

Índice

Presentación.....	165
--------------------------	------------

Dossier

**El Estado planificador en el desarrollo argentino:
del centro a las regiones, de las ciudades al campo,
de la economía a la salud (1932-1994)**
coordinado por Aníbal Jáuregui y Hernán González Bollo

Introducción: El Estado planificador en el desarrollo argentino: del centro a las regiones, de las ciudades al campo, de la economía a la salud (1932-1994)	
Aníbal Jáuregui y Hernán González Bollo	167
Un Estado omnipresente en el Oeste argentino: las Direcciones de Arquitectura e Industrias (Ministerio de Industrias y Obras Públicas, Mendoza, 1932-1943)	
Cecilia Raffa y Florencia Rodríguez Vázquez	171
Planificación y desarrollo exógeno. Un modelo de desarrollo inconcluso en el Noroeste Argentino. El Proyecto Río Dulce en la provincia de Santiago del Estero (1964-1994)	
Dardo Ibáñez	207
El rol de la salud en el desarrollo nacional: el caso del Consejo Nacional de Desarrollo y sus indicadores estadísticos en la Argentina de las décadas de 1960 y 1970	
Juan Librandi.....	255

Artículos abiertos

Mudanças estruturais na indústria da carne bovina nos últimos 50 anos: uma análise comparativa entre Argentina e Brasil
Marlon Vinícius Brisola y Aníbal Jáuregui 289

Reseñas

Perren, J., Casullo, F. y Padín, N. (2020). Rompecabezas urbano. Producción de desigualdades en ciudades de la Norpatagonia. Viedma: Universidad Nacional de Río Negro.
María Emilia Soria 309

Notas críticas de eventos académicos

Nota crítica sobre la I Jornada de Investigadores en Formación del CEEED
Agostina López, Ernesto Curvale y Miguel Marconi 315

Directrices para autores/as..... 319

El rol de la salud en el desarrollo nacional: el caso del Consejo Nacional de Desarrollo y sus indicadores estadísticos en la Argentina de las décadas de 1960 y 1970

Juan Librandi¹

Universidad Nacional de la Matanza, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Resumen

En el presente artículo describimos la agenda de investigación e intervención desarrollada durante la década de 1960 y principios de 1970 en Argentina por el Sector Salud del Consejo Nacional de Desarrollo (SSC). Mostramos cómo una concepción economicista de la salud pública, construida a partir de indicadores estadísticos de carácter novedoso, resultó motor de un proyecto de intervención sobre el sistema de salud. Para ello, trabajamos con análisis de documentos del periodo. A partir de este caso, buscamos mostrar el proceso de economización de la estadística sanitaria nacional, así como contribuir a los estudios de casos de las agencias estatales, sus capacidades y proyectos técnicos políticos en general y sobre el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) en particular. Este funcionó entre 1961 y 1971 y fue creado con el objetivo de coordinar y diseñar una estrategia de desarrollo nacional a partir de un modelo de industrialización impulsado por el Estado. Mostramos cómo esta agenda de investigación intervino activamente en el debate sobre la relación entre desarrollo económico social y salud de la población. La combinación de esta forma de describir el sistema sanitario, el diagnóstico producido y la orientación planificadora del CONADE llevaron a que el SSC haya propuesto una agenda de reforma del sistema sanitario caracterizado por la ampliación de cobertura, la instalación de un seguro de salud y el control del gasto público.

Palabras Clave:

Métodos cuantitativos; salud y desarrollo económico; historia argentina.

Fecha de recepción del artículo: 03-05-2020

Fecha de aceptación del artículo: 06-07-2020

1 juan@librandi.com.ar

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8771-4898>

The role of health in national development: the case of the National Development Council and its sta- tistical indicators in Argentina in the 1960s and 1970s

Abstract

In this article we describe the research and intervention agenda developed during the 1960s and early 1970s in Argentina by the Health Sector of the National Development Council (SSC). We show how an economic conception of public health, built on the basis of novel statistical indicators, was the driving force behind an intervention project on the health system. For this, we work with analysis of documents of the period. From this case, we seek to show the process of economization of national health statistics, as well as to contribute to case studies of state agencies, their capacities and technical political projects in general and about the National Development Council (CONADE) in particular, which functioned between 1961 and 1971 and was created with the objective of coordinating and designing a national development strategy based on an industrialization model promoted by the State. We show how this research agenda actively intervened in the debate on the relationship between economic and social development and the health of the population. The combination of this way of describing the health system, the diagnosis produced and CONADE's planning guidance led the SSC to propose a health system reform agenda characterized by the expansion of coverage, the installation of health insurance and the control of public spending.

Keywords:

Quantitative methods; health and economic development; Argentine history

Introducción

El Sector Salud del Consejo Nacional de Desarrollo (SSC) trabajó para anudar un diagnóstico del sistema sanitario marcado por la desigualdad regional y la ineficiencia, con dos respuestas: la planificación a nivel nacional y la implementación de un seguro social integral. Para ello, se distanció de las estrategias tradicionales que se usaban para analizar el

sistema sanitario, y generó una nueva cadena estadística², esto significa que buscó una nueva forma de describir el sistema sanitario a partir de la utilización de un indicador cuantitativo novedoso: el uso de la cama hospitalaria. Este cambio de punto de vista implicó también un diagnóstico diferente al sostenido por otros órganos sanitarios, como la OPS basados en la escasez de recursos y la necesidad de expandir la inversión como argumentos principales (Cueto, 2006; Cueto y Palmer, 2015, Pires-Alves y Maio, 2015). En cambio, desde el SSC se pasó a sostener la necesidad de una racionalización del sistema, a partir de una modificación de sus normas y de la maximización de la utilización de sus recursos. Además, innovó al leer al campo de la salud desde una perspectiva centralmente económica, con un desarrollo integrado y condicionado al de los otros sectores. Para el SSC, el problema no se ubicó en cómo expandir las prestaciones, sino en cómo financiar, planificar y racionalizar los recursos puestos en el sector, a partir del control de su gasto y la racionalización de las estructuras ya existentes, y lograr así que la salud contribuyera al desarrollo. Frente a esto, diseñaron y apoyaron la implementación de un seguro social que cubriera numerosas contingencias sociales, transfiriera parte del gasto a los usuarios y racionalizara por medio de tres maneras distintas el gasto: por transferencia a los usuarios en copagos, por elección de mercado y por limitación del gasto en los beneficios del seguro. Finalmente, el seguro no logró implementarse y el propio lugar subordinado del sector salud al desarrollo impidió que este proyecto tomase la fuerza necesaria para aplicarse en el complejo escenario político de la Argentina de las décadas de 1960 y 1970 (Belmartino y Bloch, 1994).

Metodológicamente, centramos nuestro trabajo en análisis documental de material producido por el CONADE y en particular por el SSC, desde los cuales se buscó reconstruir su matriz cognitiva, la agenda de

² Por cadenas estadísticas entendemos a los procedimientos de complejidad técnica variable dotadas de diversos eslabones que permiten articular sentido estadístico en una cifra cuantitativa. La cadena se conformaba por el encadenamiento de múltiples eslabones: definiciones teóricas y operacionales, criterios de elaboración de nomenclaturas o clasificaciones, tipos de desagregación espacial, matrices de datos, formas de presentación, etc. Estas cadenas no han de ser entendidas como espacios cerrados a la acción, sino que, aún constreñidas a las reglas de enunciabilidad del conocimiento estadístico, permiten márgenes de acción y decisión donde influyen las características políticas, sociales y económicas del proceso estudiado (Otero, 2006). En relación a la trayectoria de las estadísticas sanitarias en Argentina, referimos los trabajos de C. Daniel (2012) y M.S. Di Liscia (2009).

intervención propuesta y las principales categorías teóricas desde las cuales orientaron su accionar. Además, se complementó este análisis con entrevistas semi estructuradas en profundidad realizadas entre 2014 y 2018 procesadas con análisis temático a seis ex funcionarios del SSC, donde indagamos sobre la agenda de trabajo de la agencia, la forma de reclutamiento de funcionarios, la organización interna del trabajo y la fijación de prioridades, el tipo de calificaciones profesionales valoradas y la interacción con otros actores de los campos sanitario y no sanitario.

El CONADE y su contexto

La trayectoria del CONADE y el impulso que brindó a la estadística sanitaria estuvo marcada fuertemente por la relación con tres grandes vectores: 1) discurso desarrollista, 2) las fuentes de financiamiento surgidas a partir de la Carta de Punta del Este (1961) y los organismos internacionales que las administraron y 3) la política interna del país.

En términos esquemáticos, entenderemos al desarrollismo argentino como un proyecto político que, con un discurso de fuerte matriz económica, promovió el impulso de industrias de base y energéticas a partir de la programación del gasto e inversión estatales de forma tal de producir las reacciones deseadas en los actores económicos no estatales. Este modelo, conocido como Industrialización Dirigida por el Estado (IDE) propuso la extensión de la acción del Estado hacia diversos espacios sociales que influyen en los resultados económicos. La propuesta implicaba un “desarrollo hacia adentro”, privilegiando el desarrollo de industrias locales antes que la articulación parcial en procesos productivos internacionales basados en las ventajas comparativas de los productos agropecuarios. Este proyecto suponía que este desarrollo industrial llevara hacia una mejora en las condiciones de vida, ya sea por los efectos del propio mercado o bien por la intervención del Estado en la mejora de las condiciones de vida de la población (Jáuregui, 2013).

En términos operativos, este proyecto suponía la ampliación y desarrollo de las capacidades del Estado, particularmente sus burocracias, para poder planificar las inversiones y el gasto. Esto permitiría salir de la dinámica cíclica de la economía argentina a partir de evitar crisis en la balanza de pagos y maximizando los componentes exportables a partir de la integración de operaciones productivas sobre materias primas locales (Jáuregui, 2014). Esta forma de planificación suponía un gran caudal de datos manejados por el Estado, no sólo de los procesos económicos sino de la sociedad en su conjunto, como mecanismo para administrar las controversias sociales surgidas de la emergencia de nuevas riquezas o

de la conflictividad de los procesos productivos. Los planes por su parte, se elaborarían científicamente como forma de reducir las influencias (o desviaciones) sectoriales o corporativas y, maximizar los beneficios sistémicos, por sobre los de sectores particulares. Esta apuesta a contener la conflictividad social y su puja de interés por la asignación científica de prioridades resultó en una marca clave de su narrativa. De esta manera, el desarrollo a través de la planificación, como era entendida por CONADE implicaba un cambio tanto económico como cultural y ético vinculado a la resolución de conflictos al interior del Estado y el desarrollo de instancias democráticas. Esta perspectiva llevó al desarrollo de nuevas instituciones formadoras de estadísticas y a un proceso generalizado de crecimiento de la generación de información cuantitativa dentro del Estado (González Bollo, 2014). Además produjo, en vistas de la internacionalización general de la perspectiva desarrollista y su vínculo con el financiamiento de capitales externos por medio de préstamos, una homogenización creciente de las cadenas estadísticas utilizadas para la asignación y monitoreo de los mismos.

La planificación no era una temática novedosa en Argentina. Si bien es un tema que todavía no ha sido estudiado desde un punto de vista diacrónico y comparativo, las formas de planificación modernas empezaron con el plan Pinedo en la década de 1930 y se consolidaron durante el peronismo con experiencias como el Consejo Nacional de Posguerra o planes quinquenales (1947-1952 y 1952-1955) (de la Vega, 2017). Este marco planificador no fue propio de Argentina, sino que contó con antecedentes en distintas partes de la región como los planes sexenales mexicanos (1934-1940, 1941-1946) y los brasileros (1937-1945) (González Bollo, 2014). Sin embargo, la planificación normativa que tuvo lugar durante la década de 1960 tenía cuatro características que la diferenciaba de la etapa peronista anterior: la búsqueda y apertura a capitales y financiamiento externo; la centralización en un único organismo que buscaba dictar (entre predecir y producir) las relaciones sociales y sus consecuencias; la elaboración de planes de desarrollo con metas cuantificables (objetivos, instrumentos, proyecciones, plazos y ciertos resultados cuantificables) y finalmente, la participación de organismos internacionales que aportaron experticias específicas para la organización de este sistema de planificación.

A pesar de este diagnóstico, la puesta en funcionamiento de los planes nacionales de desarrollo no fue tan lineal y el proyecto tuvo una conflictiva implementación, atravesando distintas etapas donde se priorizaron más o menos las metas de largo plazo en función de las coyunturas económicas o sociales y las diversas orientaciones de los sucesivos gobiernos (Jáuregui, 2014).

El segundo vector corresponde a la influencia de los organismos internacionales. En agosto de 1961, durante en una reunión en Punta del Este (Uruguay) se lanzó la Alianza para el Progreso (APEP). Esta estrategia buscó orientar y financiar reformas “preventivas” que evitaran el avance de las revoluciones nacionales y socialistas en América Latina, ante la amenaza del proceso revolucionario cubano. El programa contempló reformas en la infraestructura de los países, en las formas productivas, en las burocracias estatales y ampliación de los derechos sociales y un conjunto de préstamos a bajas tasas de interés para financiar estas reformas.

Para la estructuración de este discurso fue central un organismo dependiente de las Naciones Unidas, en el cual tuvo una participación destacada el economista argentino R. Prébisch: la CEPAL, y en particular el ILPES. Esta organización cumplió varios roles: la formación de profesionales, brindó asesorías, consolidó herramientas metodológicas y fundamentalmente desarrolló una línea de conceptos que estructuraron un diagnóstico común sobre el estado de las economías de América Latina y su abordaje para desarrollar las economías. Para esto, era necesario cuestionar y superar el modelo agroexportador desde la planificación estatal de la tecnificación del agro y el aprovechamiento de esa renta sumadas a las inversiones y prestamos extranjeros para sustituir las importaciones por producciones locales. La visión positiva sobre el carácter de los capitales e inversiones extranjeras es una marca diferencial sobre el periodo anterior y llevó a acrecentar el poder de los organismos internaciones en la política interna nacional a medida que se incrementaba el endeudamiento y la participación de funcionarios formados en su forma de entender el desarrollo (Mínguez, 2011).

El tercer vector corresponde al panorama socio político general en el que se creó CONADE. Hacia el final del periodo analizado, el politólogo G. O'Donnell (1972) sintetizó de una forma que encontramos representativa del núcleo compartido de diagnósticos sobre la situación local correspondiente al periodo analizado. Describe a la economía en particular, y a la sociedad en general como dependiente de los centros de poder, organizada en una estructura productiva y una configuración espacial desequilibrada política y económicamente hacia la zona de Buenos Aires. Esta parte del país poseía un importante grado de industrialización, grandes concentraciones urbanas, un alto grado de diferenciación social y de actividad política. También una articulación de la conflictividad social en torno al trabajo.

Esto decantó en una situación donde la combinación de inflación, condiciones de suma cero en la economía interna y restricciones del juego político llevaron a que una aceleración de la puja por mantener los ingre-

sos. A medida que este escenario intensificó su dinámica contribuyó a una fuerte politización y concentración de las demandas socioeconómicas. El autor señala que hubo dos grandes perdedores de este proceso: por un lado, los diversos sectores y regiones, carentes del poderío organizacional requerido para presionar efectivamente a los gobiernos que fueron quedando cada vez más marginados en la asignación de recursos; el otro gran perdedor fue el gobierno nacional, cuyos recursos disminuyeron marcadamente durante el periodo (O'Donnell, 1972).

Genesis y estructura del Consejo Nacional de Desarrollo

En el presente apartado daremos cuenta del contexto de emergencia del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), sus distintas etapas, el papel que cumplió en los distintos proyectos políticos, y en particular detallaremos la forma en que buscó intervenir el campo sanitario.

Fundado en 1961 el Consejo tuvo como función principal la generación y articulación de planes de desarrollo de alcance nacional, la orientación de inversiones extranjeras y la redacción de planes sectoriales. A partir de estas funciones se convirtió en la institución icónica del desarrollismo argentino.

En términos del SSC, contribuyó a la modernización de las estadísticas públicas y en particular a las sanitarias desde el desarrollo de una extensiva secuencia de estudios que brindaron un novedoso panorama de la estructura prestacional. Estas estadísticas, a diferencia de las producidas por el sector salud, se encontraban orientadas por la dimensión económica del espacio sanitario.

A partir de esta información, el SSC propuso una solución distinta para el problema de cuál era el rol de la salud en el desarrollo: el gasto en salud no debía ser considerado factor de desarrollo, sino una consecuencia del mismo. Desde esta concepción, el SSC proponía cambiar el enfoque desde el que se abordaba la salud pública y que ya no se tratara de incrementar el gasto sanitario, sino de evitar que crezca racionalizando la utilización de recursos tanto físicos como humanos. El ahorro surgido de la optimización de recursos y de la contención del gasto expansivo permitiría desarrollar más rápidamente otros sectores de la economía que sí se entendían como conducentes al desarrollo. Para esto, el Sector Salud de CONADE (SSC) propuso describir el espacio sanitario a partir de una nueva cadena estadística: la utilización de camas hospitalarias. Y a partir de este indicador se desplegó un proyecto de reforma centrado en la extensión de un seguro social y la contención del gasto en salud.

El CONADE funcionó hasta 1973 cuando fue disuelto. La Secretaría de Programación y Coordinación Económica tomó sus funciones y parte de su personal. Durante sus 12 años de existencia cumplió distintas funciones y cambió sustancialmente su morfología en función de los distintos proyectos políticos, sin embargo, mantuvo una orientación constante: la búsqueda del desarrollo económico a partir de la planificación.

El CONADE fue creado durante la presidencia del radical A. Frondizi (1958-1962). Al principio actuó en tándem con la Comisión Nacional de Administración del Fondo de Apoyo al Desarrollo Económico (CAFAD-DE). Establecida en 1958, esta comisión fue la encargada de administrar el dinero resultante de los acuerdos bilaterales argentino estadounidenses obtenidos en 1955 del crédito del Export Import Bank de Washington, y terminó siendo absorbida por el CONADE en 1962 (Jáuregui, 2013; Aguirre, 2007a, Grondona, 2014).

A pesar de su corta extensión temporal, el CONADE ocupó lugares importantes, tanto en el imaginario de la época como en el organigrama del Estado. Si bien el alcance de sus acciones no estuvo a la altura de sus competencias teóricas, reclamó para sí dos espacios políticos significativos: el de promover y ubicar inversiones extranjeras para orientar el desarrollo del país por medio de la economía; y por el otro, el de cuantificar y nombrar los problemas que llevaron al atraso relativo de la nación. Durante un breve periodo, se sumó a esto el de servir como espacio de resolución de los problemas sociales surgidos del proceso de desarrollo, como, por ejemplo, el aumento en la demanda de atención sanitaria o mejoras en las condiciones de trabajo o remuneración. De esta forma, se posicionaba tanto como diagnosticador, planificador y ejecutor de la acción del Estado.

Esta importancia se puede corroborar en otros hechos, como por ejemplo la dimensión espacial que se le concedió, puesto que ocupó el edificio donde durante el gobierno de J. D. Perón (1952-1955) funcionó el Instituto Argentino de Promoción del Intercambio (IAPI). Este último era un lugar destacado en el imaginario respecto de la gestión del peronismo y su orientación económica, por tanto, este espacio implicaba una equivalencia entre los espacios simbólicos que cada institución ocupaba en los diferentes proyectos políticos.

Volviendo al CONADE, Aguirre (2007b) propuso tres etapas para entender los cambios internos en la entidad, dados por su morfología, la normativa y su producción medida en publicaciones. En función de esta estructura primaria, y a partir de una lectura centrada en la relación con los proyectos políticos y las modificaciones que atravesó el CONADE según

la manera en que los distintos proyectos buscaron utilizarlo, proponemos una estructura modificada de esta periodización:

1) Creación y puesta en funcionamiento (1961–1963). Etapa comprendida la creación del organismo en agosto de 1961 y octubre de 1963, momento en el que Illia accedió a la presidencia. Fue la instancia de organización del Consejo, puesta en funcionamiento y reclutamiento de la mayor parte de sus cuadros técnicos.

2) Planeamiento democrático (1964–1966). Marcado por el gobierno de Illia, este periodo presentó un CONADE como espacio físico y simbólico de la planificación democrática. Además, presentó el primer plan de desarrollo. Su finalización corresponde a la promulgación de la Ley 19.964, cuando se crea el Sistema Nacional de Planeamiento y Acción para el Desarrollo, y CONADE vuelve a cambiar de rol.

3) Planeamiento normativo y ocaso (1966–1973). En esta etapa vemos un intento de reformulación del rol del organismo, seguido de una pérdida sostenida de importancia que, sumados a un general de las políticas públicas, se orientó hacia un proyecto menos participativo. Finalmente, terminó con la desaparición de CONADE en 1973.

Creación y puesta en funcionamiento (1961 – 1963)

El organismo fue creado en agosto de 1961 mediante el decreto N.º 7290/61. Desde su diseño el Consejo siguió el modelo francés que implicaba la división del espacio social y productivo en sectores y la cuadrícula de los mismos a partir de oficinas de planificación vertical y horizontal. La vertical correspondería a los distintos sectores (transporte, vivienda, salud, etc.), mientras que la horizontal a mano de obra, financiamiento, tributación y comercio exterior. La adopción de este modelo implicó una jerarquización administrativa significativa, puesto que el Consejo pasó a depender de la presidencia. En su diseño se esperaba que fuera un ámbito de integración de los diversos actores sociales y las problemáticas surgidas del desarrollo (Jáuregui, 2014).

Durante esta primera etapa, el CONADE se consolidó y formó sus cuerpos de profesionales. Su producción estuvo dedicada al relevamiento y procesamiento de información de las diversas áreas. Sin embargo sus atribuciones eran difusas y no produjo actividades concretas de planificación. En 1964 modificó su organización en grupos de trabajo sectoriales (Por rama de industria -metalurgia, ganadería, etc.- o atribución del estado- salud, vivienda, desarrollo social, etc.-). Este cambio se pensó como forma de facilitar la redacción del plan de desarrollo 1965-1969 (Aguirre, 2007a)

La misión original planeada por el gobierno de Frondizi, fue la de canalizar y dirigir eficazmente el dinero proveniente del ayuda internacional vinculado a la Carta de Punta del Este (1961). Esto suponía una institución dinámica que en el corto plazo se encargaría de conseguir y orientar la financiación externa para inversiones tanto para obras públicas como en industria.

Además de esta función de planificación económica Frondizi esperaba que el CONADE se volviera un espacio de encuentro y discusión entre empresarios y trabajadores desde donde se pudieran canalizar, administrar y resolver a partir de la intervención científica y la coordinación política las tensiones sociales surgidas en el proceso de desarrollo. Esta fue una innovación remarkable: se buscó consolidar una organización capaz de planificar el desarrollo y abordar la conflictividad social surgida de ella simultáneamente a partir de la constitución de un único espacio institucional, pero también simbólico destinado a la planificación nacional.

Durante el breve gobierno de José M. Guido (1962-1963), y en medio de una crisis política, económica e institucional, el gobierno decidió apostar al discurso de la planificación y amplió su personal y recursos. Esta reorganización estuvo directamente vinculada con una recuperación de la influencia de Prébisch en la Argentina, cuyo prestigio continental era creciente (Jáuregui, 2014).

Desarrollo del planeamiento democrático (1964 – 1966)

El periodo de Arturo Illia (1963-1966) estuvo signado por el reenfoco en las políticas de largo plazo. Esto llevó a la extensión administrativa del CONADE que ganó en personal, autonomía administrativa y presencia en la gestión pública. De acuerdo a Jáuregui (2013) esto fue una estrategia para compensar su escasa base electoral y su debilidad política.

A diferencia de otras agencias estatales marcada por la discontinuidad de los proyectos institucionales y sus profesionales, el Consejo logró mantener y ampliar su staff de profesionales. Además, agregó nuevas áreas vinculadas a políticas de corto plazo: 1) Programación del Desarrollo Nacional; 2) Estadística, Metodología y Cálculo; 3) Inversión Pública y 4) Proyectos Especiales.

Para este momento, el CONADE contaba con 500 empleados, la mitad de los cuales eran técnicos profesionales (Aguirre, 2007b). Este perfil altamente calificado marcó una diferencia en la identidad de los funcionarios del organismo que se vería reflejada en la percepción externa, puesto que se entendía que poseían experticias y saberes que no estaban disponibles en la burocracia administrativa tradicional y un fuerte espíritu

de cuerpo centrado en la importancia de la tarea y la cientificidad del enfoque. En el caso del SSC, hemos relevado la presencia de un grupo relativamente pequeño de una docena de profesionales entre médicos formados en Salud Pública, matemáticos y sociólogos.

Este periodo marca el fin de la planificación democrática, puesto que las tensiones entre este proyecto y el reconocimiento de la legitimidad de los representantes corporativos llevó a que no se implementaran estas instancias colaborativas (Tearoti, 2011). Con esto terminó el intento de CONADE de ser una institución que absorbiera la conflictividad social y se volcaría más bien a su análisis y la intervención en sus condicionantes. Esto marcó un punto de inflexión en la identidad del organismo, a decir de una entrevistada:

“Empecé a trabajar en 1964 en el CONADE de la época de Illia ... allí realmente aprendí a trabajar. Era un organismo muy plural y justo (...). En el año 1966, con el golpe de Onganía, CONADE se acaba. Yo lloré ese día, el día del golpe, porque con Onganía no solamente se terminó CONADE, se terminaron muchas cosas. Nunca más sentí que lo que yo hacía tuviera tanta importancia para las políticas públicas” (Matemática, ex funcionaria de CONADE)”

Redefinición y ocaso (1966–1973)

El golpe de estado y la asunción de Onganía en 1966 llevó a una reforma significativa del Estado. Este gobierno propondría canalizar la conflictividad social no en el organismo, sino en el Ministerio de Bienestar social (Osuna, 2012). Esto redujo el ámbito de incumbencia del CONADE a la elaboración de diagnósticos y planes, dando lugar a una transición entre un modelo de planificación democrático (que incorporaba los actores al proceso de planificación) a un modelo normativo, donde la función de los actores es determinada por los técnicos o los políticos.

El otro vector que afectó el contexto fue el cambio de la política de los EUA, que se desplazó de una centrada en el asistencialismo hacia una más vinculada a la intervención violenta en la sociedad para asegurar el mantenimiento del orden capitalista (Doctrina de Seguridad Nacional). Esto llevó a la creación del CONASE (Consejo Nacional de Seguridad) y la búsqueda de integración de estas dos dimensiones: desarrollo y seguridad nacional. Para ello se creó el Sistema Nacional de Planeamiento y Acción para el Desarrollo. Este buscó ampliar la participación del sector

privado en la formulación de planes y programas; y a los objetivos de desarrollo se le unían y equiparaban los de seguridad. Esto desplazó al CONADE de su rol central y lo puso en paridad con el otro consejo (Ley N° 16.964).

Es importante remarcar que la expansión de los profesionales del CONADE implicó su apertura a perfiles ideológicos diversos y si bien no hemos registrado despidos u otros abusos del estilo, si diversos testimonios sobre un control más estricto y la limitación de las posibilidades de los funcionarios en relación a su ideología. Un entrevistado, por ejemplo, refirió que por razones políticas le fue negado el acceso a capacitación: “no pude viajar al exterior para formarme. Me dijeron ‘presentás el pedido de beca y al día siguiente estás en la calle, quedate quietito donde estás en tu escritorio, no te muevas’” (Físico, ex funcionario de CONADE).

A pesar de este panorama, el CONADE recuperó vitalidad y precisión en sus acciones. Como señala Jáuregui (2014) participó activamente en las negociaciones ante los organismos internacionales de crédito presentando propuestas que fueron importantes en relación a la asistencia financiera que recibió Argentina. Aquí resultaron clave los esfuerzos realizados por la institución por mejorar la organización estadística, puesto que esta forma de asistencia dependía de criterios cuantitativos claramente delimitados y para la rendición de cuenta de los mismos era imprescindible un sistema estadístico más o menos aceptado.

Además, durante los años del gobierno de Onganía, se presentó un plan quinquenal y CONADE participó en el diseño de diversas obras públicas de envergadura, como represas hidroeléctricas.

Finalmente, y ya depuesto Onganía, se presentó el Plan Nacional de Desarrollo 1970-1974. Este plan presentó un cambio en el diagnóstico sobre la economía, denunciando que el problema central sobre que el Consejo debía operar era el desarrollo desbalanceado entre las provincias, que era productor de conflictividades sociales.

Las estadísticas como lenguaje del proyecto de CONADE

El corolario de expansión estadística llevado a cabo por CONADE fue la reforma de la ley de estadísticas para dar lugar al nuevo Sistema Estadístico Nacional, sancionado en 1968. La ley buscó integrar a los diversos productores de estadísticas de la administración pública, jerarquizarlos y nombrar una autoridad coordinadora. Para ello situó al CONADE como autoridad normativa del mismo.

El CONADE incorporó nuevos estándares internacionales e innovó en la constitución de objetos estadísticos, como, por ejemplo, con la en-

cuesta sobre expectativas económicas o la encuesta sobre presupuestos de consumo de las familias urbanas implementada en 1963, que introdujo la novedad de segmentar la población en tramos de ingresos. Posteriormente, daría lugar a la Encuesta Permanente de Hogar del INDEC (Daniel, 2013). Otro ejemplo es el de la Matriz Insumo Producto desarrollado en conjunto con la CEPAL. Esta permitía visibilizar y encadenar los bienes entre los distintos sectores de la economía y permitía identificar los cuellos de botella o los problemas de desarrollo. Grondona (2014) describe a la matriz como la emergencia de una nueva tecnología estadística que produjo un cambio en el modo de diagnosticar e intervenir en la economía en su conjunto.

En un interesante análisis sobre las publicaciones de CONADE Aguirre (2007) encontró que, de 426 documentos relevados en la biblioteca del Ministerio de Economía, las tres categorías centrales eran el análisis económico (91), seguidos por el planeamiento (84), la agro ganadería (78) y la industria (45), en este análisis los tópicos que requieren nuestro interés tuvieron una participación marcadamente menor: Salud y educación (38) Estadística y Censos (23) y demografía (12). Sin proponernos un relevamiento sistemático de toda la producción de CONADE, sí señalamos que hemos encontrado un acervo más rico en lo relativo a materiales publicados por el SSC, que sobrepasa las 60 publicaciones. Este nuevo dato nos permite afirmar que esta área tuvo un rol aún más importante que él se le adjudicó en investigaciones anteriores.

Desarrollo y salud.

En términos de la situación del sistema sanitario argentino, posterior al derrocamiento de Perón en 1955, se fue consolidando progresivamente un diagnóstico general respecto que se contaba con un sistema ineficaz, que había crecido muy rápidamente, pero sin haber mejorado la atención de los problemas de salud de la población. Se afirmaba que el crecimiento durante el peronismo se había realizado bajo un modelo verticalista y centralizador a partir de la expansión de la oferta prestacional del Estado Nacional, multiplicando la cantidad de camas disponibles, pero sin tener en cuenta las necesidades coyunturales y futuras y que esto había resultado en una oferta centralizada en sentido geográfico y político, ya que era administrada por el Ministerio nacional (Belmartino y Bloch 1994, Arce, 2004).

Este diagnóstico compartido generó un punto de llegada común: la solución a los problemas sanitarios se encontraba en la intervención técnica, la corrección del modelo prestacional a partir de la reorganización

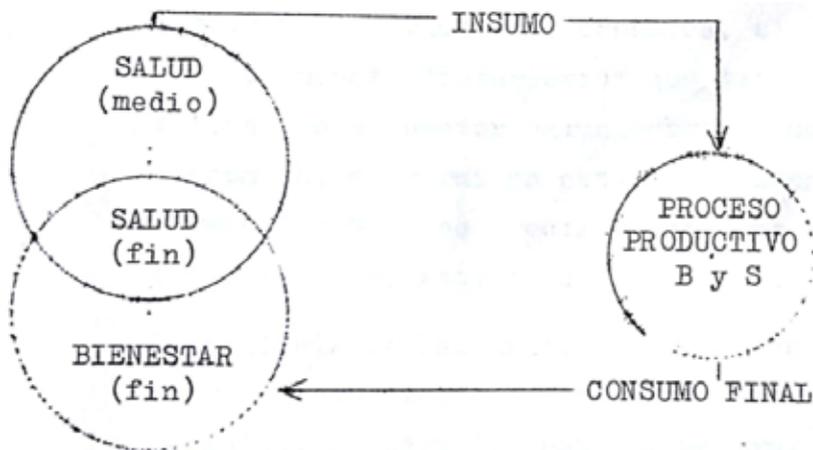
del sistema y sus condiciones de financiamiento, reduciendo la cantidad de actores participantes y equiparando condiciones para superar la fragmentación. En un grado mayor de detalle, este aparente acuerdo en las soluciones sostenía que era necesario descentralizar los servicios sanitarios hacia unidades de menor jerarquías (provincias y/o municipios) y establecer un nuevo marco normativo que regulara la provisión de servicios: una forma de seguro de salud único por provincia organizada a partir de la sumatoria de los financiamientos cruzados (Belmartino, 2005).

Sobre este diagnóstico común se articularon diversos proyectos tendientes a la reorganización del sistema, en un ciclo reformista donde los funcionarios nacionales buscaron poner al Estado en primer plano. Este ciclo finalizó con la sanción de la ley 18610/70 sobre el final del gobierno dictatorial de J.C. Onganía (1966-1970) donde se consolidó lo que Belmartino (2005) llama “pacto corporativo”. Esto fue una etapa de “pluralismo corporativo”, que ordenó el sistema sanitario durante las décadas de inestabilidad política de 1970 y 1980. Esta forma organizativa implicó que lo privado/corporativo se delimitaba en oposición a lo público/estatal. En la misma, la contratación de servicios entre obras sociales y organismos gremiales médicos como forma de organizar la práctica médica y sanitaria, excluyendo otras modalidades como el pago asalariado y organizándose a partir del pago por acto médico regulado por nomencladores de prácticas y consultas. En este esquema, el Estado resultaba como un tercer excluido que además de ser el principal financiador de la atención para población no cubierta, funcionó como árbitro en las disputas de las obras sociales y gremiales médicas. Sin embargo, en tanto las gremiales y las obras sociales siguieron manteniendo un reconocimiento sobre la superioridad de este sistema, lograron neutralizar los pocos esfuerzos del Estado para reorganizar el sistema de salud (Belmartino 1995).

El equipo del Sector Salud del CONADE (SSC) trabajó en torno de anudar un diagnóstico particular del sistema sanitario marcado por la desigualdad regional y la ineficiencia, con dos respuestas la planificación a nivel nacional y el seguro social integral.

La forma de lograr esto fue la incorporación de un nuevo indicador estadístico, el uso de la cama hospitalaria. Visibilizado desde este punto de vista, el diagnóstico era diferente al de escasez presentado por otros órganos sanitarios y por tanto ya no era necesaria una expansión del sistema, sino una racionalización del mismo: a partir de sus normas y de la maximización de la utilización de sus recursos. Frente a esto, elaboraron y apoyaron un seguro social que cubriera numerosas contingencias sociales, transfiriera parte del gasto a los usuarios y racionalizara por medio de tres

Imagen 1. La salud como factor concurrente del desarrollo



Fuente: (Barrenechea, 1965)

maneras distintas el gasto: por transferencia a los usuarios en copagos, por elección de mercado y por limitación del gasto en los beneficios del seguro.

El aspecto central para entender el enfoque del Sector Salud de Conade (SSC) respecto de la organización del sistema sanitario es el vínculo que propusieron entre desarrollo y salud.

El SSC propuso que no había una relación lineal entre desarrollo y salud, sino que eran fenómenos que co ocurrían. Esto implicaba que, probablemente, ambas cuestiones fueran resultado de los mismos procesos, pero que entre sí no existía una relación de causalidad. Por tanto, una mayor inversión en salud no produciría mayor grado de desarrollo. La “confusión”, de creer en la relación salud-desarrollo, la adjudicaron a la problemática definición del objeto salud, su indeterminación conceptual, la dificultad de su abordaje econométrico y las múltiples influencias que tiene con los otros sectores. Para el SSC, la salud no es resultado directo de una actividad específica, en este caso la atención sanitaria, de la misma forma que una manufactura de un taller, sino que los efectos del desarrollo en los indicadores sanitarios se explican por aspectos asociados, como la mejora de ingresos y el incremento general de recursos, innovaciones científicas o racionalidad administrativa, más

que requisitos para el mismo. Dicho esto, consideraban que el desarrollo podía producir una mejora en las condiciones de salud pero que esto tenía asociado un componente riesgoso: la mejora en las condiciones de vida llevaría tanto a un incremento de los niveles de salud, pero también de la demanda sanitaria produciendo tensión en una estructura suficiente para la demanda actual pero mal distribuida, ineficiente y sin un marco organizativo que le permitiera expandirse racionalmente para cubrir la demanda futura (ver imagen 1).

Este enfoque se encuentra enfrentado al predominante en el sector sanitario, quienes entendían que la salud era un factor necesario para el desarrollo, puesto que mejoraba la calidad de vida y en esto la productividad de la población evitando un círculo vicioso de enfermedad, baja productividad y pobreza (ver imagen 2).

Si bien parece una discusión sobre la forma de asociación entre dos variables, esta diferencia llevó al diseño de dos modos diferentes de abordaje. Para la planificación de sesgo económico del SSC, la actividad propia de la planificación era la asignación de recursos de forma de maximizar los resultados generales, y contando con una estructura – medida en camas- suficiente el eje estaría en la racionalización y administración de los recursos. En la otra visión, de planificación sanitaria, el incremento de gasto en salud (con sus consecuentes mejoras) era una recomendación sistemática, ya que representaba una forma de ahorro social y mejora de la productividad (CONADE, 1963a).

La posición de CONADE, a partir de desplazar la salud a un factor concurrente del desarrollo, lo llevó a calcular los resultantes de forma distinta. Mientras más se avanzará en la planificación, el desarrollo, el logro de aspiraciones y la distribución de la riqueza, mayor sería la demanda de servicios como la atención sanitaria, haciendo crecer la presión sobre una oferta, que si no se encontrase adecuadamente planificada y coordinada volvería a hacer proliferar un sistema de baja calidad, alto precio y que incrementaría la desigualdad regional. (CONADE, 1964a).

En este punto, también se transparentan dos visiones distintas respecto de los límites de la salud, y por tanto su peso específico en los procesos de mejora de la calidad de vida. Mientras la visión del CONADE presentaba una salud exclusivamente reparativa centrada en la atención de la enfermedad, el enfoque de la OPS amplía su propia definición hacia factores de infraestructura social, como la provisión de agua potable, la participación de la comunidad y las condiciones de trabajo (Cueto, 2006).

Imagen 2. Ciclo económico de la enfermedad



Fuente: (Sonis, 1964)

Esto fue lo que el primer director del SSC, J. Barrenechea³, describió como la “línea argumental básica” (Barrenechea, 1965:21). Esta postulaba que salud y desarrollo se vinculan en dos formas distintas. Por un lado, como un fin en sí mismo, puesto que la salud se encuentra integrada al concepto de bienestar y su propia definición incluye el concepto. En

³ Juan José Barrenechea fue un médico nacido en Necochea, provincia de Buenos Aires. Se desempeñó en la Escuela de Salud Pública de la UBA y posteriormente fue un destacado funcionario de OPS. Formó parte de los sanitaristas planificadores. Además de estas tareas formó parte del Consejo Federal de Inversiones donde llevó a cabo otras investigaciones sobre el sector sanitario. Dejó ese cargo en 1962 para crear y dirigir el SSC. Posteriormente se incorporó a OPS, donde primero fue un impulsor de la planificación y luego se volvió crítico de la misma. Fue uno de los redactores de “Salud para todos en el año 2000”, documento que consagró el abordaje de Atención Primaria para la Salud como modelo organizativo para el campo sanitario.

segundo lugar, a la salud como medio concurrente al proceso de producción económico necesario para alcanzar mayores niveles de desarrollo, ya que permitiría ampliar la capacidad productiva a través de la creación de capacidad humana, y sería requisito para el crecimiento de los sectores de producción (ver imagen 2). Para priorizar la segunda función lo necesario sería elevar la productividad de las acciones del sector y ordenar estas acciones según los requerimientos del proceso general de desarrollo. Esta segunda línea, de la salud como factor de desarrollo, era la posición oficial de la OPS y de los principales sanitaristas de la época (Iriart et al, 1994; Piris-Alves y Maio: 2015, Cueto, 2006)

Esta dualidad, sin embargo, era entendida como un problema metodológico de tipo estadístico: ¿cómo se podrían separar ambas funciones para poder aislar los pesos específicos de cada una y poder atribuir recursos a la dimensión de “medios” por sobre la de “fines”, desplazando la salud de la mera atribución de recursos asistenciales para integrarlo como inversiones en la función del bienestar?

Sin embargo, no consideraban que, en el estado del conocimiento de la época, las funciones fueran matemáticamente distinguibles entre sí, y por tanto la salud debía operacionalizarse como en el primer tipo, es decir, proveedora de bienestar. De esta manera, la asignación de recursos al desarrollo sanitario no sería una prioridad para el Estado. El mecanismo para hacer este juego de ponderaciones sería la planificación nacional o intersectorial. Esta debía ser capaz de conferir racionalidad al uso de los recursos y a la articulación de acciones dentro de los límites definidos para el sector. Sin embargo, a entender del Director del Sector Salud del CONADE (SSC) el desarrollo de semejante modelo requeriría de un juego de aproximaciones sucesivas para formalizar el modelo, pero una vez creado la planificación aplicada a nivel nacional y armonizando los sectores permitiría “adoptar una actitud tendiente a neutralizar a la connotación emocional inherente al sector” (Barrenechea, 1965: 2) para sopesar la función salud dentro de las necesidades de desarrollo.

Este es el punto que llevó a un abordaje cualitativamente distinto del propuesto por la OPS, quienes proponían jerarquizar la salud como componente del desarrollo en tanto generadora de bienestar y calidad de trabajo humano. En este punto, desde analizar como cada organismo constituyó las variables estadísticas se pueden evidenciar diferentes conceptualizaciones de salud, desarrollo y el rol del Estado en esta articulación.

La cama hospitalaria como matriz interpretativa

A partir de la línea teórica y la agenda de investigaciones que hemos detallado, caracterizamos el proyecto del SSC a partir de cinco premisas que caracterizaron su posición dentro del juego más amplio del campo sanitario: 1. el Estado manejaba y financiaba la casi totalidad del activo central del sistema sanitario, las camas; 2. a partir de este control casi monopolístico, se podría imponer un cambio en las reglas de juego que sirviera para 3. Implementar un formato de seguridad más eficiente y efectivo que llevara a 4. Mejorar uno de los factores de coproducciones del desarrollo, pero sin incrementar su costo. Y finalmente, 5. Producir un marco interpretativo racional (descentralización operativa, seguro de salud y planificación) en el que la demanda progresiva generada por el aumento del bienestar tuviera forma de ser encausada sin producir mayores ineficiencias ni un incremento del gasto que absorbiera recursos necesarios para sectores más prioritarios.

La cadena estadística de uso de camas representa el corazón del proyecto político del Sector Salud de Conade (SSC), puesto que fue central para el diagnóstico, monitoreo y para la comunicabilidad de sus ideas. Este indicador simplemente contemplaba el promedio de camas utilizadas en una determinada región, tomando la cantidad totales de camas ocupadas en un determinado día y dividiéndolas por las camas instaladas.

Analíticamente resulta muy interesante ya que el SSC tomó un objeto icónico de la atención sanitaria, como la cama hospitalaria y a partir de su definición estadística constituyó un nudo entre uso, gasto y planificación, dándole una entidad unívoca al sistema. Esta caracterización llevó a un diagnóstico: el sistema sanitario durante el proceso de desarrollo no debía aumentar su estructura, sino maximizar su utilización y la distribución de recursos. Además, el mapa construido a partir de este indicador dejaba al Estado como el único actor con peso específico sobre la organización de recursos y, por tanto, con la capacidad de imponer su voluntad a partir de su rol monopolístico sobre otros actores más pequeños y dispersos. La explicación sobre la falta de acción anterior por una suma de falta de voluntad política y de marcos analíticos capaces de guiar el proceso de expansión prestacional además permitió realzar el carácter político del proyecto.

Para el SSC la cama reunía un conjunto de cualidades que potenciaban su uso como indicador estadístico:

- 1) Era información fácil de conseguir, estandarizar y actualizar. En un diagnóstico basado en la escasez y baja calidad de información era un rasgo clave. También permitía construir líneas temporales.

2) Servía como unidad estadística de recurso, es decir que se podía usar la cama como base para la elaboración de índices de referencia respecto de la proporción de otros recursos y profesionales.

3) A partir de considerar una relación constante entre la proporción del gasto en medicina asistencial y los otros gastos en salud pública, se podía estimar el gasto y su distribución.

4) En vistas de que la internación representaba la actividad central, la distribución de camas según establecimiento, dependencia y localización representaba una forma eficiente de mapear las capacidades del sector sanitario, así como sus distribuciones geográficas.

5) En los años previos, y con gran apoyo de los organismos internacionales, se había consolidado una relación óptima entre camas y habitantes para una correcta atención. Esto no era extrapolable a otros indicadores estadísticos. Además, su uso extendido y consensual facilitaba la comparación con otros países y sistemas sanitarios.

6) Desde la perspectiva del diseño de un plan de desarrollo presentaba la ventaja de ser una medida capaz de calcular global y funcionalmente el gasto del sector. También de referirlo a su uso económico y discriminarlo por dependencias administrativas, regionales, provinciales o municipales.

7) Servía como control de ejecución de plan, porque fácilmente revelaría problemas de distribución y /o disarmonía de recursos en áreas y regiones con respecto a las metas.

8) Una tipología conformada con cuatro variables lo volvían un indicador operativo e intuitivo para su manejo por los distintos actores del sector salud.

Desde sus definiciones operativas, la cama polivalente era la cama instalada en los hospitales generales, cualquiera fuera su uso médico concreto. A diferencia de las monovalentes, estas utilizaban un menor tiempo de permanencia y eran flexibles a usos alternativos respecto de su complejidad o patologías. La contraparte era que requerían una mayor dotación de personal médico, técnico y auxiliar dedicado exclusivamente a la asistencia, la instalación de servicios de especialidades y de consultas utilizadas por los distintos servicios, como servicios centrales para la realización de tareas administrativas. Los relevamientos del SSC indicaban que el sector público administraba el 80% de las camas monovalentes; dentro de las cuales la nación administraba el 33% mientras que las provincias el 30% y los municipios el 17%.

La cama monovalente se definió como aquella instalada exclusivamente para el tratamiento de pacientes con una condición específica. En función de los relevamientos previos se concluyeron dentro de este grupo aquellas destinadas a enfermos mentales, leprosos y tuberculosos. Estas camas poseían menor valor de instalación y de operación.

El número de personal profesional auxiliar y técnico vinculado a la actividad de los establecimientos polivalentes se estableció en una proporción de 4 o 3 a 1 respecto de los monovalentes. De las 36.539 camas monovalentes existentes al 31 de diciembre de 1960 el 93,5% estaba bajo la dependencia del sector público. El correspondiente al sector privado estaba en el orden del 4,5% (CONADE 1963a).

En el panorama descrito por el SSC, el caso más extremo de control del Estado responde al caso de las “camas mentales” (aquellas destinadas a personas con padecimientos mentales), donde representaban el 93%, de las cuales nacionales el 71,1% y provinciales el 20,5%. Este esquema variaba según cada enfermedad. Por ejemplo, mientras que las de tuberculosis eran mayoritariamente provinciales, las de lepra lo eran nacionales. Los municipios no tenían ninguna actividad para la atención de enfermos mentales ni para la lepra y solo participaban con un 13,9% del total de camas instaladas para la atención de tuberculosis (CONADE; 1963b). Nuevamente, el panorama presentado es de una gran dispersión y desorganización.

El SSC estimó el gasto de una cama polivalente 150.000\$ anuales, mientras que los costos de instalación eran 960.000\$, en el caso de las polivalentes y 504.000\$ monovalente. A su vez el costo de modernización de las mismas representaría el 10% de la instalación (CONADE 1963a).

La clave del diagnóstico, y por tanto de la utilidad de esta cadena estadística, se encuentra en la medición de su rendimiento. El SSC logró un diagnóstico resumen de su percepción de los problemas, que además permitió enunciar su proyecto para solucionarlo: El rendimiento de las camas generales era de una permanencia media de 13 días y un promedio de ocupación del 60%. A partir de los indicadores sugeridos por los organismos internacionales, e implementando un seguro de salud, una descentralización operativa y una planificación de las inversiones sería posible incrementar el rendimiento asistencial sin inversiones significativas en un 25% y una baja de 3 días en la internación promedio (CONADE, 1965c).

Para el SSC, la tasa de camas por habitante era aceptable, y por tanto no eran necesarias grandes inversiones. Fijaron como meta mantener esta tasa y su estructura por tipo y dependencia administrativa. De esta manera se podría congelar el gasto y, a su vez, incrementar la productividad del sistema (CONADE, 1965c: 350).

Partiendo de la centralidad de la cama hospitalaria pública, la baja eficiencia y la tendencia al atestamiento del gasto, sumados a la alta participación del Estado en la oferta prestacional (llamada socialización o estatización por el SSC) permitió fundamentar que el seguro social fuera una posibilidad muy conveniente, ya que permitiría homogeneizar el sistema organizativo jurídico, centrar la inversión estatal en menos actores, integrar la salud a otras agendas de bienestar social mejorando la viabilidad política del seguro y a su vez, dejar sentada una política racional que permita que la expansión de la demanda sanitaria sin un incremento sostenido de la ineficiencia.

Esta forma de describir el sector salud generó la imagen de un Estado básicamente monopolístico, que concentraba el gasto y los recursos, pero carecía de capacidad regulatoria y un marco analítico apropiado para hacerlo. De acuerdo a SSC, no era un problema de la cantidad de recursos sanitarios, sino de su distribución y de su administración. Esto se muestra con claridad en el cálculo de escenarios teóricos para la formulación de planes, donde sólo en el escenario de máximo crecimiento se tornaba viable ampliar las camas monovalentes en algunas provincias.

La agenda de investigación y trabajo del Sector Salud de CONADE

Para producir este diagnóstico el pequeño grupo de trabajo del SSC, compuesto por sanitaristas y sociólogos, llevó a cabo una cuantiosa cantidad de estudios: catastros de recursos, relevamientos de personal, cálculos de gasto, estimación de cobertura de obras sociales y mutualidades, distribución de personal, modelizaciones de la seguridad social, etc. Este conjunto de investigaciones, eran desplegadas en dos líneas de investigación distintas. Por un lado, la correspondiente a la cantidad de gasto y su distribución que contó con las publicaciones de Incidencia del gasto en el presupuesto familiar (1965), Asignación de recursos al sector salud (1965), Gasto en salud del sector público (1964b, 1966), Aspectos financieros de la salud (1967), Proyecciones demográficas de la población argentina (CELADE, 1967) y Costos de seguro social (CITMade, 1967). Por otro, las destinadas a analizar la estructura de prestaciones, distribución y recursos. De esta línea se publicaron trabajos relativos a la encuesta sobre escuelas de enfermería (1964b), encuesta sobre distribución de médicos por provincias y departamentos (1964c), encuesta de obras sociales y mutualidades (1965a), estudio sobre estructuras de personal de organismos de salud (1966) y la distribución de establecimientos hospitalarios en la República Argentina (1968).

En términos generales, el SSC consideraba que la consolidación del gasto sanitario resultaba de un largo proceso de estatización de la atención sanitaria que provenía de los tiempos del DNH y que se fue profundizando con el correr de los años. La marca de ese proceso era que la cantidad de camas (y por tanto gasto) se concentraron en las distintas dependencias estatales. Además, y por efecto de los procesos de descentralización, el gasto nacional había permanecido estable desde mediados de la década de 1950, y lo que se había incrementado eran las erogaciones provinciales y municipales. Agravado el panorama por una falta de un marco teórico metodológico que permitiera gestionar esto, se produjeron desequilibrios regionales en la instalación de recursos y profesionales. Este proceso se habría radicalizado desde mediados de la década de 1950 con la proliferación de clínicas privadas y obras sociales que competían por el mismo recurso escaso. Para el SSC, la solución no se encontraba en un incremento sostenido del gasto sino en enfocarse en el volumen total (sistémico) de prestaciones para establecer formas de coordinación entre los actores que permitiera definir un sistema uniforme de prestaciones, federal en su estructura y ejecución. Esto llevaría intervenir sobre el problema central del diagnóstico: la baja productividad de los establecimientos asistenciales. La forma de esta intervención sería un seguro nacional de salud para toda la población, financiado en forma conjunta por empleados, empleadores y el estado.

La expansión de las obras sociales y mutualidades y su regulación había sido un tema conflictivo desde mitad de la década de 1940. Vinculadas con la identidad obrera y con el aumento de poder de los sindicatos, a menudo habían servido como mecanismo de transmisión de fondos entre el Estado y los sindicatos, crecieron en las dos décadas siguientes produciendo enfrentamientos con la corporación médica y diversos y fracasados intentos de regulación (Belmartino, 2005). Desde el diagnóstico previo las obras sociales fueron generadoras de un gran impacto (negativo) en la expansión del gasto, los recursos y el volumen de los recursos humanos especializados. Consideran que son resultado de una expansión exógena (surgida de la política), producido sin un marco ordenador, tanto jurídico como administrativo, que promoviera la integración y la racionalización en la instalación y uso de los recursos. Este desbarajuste, a entender del SSC, se encontraba enmascarado porque, aún en sus deficiencias, produjeron una respuesta a aspiraciones crecientes de bienestar social expresadas por los trabajadores organizados sindicalmente. Este esquema generó que el Estado apoye mediante ayuda financiera a terceros prestadores, con la cesión de locales o transferencias monetarias en concepto de empleador o como subsidios. Además, desde la perspectiva de imponer una lógica re-

gulatoria advierten que los problemas progresivos que fue generando esa situación de carencia normativa llevaron a que las distintas obras sociales tomaran contacto entre sí para negociar coordinadamente aranceles, control de prestaciones, etc.

La mayor parte de estas instituciones resultaron de tamaño pequeño, 66% de las instituciones contaban con 400 beneficiarios o menos. Sin embargo, al ser clasificadas en cuatro grandes grupos, en el de mayor importancia (las de más de 25.600 afiliados) resultó que solo 22 instituciones, 2% del total de las que tienen atención médica, eran responsable de la atención del 62.5% de los cubiertos por el subsistema de obras sociales, es decir 1.885.000 afiliados. Además, este pequeño grupo representaba el 71.5% del gasto total en atención médica (\$7.500 millones) y un 74.5% de los ingresos totales, con un aporte promedio de \$3.969 (CONADE, 1964c).

Un grupo reducido de obras sociales realizaba la cobertura del mayor volumen de beneficiarios, y a su vez ocupaban los mayores volúmenes de recursos financieros por afiliado. Infirieron de este dato que a medida que aumentaba el número de afiliados, lo hacía también el gasto producto de una más integral atención médica asistencial. Esto estaría relacionado con dos factores del diagnóstico inicial: por un lado, el creciente peso del gasto en tecnología médica y por el otro, que mayores niveles de bienestar impulsan la demanda de atención sanitaria. En términos de gasto, encontraron una gran dispersión en el gasto anual por afiliado. Mientras que el promedio de gasto se ubicó en 1770\$, sus valores extremos representaron 71,6\$ y 2.547\$ (CONADE, 1965a).

Desde la perspectiva del financiamiento de las obras sociales, el SSC concluyó que el financiamiento ya estaba dividido en forma simétrica entre tres aportantes: los empleados, los empleadores y el Estado, que en algunos casos aportaba como empleador y en otras como un subsidio adicional para solventar el déficit de algunas obras sociales o mutuales. Este punto sería un argumento clave en los intentos de racionalizar el sistema, puesto que el Estado ya se estaba haciendo cargo en términos facticos de una gran parte del gasto que representaba (CONADE, 1966).

El seguro de salud en los planes de desarrollo

Como hemos señalado, el instrumento central del CONADE fueron los Planes Nacionales de Desarrollo (PND). Dentro de ellos, las secciones sobre salud fueron escritas por el SSC y reproducen los mismos diagnósticos y propuestas los documentos del SSC. Se describe al país con una natalidad y mortalidad similar a los desarrollados, pero con una

situación de desigualdad interna que lleva a que algunos perfiles epidemiólogos no correspondan a esta figura. Además, se atacó con dureza el sistema estadístico, la distribución de personal y el formato organizativo. Proponen como forma de solución el desarrollo de un seguro social que incluya salud, pero también otros beneficios como seguro por desocupación o maternidad.

Para expresar la desigualdad la unidad elegida es la cama hospitalaria y, para la eficiencia, su utilización. “La distribución de los recursos físicos medios en unidad cama instalada, señala una tasa nacional de camas por mil habitantes similar a la de los países de más alto desarrollo, aunque con serias deficiencias en la distribución regional (...) Del total de camas 9599 son de tipo polivalente (atención general) y 21622 de tipo monovalente (atención especializada: psiquiatría, lepra, tuberculosis, etc.). El rendimiento de estos establecimientos medidos en coeficientes de ocupación, promedio de permanencia de los egresados y número de consultas externas, muestra en los últimos años una marcada capacidad ociosa. Sin grandes modificaciones el coeficiente de ocupación para todos los establecimientos se mantiene alrededor del 60% y el promedio de permanencia alrededor de los 15 días por paciente egresado. Si tenemos en cuenta que los estándares administrados internacionalmente como buenos son respectivamente 85% y 10 días, puede inferirse una sub utilización de la capacidad instalada del orden del 50%” (CONADE, 1965c: 99)

Dentro de las actividades del primer PND, 1965-1970, se propone un plan para establecer un sistema mínimo de información técnica administrativa, como primer paso de la instalación de un nuevo marco organizativo. Estos datos debían hablar de los actores y su distribución, pero sobre todo de la composición del gasto y su eficiencia financiera de la utilización de los recursos, puesto que la meta no era la ampliación de la cobertura por aumento de la cantidad de establecimientos, sino por el aprovechamiento de la capacidad instalada. Esto sería el primer paso de una situación en la que el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública se haga cargo de su competencia de regular los otros actores, independientemente de su propio rol como prestador.

En términos de acciones concretas, dispuso una batería de medidas para cada una de las cuatro funciones que considera principales: medicina asistencial, medicina sanitaria, capacitación e investigación (CONADE, 1965c). Para la medicina asistencial, propuso la creación y habilitación de servicios de atención médica para la comunidad. Estos servicios serían formas semi públicas que cobrarían sus prestaciones a cualquiera de los sectores que los utilizaran (obras sociales, privados o mismo estado) y estarían dirigidas por un comité de funcionarios públicos y miembros de

la comunidad. Esta forma se vincula fuertemente con el proyecto de seguro, puesto serían las instituciones que cubrirían la demanda sin aumentar sensiblemente el gasto. Además, en el cobro por prestación, como estaba previsto en el seguro, se generaría un estímulo a la eficiencia. Desde la perspectiva de la medicina sanitaria se previó un plan de obras de actualización y mantenimiento de los edificios asistenciales que debía basarse en el plan de trabajo autorizado por la ley 13019 de 1947, sin incrementar la estructura prestacional existente. Sumado a esto, se implementaría un programa nacional de prevención de agua potable para población rural financiado por el BID, la OPS y los gobiernos nacionales, provinciales y municipales.

El PND 1965-1970 sanitario incluye la priorización de algunos programas sobre problemáticas específicas: maternidad e infancia, enfermedad de Chagas Mazza, tuberculosis, paludismo e inmunizaciones. El total de recursos destinados a estos programas alcanzaba un monto similar al propuesto para el acondicionamiento de instalaciones sanitarias.

Respecto a la capacitación, se previó que los procesos de descentralización ejecutiva y administrativa sólo serían realizables cuando las provincias dispusieran de los planteles profesionales adecuados, capacitados en “el moderno concepto de administración sanitaria” (CONADE 1965c: 130).

El plan de seguro propuesto es un seguro social y no exclusivamente de salud, es decir que pretendía concentrar varios tipos de prestaciones: jubilaciones y pensiones, salud, (incluyendo maternidad y rehabilitación) y desocupación. Se realizó una modelización matemática sobre la viabilidad de este seguro (CITMade, 1967). Esta presentó un esquema de reparto que permitiría satisfacer las necesidades de atención sanitaria, educación, a subsidiar situaciones especiales (maternidad, nupcialidad, defunciones) y a sufragar los gastos de la seguridad social. Se estimó una distribución de gasto de las prestaciones en las que jubilaciones y pensiones representarían la mitad del gasto; salud, maternidad y rehabilitación el 25%; desocupación el 16.66% y el total de las otras prestaciones el 8,33%. Las simulaciones mostraban que el proyecto era viable en tanto se cumplieran 4 condiciones: la estructura demográfica permanecería con un crecimiento moderado, costos administrativos fueran bajos, baja evasión y la posibilidad de ajustar a la baja los beneficios en caso de disminución de la capacidad de reparto. En términos de la cobertura sanitaria, esta sería provincial, con financiamiento tri partido (empleadores, estado y trabajadores). Los prestadores podrían inscribirse en un registro a partir de aceptar un nomenclador universal de costos dados por acuerdos entre las autoridades del seguro, las representaciones corporativas y representantes

de la comunidad. Esto llevaría a las obras sociales a desplazarse de financiadoras y prestadoras, a simplemente prestadoras equiparándolas con los efectores privados.

La sección referida a salud en el Plan Nacional de Desarrollo de 1970 también fue redactada por el SSC, pero este ya no se encontraba dirigido por Barrenechea, sino por Antonio Gonzales. En este plan, la salud apareció representada como una forma de granjear apoyo de “los sectores populares, cuyos integrantes serán los principales beneficiarios de la ejecución del plan”. Esta participación sería clave puesto que adjudican parte de los problemas del plan anterior a la falta de colaboración de los “los sindicatos laborales, los grupos representativos del empresariado nacional y otras organizaciones de la comunidad” (CONADE, 1970: 23). Este plan presenta una visualización mucho más económica que el anterior respecto de la salud, y también una más subordinada e indica que la orientación del sector deberá darse por dos intereses fundamentales 1) que los “gastos sociales” (educación, salud y vivienda) serían considerados en el plan como formas de inversión productivas y como capaces de incrementar la capacidad de ahorro de la economía al optimizar el gasto; mientras que 2) resultaban redistributivos del ingreso, mejorando la calidad de vida de la población. En esta lógica el plan plantea romper la línea sostenida anteriormente de congelar el gasto para impulsar su crecimiento desde 3,3% en 1968 al 5,6% en el año 1974. Este aumento estará concentrado en transferencias a las provincias y obras sociales, para cobertura de gastos de la descentralización en el primer caso y para cobertura de afiliados y déficit en el segundo.

El PND de 1970-1974 volvió a reducir las expectativas de la salud pública. Organizativamente, dejó de lado la idea del seguro social para proponer un nuevo modelo de seguro de salud, basado en el Sistema Efecto Coordinado (SEC). Este proponía una regionalización sanitaria para organizar la demanda por medio de un sistema integrado por la totalidad de los establecimientos de jurisdicción estatal y de las obras sociales financiadas exclusivamente por el Estado. Las otras obras sociales o prestadores privados podrían incorporarse optativamente. La apuesta era incorporarlos paulatinamente hasta integrarlos como prestadores privados en relación a la población no cubierta, manteniendo sus públicos originales. Esto produciría una “centralización financiera, manteniendo cuentas separadas por ramas de cobertura” (CONADE & CONASE, 1970: 94) También se preveía que racionalizaría administrativa y técnicamente los regímenes a partir de integrar los procedimientos administrativos. En este sistema, la prioridad en la asignación de gastos y recursos habría estado en aquellas acciones y regiones con peores tasas de morbimortalidad.

Las funciones mentadas para el sector nacional se encontraban, fundamentalmente, en la transferencia de recursos a las provincias y obras sociales, sumadas al mantenimiento de algunos programas sobre enfermedades infecto contagiosas. Sumado a esto, propuso una campaña para aumentar la población en áreas consideradas poco habitadas y mantener un ritmo demográfico similar al crecimiento económico que permitiera incrementar el número de trabajadores (CONADE & CONASE, 1970a).

Además, se centró en promover acciones en la reducción de morbilidad de los grupos desfavorecidos a partir de acciones específicas sobre problemáticas como enfermedades transmisibles y la desnutrición, inmunizaciones, control de enfermedades transmisibles crónicas, saneamiento ambiental, asistencia alimentaria y atención materno infantil.

Desde la perspectiva organizativa, se dejaron de lados los intentos de crear un sistema unificado de salud y se pasó a buscar una organización racional que “asegure la máxima independencia de cada uno de los sectores” (CONADE, CONASE y CONACyT, 1971: 120). Respecto del sector estatal, el camino propuesto fue continuar la descentralización con la transferencia de establecimientos y actividades y la búsqueda de generar un seguro social integral que unifique el sector salud con las jubilaciones. Este plan, además, justificó la disminución del peso sanitario en la planificación del quinquenio en la consideración de que “las acciones que se desplieguen sobre este sector y los efectos de estas acciones sobre el nivel de salud de la población no son exclusivamente reguladas a partir del mismo, sino que dependen en una importante medida, de las acciones que se realicen en otros sectores” (CONADE, CONASE y CONACyT, 1971: 124).

Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue mostrar cómo la adopción de un indicador estadístico, la ocupación de camas hospitalarias, permitió a un organismo producir una visión del panorama del sector de atención sanitaria y, a partir de esta visión, desplegar un conjunto articulado de propuestas para intervenirlo de forma tal que contribuyera al desarrollo de la nación. También, cómo este criterio se despegó de la visión más ampliamente difundida en el ambiente sanitario, propiciando un enfoque diferente en la relación salud-desarrollo. También mostramos la agenda de investigación sanitaria de un organismo de gran importancia en la historia reciente Argentina, que sin embargo, ha sido poco estudiado buscando poner en evidencia la relación entre el proyecto político, la modalidad de construcción de problemas públicos, la agenda diagnóstica y el desarrollo de planes de intervención del sistema sanitario.

En este contexto, la elección del indicador de porcentaje de camas hospitalarias ocupadas fue una elección estratégica del SSC dada por un conjunto de características remarcables: utilizaba información existente (pero mejorable), se podía usar como unidad para la estimación del gasto, la cama hospitalaria resultaba fácilmente identificable con la actividad asistencial, permitía mapear todo el territorio, existía consenso estadístico sobre la relación óptima entre camas y habitantes para una correcta atención y fundamentalmente, una tipología con cuatro variables posibles lo volvían un indicador sumamente operativo e intuitivo para su manejo por los distintos actores del sector salud.

A partir de esta visión del mundo dada por el indicador estadístico se generó una agenda de investigación e intervención sobre el sistema sanitario, compuesto por planes nacionales de desarrollo que incluían un seguro de salud.

En términos de las particularidades del CONADE como organismos productores de datos planteamos que nuestro objeto de estudio marca un cambio en la lógica de funcionamiento de las agencias estadísticas del estado. Gónzales Bollo (2014) describe a las agencias estadísticas de principios del siglo XX como actores relevantes tanto técnica como políticamente a partir de tomar la forma de fábricas, en tanto empresas estatales, instituidas a partir de las características generales de las burocracias estatales; con un objeto (o “mercancía”) definida y con intención de “monopolizar” el mercado de información a partir de imponer una particular matriz cognitiva y con ella, una visión oficial (estatal) del mundo y de las relaciones que allí se establecen. Por su parte, Lanata Briones, (2016) propone una idea más acotada, al figurarlos como un taller, más centrado en la actividad artesanal y de pequeña escala. Probablemente, la descripción de CONADE como un taller fallaría en representar la complejidad de sus operaciones, su tamaño y escala, la diversificación de sus operaciones y la intención deliberada de obviar el carácter artesanal del trabajo estadístico y “elevatorlo” hacia una integración de saberes y experticias validadas internacionalmente. Tampoco la imagen de la fábrica, competidora en un mercado de saberes, alcanzaría para dimensionar el proyecto de CONADE que, si bien recupera de esta figura la intención de la calculabilidad, de la estandarización de procesos para lograr la homogeneización de la mercancía (en este caso la información estadística) propone escalarla a un nuevo nivel integrando los procesos de normatización, recolección y articulación de la información estadística con la generación de planes a corto, mediano y largo plazo para los cuales la política sería más que un mercado un proveedor de información. En este sentido, la propuesta de CONADE figura más parecida a un polo industrial que a una fábrica, en tanto propone la

integración de procesos en una escala mayor y ya no trata de participar en el “mercado” como un oferente más de insumos sino como un actor con fuertes capacidades de generación de las mismas normas del mercado, modificar los productos, sus límites y orientaciones; con un laboratorio propio de investigación y desarrollo. La otra característica que nos lleva a vincular esta institución con esta figura es que, directamente surgió con ese tamaño. A diferencia del proceso de lento crecimiento de la fábrica y el taller, los avatares de su crecimiento -que corresponden a las instituciones analizadas por los autores citados- CONADE hizo su aparición como una institución enorme con grandes capacidades y autoridad técnica y legal. En parte por eso, la centralidad que tuvo, no siguió el recorrido de otros organismos que disminuyeron y aumentaron su tamaño con los ciclos políticos en una trayectoria inestable. Una vez que cambiaron sus condiciones de emergencia, CONADE fue desarticulado.

Finalmente, los avances en el establecimiento de un ordenamiento alternativo del campo sanitario quedaron truncados por la escasa viabilidad política y económica de las propuestas, pero la mirada centrada en los aspectos y criterios económicos planteados por el SSC permearon de forma perdurable las discusiones siguientes por la estructuración de este espacio social.

Bibliografía

Aguirre, Oscar. 2007a. *Análisis de la temática poblacional en el período desarrollista. La experiencia argentina del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE)*. Trabajo presentado en la IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población Huerta Grande, Córdoba. 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 2007

Aguirre, Oscar. 2007b. *La experiencia del Consejo Nacional de Desarrollo. Aspectos normativos e institucionales*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político”. Del 6 al 9 de Noviembre de 2007.

Arce, Hugo. 2010. *El Sistema de Salud: de donde viene y hacia donde va*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2010.

Barrenechea, Juan José. 1965. *La asignación de recursos al sector salud*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Belmartino, S y Bloch Carlos. 1994. *El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

- Belmartino, Susana. 1995. «Transformaciones internas al sector salud: La ruptura del pacto corporativo». *Desarrollo Económico*, 35(137), 83-103. doi:10.2307/3467424
- Belmartino, Susana. 2005. *La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Cueto, Marcos y Palmer, Steven. 2015. *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. New York, Cambridge University Press.
- Cueto, Marcos. 2006. *The value of health: a history of the Pan American Health Organization*. Washington, OPS.
- Daniel, Claudia. 2013. *De Dirección a Instituto: el devenir de la estadística pública argentina durante el desarrollismo*. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia 2 al 5 de octubre de 2013
- González Bollo, Hernán. 2014. *La fábrica de las cifras oficiales del Estado argentino (1869-1947)*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Grondona, Ana. 2014. *Saber de la pobreza, discursos expertos y subclases en la Argentina entre 1956 y 2006*. Ediciones del Centro Cultural de la Cooperación: Buenos Aires.
- Iriart, Celia; Nervi, Laura; Olivier, Beatriz y Testa, Mario. 1994. *Tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*. buenos aires: lugar editorial.
- Jáuregui, Anibal. 2013. «*La planificación en la argentina: el CONADE y el PND (1960-1966)*». Anuario del centro de estudios históricos “prof. Carlos S. A. Segreti” Córdoba (argentina), año 13, n° 13, 2013, pp. 243-266.
- Jáuregui, Anibal. 2014. El CONADE: organización y resultados (1961-1971). Anuario del Instituto de Estudios Históricos y Sociales; Tandil vol. 29, pp. 141-158.
- Lanata Briones, Cecilia. 2016. *Constructing Public Statistics: The History of the Argentine Cost of Living Index, 1918-1943* [tesis]. London Department of Economic History of the London School of Economics for the degree of Doctor of Philosophy.
- Otero, Hernán. 2006. *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.
- Pires-Alves, Fernando y Maio, Marcos. 2015. «*Health at the dawn of development: the thought of Abraham Horwitz*». *História, Ciências, Health –Manguinhos*, v.22, n.1, jan.-mar.
- Ruiz, Juan. 2018. «*El Instituto Argentino de Promoción del Intercambio (IAPI) en la posguerra: reflexiones a partir del análisis de su*

flujo de fondos». H-industri@ 23:25-54:<http://ojs.econ.uba.ar/ojs/index.php/H-ind/article/view/1226>

Sonis; Abraham. 1964. *Salud, medicina y desarrollo económico social*. Eudeba: Buenos Aires.

Daniel, Claudia. 2012. «*Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940*». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19(1), 89-114. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000100006>

Di Liscia, María .2009. «*Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)*». *Salud Colectiva*, V(2), 259-278. ISSN 1851-8265.

Fuentes documentales

Centro de investigaciones de Técnicas Matemáticas aplicadas a la Dirección de Empresas. 1967. *Evaluación del programa argentino de seguridad social*. Buenos Aires: CITMae.

Consejo Nacional de Desarrollo, Consejo Nacional de Seguridad y Consejo Nacional de Ciencia y Técnica. 1971. *1971-1975 Plan nacional de desarrollo y seguridad, metas para el mediano plazo*. Argentina: Presidencia de la Nación

Consejo Nacional de Desarrollo. 1963a. *Proyección del gasto público en salud Periodo 1963-1967*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1963b. *Informe preliminar sector salud pública camas*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1964a. *Gasto en salud sector público*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1964b. *Escuelas de enfermería*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1964c. *Distribución de médicos en la RA por provincias y departamentos*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1965a. *Encuesta preliminar sobre obras sociales y mutualidades, III nómina actualizada de obras sociales y mutualidades, Número de cotizantes y beneficios prestados*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1965b. *Incidencia de los gastos en medicina en los presupuestos familiares*. Temas de divulgación interna N°18. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

El rol de la salud en el desarrollo nacional:
el caso del Consejo Nacional de Desarrollo y sus indicadores
estadísticos en la Argentina de las décadas de 1960 y 1970

Consejo Nacional de Desarrollo. 1965c. *Plan Nacional de Desarrollo*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1966. *Gasto en salud del sector público*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1967. *Aspectos financieros de la salud*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo. 1968. *Distribución de establecimientos hospitalarios en la República Argentina*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Desarrollo.

Consejo Nacional de Desarrollo; Consejo Nacional de Seguridad. 1970. *Plan de desarrollo 1970-74 aprobado*. Argentina: Presidencia de la Nación