Salud argentino,⁴¹ por la amplitud de obras sociales y mutuales. No estábamos en un país donde el sistema de salud aún no estuviera desarrollado, o que venía de una guerra mundial, como había sido el caso del sistema inglés. El grupo de gente que trabajó en la elaboración del proyecto no era amplio. La identidad política de Aldo Neri –que había sido mi profesor en la Escuela de Salud Pública– era conocida por todos. A María Teresa Beas no le conocía militancia política, y Jorge Mera⁴² fue después Superintendente de Salud con Alfonsín. No tenía una *pata peronista*, y aun sin proponérselo el proyecto era confuso, sobre todo en cómo integrar las obras sociales, lo que después fue el proyecto del seguro público”.

Para varios analistas, el SNIS iniciaba el camino hacia un modelo universalista que profundizaba la descentralización y que además de los aspectos biológicos tomaba en cuenta los psicosociales y el medioambiente. No hubo tiempo de saber si finalmente sería así. La política sanitaria implementada por la dictadura profundizó la descentralización, debilitó el rol orientador y fiscalizador del Estado y desarrolló con fuerza el sector privado. Según Ierace (2008), “la intensidad y la conflictividad de los hechos vividos durante el período transcurrido entre 1973 y 1976, a la vez que condicionó y dificultó tanto la sanción como la posterior implementación de ambas

⁴¹ Federico Tobar (2012) coincide: “El SNIS no prosperó por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y del sector privado prestador. Esta expansión segmentada y contrapuesta de los servicios de salud, que como vemos es diferente al modelo igualitario y universal del Estado de Bienestar Europeo, condujo a que en la literatura especializada se eluda la referencia a un Estado de Bienestar en Argentina”.

⁴² Años más tarde, Jorge Mera (1996: 22) destacó: “En pocos casos se pensó orgánicamente en delimitar las funciones que cada subsector puede o debe cumplir mejor. Y cuando, como en la experiencia del SNIS en 1974, la intención de homogeneizar el sistema se hizo explícita, la inadecuada instrumentación de la ley echó por tierra un propósito en sí mismo encomiable, aunque su desarrollo organizativo y su conducción política merezcan objeciones. Nuestro país, si bien ha contado con excelentes sanitaristas, careció de una escuela de pensamiento sanitario de relevancia. Los intentos en la materia han tropezado con la indiferencia, cuando no la hostilidad, de las autoridades. Tampoco las burocracias del Estado o de las obras sociales han tenido hasta ahora tiempo de asentarse y llegar a etapas de producción intelectual sostenida. El péndulo del poder las barrió una y otra vez, enviando sus mejores valores al extranjero, a la profesión individual o al ámbito de las empresas de salud”.

leyes, ha eclipsado la memoria de este proceso que, aunque limitado en su concreción, introduce aspectos conceptuales novedosos respecto de la organización sanitaria del país, planteando la creación de un sistema nacional con fuerte papel del Estado y con cobertura universal, que integra progresivamente a los otros subsectores en un importante esfuerzo por superar las deficiencias que el sistema sanitario presentaba en la primera mitad de la década de 1970”.

Para José Antonio Gomiz Gomiz y Mirian Maldonado (2012), lo que atentó contra el SNIS fue el federalismo argentino, que “parece constituir un obstáculo para articular un sistema nacional, sin que el ordenamiento nacional de acciones opere en contra del necesario fortalecimiento de la capacidad de administración descentralizada de los recursos y programas de salud por parte de los gobiernos provinciales. Las experiencias que procuraron concentrar la conducción del Sistema Nacional no tuvieron resultados satisfactorios. En la década del 70, el sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), (...) a pesar de que preveía un sistema de conducción a través de un Consejo Federal colegiado, no logró un equilibrio entre la Nación y las provincias”.

Según Guillermo Alonso y Megan Cook (2017: 24), “aun cuando el nuevo sistema era concebido con una fuerte centralización de la toma de decisiones en el Ministerio de Bienestar Social [nacional] y en los procesos de control de gestión, el avance sobre el manejo autónomo de las obras sociales tenía límites: los recursos financieros de las entidades quedaban fuera de la jurisdicción del SNIS. Sin embargo, las obras sociales estaban obligadas a subordinar sus planes prestacionales a los programas diseñados por el Sistema Integrado de Salud. Indirectamente, entonces, el Estado orientaba el uso de los recursos”.

Según Leonel Tesler (2018: 50), también la ley de Carrera Sanitaria Nacional provocó tensiones: “La lucha gremial dispersa, fruto de la construcción desigual de las profesiones, llevó muchas veces a la puja entre trabajadorxs por cierta posición de privilegio o por impedir el ingreso al campo sanitario de una nueva actividad. La única instancia que permitió aglutinar las reivindicaciones laborales, los proyectos sectoriales y el impulso académico fue la asunción de la política como herramienta para transformar la realidad. Es el caso de la Ley Nacional de Carrera Sanitaria, que se promulgó en 1974 junto a la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. En ella se establecía que ‘el trabajador de salud, cualquiera sea el nivel o el sector en que desempeñe su función, es el efector natural de la política sanitaria. (...) En todos los casos, los trabajadores gozarán de estabilidad laboral inviolable, remuneración adecuada a las prestaciones que realicen con incentivos económicos, científicos y de capacitación, régimen de previsión social y jubilatorio acorde con la trascendencia de sus labores’. No restringía la carrera a un listado de profesiones (como sucedía en varias provincias), aunque diferenciaba entre profesionales y técnicos según el nivel de formación. Eso habría permitido que todas las personas con un título equivalente cobrasen un salario similar y pudiesen acceder a puestos de la misma jerarquía. Tan peligrosa fue esta ley que en 1978 la derogaron sin reemplazarla por ninguna otra”.

En una entrevista de 2020, el propio Domingo Liotta afirmó: “Era un sistema para favorecer a la gente pobre y al trabajador, no para el que tiene un prepago. No son menos del 65% de la población argentina. Fue derogado en forma abrupta por el gobierno militar que masacraba a la juventud y derogaba cosas importantes. Nunca más se pudo reponer, ni con Alfonsín, ni Menem, ni Kirchner. Las leyes eran para regular automáticamente todo el sistema sanitario argentino, incluso médicos y

enfermeras. Nosotros lo llevamos a Neuquén, como provincia prototipo, y sigue funcionando muy bien allí, según el gobernador” (Batellini, 2020). Antes había relativizado la vigencia del SNIS: “Es posible que el SNIS tuviera alguna vigencia en el momento que fue pensado. Después de estos años sus elementos de discusión no pueden ser enteramente válidos, y un sistema con estas características debe seguir la evolución económica y socio-cultural del país donde se desea ejercer su acción” (Liotta, 1980).

Una herencia posible

“¿Qué podríamos rescatar del SNIS? Es una buena pregunta”, afirma Juliá (2022). “Para mí el gran problema es la segmentación y el gran poder de las obras sociales sindicales. Con el sector privado se pueden hacer acuerdos y algún tipo de coordinación, pero con los sindicatos es muy difícil. Creo que la coordinación asistencial del SNIS hoy es impensable, pero quizás se podrían hacer acuerdos intersectoriales sobre determinadas normas y controles financieros. Además, hay que dar un impulso muy grande a la atención primaria de la salud, tanto en el sector público como en el privado. Hay que hacerle entender a la gente del sector privado que es más económico dar una buena atención primaria”.

González García (2022) sostiene “que hay que ir hacia un sistema integrado, pero no desde la centralización de los fondos, sino desde las prestaciones y los servicios: que todos tengan derecho a una estructura de servicios, que la atención primaria no sea sólo un discurso y se incorpore en el sistema privado y las obras sociales. Para eso habría que construir consensos y trabajar con las provincias para recuperar confianza. También hay que integrar elementos parcialmente, sin pretender esperar a un lograr un único momento de gran cambio. Tiene que ser una integración por funciones. Además, se debe tener en cuenta que el Estado nacional no es hegemónico a nivel financiación, y tampoco es el máximo prestador. Por último, culturalmente hay que recuperar el prestigio de lo público”.

La revisión de la historia del SNIS podría generar desaliento en futuras iniciativas de formulación de proyectos de reforma del sistema de salud en la Argentina.⁴³ Sin embargo, más allá de que anticiparse a los problemas es una buena manera de superarlos, la revisión de las reformas fracasadas también sirve para verificar la validez de aquellos ideales que las infundieron y que todavía inspiran las propuestas políticas actuales. Sin dudas, lo que sí demuestra la experiencia es que no siempre son exitosas las reformas que se hacen desde los escritorios contra los sectores que apoyan al gobierno que las impulsa, y menos las que se fundan en prejuicios.

La propuesta de integración del sistema de salud argentino está vigente en la agenda del actual gobierno. A eso se suma una recuperación en los últimos años del rol de rectoría del Ministerio de Salud nacional. Algunos avances se han hecho visibles, sobre todo a partir de la política de salud ante la pandemia, que demostró que es posible –y favorece a todo el mundo– brindar servicios de salud de similar calidad en todo el país. Es nuestra esperanza que en los próximos meses puedan debatirse y aprobarse nuevos progresos respecto a la integración del sistema de salud argentino,

⁴³ Por ejemplo, Carolina Traccia (2021) sostiene que “la historia muestra que en todo intento de avanzar sobre proyectos que priorizan un sistema integrado y un Estado articulador, regulador de criterios hacia el interior en cuanto a la gestión de los recursos y de los insumos, lo que existió fue tanto una alianza defensiva como ofensiva del sector privado y las obras sociales”.

que involucren a las provincias, a los municipios y a las obras sociales en mejoras sustantivas en calidad, equidad y acceso.

Referencias bibliográficas

- Abrutzky R, C Bramuglia y C Godio (2019): “Institucionalización de la salud como bien social en Argentina”. *Sudamérica*, 10.
- Acuña C y M Chudnosky (2002): *El sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, Universidad de San Andrés.
- Alonso GV y M Cook (2017): “Del bismarckismo al universalismo en los sistemas de salud. Experiencias exitosas y frustradas. Los casos de España, Brasil y Argentina”. *9° Congreso Latinoamericano de Ciencia Política*, Asociación Latinoamericana de Ciencia Política, Montevideo, 26 al 28 de julio.
- Alonso GV (1993): *Las políticas de reforma del sistema de obras sociales hacia el nuevo orden del mercado y su modelo de gestión estatal*. Buenos Aires, UBA.
- Barragán HL y JL Rossotti (2007): “Los proyectos de seguros y servicios”. En *Fundamentos de salud pública*, La Plata, UNLP.
- Batellini R (2020): “Domingo Liotta, el mentor del Sistema Nacional Integrado de Salud derogado por el Gobierno militar”. *Noticias*, 21-12-2020.
- Belmarino S y C Bloch (1982), “Políticas estatales y seguridad social en Argentina”. *Cuadernos Médico Sociales*, 22.
- Cafiero A (2007): *Razones para ser peronista*. Buenos Aires, Sudamericana-COPPPAL.
- Cámpora H (1973): *Mensaje del presidente de la Nación Argentina Dr. Héctor José Cámpora al inaugurar el 98° periodo ordinario de sesiones del Honorable Congreso Nacional*. Buenos Aires, Imprenta del Congreso de la Nación.
- Confederación Médica de la República Argentina (1973): “La salud y las plataformas electorales”. *Boletín COMRA*, 4/73.
- Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista (1973): *Bases para un programa peronista de acción de gobierno: Salud*. Buenos Aires.
- Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista (1973b): *Bases para un programa peronista de acción de gobierno: Política Sanitaria Popular*. Buenos Aires.
- Costamagna JM (2021): “Elías Adre: el gobernador olvidado”. *El Corredor*, 30-6-2021.
- Denaday JP (2018): *No todo fue violencia: un think tank en el retorno de Perón: el caso del Consejo de Planificación del Movimiento Nacional Justicialista (1970-1973)*. Buenos Aires, Tesis de Maestría, UTDT.
- Gomiz Gomiz A y M Maldonado (2012): “¿Con vocación universalista? La construcción de un sistema de salud en Río Negro”. *VI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política*, Quito, ALACIP-FLACSO.
- González García, Ginés, entrevista personal, 27 de enero de 2022.
- Gorochategui J (2020): *Las ideas importan. La salud pública de la provincia de Santa Fe desde los años treinta hasta las reformas neoliberales*. Rosario, UNR.
- Granata M (1954): *Pueblo y Peronismo*. Buenos Aires, Secretaría de Prensa y Difusión.
- Ierace V (2008): *El sistema nacional integrado de salud, hacia una revalorización*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica, www.siicsalud.com.
- Juliá, Carlos María, entrevista personal realizada por Flor Codagnone, 8 de febrero de 2022.

- Katz J y A Muñoz (1988): *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires, CEAL.
- Lavallén Ranea F (2020): “El despertar de los vencidos: el peronismo y la construcción de la memoria”. *Movimiento*, 25.
- Liotta D (1973): *Discurso de Domingo Liotta sobre la Ley de Carrera Sanitaria Nacional*. <http://isco.unla.edu.ar>.
- Liotta D (1980): “Seminario sobre políticas de salud. La experiencia argentina”. *Revista Medicina y Sociedad*, 4 (1 y 2), enero-abril.
- Maceira D, C Cejas y S Olaviaga (2010): *Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino*. Buenos Aires, CIPPEC.
- Mera J (1996): *Temas de política de Salud*. Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella.
- Ministerio de Bienestar Social (1973): *Bases para un Plan Nacional de Salud Materno-Infantil*. Buenos Aires.
- Ministerio de Bienestar Social (1973b): *Bases para un proyecto de reforma sanitaria nacional*. Buenos Aires.
- Ministerio de Bienestar Social (1973c): *Criterios de organización del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud (2012): *El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en la Argentina*.
- Mulhall MG (2003): *San Luis, hombres y mujeres constructores de su historia*. <http://biblioteca.sanluis.gov.ar>.
- Neri A (1982): *Salud y política social*. Buenos Aires, Hachette.
- Poder Ejecutivo Nacional (1973): *Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional*. Buenos Aires.
- Rayez FR (2020): *Más allá del consultorio. Redes internacionales, instituciones y actores en torno a la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires entre 1958-1976*. Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Universidad de San Andrés.
- Segovia JF (2019): *La Constitución de Perón de 1949: el reformismo entre la legalidad constitucional y la legitimidad política*. Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo.
- Storino R (2018): *Historia de la agremiación médica platense*. Buenos Aires, Dunken.
- Tesler L (2018): “Conformación de una fuerza no tan fuerte”. *Soberanía Sanitaria*, 5.
- Testa M (1973): “Salud, universidad y país”. *Gobierno Peronista*, 1, Buenos Aires, Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Peronista.
- Testa M (2013): *Entrevista de ATESOCIOSANITARIO con el Dr. Mario Testa*. <https://idepsalud.org/entrevista-ates-con-dr-mario-testa>.
- Tobar F (2012): “Breve historia del sistema argentino de salud” En *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*, Buenos Aires, La Ley.
- Traccia C (2021): *Una grieta llamada fragmentación. Debate por un Sistema de Salud integrado*. <https://ocipex.com>.
- Veronelli JC y M Veronelli Correch (2004): *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Buenos Aires, OPS.